

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 4,
ISSUE 1 **2023**

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

№ 1
2023

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
Заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфонсо де ла Фуэнте Хернандес
(De La Fuente Hernandez Luis Alfonso)
профессор, член Европейского общества репродукции
человека и эмбриологии (Prof. Medical Director of
the Instituto Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain))

Зуфарова Шахноза Алимджановна
Республиканский центр репродуктивного здоровья
населения, директор, д.м.н., профессор -
(Republican Center for Reproductive Health of Population,
Director, Doctor of Medical science, Professor)

Агабабян Лариса Рубеновна
к.м.н., профессор Самаркандского
государственного медицинского университета
Candidate of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Зокирова Нодира Исламовна
д.м.н., профессор, Самаркандского государственного
медицинского университета (Doctor of Medical Sciences,
Professor, Samarkand State Medical University)

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
д.м.н., профессор Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования медицинского
института РУДН, (Россия)
Doctor of Medical Sciences, Professor, of Endoscopic
Urology, Faculty of Continuing Medical Education, Medical
Institute of the Russian Peoples Friendship University, (Russia).

Пахомова Жанна Евгеньевна
д.м.н., профессор Ташкентской медицинской
академии, председатель ассоциации
акушеров-гинекологов Республики Узбекистан
Doctor of Medical Sciences, Professor of the Tashkent
Medical Academy, Chairman of the Association
of Obstetricians and Gynecologists of the Republic of Uzbekistan

Ответственный секретарь:
Махмудова Севара Эркиновна
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences, Samarkand State Medical University

Окулов Алексей Борисович
д.м.н., профессор Московского государственного
медико-стоматологического университета (Россия)
Doctor of Medical Sciences, professor Moscow State
University of Medicine and Dentistry (Russia).

Аллазов Салах Алазович
д.м.н., профессор Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
д.м.н., Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Samarkand
State Medical University

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
д.м.н., профессор Бухарского медицинского института
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Bukhara Medical Institute

Локшин Вячеслав Нотанович
д.м.н., профессор, член-корр. НАН РК,
президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины (Казахстан)
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of the Republic of Kazakhstan,
President of the Kazakhstan Association
of Reproductive Medicine (Kazakhstan).

Аскеров Арсен Аскерович
д.м.н., профессор Кыргызско-Российского
Славянского университета, президент Кыргызской
ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов
Doctor of Medical Sciences, Professor, Kyrgyz - Russian
Slavic University, President of the Kyrgyz Association
of Obstetricians and Neonatologists

Зокиров Фарход Истамович
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences,
Samarkand State Medical University

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

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ахмедов Исламжон Юсуфжонович, Яцык Сергей Павлович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**
МЕГАУРЕТЕР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ/MEGAURETHER IN CHILDHOOD/BOLALIKDAGI MEGAURETHER.....6
2. **Бахронов Акмалжон Алишерович, Хасанов Ойбек Гофир угли**
ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А И ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ/ TUMOR NECROSIS FACTOR A AND ITS ROLE IN PATHOLOGY/ O'SIMTA NEKROZI OMILI A VA UNING PATOLOGIYSIDAGI O'RNI.....11
3. **Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT/TOS BO'SHLIG'IDAGI DISFUNKTSIYASINING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. RIVOJLANISH XAVFI.....15
4. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Мухаммедова Фариза Фарходовна, Раббимова Гулнора Тоштемировна, Хамроева Лола Каххоровна**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ/FEATURES OF THE COURSE OF JUVENILE PREGNANCY/VOYAGA ETMAGAN HOMILADORLIKNING XUSUSIYATLARI.....19
5. **Туркманов Маъмур Матмусаевич, Хасанов Ойбек Гофир угли**
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АССОЦИАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS: ASSOCIATION WITH CARDIOVASCULAR RISK/REVMATOID ARTRITDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI: YURAK-QON TOMIR XAVFI BILAN.....23
6. **Туркманов Маъмур Матмусаевич**
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS:INCIDENCE, RISK FACTORS, AND VARIANTS OF RENAL DAMAGE/REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI:BUYRAK SHIKASTLANISHINING CHASTOTASI, XAVF OMILLARI, VARIANTLARI.....26
7. **Юлдашев Санжар Келдиярович, Хикматуллаева Малика Рахимжоновна**
ИСТОЦЕЛЕ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ/ ISTMOCELE AND FERTILITY. A MODERN SOLUTION TO THE PROBLEM/ ISTMOSELE VA FERTILLIK. MUAMMONING ZAMONAVIY YECHIMI.....30
8. **Mukhiddinova Durdona Nuriddinova, Nasimova Nigina Rustamovna**
PERIMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI GISTEROSKOPIK TASHXISLASH/ HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN/ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....34
9. **Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna**
O'SMIR QIZLARDA MENSTRUAL FUNKSIYASI XUSUSIYATLARI TAVSIFI/ ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/ DESCRIPTION OF THE FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION IN ADOLESCENT GIRLS.....38
10. **Turovova Sitara Qahhor qizi, Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi, Abdug'aniyeva Hilola Abduhafiz qizi, Nasirova Zebo Azizovna**
KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI SEPTIK ASORATLAR/ СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ/ SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION.....42

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ/ SURGICAL CORRECTION OF HYPOSPADIA IN CHILDREN/ BOLALARDA GIPOSPADIANI JARROXLIK YO'LLARI.....45
2. **Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Кудратова Дилноза Шарифовна, Ризаева Малика Абдуманновна, Кодирова Зебо Нуриддиновна**
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ/ CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF THE CERVIX/ BACHADON BO'YNI YAXSHI SIFATLI O'SMA KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BEMORLARDA KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....49
3. **Назирова Муяссар Убаевна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Асилова Саодат Убаевна**
КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ/CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN'S PERIMENOPAUSAL PERIOD/AYOLLARDA PERIMENOPOUZAL DAVRIDA OSTEOPOROZNING KLINIK VA DIAGNOSTIK KO'RSATKICHLARI.....52
4. **Насирова Зебинисо Азизовна, Расулова Парвина Рустамовна**
РОЛЬ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ THE ROLE OF THE FAT COMPONENT IN BODY WEIGHT CHANGE DURING PREGNANCY/ HOMILADORLIKDA TANA VAZNINING O'ZGARISHI PAYTIDA YOG ' TARKIBIY QISMINING ROLI.....56
5. **Шамсиева Малика Шухратовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич, Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ФЕМОФЛОР-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВОЙ ОРГАНЫ/APPLICATION OF THE FEMOFLO-16 TEST TO ASSESS VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS/JINSIY ORGANLARNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENSOZNI BAHOLASH UCHUN FEMOFLO-16 TESTINI QO'LLASH.....59

6. **Karimova Gulchehra Samadovna**
BACHADON BO'SHILIG'IDAGI SHARTLI PATOGEN MIKROFLORANING HOMILA TUSHISHIDA O'RNINI POLY USLOVNO-PATOGENNOY MIKROFLORAY POLOSTI MATKI PRI VYKIDYSHAXI THE ROLE OF CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROFLORA IN THE UTERINE CAVITY IN FETAL DESCENT.....63
7. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Sanoqulova Maxliyo Orifovna**
BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA "NISHA" SIMPTOMINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING YANGI IMKONIYATLARI/НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМА «НИШИ» У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ/ NEW POSSIBILITIES FOR DIAGNOSING AND TREATING THE "NICHE" SYMPTOM IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR.....67
8. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Abdikarimov Abduvaxob Usmonovich**
KESAR KESISHDAN KEYIN BACHADONDAGI CHANDIQLARDA PLATSENTA BIRIKISH ANOMALIYALARI BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECISHI XUSUSIYATLARI/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ/ FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILD IN WOMEN WITH ANOMALIES OF PLACENTA ATTACHMENT IN UTERINE SCARS AFTER CESAREAN SECTION.....72
9. **Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Omonova Parvina Obidboevna**
QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI VA METABOLIK SINDROM KUZATILGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARI/УЛУЧШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОК С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ/ RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN POLYCYSTOSIS AND METABOLIC SYNDROME IN VAGINAL AND UTERINE APLASIA.....76
10. **Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Komilova Adiba Zokirjonovna**
HOMILADORLIK DAVRIDA AYOLLARDA GERPETIK STOMATITNING IMMUNOLOGIK JIHATLARI/ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF HERPETIC STOMATITIS IN WOMEN DURING PREGNANCY.....79
11. **Jalolova Iroda Abdujabborovna, Negmadzhanov Bakhodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Xamroeva Lola Kaharovna**
OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL VAGINAL STRICTURE IN ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN/ НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СТРИКТУРЫ ВЛАГАЛИЩА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН/ O'SMIRLAR VA YOSH AYOLLARDA TUG'MA VAGINAL TORAYISHNI DAVOLASH BO'YICHA TAJRIBAMIZ.....82
12. **Kamilov Khaidar, Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Isroilova Mokhina Ithomjon kizi**
DENTAL EXAMINATION OF PREGNANT WOMEN WITH HERPETIC STOMATITIS/HERPETIK STOMATIT BILAN HOMILADOR AYOLLARNI STOMATOLOGIK TEKSHIRISH/ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ.....86
13. **Mirzaev Husanjon Shokirjonovich, Rizaev Eler Alimzhanovich**
TO STUDY THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION WITH COMBINED CHRONIC PERIODONTAL DISEASE/ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА/ SURUNKALI PARODONTA KASALLIK BILAN BUYRAK TRANSPLANTATSIYASIDAN KEYIN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARINI O'RGANISH.....90
14. **Zukhurova Nodira Kobiljonovna, Negmadzhanov Baxodur Boltayevich, Arzieva Gulnora Borieva**
THE STATE OF THE FETO-PLACENTAL COMPLEX IN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND PERINATAL OUTCOMES/ СОСТОЯНИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ/ GESTATION QANDLI DIABETIDA HOMILA-PLATSENTA KOMPLEKSINING HOLATI VA PERINATAL NATIJALAR.....93

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

1. **Negmadjanov Bakhodur Boltayevich, Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna**
МИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА/ UTERINE MYOMA IN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUSER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUSER SINDROMI BOR AYOLLARDA BACHON MIOMASI.....96




ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW
УДК: 616.617-053.2

Ахмедов Исломжон Юсуфжонович
Докторант Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан
Яцык Сергей Павлович
Директор института детской хирургии
ФГАУ НЦЗД МЗ России, Москва, Россия
Ахмедов Юсуфжон Махмудович
д.м.н, профессор, Самаркандский государственный
медицинский университет Самарканд, Узбекистан

МЕГАУРЕТЕР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Akhmedov Islomjon Yusufjonovich, Yatsyk Sergey Pavlovich, Akhmedov Yusufjon Mahmudovich, Megaurether in childhood (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698325>

Akhmedov Islomjon Yusufjonovich
doctoral student
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Yatsyk Sergey Pavlovich
FGAU NCZD MOH of Russia
Director of the Institute of Pediatric Surgery **Moscow, Russia**
Akhmedov Yusufjon Mahmudovich
Doctor of medical science, professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

MEGAURETHER IN CHILDHOOD (LITERATURE REVIEW)

Axmedov Islomjon Yusufjonovich
Doktorant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Yatsyk Sergey Pavlovich
Bolalar xirurgiyasi instituti direktori
FGAU NCZD Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligi
Moskva, Rossiya
Axmedov Yusufjon Mahmudovich
t.f.d., professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

BOLALIKDAGI MEGAURETHER (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Врожденные пороки развития мочеточников в частности мегауретер – частая и довольно распространенная патология мочевой системы. Она составляет по данным разных авторов от 22% до 40% всех пороков развития.[1,9]

Актуальность. Ежегодно в научных детских хирургических публикациях встречаются достаточно большое количество работ, касающихся проблемы обструкции мочеточников у детей. Это объясняется большой частотой развития и увеличением количества ранней диагностики данного заболевания, отсутствием

единого взгляда на факторы их развития и в результате - применением большого количества методов хирургического лечения а также методов предоперационных алгоритмов подготовки больного к лечению а также назначением послеоперационного ухода и медикаментозного лечения.[7,8,9]

Среди пациентов детского возраста с теми или иными заболеваниями врожденные аномалии мочевых путей встречаются до 40% случаев. Чаще всего врожденные аномалии мочеточников диагностируются в возрасте от нескольких месяцев до 10 лет, встречаются случаи случайной диагностики при исследовании по поводу других жалоб. Также большое значение играет уровень развития диагностических методов и общего состояния медицины в каждом регионе. [3,15,16]

Проявление врожденных аномалий мочеточников у детей зависит в большинстве случаев не от стадии, а от периода начала заболевания и появления и увеличения количества вторичных осложнений у каждого пациента.[4,12]

Несмотря на ежегодное развитие медицины по данным ряда авторов мегауретер получил тенденцию к увеличению роста числа заболеваемости, нарушение уродинамике вызванной этой патологией создает благоприятные условия для развития восходящей инфекции (пиелонефрит) и рубцеванию ткани почек с дальнейшей потерей их функции. Даже при наличии современных систем диагностики и уже освоенных методов лечения этого заболевания при поздней диагностике и не правильной тактике лечения у 23-27% детей развивается одно из самых грозных осложнений хроническая почечная недостаточность (ХПН) [6,13,24]

При ранней постановке диагноза и попытке оперативного решения проблем этого заболевания неудовлетворительные результаты хирургического лечения наблюдаются у 10-30% больных, что дает почву для дальнейших исследований и внедрений последних достижений медицины и фармакологии в решении проблемы.[14,17]

Заболеваемость. Мегауретер является распространенным диагнозом у детей, обращающихся к детскому урологу, что составляет 28% детей обструкцией мочевых путей. Диагноз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, и в большинстве случаев находится на левой стороне. Он может быть двусторонним в 25% случаев, а контралатеральная почка отсутствует или дисплазирована в 10-15% случаев. [18,20,21].

Классификация. На данный момент существует несколько классификаций мегауретера. Согласно международной классификации, различают 3 группы мегауретеров: рефлюксирующие, обструктивные и нерефлюксирующие необструктивные каждую из этих групп подразделяют на первичные и вторичные[11].

В последние годы чаще применяется следующая классификация:

1. Нерефлюксирующий
 - А. Функциональная обструкция
 - Б. Органическая обструкция
2. Рефлюксирующий
 - А. Изолированное поражение уретеро-везикального сегмента
 - Б. Дисфункции мочевого пузыря
 - С. Инфравезикальная обструкция

Данная классификация является наиболее полной и позволяет стандартизировать диагностику и тактику ведения больных.

Эмбриология и патофизиология. Было проведено множество научных исследований, описывающих гистологическое происхождение мегауретера, и хотя они часто различаются между собой, во всех исследованиях часто обнаруживается обилие соединительной ткани в аномальном мочеточнике [18,19]. Lee и соавт. продемонстрировали, что отношение коллагена к гладкой мускулатуре у нормальных мочеточников составляет 0,52, тогда как у обструктивных и рефлюксных мегауретеров оно составляет 0,78 и 1,99 соответственно. Другие исследования продемонстрировали наличие в этих мочеточниках гладкомышечных клеток, которые вырабатывают аномально повышенное количество коллагена. Также было доказано, что

мышцы в этих сегментах мочеточника ненормально реагируют на нейротрансмиттеры, подчеркивая аномальное поведение этих клеток [18,20].

Первичный обструктивный мегауретер считается функциональной обструкцией. Считается, что в мочеточнике имеется аперистальный юкставезикальный (адинамический) сегмент, что приводит к недостаточной перистальтике мочеточника и, следовательно, к оттоку мочи. Этот дистальный сегмент был исследован гистологически, и было обнаружено, что он содержит повышенные уровни коллагена типа I и III (преимущественно типа I). Именно этот усиленный фиброз связан с нарушением межклеточных связей и приводит к аритмии и обструкции мочеточника. Однако существует множество других теорий относительно развития обструктивных мегауретеров. Некоторые ученые доказали атрофию внутренних продольных мышц в этих сегментах мочеточника (продольные мышцы передают перистальтику) и гипертрофию наружной, сжимающей круговой мышцы, что приводит к обструкции [19,21].

Другие гистологические данные, которые, как утверждают, отображают причинный аспект обструктивного мегауретера, включают дистальные сегменты мочеточника без мышечной ткани, а просто фиброзный, статический конец. В то же время у других были задокументированы дистальные сегменты мочеточника с неуретеральной, недетрузорной мышцей, которая чрезмерно реагирует на адренергический стимул, приводя к почти тоническому сокращению [21,22]. Выяснено, что проксимальный расширенный сегмент мочеточника также был обнаружен в составе измененной соединительной ткани, и этот фиброз и само расширение могут привести к аритмии мочеточника и плохой передаче перистальтических волн. Важно отметить, что расширение верхних отделов тракта (хотя само по себе оно представляет собой значительную патологию) играет важную роль в реакции мочевыводящих путей на наличие обструкции. Система мочеиспускания у детей более гибкая, чем у взрослых пациентов, и такое расширение позволяет снизить давление, позволяя почкам вырабатывать мочу в мочевой тракт. Помимо описанного выше адинамического сегмента на терминальном мочеточнике в обструктивном мегауретере, другие анатомические причины могут привести к сходному клиническому сценарию. Как врожденные дистальные стриктуры мочеточника, так и дистальные клапаны мочеточника могут быть почти неотличимы от классического обструктивного мегауретера [25]. Вторичный обструктивный мегауретер представляет собой обструктивный процесс, вторичный к повышенному внутрипузырному давлению какой-либо другой причины. Распространенными причинами являются дистрафизм позвоночника и нейрогенный мочевого пузыря, который может поднять давление детрузора до более чем 40 см вод. ст., вызывая физиологическую обструкцию и гидронефроз. Нейрогенная дисфункция мочеиспускания, если она достаточно серьезна, чтобы поднять давление в мочевом пузыре выше безопасного диапазона, также может быть причиной. Задние уретральные клапаны или другие причины инфравезикальной обструкции также могут приводить к аналогичным результатам. Другие анатомические причины вторичной, дистальной обструкции мочеточника включают в себя уретероцеле, эктопический мочеточник, дивертикулы мочевого пузыря, периуретеральный фиброз и наружное сдавливание забрюшинной опухолью, массами или aberrantными сосудами [27].

Диагностика. В настоящее время использование пренатального ультразвука увеличило диагностику мегауретера. Сначала, выявленные в более позднем возрасте, часто сопровождаются инфекцией мочевых путей, гематурией и / или болью [21,22]. После постановки диагноза (внутриутробно или после родов) первым и самым доступным методом является УЗИ почек и мочевого пузыря. Ультрасонография – это простое, безопасное и безболезненное исследование, которое может предоставить важную информацию о размере почек, толщине паренхимы, эхогенности и архитектуре, а также о расширении почечной лоханки и мочеточника, толщине стенки мочевого пузыря и в некоторых случаях уретры. Хотя опытный детский

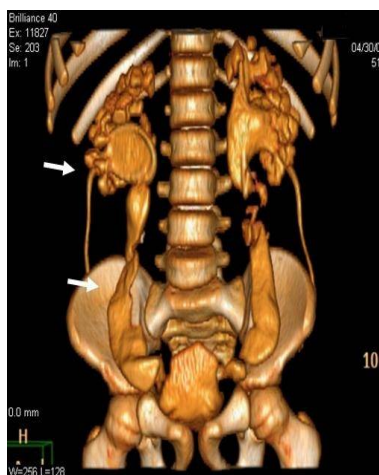
хирург может сделать вывод о некоторых функциональных диагнозах из ультразвуковых исследований, важно помнить, что ультразвуковое исследование носит только описательный характер и не дает подробных сведений о почечной функции [19,21].

Далее неотъемлемой частью диагностики мегауретера является проведение радионуклидной визуализации и экскреторной урографии, которые позволяют оценить структуру почек и мочеточников, а также их функциональное состояние.

При радионуклидном исследовании обнаруживают снижение накопления и выведения радиофармпрепарата паренхимой и собирательной системой почки. При этом нужно учитывать зависимость от возраста для выведения радиофармпрепарата у детей первых недель жизни.

На экстреторных урограммах визуализируется запаздывание выделения почками контрастного вещества, нарушение коллекторной системы, расширение и извитость мочеточников. Для проведения этого исследования рентгеноконтрастное вещество вводится из расчета 1-2 мг/кг массы тела, но не более 60 мл на одно исследование. Снимки делаются через 1,5,15,30 мин с момента введения и после мочеиспускания. Также при необходимости можно сделать отсроченные снимки через 1, 2 и 3 часа.

Рис 1. 3D снимок больного с двусторонним поражением мочеточников



Для более точной диагностики специалист может провести микционную цистоуретрографию для определения степени рефлюкса, через установленный катетер в мочевом пузыре вводится теплый раствор йодсодержащего рентгеноконтрастного соединения до императивного позыва. Снимки делаются при наполненном мочевом пузыре во время мочеиспускания и на опорожненном мочевом пузыре.

Также больным может проводиться цистоскопия в которой можно визуализировать признаки хронического цистита (буллезные или гранулезные образования на слизистой оболочке), сужение или наоборот, зияние устьев мочеточников, деформацию и возможное смещение.

Наряду с вышеуказанными выше методами визуализации важнейшей частью обследования детей, страдающих различными формами мегауретера, служит гистологическое исследование операционного материала, что позволяет морфологически верифицировать диагноз, изучить структурные изменения ткани мочеточника для дальнейшего совершенствования тактики лечения.

Лечение. Первичный рефлюксный мегауретер. Все детские хирурги знакомы со стандартным лечением рефлюкса и лечение первичного рефлюксного мегауретера ничем не отличается. Первоначально, даже при выраженной дилатации и выраженном рефлюксе, медицинское лечение (антибиотикопрофилактика) и наблюдение - это все, что необходимо. Хирургическое вмешательство рассматривается только для стойкого высокого рефлюкса у детей старшего возраста (особенно с рецидивирующим пиелонефритом) и у детей, которые не смогли пройти медицинское лечение. Поскольку частота осложнений уретеронеоцистостомии высока при выполнении у детей в возрасте до года, кожная уретеростомия или везикостомия могут использоваться в качестве временной меры у детей, нуждающихся в хирургическом вмешательстве [18].

Вторичный рефлюкс или обструктивный мегауретер. Очевидно, что вторичный рефлюкс необходимо лечить, устраняя причину повышенного внутрипузырного давления, ведущую к рефлюксу. Например, у детей с задними уретральными клапанами и рефлюксом часто абляция клапана и правильное лечение

мочевого пузыря приводят к быстрому разрешению рефлюкса. Нейрогенные мочевые пузыри с повышенным давлением точки утечки детрузора (> 40 см мм. вод. ст.) должны обрабатываться комбинацией медикаментозной терапии, частой прерывистой катетеризации и хирургического вмешательства. Как правило, хирургическое восстановление требуется в возрасте от 1 до 2 лет, если состояние ухудшается [9,18].

В некоторых редких случаях требуется раннее вмешательство. Чтобы предотвратить осложнения, связанные с нерефлюксной терапией, хирургией с повторной имплантацией у детей, следует рассмотреть другие варианты хирургического вмешательства, такие как петлевая уретеростомия, рефлюксная реимплантация и даже установка мочеточникового стента. С точки зрения формирования алгоритмов, позволяющих решить, кому из детей требуется хирургическое вмешательство, никакие хорошие параметры не определяют детей, которые будут решать, и тех, которые ухудшатся. В целом, более 70% случаев разрешаются в течение 2 лет наблюдения. Хотя нет никакой корреляции с какими-либо определяемыми факторами (такими как степень гидронефроза), в отношении которых детям потребуется хирургическое вмешательство, а какие нет, существует корреляция между возрастом разрешения и степенью дилатации у младенцев [24].

Хирургические методы. Хирургические методы, используемые для окончательного лечения рефлюксных и обструктивных мегауретеров, включают в себя повторную имплантацию мочеточника расширенного мочеточника. Те же самые параметры, которые используются для обеспечения успешной операции, как и традиционная операция по повторной имплантации, применимы и к мегауретерам (то есть отношение длины туннеля 5: 1 к диаметру мочеточника). В случае обструктивных мегауретеров дистальный динамический сегмент должен полностью ампутироваться от мочеточника, и часто после устранения обструкции диаметр мочеточника уменьшается до размера, который позволяет выполнить стандартную реимплантацию без сужения. Однако большинство рефлюксных и обструктивных мегауретеров требуют сужения, чтобы обеспечить

размер подслизистого туннеля, подходящий для детского мочевого пузыря [27].

До настоящего времени хирургами предложено более 200 методов хирургической коррекции мочеточника. Выбор способа и метода хирургического вмешательства определяется характером и степенью клинического проявления болезни, наличием осложнений, общим состоянием больного и также опытом проведения лечения соответствующих больных лечебным учреждением [2,7,8].

Обращая во внимание лечащего врача техническое разнообразие и особенности различных методик, их выбор должен базироваться прежде всего анатомо-функциональным состоянием пузырно-мочеточникового соустья. Верный выбор метода оперативного вмешательства - залог успешного лечения

заболевания ребенка, вызванного поражением пузырно-мочеточникового сегмента. Кроме того, включение метода оперативной коррекции пузырно-уретерального сегмента в алгоритм лечебно-диагностических манипуляций при лечении детей с ПМР и различными формами суправезикальной обструкции позволяет прогнозировать исход заболевания в послеоперационном периоде [17].

Наиболее этиопатогенетически обоснованными подходами оперативного лечения поражения пузырно-уретерального сегмента у детей являются методики, направленные на увеличение длины интрамурального отдела мочеточника путем прокладывания подслизистого туннеля. Наибольшее распространение получили антирефлюксные операция Politano & Leadbetter, введенная в практику 1958 году [2,5,7,10].

Рис 2. Схема операции Козна

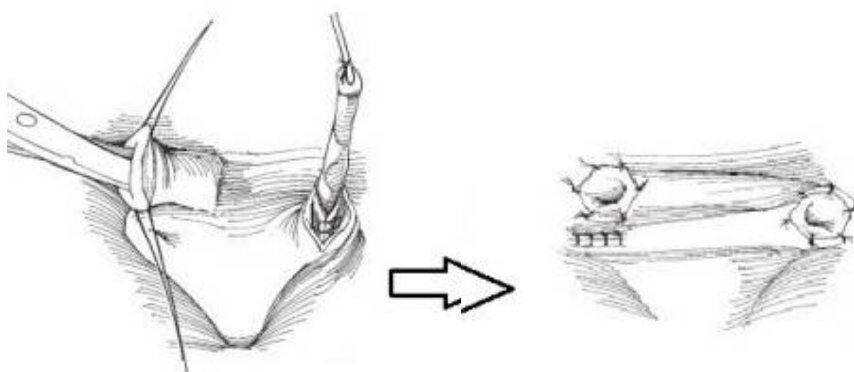


Рис 3. Схема операции экстравезикального уретероцистоанастомоза.

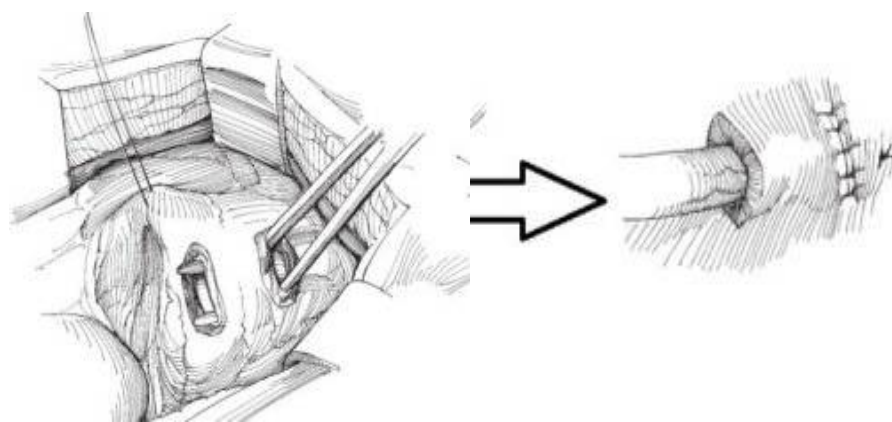
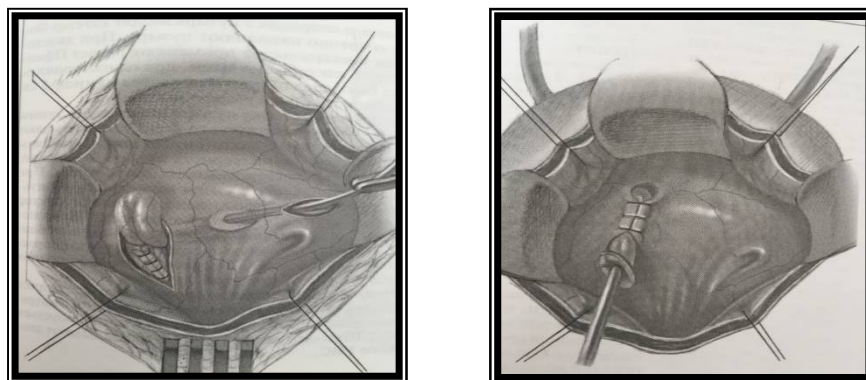


Рис 4. Схема операции Политано-Ладбетера.



Основной принцип хирургической операции заключался в создании подслизистого тоннеля для имплантации в него мочеточника, отсеченного от исходного месторасположения его устья.

Выводы: Таким образом, анализ литературы позволил определить и выявить что вопросы ранней диагностики и правильно сбалансированного лечения указанного заболевания мочевой системы у детей на сегодняшний день остается в числе актуальных проблем детской урологии.

Использованная литература:

1. Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ибрагимов К.Н., Курбанов Ж.Ж. Рентгенопланиметрические методы диагностики обструктивных уропатий у детей. Саратовский научно-медицинский журнал, 2007.
2. Ахмедов Ю.М., Ахмеджанов И.А., Мавлянов Ф.Ш. Интравезикальная хирургическая коррекция дистального отдела мочеточника у детей. //Вест.вр. об пр.2006г ст 205.
3. Смирнов И.Е., Шамов Б.К., Шарков С.М., Кучеренко А.Г., Яцык С.П. Биомаркеры в ранней диагностике мегауретера у детей. Рос.педиатр.журнал 2011; 3; 31-36
4. Хворостов И.Н., Зоркин С.Н., Смирнов И.Е. Обструктивная уропатия . Урология. 2005;4 (1): 73-76.
5. Шарков С.М., Ахмедов Ю.М. Сочетанное нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей у детей. - Детская хирургия, 1999.
6. Шарков С.М., Яцык С.П., Фомин Д.К., Ахмедов Ю.М. Обструкция верхних мочевыводящих путей у детей. Монография. Союз педиатров России, Москва 2012 ст 6-9 .
7. Яцык С. П. и др. Сравнительная оценка методов хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей //Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13. – №. 2. – С. 129-131.
8. Яцык С. П., Мавлянов Ф. Ш., Мавлянов Ш. Х. Диагностика обструктивных уропатий на современном этапе (обзор литературы) //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 19-23.
9. Ahmedov Yu.M., Akhmedov I.Yu., Karimova G.S. Is the megaureter the problem of yesterday, today or tomorrow? //Internacional Jornal of Farmaceutical Resaarch Jul-Sep 2020. vol 12. Issue 1. P.1197-1201
10. Ahmedov, Y. M., Yusupov, S. A., Akhmedov, I. Y., & Sadikov, Z. Y. (2020). CHARACTERISTICS OF MEGAURETER RECONSTRUCTIVE-PLASTIC OPERATIONS IN CHILDREN. Academy, (4), 109-112.
11. Belman, A.B. Megaureter. Classification, etiology, and management. Urol. Clin. North Am. 1, 497–513. (1974)
12. Berrocal, T., Lopez-Pereira, P., Arjonilla, A., and Gutierrez, J. Anomalies of the distal ureter, bladder, and urethra in children: embryologic, radiologic, and pathologic features. Radiographics 22, 1139–1164. (2002)
13. Dixon, J.S., Jen, P.Y., Yeung, C.K., and Gosling, J.A. The vesico-ureteric junction in three cases of primary obstructive megaureter associated with ectopic ureteric insertion. Br. J. Urol. 81, 580–584. (1998)
14. Friedrich, U., Schreiber, D., Gottschalk, E., and Dietz, W. [Ultrastructure of the distal ureter in congenital malformations in childhood]. Z. Kinderchir. 42, 94–102. (1987)
15. Gimpel C., Masioniene L., Djakovich N. et al. Complication and long-term outcome outcome of primaty obstructivemegaureter in childhood. Pediatr Nephrol 2010; 25 (9):1679-1686.
16. Gosling, J.A. and Dixon, J.S. Functional obstruction of the ureter and renal pelvis. A histological and electron microscopic study. Br. J. Urol. 50, 145–152. (1978).
17. Hanna, M.K., Jeffs, R.D., Sturgess, J.M., and Barkin, M. Ureteral structure and ultrastructure. Part III. The congenitally dilated ureter (megaureter). J. Urol. 117, 24–27 (1977).
18. Hodges S.J., Werle D., McLorie G., Atala A., Megaureter. Sci World J.2010; 13(10); 603-612
19. Khoury, A. and Bagli, D. Reflux and megaureter. In Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Wein, A.J. et al., Eds. WB Saunders, Philadelphia. (2007)
20. Koff, S.A. and Campbell, K. Nonoperative management of unilateral neonatal hydronephrosis. J. Urol. 148, 525–531. (1992)
21. Lee, B.R., Silver, R.I., Partin, A.W., Epstein, J.I., and Gearhart, J.P. A quantitative histologic analysis of collagen subtypes: the primary obstructed and refluxing megaureter of childhood. Urology 51, 820–823. (1998)
22. Manzoni, C. Megaureter. Rays 27, 83–85. (2002)
23. MacKinnon, K.J. Primary megaureter. Birth Defects Orig. Artic. Ser. 13, 15–16. (1977)
24. Shokeir, A.A. and Nijman, R.J. Primary megaureter: current trends in diagnosis and treatment. BJU Int. 86, (2000) 861–868.
25. Summari, V., Minordi, L.M., Canade, A., and Specca, S. Megaureter and ureteral valves. Rays 27, 89–91. (2002)
26. Vlad, M., Ionescu, N., Ispas, A.T., Ungureanu, E., and Stoica, C. Morphological study of congenital megaureter. Rom. J. Morphol. Embryol. 48, 381–390. (2007)
27. Wilcox, D. and Mouriquand, P. Management of megaureter in children. Eur. Urol. 34, 73–78. (1998)




УДК: 616.8:612.017.1:577.218

Бахронов Акмалжон Алишерович
Студент Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан
Хасанов Ойбек Гофир угли
ассистент Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α И ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Bakhronov Akmalzhon Alisherovich, Khasanov Oybek Gofir ugli, Tumor necrosis factor α and its role in pathology (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698337>

Bakhronov Akmalzhon Alisherovich
student
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Khasanov Oybek Gofir ugli
assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

TUMOR NECROSIS FACTOR α AND ITS ROLE IN PATHOLOGY (LITERATURE REVIEW)

Bakhronov Akmalzhon Alisherovich
student
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Khasanov Oybek Gofir ug'li
assistant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

O'SIMTA NEKROZI OMILI α VA UNING PATOLOGIYASIDAGI O'RNI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Несмотря на то, что с момента открытия фактора некроза опухоли α (ФНО- α) прошло более века, до настоящего времени не ясна его роль в организме. Известно, что этот белок вызывает геморрагический некроз некоторых опухолевых клеток, отсюда и его название. С открытием ФНО- α появилась надежда, что с его помощью можно будет излечивать рак. Однако дальнейшее изучение роли этого белка разочаровало: оказалось, что, наоборот, он может вызывать рак, стимулировать рост опухолей и ускорять метастазирование. К настоящему времени установлено его многофункциональное действие в организме, причем биологические эффекты зависят от концентрации его и его рецепторов в крови, их экспрессии.

ФНО- α — регулятор иммунных и воспалительных реакций в организме

Фактор некроза опухоли α является растворимым цитокином, который в основном вырабатывается клетками иммунной системы, главным образом моноцитами и макрофагами [1]. ФНО- α обладает способностью взаимодействовать с другими цитокинами и стимулировать секрецию интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8), интерферона γ , хемокинов, при инфекциях активирует лейкоциты, усиливает продукцию других цитокинов [2]. В одних случаях он играет провоспалительную роль, в других — защитную, противовоспалительную [1, 3]. Этот фактор участвует в патогенезе как острых, так и хронических воспалительных заболеваний, особенно у пожилых, за что получил название «медиатор воспаления». Его секреция усиливается при всех вирусных заболеваниях, при этом он вызывает гибель клеток, пораженных вирусами [4]. Именно ФНО- α играет главную роль в развитии критической формы COVID-19 и «цитокинового шторма» при

данном заболевании за счет безудержной стимуляции секреции воспалительных цитокинов [5–8]. M.P. DeBerge et al. [3] установили, что ФНО- α играет двойную роль при птичьим гриппе: с одной стороны, способствует инфицированию вирусом гриппа H5N1, с другой стороны, стимулирует секрецию ИЛ-1, эффективно уничтожает вирус. Ранее в эксперименте на мышах такие же данные получили K.J. Szretter et al. [4]. При ротавирусной инфекции роль ФНО- α пока не ясна, однако установлено его мощное, генетически обусловленное противовирусное действие [9]. ФНО- α участвует в контроле восприимчивости к хронической инфекции, обусловленной вирусом гепатита В [10]. При вирусном гепатите С обнаружены деструктивные воспалительные эффекты ФНО- α наряду с его противовирусным действием [11]. Он играет важную роль в репликации вируса герпеса, способствуя проникновению вируса в мозг [12]. ФНО- α участвует в патогенезе заболеваний, вызванных бактериальными возбудителями, например влияет на тяжесть течения пневмоний и их прогноз, на эффективность антибиотикотерапии [13]. При туберкулезе уровень сывороточного ФНО- α существенно выше у больных, чем у неинфицированных [14]. При сепсисе может наблюдаться падение уровня ФНО- α в крови, что угрожает развитием септического шока [15]. Важно проверять его уровень в динамике у септического больного для коррекции терапии.

Решающую роль ФНО- α играет в патогенезе асептических воспалительных заболеваний, таких как ревматоидный артрит, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), анкилозирующий спондилит, псориаз. Повышенная концентрация ФНО- α в синовиальной жидкости воспаленных суставов определялась при ревматоидном артрите. Революцию в лечении перечисленных заболеваний произвело создание препаратов, ингибирующих ФНО- α . Однако до 40–50% пациентов не только не поддаются этому лечению, но и претерпевают развитие тяжелых осложнений — присоединение инфекций, других аутоиммунных заболеваний *de novo* и т. д. [16]. К сожалению, пока нет способов прогнозирования этих осложнений у конкретного больного.

ФНО- α — главный переключатель воспаления в рак

Хроническая гиперпродукция ФНО- α при воспалении, даже малоактивном, но персистирующем, является фактором риска онкогенеза, и при разных типах опухоли может влиять неоднозначно. Высказано предположение, что очень высокая секреция ФНО- α приводит к регрессии рака, хотя клинические исследования не оправдали ожиданий [2].

Y. Qu et al. [17] обнаружили уникальные супрессоры рака желудка при активации ФНО- α . Ранее была изучена его роль в развитии рака желудка при малоактивном воспалении из-за инфицирования *H. pylori* [18, 19]. Изучалась роль этого цитокина в онкогенезе при предраковых состояниях: колоректальных аденомах, миомах матки. Установлена повышенная канцерогенность при колоректальных аденомах, вызванная гиперпродукцией не только ФНО- α , но и его рецепторов; в ткани аденомы обнаружено высокое содержание его растворимого рецептора TNF-R1, который по этой причине отнесен к биомаркерам колоректальной аденомы и может играть важную диагностическую роль на очень ранних стадиях ее метастазии в рак (TNF-R1 почти не обнаруживался в нормальной слизистой оболочке толстой кишки) [20]. При миоме матки тоже наблюдается высокий уровень ФНО- α , который способствует трансформации миоцитов матки в клетки лейомиомы [21]. Большинство проопухолевых действий ФНО- α , очевидно, опосредуются через рецептор TNF-R1 [20]. Уровень воспалительных цитокинов, таких как ФНО- α и ИЛ-6, повышен при раке яичников [22], причем их экспрессия зависит от гистологического типа опухоли (максимальная при серозных и эндометриоидных карциномах) [23]. Основным механизмом, приводящим к аномальной экспрессии ФНО- α при раке яичников, остается плохо изученным. W. Wang et al. [22] установили, что лизофосфатидная кислота — липидный медиатор, присутствующий в асцитической жидкости у пациенток с раком яичников, — управляет экспрессией ФНО- α и индуцирует ее. Высокая экспрессия ФНО- α и его рецепторов является

маркером плохого прогноза и низкой выживаемости при раке эндометрия [24]. При раке молочной железы ФНО- α секретируется и стромальными клетками, в основном опухолессоцированными макрофагами, и самими раковыми клетками. Высокое содержание этого провоспалительного цитокина обнаруживается в ткани опухоли как эстрогенположительной, так и эстрогеноотрицательной и в ее микроокружении, и из-за стимуляции воспаления наблюдается прогрессирование онкологического процесса и метастазирование рака. Также от этого может зависеть приобретенная лекарственная устойчивость опухоли [25].

Не стоит перечислять опухоли прочих органов: ФНО- α , его рецепторы, их экспрессия всегда играют ключевую роль в возникновении рака, а также влияют на микроокружение опухоли, от которого зависит инвазия, прогрессирование и метастазирование рака. Микроокружение опухоли представляет собой сложную систему, включает раковые клетки и раковые стволовые клетки, внеклеточный матрикс и сосудистую сеть, опухолессоцированные фибробласты, гладкомышечные и иммунные клетки. Адипоциты являются основными стромальными клетками в микро-окружении опухоли. Взаимодействие между адипоцитами и раковыми клетками способствует миграции, инвазии и пролиферации раковых клеток и вызывает структурные и функциональные изменения в жировых клетках, приводя к образованию особых, ассоциированных с раком адипоцитов с дедифференцировкой. Клетки микроокружения опухоли продуцируют ФНО- α , растворимые рецепторы ФНО- α , ростовые факторы, цитокины. В микроокружении опухоли ФНО- α является одним из основных медиаторов воспаления, связанного с раком [26]. Ведутся поиски молекулярных механизмов воздействия ФНО- α на канцерогенез. Так, выявлен белок TNFAIP8, который ингибирует апоптоз и способствует клеточной пролиферации, инвазии, метастазированию опухолей, их лекарственной устойчивости. Экспрессия TNFAIP8 тесно связана с развитием различных видов рака, включая рак предстательной железы, печени, легких, молочной железы, толстой кишки, пищевода, яичников, шейки матки, поджелудочной железы и др. [27]. Очевидно, имеются и пока не изученные супрессоры онкогенеза через воздействие на ФНО- α .

Для лечения рака (достижения некроза клеток опухоли) пытались использовать системное введение ФНО- α , которое, к сожалению, сопровождалось высокой токсичностью [28]. S.F. Josephs et al. [29] разработали метод введения ФНО- α в виде изолированной перфузии конечностей и экстракорпорального удаления растворимых рецепторов ФНО- α . Это дало отличные результаты при саркомах мягких тканей, очевидно, за счет усиленной гибели опухолевых клеток под влиянием лечения.

Роль ФНО- α в метаболизме. Участие ФНО- α в липидном обмене

Фактор некроза опухоли α участвует в липидном, жировом, углеводном, минеральном обмене. Метаболизм холестерина регулируется ФНО- α : он способствует биосинтезу холестерина, атерогенных фракций липидов и апополипротеинов в печени, одновременно уменьшая катаболизм холестерина и его экскрецию в виде желчных кислот, усиливает синтез триглицеридов [30, 31]. В настоящее время доказана его ключевая роль в патогенезе атеросклероза [32]. Атеросклероз — хроническое воспалительное заболевание. ФНО- α инициирует и поддерживает воспаление в сосудистых стенках. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия (АГ) сопровождаются гиперпродукцией ФНО- α и его рецепторов, усилением их экспрессии [31, 33]. Это не только приводит к хроническому воспалению, но и обуславливает перекрестные нарушения: повреждение и дисфункцию эндотелия, повышение продукции эндотелина; стимулирует пролиферацию мышечного слоя сосудов и гипертрофию сосудистой стенки; влияет на иммунные клетки микроокружения сосудов, в первую очередь на макрофаги, которые еще больше увеличивают продукцию и накопление ФНО- α , а значит, и воспаление, способствуют оксидативному стрессу, притяжению в сосудистую стенку липидов и кальция [34]. Результатом указанных процессов становится атеросклеротическая бляшка. Кроме того, под

влиянием ФНО- α страдает гемостаз: активируются тромбоциты и коагуляция, что, в свою очередь, ассоциируется с повышенным риском инфаркта, инсульта, внезапной смерти [33]. Гиперсекреция ФНО- α сопровождается снижением сердечного выброса и минутного объема сердца, способствуя развитию хронической сердечной недостаточности. ФНО- α быстро увеличивает спонтанное высвобождение Ca^{2+} и способствует предсердному аритмогенезу через митохондриальный путь активных форм кислорода, т. е. антиоксидантная терапия является важной стратегией лечения фибрилляции предсердий, связанной с острым воспалением (гиперпродукцией ФНО- α) [35]. В связи с этим активно ведутся поиски новых путей воздействия на атерогенез и лечение заболеваний сердца. Предполагали, что необходимо устранить избыток ФНО- α в организме, подавить хроническое воспаление сосудистой стенки, и победа будет достигнута. Однако эксперименты с ингибированием ФНО- α разочаровали: атерогенез усиливался [36]. Возможно, статины, аспирин, метотрексат, колхицином обладают иммуномодулирующим эффектом и оказывают антиатерогенный эффект, подавляя в какой-то степени хроническое воспаление [32].

Роль ФНО- α в ожирении и патогенезе сахарного диабета 2 типа (СД2)

При открытии ФНО- α обратили внимание на его участие в жировом обмене. Избыточная секреция ФНО- α сопровождалась снижением массы тела вплоть до кахексии, и сначала его стали именовать «кахектин». Полагали, что он обладает анорексигенным эффектом. Дальнейшее изучение этого цитокина показало, что он не является аноректиком подобно другим средствам, применяемым для лечения ожирения (например, сибутрамину). Его влияние на жировой обмен — сложное и многообразное, а дисфункция может способствовать как снижению массы тела, так и развитию ожирения. Так, усиление липогенеза реализуется через следующие процессы: резистентность к инсулину, т. е. создается гиперинсулинемия [37]; стимуляция синтеза жира [38–40]; стимуляция секреции ИЛ-6, вызывающего инсулинорезистентность и синтез жира [37]; усиление секреции адипокинов, тормозящих липолиз: лептина, PAI-1 [37]; торможение продукции адипонектина, снижающего инсулинорезистентность и воспаление в жировой ткани, подавляющего выброс глюкозы печенью [37]; снижение термогенеза, осуществляемого адипоцитами, особенно коричневыми [41]; ограничение образования катехоламинов в жировых отложениях и делает жир стабильным [42]; полифагия вследствие инсулинорезистентности [38–40].

Стимуляция липолиза опосредована следующими факторами: хроническое воспаление в жировой ткани, осложнения ожирения, полиморбидность [43]; нарушение углеводного обмена (СД2 часто сопровождается снижением массы тела) [44]; частичный апоптоз жировых клеток [41]; увеличение образования бурого жира, перевод белых адипоцитов в бурые, что стимулирует термогенез и расход энергии (уменьшение запасов жира) [42]; частичное ингибирование действия инсулина на синтез жира [41]; антиадипогенное действие: торможение образования жировой ткани при ожирении («ожирение не бесконечно») [41]; уменьшение пула преадипоцитов и замедление их созревания [42].

Доказано, что адипоциты секретируют ФНО- α и ИЛ-6 [37, 43, 45]. Кроме того, жировая ткань богата макрофагами, моноцитами и другими иммунными клетками, которые в избытке продуцируют ФНО- α и прочие цитокины [46].

Из-за постоянной гиперпродукции провоспалительных цитокинов ожирение, даже так называемое «метаболически здоровое», всегда сопровождается хроническим вялотекущим воспалительным процессом в жировых отложениях. Затруднительно прогнозировать конечный результат воздействия перечисленных механизмов на массу тела, но при лечении ингибиторами ФНО- α масса тела не снижается, а возрастает [47].

Гиперпродукция ФНО- α приводит к инсулинорезистентности, ожирению, гиперлептинемии и в результате — к СД2.

Первопричина этих расстройств — хроническое воспаление [44]. Применяемые в настоящее время препараты для лечения СД2 в какой-то степени устраняют воспаление. Ведутся поиски новых методов терапии СД2 подавлением избыточной секреции ФНО- α , т. е. воспаления [38, 39, 44].

Роль ФНО- α в патогенезе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), фиброзе печени, гепатоцеллюлярном карцинозе

Фактор некроза опухоли α является ключевым в патогенезе НАЖБП и неалкогольного стеатогепатита [48]. При НАЖБП повышена его секреция [49], а значит, и других провоспалительных цитокинов, в первую очередь ИЛ-6. Это вызывает персистирующее, вялотекущее воспаление печеночной ткани и апоптоз гепатоцитов, постепенно приводит к фиброзу печени, а хроническое воспаление — к развитию карциномы [48]. Кроме того, гиперсекреция ФНО- α у больных НАЖБП всегда создает риск атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний [49]. Интересно, что ФНО- α способен усиливать апоптоз клеток гепатоцеллюлярного рака, в том числе за счет увеличения притока внеклеточного кальция в ткань опухоли [35]. Для предупреждения развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы при НАЖБП и ожирении пытались применять препараты, ингибирующие выработку ФНО- α . Ожидаемого эффекта достигнуто не было, несмотря на достоверное снижение продукции воспалительных цитокинов [49].

ФНО- α и резорбция костной ткани

Фактор некроза опухоли α активно участвует в резорбции костной (и хрящевой) ткани за счет ускорения дифференцировки остеокластов и частичного снижения выработки анаболических факторов в костной ткани [50]. Следствием этого являются потеря костной массы и переломы. ФНО- α играет критическую роль в воспалительном остеоллизе при аутоиммунных заболеваниях. Наиболее изучена такая патология костно-суставной ткани при ревматоидном артрите; проверяется в клинической практике воздействие препаратов, ингибирующих секрецию провоспалительных цитокинов. Как сказано ранее, примерно у 40–50% больных подавление ФНО- α , экспрессии его и его рецепторов не эффективно [17]. При гиперсекреции ФНО- α за счет воспаления может поражаться также мышечная ткань.

Заключение

Фактор некроза опухоли α — многофункциональный провоспалительный цитокин, который играет ключевую роль в патогенезе многих иммунно-воспалительных вирусных, бактериальных, аутоиммунных, метаболических заболеваний. Изучение роли ФНО- α в организме изменило представление о патогенезе атеросклероза, АГ, СД2, ожирения и других воспалительных заболеваний. Однако осталось много вопросов, ответов на которые в доступной литературе нет. Почему при одних видах рака ФНО- α вызывает апоптоз опухолевых клеток, способствуя выздоровлению, при других — усугубляет процессы прогрессирования канцерогенеза, и не ясно, вводить для лечения препарат ФНО- α или его ингибитор? Почему попытка лечения ингибиторами ФНО- α атеросклероза, подавление гиперсекреции этого цитокина и воспаления усугубляет дислипидемию и вызывает прогрессирование атерогенеза? Хотя в последние годы изучалась и была уточнена роль ФНО- α в метаболизме, пока не предложены новые принципы терапии метаболических заболеваний. К настоящему времени накоплен значительный опыт лечения ингибиторами ФНО- α ревматоидного артрита и некоторых других аутоиммунных заболеваний, но не объяснено, почему примерно у 40–50% больных вследствие лечения возникает ухудшение и как его предвидеть (прогнозировать не умеем). Уже доказана ключевая роль ФНО- α в генезе «цитокинового шторма» и критического течения COVID-19, которые тоже не умеем прогнозировать. Во всем мире изучение действия ФНО- α и поиски ответов на неясные вопросы продолжаются.

Использованная литература:

1. Тополянская С.В. Фактор некроза опухоли альфа и возрастассоциированная патология. Архив внутренней медицины. 2020;10(6):414–421. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-6-414-421. [Topolyanskaya S.V. Tumor necrosis factor alpha and age-associated pathology. Archive of Internal Medicine. 2020;10(6):414–421 (in Russ.)]. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-6-414-421.
2. Akhmaltdinova L., Sirota V., Zhumaliyeva V. et al. Inflammatory Serum Biomarkers in Colorectal Cancer in Kazakhstan Population. Int J Inflam. 2020;2020:9476326. DOI: 10.1155/2020/9476326.
3. DeBerge M.P., Ely K.H., Enelow R.I. Soluble, but not transmembrane, TNF- α is required during influenza Infection to Limit the Magnitude of immune Responses and the Extent of Immunopathology. J Immunol. 2014;92(12):5839–5851. DOI: 10.4049/jimmunol.1302729.
4. Szretter K.J., Gangappa S., Lu X. et al. Role of Host Cytokine Responses in the Pathogenesis of avian H5N1 Influenza Viruses in Mice. J Virol. 2007;81(6):2736–2744. DOI: 10.1128/JVI.02336-06.
5. Алексеева Е.И., Тепаев Р.Ф., Шилькрот И.Ю. и др. COVID-19-ассоциированный вторичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз (синдром «цитокинового шторма»). Вестник Российской академии медицинских наук. 2021;76(1):51–66. DOI: 10.15690/vramn1410. [Alekseeva E.I., Tepaev R.F., Shilkrot I.Y. et al. COVID-19-associated secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis (cytokine storm syndrome). Annals of the Russian academy of medical sciences. 2021;76(1):51–66 (in Russ.)]. DOI: 10.15690/vramn1410.
6. Chen X.-Y., Yan B.-X., Man X.-Y. TNF α Inhibitor may be effective for severe COVID-19: learning from toxic epidermal Necrolysis. Ther Adv Respir Dis. 2020;14:1753466620926800. DOI: 10.1177/1753466620926800.




УДК:618.14-007.44

Насимова Нигина Рустамовна
Доктор философских наук по медицине
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан
Жалолова Ирода Абдужабборовна
магистр Самаркандский государственный медицинский
университет, Самарканд, Узбекистан

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

For citation: Nasimova Nigina Rustamovna, Jalolova Iroda Abdujabborovna, Etiology and pathogenesis of pelvic floor dysfunction. Risk factors for development (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698390>

Nasimova Nigina Rustamovna
PhD
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Jalolova Iroda Abdujabborovna
Master's Degree
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

**ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT
(LITERATURE REVIEW)**

Nasimova Nigina Rustamovna
PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Jalolova Iroda Abdujabborovna
magistr
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

**TOS BO'SHLIG'IDAGI DISFUNKTSIYASINING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. RIVOJLANISH XAVFI OMILLARI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Несмотря на внешнюю простоту и более трех тысячелетнюю историю вопроса пролапса тазовых органов у женщин, вопросы этиологии, патогенеза несостоятельности тазового дна до сих пор не имеют единой точки зрения, а число больных, страдающих пролапсами гениталий, несмотря на существующие более 500 различных методик операций, постоянно увеличивается. На сегодняшний день число больных пролапсами гениталий достигает 40% в разных возрастных группах женщин. Практически все специалисты отмечают большое число рецидивов лечения пролапсов гениталий и неполных эффектов в восстановлении нормального положения половых органов. Вместе с этим нет единой терминологии, классификации и унифицированного

метода исследования промежности, а диспансеризация женщин с нарушениями тазового дна не имеет единых стандартов, а подчас вообще не проводится. Характерно, что проблема несостоятельности тазового дна может возникать в любом возрасте женщины, неблагоприятно отражаясь на здоровье и качестве ее жизни.

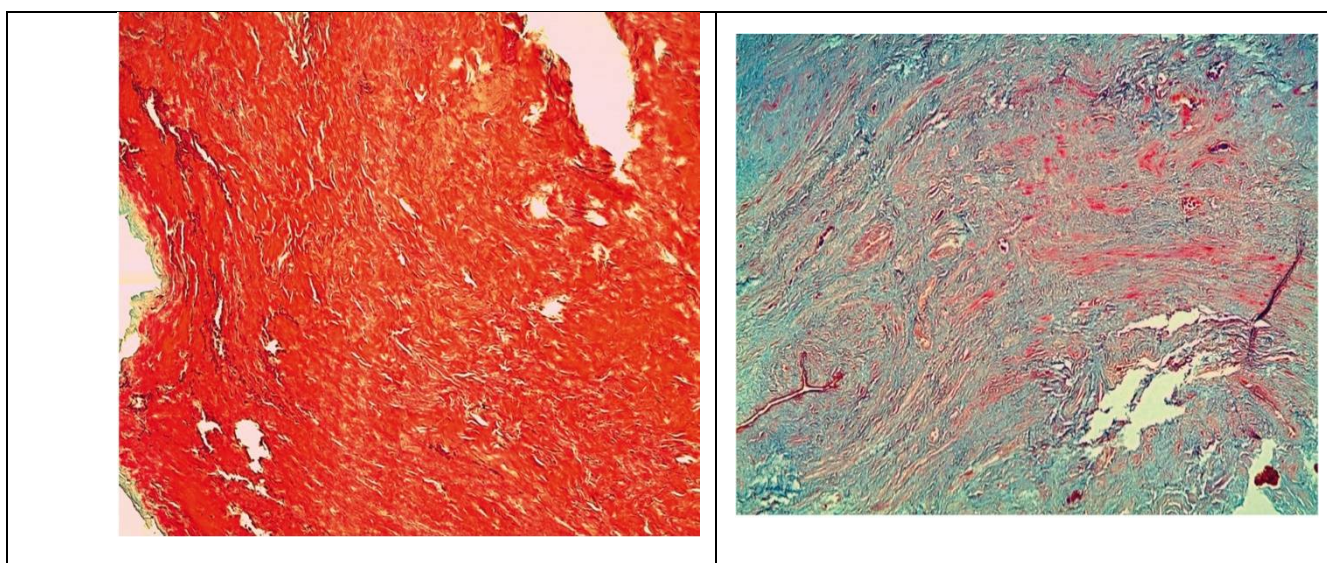
Этого состояния могут различаться в разных возрастных группах, однако, очевидно, существуют единые механизмы развития как собственно несостоятельности тазового дна, так и ее последствий (пролапс гениталий и смежных органов, недержание мочи, кала, кишечных газов, хроническая констипация, сексуальные нарушения, болезни шейки, тела и придатков матки,

дисбиотические состояния влагалища). Перечисленные заболевания сами по себе имеют ряд неблагоприятных последствий: нарушения фертильности и течения последующих гестаций, развитие опухолевых процессов в пораженных органах, социальная изоляция женщин и др. Таким образом, проблема несостоятельности тазового дна у женщин служит отправной точкой для развития целого спектра заболеваний и нарушений, ухудшающих здоровье и качество жизни женщин. Причиной множества методов лечения и диагностики десценции тазовых органов на фоне отсутствия единого представления об оптимальной врачебной тактике при пролапсах может являться отсутствие единого мнения о патогенетических особенностях рассматриваемого заболевания. Наверное, поэтому почти не рассматриваются вопросы профилактики пролапсов, хотя профилактическая тактика и патогенетический подход к любым болезням являются самым главным, рациональным и эффективным направлением медицины. Выявления патогенетических особенностей пролапса тазовых органов у женщин разных возрастных групп мы проводили изучение 448 пациенток 22-83 лет, проходивших хирургическое лечение на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии №2 СамГМУ. С целью выявления возрастных особенностей заболевания весь изученный контингент был подразделен на три группы, критерием отбора в которые стал возраст пациенток: репродуктивного возраста (моложе 45 лет.), перименопаузального возраста (46-55 лет) и пожилого вплоть до старческого возраста (старше 56 лет). Средний возраст пациенток составил $52,9 \pm 0,9$ лет, а в каждой из групп этот показатель был $36,7 \pm 1,1$, $49,3 \pm 0,6$ и $63,4 \pm 0,8$ лет соответственно. Мы изучили жалобы пациенток, связанные с синдромом несостоятельности тазового дна. Отсутствие достоверных различий в сравниваемых группах, мы выявили ряд особенностей. Наименьшее число жалоб было связано, вопреки данным литературы, с нарушениями мочеиспускания. Число пациенток, имевших те или иные жалобы, увеличивалось коррелятивно увеличению возраста, в старших возрастных группах мы отметили большее число пациенток, имевших сочетание жалоб. Патогенеза заболевания, необходимо было изучить возрастной показатель при появлении первых симптомов заболевания. Распределение времени возникновения заболевания было закономерным – в большинстве случаев жалобы, связанные с несостоятельностью тазового дна возникли у пациенток в позднем репродуктивном возрасте, увеличиваясь в старших группах с наступлением перименопаузы (физиологическая гипозестрогения). На основании анамнеза пациенток мы оценили длительность пролапса гениталий. Для выявления патогенеза пролапса мы провели сравнение времени возникновения его первых симптомов или информирования пациенток о наличии пролапса лечащими врачами. Большинство пациенток, независимо от возраста, указали на начало заболевания в возрасте 30-45 лет. Однако усугубление клинической картины с началом менопаузальных изменений отметили 79,6% женщин из второй и 70,9% - из третьей групп. На возникновение признаков заболевания до 30 лет женщины активного репродуктивного возраста указывали в 2 раза чаще пациенток из других групп. Лишь у десятой части больных пролапс гениталий развился после 50 лет, а на возникновение заболевания после 60 лет указало всего лишь семь женщин. Средний возраст появления симптомов пролапса составил 40 лет и достоверно не отличался по группам. Соответственно этому длительность течения заболевания увеличивалась в каждой возрастной группе, составив в среднем 14 лет. Выявлена прямая коррелятивная зависимость между длительностью и степенью тяжести заболевания. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии кардинальных различий в течение заболевания у пациенток разных возрастных групп, т.е. подтверждает предположение о различных причинах, но идентичных механизмах развития пролапса. Таким образом, можно констатировать длительное течение пролапса гениталий у всех пациенток и усугубление клинической картины с возрастом, что противоречит распространенному мнению о влиянии возрастных особенностей на появление несостоятельности

тазового дна. 58 пациенткам изученного контингента ранее проводилось хирургическое лечение по поводу пролапса гениталий, половина из них – это рецидивы после пластик влагалища. При изучении особенностей оказалось, что при выполнении операций на тазовом дне и стенках влагалища преимущественно использовался кетгут. Возможно, причиной низкой эффективности пластик влагалища был недостаточный объем операции, когда учитывалась лишь клиническая картина (степень пролапса), а не характеристики тканей (наследственная или приобретенная слабость промежности). При проведении полостных операций только в 8 из 58 случаев выполнялся второй этап – коррекция анатомии тазового дна (т.е. при лечении грыжи не была проведена пластика грыжевых ворот). Влагалищная гистерэктомия была проведена только в одном случае, ни пластика тазового дна, ни фиксация связок в этом случае также не проводилась. В результате обследования пациенток, у них были выявлены разные степени опущения и выпадения тазовых органов. За первую степень мы принимали опущение стенок влагалища, цисто- и ректоцеле; за вторую – неполное выпадение матки или культы шейки матки (влагалища) после проведенных ранее гистерэктомий; за третью – полное выпадение матки или культы шейки матки (влагалища). Распространенность легких степеней пролапса была наибольшей в первой возрастной группе, распределение второй степени было статистически равномерным, а тяжелые случаи достоверно чаще были диагностированы у наиболее старых пациенток. Средний возраст пациенток с первой степенью пролапса составил $39,6 \pm 1,1$, второй - $48,7 \pm 0,6$, а третьей - $59,1 \pm 0,4$ лет. Можно отметить, что хирургическое лечение пациенткам предлагается самое раннее - через три года после начала заболевания, верхний предел этого интервала практически не ограничен. Таким образом, отмечается тенденция к поздней диагностике и позднему лечению явлений пролапса у подавляющего числа больных. У всех пациенток была выявлена несостоятельность тазового дна, клиническое течение которого ухудшается в каждой возрастной группе, т.е. с течением времени. Это еще раз доказывает поэтапное идентичное развитие пролапса независимо от этиологических факторов и их числа. Снижение эстрогенового фона ухудшает течение уже существующего синдрома несостоятельности тазового дна и пролапса гениталий. Нормальная анатомия промежности была сохранена лишь у 22,5% женщин из первой группы, 35,2% – из второй и 39,9% – из третьей, что составило треть изученного контингента - 33,1% человек. Все пациентки были прооперированы на гинекологических базах кафедры. Основными принципами хирургического подхода были: о рациональный подход к объему оперативного вмешательства: разный возраст - разный подход (минимально достаточный после перенесенной травмы; оптимальный при наличии пролапса, исходя из особенностей анамнеза, длительности заболевания и выраженности клинических проявлений; радикальный и минимальным по достижении старческого возраста), о неперемное условие к любому объему - выполнение перинеолеваторопластики в качестве оперативной коррекции анатомии грыжевых ворот; о независимо от объема оперативного пособия использование только синтетических рассасывающихся нитей, а не кетгута, о использование современных, высокоэффективных и доступных для большинства лечебных учреждений анестезиологических пособий, снижающих травматичность оперативного лечения (особенно у соматически отягощенных больных и пациенток пожилого и старческого возраста), ускоряющих процесс реабилитации. При выполнении перинеолеваторопластики нами были взяты биоптаты для проведения морфологического и иммуногистохимического исследования тканей промежности. В качестве контроля были исследованы ткани промежности женщин, травмированных во время первых родов. Всего проведено 74 исследований тканей промежностей. Мы изучили свечение коллагенов первого (C1), третьего (C3) и четвертого (C4) типов (коллаген второго типа встречается лишь в хрящах, поэтому был исключен из исследования).

Анализ люминесценции показал отсутствие диффузного свечения высокой выраженности С3 и С4, но и небольшое количество материала с диффузным свечением С1. Отсутствие люминесценции коллагенов было также зафиксировано только у 1/10 части исследованных биоптатов. Таким образом, в большинстве случаев наблюдалось фрагментарное свечение различной степени выраженности. Для поиска взаимосвязей полученных результатов иммуногистохимического исследования и клинической картины, мы построили графики зависимостей степени люминесценции коллагенов с возрастом пациенток, временем, прошедшим после травматичных родов. Зависимость степени люминесценции исследованных коллагенов от временных критериев – возраста пациенток и срока после перинеальных травм – показал идентичную картину. На протяжении этих графиков можно выделить три стадии (на рисунках разделены вертикальными пунктирными линиями): более активного свечения С1, приходящего ему на смену с течением времени преобладания С3 и превалирования люминесценции С4. Период активного свечения С1 наблюдался у пациенток до 31 года, что соответствует, в среднем, 8 годам после перенесенной травмы. На протяжении этого периода кривая, характеризующая степень люминесценции С1, неуклонно стремится вниз, то есть, несмотря на превалирование С1, его выраженность и распространенность уменьшается, а активность свечения С3 и С4 имеет тенденцию к увеличению. Это – период субкомпенсаторных изменений в тканях промежности. Следующий этап, соответствующий возрасту 31 – 38 лет (8 – 16 лет после травматичных родов), характеризуется более яркой люминесценцией С3: график имеет возрастающий тренд до пиковой активности свечения (в возрасте 35 лет и 14,5 лет, прошедших после травмы), а затем иммуногистохимические показатели С3 имеют тенденцию к снижению. График, отражающий изменение с течением времени яркости свечения С1, стремится к меньшим показателям, а активность С4, наоборот, постепенно увеличивается. Это – период ранних субкомпенсаторных изменений. И, наконец, третий этап, соответствующий возрасту пациенток старше 38 лет и более 16 лет, прошедших после перинеального повреждения. В это время особенностью диаграммы является превалирование постоянно увеличивающегося свечения С4. Графики, отражающие люминесценцию С1 и С3 на этом этапе стремятся к понижению. Так проявляется период поздних декомпенсаторных изменений тазового дна. Заметив эту особенность, мы сопоставили

полученные данные с классическим развитием патологических процессов, как известно, развивающихся в три основных этапа: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации. Для подтверждения вышеописанного анализа полученных графиков, приводим, на котором изображена зависимость яркости люминесценции изученных коллагенов в тканях промежности от диагнозов, послуживших обоснованием хирургической коррекции. График имеет уже обнаруженные ранее зависимости, однако, более сглаженный вид из-за уменьшения числа градаций. Стадия субкомпенсаторных изменений заканчивается развитием опущения обеих стенок влагалища, то есть началом выраженной манифестации пролапса, а апофеозом развивающихся событий оказывается период, связанный с началом дистопии матки, когда все поддерживающие ее структуры приходят в состояние поздней декомпенсации. Ухудшение уже существующего пролапса происходит также в период перименопаузы. Морфологическая картина биоптатов полностью подтверждает клинические проявления несостоятельности тазового дна и результаты иммуногистохимического исследования, расширяя представления о структурных изменениях тканей. Эти изменения всецело вписываются в концепцию компенсаторных, субкомпенсаторных и декомпенсаторных процессов. До момента воздействия на промежность повреждающего фактора (осложненные роды через естественные пути), независимо от наличия дополнительных факторов риска развития пролапса, их воздействие на ткани нивелируется компенсаторно-приспособительными реакциями. Морфологическая картина мышц промежности в этом случае (ткани, взятые для исследования во время первых родов) соответствовала нормальному: полноценные мышечные волокна без признаков дистрофии с умеренным количеством соединительной ткани первого типа и нормальных сосудов, составляющих межклеточное вещество. После повреждения тканей промежности, вследствие воздействия многочисленных дополнительных факторов, способствующих развитию пролапса гениталий, в тканях возникали субкомпенсаторные изменения: увеличивалось число сосудов, появлялся отек их стенок и межклеточного вещества; с увеличением лимфоцитарной инфильтрации стенок сосудов, появлялись начальные признаки склерозирования; увеличивалась дистрофия мышц, снижалась их функциональная активность, происходило разрастание соединительной ткани промежуточного, третьего типа, замуровывающей мышечные волокна.



Нормальная морфологическая картина тканей промежности.

В среднем, через 8-10 лет после родов, особенно, осложненных травмой промежности, происходил срыв адаптационных возможностей тканей. Начинался процесс декомпенсаторных изменений тазового дна под влиянием продолжающих

воздействовать (хроническое повышение внутрибрюшного давления) и появляющихся (постепенное снижение выработки половых стероидов) факторов. В это время развивался резко выраженный склероз сосудов, снижалось их общее количество,

развивалась атрофия мышечных волокон, они замещались соединительной тканью, представленной преимущественно наименее прочным С4.

Выводы. У большинства пациенток - 469 (82,6%) - пролапс начинает развиваться еще в репродуктивном возрасте, негативно отражаясь на сексуальной функции, здоровье и качестве жизни. Клиническая картина усугубляется с течением времени, что зависит от длительности заболевания (накопление факторов риска). Вопреки ожиданиям, стрессовое недержание мочи при пролапсе встречаются только в 64 (11,3%) случаев, гораздо более важным симптомом оказалась хроническая констипация (запоры) - 190 (33,5%). Несостоятельность тазового дна при пролапсе отмечена в 100% случаях, независимо от возраста. При этом

нарушения анатомии (расхождение ножек m.levatoris ani) – у 380 (66,9%). Морфологические и иммуногистохимические исследования подтвердили предположение о едином механизме развития пролапса, зависящего не от факторов риска, а от длительности заболевания. Патогенез синдрома несостоятельности тазового дна, развивается в три морфологически подтвержденных этапа: стадии компенсации (до повреждения промежности или гистерэктомии), стадии субкомпенсации, длящейся, в среднем, 8 лет (несостоятельность тазового дна без пролапса или начальные степени опущения стенок влагалища) и декомпенсации (манifestация пролапса тазовых органов).

Использованная литература

1. Адамян Л. В., Сашин Б. Е. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: Сб./ Под ред. В.И. Кулакова. М., 2016. - С. 622-636.
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев: Книжное изд., 2014, т.2, с. 437-453.
3. Аминова В.А. К вопросу о ректоцеле. Материалы науч. конференции врачей клиник Куйбышевского мед. ин-та., 2012, с.228-231.
4. Багаев В. М. Ведение больных с выпадением матки у женщин старше 50 лет: Автореферат дис. канд. мед. наук. — М., 2016. — 19 с.
5. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии. // Акуш. и гин. — 2018.-№6.-С. 12-13.
6. Баисова Э. И. Выбор метода оперативного лечения пролапса матки: Дис. докт. мед. наук. М., 2019. - 144 с.
7. Ibatova Sh. M., Mamatkulova F. Kh., Ruzikulov N.Y. The Clinical Picture of Acute Obstructive Bronchitis in Children and the Rationale for Immunomodulatory Therapy. International Journal of Current Research and Review. Vol 12 Issue 17. September 2020. - P.152-155.
8. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Rakhmonov Y.A., Shukurova D.B., Kodirova M.M. Assessment of the Effectiveness of Treatment of Rachit in Children by Gas-Liquid Chromatography. International Journal of Current Research and Review. Vol 13, Issue 06, 20 March 2021. P.64-66.
9. Sh.M. Ibatova, F.Kh. Mamatkulova, D.S. Islamova. Efficiency of combined application of apricot oil and aevit as a regulator of lipase activity of blood serum in children with vitamin D-deficiency rickets. Journal of Critical Reviews. // ISSN- 2394-5125. VOL 7, ISSUE 11, 2020. P.1266-1274.
10. Ibatova Sh.M., Baratova R.Sh., Mamatkulova F.Kh., Ergashev A.Kh. State of immunity in chronic obstructive pulmonary disease in children. Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). Vol.10, Issue 3, March, 2021. P. 132-136.
11. Sh.M. Ibatova, F.Kh. Mamatkulova, N.Y. Ruzikulov, Yu.A. Rakhmonov. Broncho obstructive syndrome in children: prevalence and difficulties of differential diagnostics. ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 2021, P. 87-92.



УДК: 618.2/.4-053.7

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Д.м.н., профессор

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Мухаммедова Фариза Фарходовна

магистр

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гулнора Тоштемировна

Доцент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Хамроева Лола Каххоровна

Доцент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Mukhammedova Fariza Farxodovna, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna, Features of the course of juvenile pregnancy (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698433>**Negmadzhanov Baxodur Boltaevich**

Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Mukhammedova Fariza Farxodovna

Master's Degree

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Associate Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Khamroeva Lola Kaxxorovna

Associate Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE COURSE OF JUVENILE PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)**Negmadzhanov Baxodur Boltaevich**

Professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Mukhammedova Fariza Farxodovna

magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,

Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
Docent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Khamroeva Lola Kaxxorovna
Docent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

VOYAGA ETMAGAN HOMILADORLIKNING XUSUSIYATLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

На сегодняшний день подростковая беременность является проблемой глобального масштаба, которая касается стран как с высоким, так и со средним уровнем дохода. Согласно исследованиям авторов, около 21 млн девушек-подростков беременеет каждый год. Из них примерно 12 млн случаев заканчиваются родами. Также по этим данным было выявлено, что примерно 50% случаев беременности девушек-подростков были нежелательными [2,3]. Ежегодно в возрасте 15 лет рождает около 1,5 тыс. подростков, 9 тыс. в 16 лет и свыше 30 тыс. до достижения 17 лет. Показатель материнской смертности среди юных женщин увеличился с 4,4 на 100 000 родившихся живыми до 13,4 - за последние годы [1].

Здоровье нации и развитие общества в целом зависит от состояния здоровья и уровня развития подростков, так как именно подростки являются репродуктивным потенциалом любой страны. По данным Всемирной организации здравоохранения, наиболее благоприятным периодом для вынашивания и рождения ребенка является возраст от 20 до 30 лет. Отклонение от этих показателей может сказаться как на здоровье самой матери, так и на состоянии ребенка [4]. Отсюда исходит, что юными называются беременные в возрасте от 13 до 19 лет. Особенности девушек-подростков, связанные с возрастом, оказывают значительное влияние на течение беременности и исход родов, а точнее, в этом возрасте возрастает риск материнской и перинатальной смертности, рождения ребенка с низкой массой тела.

Большинство несовершеннолетних беременных сталкиваются с тем, что не находят одобрения в семье, в кругу друзей и родственников, что приводит к тому, что девушки-подростки, кроме полученного стресса, связанного с беременностью, получают еще и психологическую травму. Поэтому подростковая беременность является проблемой медицинского, юридического, психологического и социального характера [5].

Возникновению подростковой беременности способствует ряд факторов: принудительные и ранние браки, отсутствие знаний о половой жизни и методах контрацепции, сексуальное насилие [3].

По данным исследований Радзинского В.Е. и группы авторов в странах с низким уровнем дохода около 12% процентов девочек выходят замуж в возрасте до 15 лет, а 39% - до 18 лет [6].

Другой причиной, по которой возникает подростковая беременность, является раннее начало половой жизни, низкий уровень знаний о репродуктивной системе в целом и неиспользование средств контрацепции.

Особая роль отводится теме сексуального насилия, т.к. согласно статистике, треть подростковой беременности возникает именно по этой причине [6].

После выявления факта беременности примерно 30% случаев заканчиваются медицинскими абортами, 14% - самопроизвольными выкидышами и 56% - родами. Такие показатели связаны с тем, что беременность и роды в подростковом возрасте оказывают большую нагрузку на незрелый организм.

Многочисленные исследования показывают, что за последние годы общее соматическое и репродуктивное здоровье подростков ухудшилось. В среднем 75-85% девушек имеют проблемы с соматическим здоровьем (заболевания мочеполовой системы 42%, болезни органов пищеварения 19,2%, органов дыхания 15%, сердечно-сосудистой системы 10,4%, эндокринной патологии 4%), у 10-15% наблюдаются патологии со стороны репродуктивной системы (кольпиты различной этиологии 21,9%, нарушения

менструального цикла 10,2%, воспалительные заболевания придатков 7,8%), оказывающие влияние на их фертильные возможности. Разумеется, что в таких условиях гестационный процесс протекает с различными осложнениями, отражающиеся на состоянии юной беременной, её плода и новорожденного [7,8].

Во время вынашивания ребенка юная беременная сталкивается не только с проблемами, связанными со здоровьем, но и с психосоциальными проблемами: невозможность получения полноценного образования, бедность, ограниченные профессиональные возможности и т.д. Одним из наиболее важных проблем является трудность во взаимоотношении с окружающими, юные матери постоянно испытывают давление со стороны общества, т.к. такая беременность воспринимается обществом как признак асоциального поведения. К тому же следует учесть, что молодые мамы испытывают огромный страх из-за неопределенного будущего. Как утверждает группа авторов, более половины юных беременных страдают тревожными и депрессивными симптомами и нуждаются в квалифицированной помощи психолога на протяжении всей беременности и после родов.

Современный мир стимулирует раннее половое созревание несовершеннолетних, но не предоставляет достаточной информации о последствиях раннего вступления в половую жизнь. Стоит подметить, что у живущих половой жизнью несовершеннолетних девушек риск возникновения гинекологических заболеваний выше, чем у сверстниц, не вступавших в половую связь [9,10,11].

Из всего вышесказанного следует, что ни организм подростка, ни его психическое здоровье не готовы к такому ответственному шагу. К выполнению репродуктивной функции готовы лишь 30% девушек-подростков. Возрастные особенности организма юных беременных приводят к формированию узкого таза, беременность протекает на фоне ярко выраженного токсикоза, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания, хронической внутриутробной гипоксии плода [12].

Группа авторов утверждает, что беременность у юных девушек чаще осложнялась анемией и пиелонефритом [13,14,15]. Анемия беременных диагностируется у несовершеннолетних чаще, чем у женщин старшего возраста; частота ее колеблется по разным источникам от 4 до 78%. Железодефицитная анемия, выявляемая у несовершеннолетних беременных, может быть обусловлена: неполноценностью кровотворной системы и ее возрастными особенностями; недостаточным запасом железа при рождении; потерей крови в случае предшествующих беременности ювенильных кровотечений. Несмотря на проводимое лечение, восстановление гемоглобина происходит редко, в некоторых случаях анемия продолжает прогрессировать [1].

Одним из наиболее частых проявлений дезадаптации к беременности считают преэклампсию. Сложность объективной оценки частоты ранних преэклампсий у подростков заключается в том, что ранние сроки беременности в большинстве случаев выпадают из-под врачебного наблюдения из-за поздней постановки несовершеннолетних беременных на учет. Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть преэклампсии. При ювенильной беременности преэклампсия встречается в 12,0 - 76,55%, причем чаще средней и тяжелой степени. Средний срок манифестации преэклампсии на 2 недели раньше, чем у взрослых беременных. Юные беременные

составляют группу высокого риска по формированию фетоплацентарной недостаточности. Хроническую ФПН имеют в среднем от 11,0 до 76,0% беременных подростков, тяжелее всего она протекает у подростков с МВ 12 года. Признаки плацентарной недостаточности выявляются при ультразвуковом исследовании плаценты, определяются по макро- и микроморфологическим изменениям в плаценте, получают косвенное подтверждение при обнаружении гормональной и иммунной дисфункций. У этой группы чаще регистрируют антенатальный дистресс плода по биофизическому профилю и КТГ. Динамика изменений уровней гормонов фетоплацентарного комплекса в крови юных первородящих и беременных благоприятного детородного возраста приблизительно одинакова. Однако недостаточный синтез стероидов в фетоплацентарном комплексе у биологически незрелых первородящих сохраняется вплоть до родов, что служит предпосылкой для развития аномалий родовой деятельности (Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский, 2018) [1].

Согласно другим исследованиям, которые проводились при сравнительной оценке 2-х групп беременных, в одну из которых входили беременные подросткового возраста, а во вторую – женщины старше 19 лет, было выявлено, что возникновение отеков, преэклампсии, патологии щитовидной железы встречались практически в одинаковом соотношении с небольшой разницей. В то время как необходимо выделить, что тошнота на ранних сроках, рвота беременных, заболевания почек встречались чаще у девушек-подростков [16].

Также стоит обратить внимание на то, что в связи с недостаточной осведомленностью об использовании средств контрацепции у 2-х групп исследуемых женщин, в одной из которых были юные беременные значительно возросли показатели заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем; у 20% исследуемых была выявлена хламидийная инфекция, а у 38% - трихомоноз [17,18].

Что касается самих родов, то у несовершеннолетних женщин рекомендуется проводить роды в специализированных высококвалифицированных учреждениях родовспоможения, желательно в тех, где есть специалисты с соответствующим опытом и круглосуточная анестезиологическая и неонатологическая служба. Госпитализация на роды должна проводиться в 38-39 недель. При дородовой госпитализации проводится углубленное обследование организма беременной-подростка, готовности к родам, состояния фетоплацентарного комплекса. Необходимо иметь полную и объективную информацию о реактивности и резервных возможностях плода [1].

Анализ истории родов в ходе работы Кузнецовой Я.В., Орловой И.С., Саидовой П.А показал, что роды через естественные пути отмечены у 73% подростков, а роды путем кесарева сечения – у 27%. Что касается продолжительности родов, то у юных беременных роды продолжались $8,7 \pm 2,5$ часа. У большинства девушек-подростков роды произошли в срок (92,1%) и лишь у 7,9% наблюдались преждевременные роды. В структуре осложнений родового акта преобладали аномалии родовой деятельности (28,5%), несвоевременное излитие околоплодных вод (24,2%), родовой травматизм (15,6%). Безводный период до 6 часов имели 70,2% рожениц, от 6 до 12 - у 22,8% и свыше 12 - 7% подростков. Средняя продолжительность безводного периода составила $5,06 \pm 0,16$ часа. Из оперативных вмешательств в родах наиболее часто применялись рассечение промежности (44%), амниотомия (29,7%), ручное обследование полости матки (5,4%). Кесарево сечение было выполнено у 11% юных рожениц, из них 30% составили плановые операции [19].

Социальная адаптация у юных первородящих женщин нередко ведёт к негативному психологическому отношению к беременности и родам. В результате такие юные девушки часто плохо переносят родовый процесс, ведут себя неадекватно, что становится причиной родового травматизма. Так, в исследовании А. А. Потоцкой выявлены разрывы шейки матки 1-ой степени, в сочетании с разрывами влагалища в 29% случаев, разрывы промежности – в 28%, травмы малых половых губ – в 14% случаев [20].

Увеличение массы тела матери во время беременности служит важным показателем, влияющим на исход беременности. Недостаточное увеличение массы тела (менее 7 кг в течение беременности) связано с рядом неблагоприятных исходов беременности, в том числе низким весом плода при рождении (22,2%), а также является главным фактором риска младенческой смертности [21,22].

Радзинский В.Е. и др. отмечают в своей работе, что у участниц основной группы значимо чаще, чем у контрольной, имели место хроническая и острая гипоксия плода, много- и маловодие, крупный плод, узкий таз. Отмечалось статистически незначимое, но все же некоторое увеличение числа преждевременных родов у юных женщин. Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила $3349,5 \pm 469,4$ г, в группе контроля — $3416,5 \pm 407,1$ г ($p < 0,01$). Маловесные дети (масса тела — менее 2500 г) у девочек-подростков рождались почти в 6 раз чаще, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста (4,0% против 0,7% соответственно, $p < 0,05$). Средняя длина тела новорожденных у матерей-подростков — $51,3 \pm 2,54$ см, у женщин 20–29 лет — $51,7 \pm 2,2$ см ($p < 0,05$). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на первую минуту жизни в группе юных матерей составила $7,9 \pm 0,6$ балла, в группе матерей оптимального репродуктивного возраста — $8,0 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$). Общая заболеваемость новорожденных составила 42,0% в основной группе и 22,0% в контрольной ($p < 0,05$). Выписаны домой 94,3% новорожденных от юных мам и 97,0% от взрослых женщин, пере ведены в больницы 5,4% детей пациенток основной группы и 3,0% контрольной ($p > 0,05$). В группе юных женщин был неблагоприятный исход родов — 1 (0,3%) ребенок умер после домашних родов. В контрольной группе случаев ранней неонатальной смерти не было ($p > 0,05$) [6,23].

Проблема подростковой беременности должна регулироваться и предотвращаться при помощи надлежащих мер правового, социального и экономического характера [3, 24, 25]. Всемирная организация здравоохранения в тесном сотрудничестве с международными организациями определила меры снижения числа браков, заключенных до 18 лет. Эти меры должны быть направлены на получение девочками школьного образования, воздействие на культурные нормы и запрет на раннее заключение брака [2,9]. С целью снижения числа беременностей у девушек до 19 лет необходимо улучшить знания о фертильности, учитывая социокультурный контекст женщин: создание общественной поддержки молодым женщинам, половое просвещение девочек и мальчиков, работа с местными сообществами, общение родителей с детьми дома на тему сексуальности и обмен опытом в целях предупреждения ранней беременности. Также мерами для предотвращения подростковой беременности являются принятие законодательства, обеспечивающего свободный доступ к средствам контрацепции, запрет на секс по принуждению, оказание противодействия социальным нормам, оправдывающим занятие сексом по принуждению, привлечение мужчин к мерам по достижению гендерного равенства [3].

Кроме того, очевидно значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, их полового просвещения, формирования ответственного отношения к здоровью. Обязательное условие эффективности такой работы — совместная деятельность медицинских работников, социальных педагогов и психологов, прошедших необходимую подготовку по психологии общения и методике консультирования. В литературе указывается на необходимость комплексного подхода к проблеме профилактики беременности у несовершеннолетних, в частности на необходимость пропаганды воздержания и контрацепции [26,27].

Таким образом, информированность несовершеннолетней, доступность контрацепции, репродуктивное просвещение, получение образования и профессиональной подготовки являются ключевыми факторами профилактики нежелательной беременности. Огромную роль в успешности профилактических программ играют родители девушки, школа, религиозные организации, врачи, социальные и государственные учреждения.

Подобные совместные усилия как на национальном, так и на местном уровне доказали свою эффективность в снижении сексуальной активности и частоты беременности у несовершеннолетних [10]. А в направлении медико-социальной работы с уже беременными несовершеннолетними важную роль

играет психологическая и физическая подготовка к предстоящему материнству, помощь в решении кризисных социальных ситуаций, связанных с беременностью, подготовке к предстоящим родам и уходу за новорожденным [9,11].

Использованная литература

1. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серов В. Н., Радзинский В. Е. /Акушерство: национальное руководство - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4551-8.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy/> - 15.09.2022.
3. Коннон С.Р.Д., Борисова А.В., Семятов С.М., Сохова З.М., Зулумян Т.Н., Союнов М.А., Хаддад Х. Подростковая беременность в развивающихся странах – мировая проблема (на примере Республики Бенин) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 8, № 3. С. 71–74. DOI: 10.24411/2303-9698-2020-13010
4. Елгина С.И., Кондратова Л.А. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода, перинатальные исходы у подростков в Кузбассе // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17, № 2. С. 24–32. DOI: 10.33029/1816-2134-2021-17-2-24-32
5. Баринов С.В., Писклаков А.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Дудкова Г.В., Островская О.В., Фрикель Е.А., Дворецкая В.В., Дарбинян А.Э. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин подросткового возраста Омского региона. Репродукт. здоровье детей и подростков. 2018. Т. 14. № 4. С. 23–31. doi: 10.24411/1816-2134-2018-14002
6. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Чакчурина И.А., Оразмурадова А.А. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих // Доктор.Ру. 2019. № 7 (162). С. 6–11. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-162-7-6-11.
7. Junita Indarti, Adly Nanda Al Fattah, Zulfitri Dewi, Rachmat Dediati Kapnosa Hasani, Fitri Adinda Novianti Mahdi, and Raymond Surya, Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia // Obstetrics and Gynecology International Volume 2020, Article ID 2787602
8. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Полякова Е.И., Геворгян А.П. и др. Анализ гинекологической заболеваемости девочек и девушек в Москве. Пробл. репродукции. 2017; 23(6): 60–5.
9. Ипполитова М.Ф., Михайлин Е.С., Иванова Л.А. Медико-социальная помощь несовершеннолетним при беременности, родах и в послеродовом периоде // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 5. – С. 75–93. doi: 10.17816/PED9575-93
10. Романова Л.Л., Тишковская М.Е., Нюхтик Е.С. Несовершеннолетнее материнство как социальная проблема // Вестн. АмГУ. 2017. № 76. С. 92–94.
11. Касьянова, Б. В. Социально-психологическое сопровождение несовершеннолетних беременных / Б. В. Касьянова // Студент и наука (гуманитарный цикл) - 2020 – С. 962-967.
12. Linda Mann, Deborah Bateson, Kirsten I Black Teenage pregnancy // The Royal Australian College of General Practitioners 2020 VOL. 49, NO. 6, JUNE 2020, 310-316
13. Елгина С.И., Кондратова Л.А. Особенности течения беременности и исходы родов у юных женщин. Фундаментальная и клиническая медицина. 2020; 5(2): 72-78. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-2-72-78>
14. Черных АВ, Белов ЕВ, Шевцов АН. Антропометрические показатели поперечно-сокращенного таза у первородящих юниоров. // Новая наука: от идей к результатам. 2016;1-2:5–7.
15. Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Аязбекова А.Б., Курманова А.М. Ювенильная беременность как фактор перинатальных осложнений // Патология беременности 1 (50) 2022– с - 77-84. DOI: 10.37800/RM.1.2022.
16. Самчук П.М., Розалиева Ю.Ю. Течения беременности и родов у первородящих подростков в современных условиях // Международный научно-исследовательский журнал № 9 (87) Часть 1 Сентябрь 2019, с. 85-89. DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.87.9.01>
17. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Шило М.М. Социальный портрет беременной девочки-подростка в современных условиях // Репродуктивное здоровье детей и подростков – 2018 – № 1. – С. 28–36.
18. Akoh C.C., Pressman E.K., Cooper E., Queenan R.A., Pillittere J., O'Brien K.O. Prevalence and risk factors for infections in a pregnant adolescent population // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2017. Vol. 30, N 1. P. 71–75.
19. Кузнецова Я.В., Орлова И.С., Саидова П.А. и др. Гестационный период и роды у матерей подросткового возраста // Евразийское Научное Объединение. – 2019. – № 12-2 (58). – С. 138-141.
20. А. А. Потоцкая Течение беременности, родов и послеродового периода у девушек-подростков // «Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2020», с.14-18
21. Загдай С.П., Ермашева М.А. Особенности состояния здоровья юной матери и ее ребенка. Смоленский мед. альманах. 2017; 1: 138–42.
22. Степашов Н.С., Бердникова Т.В. Брак и материнство юных матерей. В кн.: Семья в современном мире. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск; 2017: 141–45
23. Лорей А. А., Мирон И. М., Девятова И. Н. Особенности течения беременности и родов у юных женщин // Российский медико-биологический вестник им. И. П. Павлова. 2016. Т. 24, № 4. С. 88-95.
24. Загорельская Л.Г., Динамика состояния здоровья у юных женщин во время беременности и родов // Мать и дитя М.- 2009. - 58-59 с.11.
25. Адамян, Л.В. Беременность и роды у юных первородящих, опасности и как их преодолеть / Л.В. Адамян [и др.] // «Московская медицина» – 2016. – №1. – С.68–69.
26. Хворик, Д. Ф. Социально-медицинские проблемы здоровья матерей в возрасте 14-18 лет и родившихся у них детей / Д. Ф. Хворик, Е. С. Ярмолик, Н. В. Хворик // Современные достижения молодых учёных в медицине 2017 – С. 207-209.
27. Верешко, Е. В. Особенности психоэмоционального статуса несовершеннолетних беременных / Е. В. Верешко, С. В. Черных, И. Т. Говоруха // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи : сборник трудов VI научно-практической конференции 2022. – С. 205-213.




УДК: 616.72-002.77-06:616.12-008.331.1

Туркманов Маъмур Матмусаевич
Ассистент Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан
Хасанов Ойбек Гофир угли
ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АССОЦИАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Turkmanov Mamur Matmusaevich, Khasanov Oybek Gofir ugli, Chronic kidney disease in rheumatoid arthritis: association with cardiovascular risk (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698543>

Turkmanov Mamur Matmusaevich
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Khasanov Oybek Gofir ugli
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS: ASSOCIATION WITH CARDIOVASCULAR RISK (LITERATURE REVIEW)

Turkmanov Mamur Matmusaevich
Assistant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Khasanov Oybek Gofir ug'li
Assistant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АССОЦИАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ревматоидный артрит (РА) является одним из часто встречающихся аутоиммунных заболеваний как в российской, так и в мировой популяции, причем в последние годы отмечается рост числа пациентов во всех возрастно-половых группах [3, 7]. Неблагоприятный прогноз у пациентов с РА может быть связан с поражением почек [10]. Частота поражения почек при РА, по данным разных авторов, составляет от 57 до 73 % [1, 2]. Voers M. по данным аутопсий установлено, что различные варианты поражения почек встречаются у 19,7 % пациентов с РА [5].

Реактивный артрит (РеА) – воспалительное заболевание суставов, которое развивается после острой кишечной или урогенитальной инфекции, как правило, у лиц с генетической предрасположенностью.

Причины появления реактивного артрита

Реактивный артрит может быть осложнением острых или хронических инфекционных заболеваний. При этом чаще всего в качестве возбудителей выступают кишечные и урогенитальные инфекции (*Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*,

Campylobacter jejune, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella tiphimurium*, *Chlamydia trachomatis*, *Shigella flexneri*).

В зависимости от причин возникновения выделяют реактивные артриты, ассоциированные и неассоциированные с HLA-B27 (Human leukocytic antigen-B27 – человеческий лейкоцитарный антиген).

РеА, ассоциированные с HLA-B27:

- энтероколитические (шигеллезные, сальмонеллезные, иерсиниозные, кампилобактерные и др.),
- урогенитальные (хламидийные, уреоплазменные, микоплазменные и др.),

РеА, неассоциированные с HLA-B27:

- вызванные инфекциями носоглотки,
- вирусные (в том числе ВИЧ) инфекции.

Набор HLA у каждого человека свой, и генетические вариации этих антигенов связаны с различной восприимчивостью к разным заболеваниям. HLA-B27 – основной иммуногенетический маркер высокой предрасположенности к развитию спондилоартритов.

Реактивный артрит обычно развивается после перенесенной инфекции на 7–21-й день от начала заболевания. Для РеА характерно асимметричное поражение одного или нескольких суставов (но не более 4–5). Чаще поражаются суставы нижних конечностей (коленные, голеностопные, пальцев стоп), реже – суставы верхних конечностей (локтевые, лучезапястные, пальцев кистей).

Предполагается, что реактивный артрит чаще развивается у обладателей HLA-B27 по той причине, что у бактерий и HLA-B27 есть сходство последовательностей аминокислот. Согласно научной гипотезе, молекула HLA-B27 связывает бактериальный или собственный антигенный пептид, который затем предъявляется Т-лимфоциту с целью ответа. Взаимодействие (CD8+) Т-лимфоцитов с частью макромолекулы бактерии распознается иммунной системой и приводит к синтезу провоспалительных медиаторов, которые вызывают воспаление и повреждение тканей.

Формирование нефропатии при РА носит сложный многофакторный характер и проявляется различными клинкоморфологическими вариантами. Так, известны различные клинические формы поражения почек при РА (амилоидоз, гломерулонефрит, реже ревматоидный гранулематоз и ревматоидный васкулит почек), а также ятрогенные, обусловленные проводимым лечением (лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит, мембранозная нефропатия, мезангиопролиферативный гломерулонефрит). В то же время в реальной клинической практике нозологический диагноз заболевания почек при РА, как правило, устанавливается при появлении клинко-лабораторных критериев, важнейшим из которых является протеинурия [15], в то же время в последнее время установлено, что при малосимптомном течении нарушение функции почек может развиваться и без наличия протеинурии [9]. Примечательно, что не всегда специалистами-ревматологами обращается внимание на ранние проявления функциональных почечных нарушений, особенно при умеренной выраженности протеинурии, хотя темпы падения функции почек при РА могут быть достаточно быстрыми, особенно в пожилом возрасте и при ассоциации с сердечно-сосудистой патологией [15].

Весьма важно, что по современным представлениям функциональные почечные нарушения, длящиеся более трех месяцев (т.н. хроническая болезнь почек), в т.ч. без определенного нозологического диагноза, рассматриваются как важнейший прогностический фактор, требующий коррекции лечебной тактики как в общей популяции, так и, возможно, при РА [10, 11]. По данным некоторых исследователей, развитие хронической болезни почек при РА может быть ассоциировано с сердечно-сосудистой патологией, в то время как и сама почечная патология является фактором риска поражения сердечно-сосудистой системы [15]. В то же время крупномасштабных эпидемиологических исследований по распространенности хронической болезни почек

при РА и ассоциированных с ее развитием факторов риска не проводилось, а имеющиеся данные разрозненны и противоречивы [4, 12]. Таким образом, оценка функциональных почечных нарушений и ассоциированных факторов при РА является актуальной для клинической медицинской практики, недостаточно разработаны подходы к раннему выявлению почечной патологии и оценке риска ее прогрессирования при РА.

Цель исследования – оценка тяжести функциональных почечных нарушений при РА с анализом основных факторов риска.

В ходе выполнения настоящей работы нами проведена оценка распространенности основных нозологий, характерных для РА, а также выполнено подробное изучение функциональных почечных нарушений в сопоставлении с их важнейшими возможными причинными факторами. Особое внимание было уделено выяснению возможной связи с развитием нарушения функции почек традиционных детерминант сердечно-сосудистого риска (возраст, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия), а также связанных с самим РА (активность и стаж заболевания, частота применения НПВС и кортикостероидов), которые по данным предшествующих исследований могут иметь значение в развитии ХБП при РА [4, 12, 15].

Для определения суммарного сердечно-сосудистого риска нами была использована шкала SCORE [6], определяющая риск сердечно-сосудистых осложнений по результатам оценки возраста, пола, уровня холестерина и артериального давления. По данным экспертов European Society of Cardiology, шкала SCORE наиболее точно определяет 10-летний фатальный риск всех осложнений, связанных с атеросклерозом (ИМ, мозговой инсульт, поражение периферических артерий). В связи с этим для суммарной оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов РА включенных в наше исследование, использовалась шкала SCORE в модификации экспертов Европейской антиревматической лиги – EULAR [13]. У 23 % пациентов, согласно этим рекомендациям, нами применялся возрастающий коэффициент (умножение на 1,5) в связи с наличием двух из трех критериев (продолжительность РА более 10 лет, антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, экстраартикулярная манифестация РА).

У некоторой части пациентов нозологический диагноз устанавливался при показаниях к выполнению пункционной нефробиопсии (преимущественно при наличии нефротического синдрома), что соответствует современным стандартам диагностики в нефрологии, у основной категории пациентов нозологический почечный диагноз не верифицировался, но присутствовали функциональные нарушения.

Среди пациентов, включенных в исследование, хроническая болезнь почек зарегистрирована у 51 человека. При сравнении частоты ХБП в различных возрастных группах по дебюту РА определено преобладание ее в группе с дебютом РА в возрасте старше 45 лет (63 %) в сравнении с группой дебюта РА менее 45 лет (37 %) ($p = 0,03$). Морфологические варианты поражения почек у 21 пациента с выполненной нефробиопсией представлены в табл. 2. Наиболее часто регистрировался тубулоинтерстициальный нефрит (42,8 %), менее часто отмечались амилоидоз (28,5 %), различные морфологические формы гломерулонефрита (28,7 %).

При анализе значимости статистических различий между группами с нормальной и сниженной СКФ получены следующие данные: наиболее значимым фактором снижения СКФ явился 10-летний сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE ($p = 0,02$), кроме того, к другим значимым факторам отнесены возраст, длительность РА, частота приема НПВС и артериальной гипертензии, ожирение. Частота ХБП у пациентов с РА в сочетании с артериальной гипертензией составила 67 %, а в группе с тубулоинтерстициальным нефритом – 78 %. Признаки активности РА, как клинические, так и лабораторные, по полученным нами данным, не относились к значимым для развития ХБП, что не совпадает с данными некоторых исследователей [4]. Сходные с полученными нами данные описаны Naqoon M. et al. [15], которые обследовали 183 пациента с воспалительными артропатиями (ревматоидный артрит,

серонегативный артрит, недифференцированный олигоартрит), авторы установили, что снижение СКФ у данной категории больных в большей степени связано с сердечно-сосудистым риском, а не с активностью артрита.

Таким образом, согласно полученным нами данным, у пациентов с РА с наличием хронической болезни почек наиболее

значимыми факторами, непосредственно связанными с риском формирования ХБП при РА, явились значение индекса SCORE, возраст, длительность анамнеза РА, частота приема НПВС и артериальной гипертензии.

Использованная литература

1. Waldburger JM, Firestein GS. Rheumatoid arthritis: B. Epidemiology, pathology, and pathogenesis. In: Klippel JH (ed). Primer on the Rheumatic Diseases, 13th edn. New York, NY: Springer, 2008:122-132.
2. Carmona L, Cross M, Betal W. Rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010;24:733-74.
3. Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Firestein GS, Kelley WN (eds). Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th edn. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 2009:1035-86.
4. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита: новая стратегия, новые мишени. Научно-практическая ревматология. 2017;55(4):409- 19 [Nasonov EL. Pharmacotherapy of rheumatoid arthritis: a new strategy, new targets. Rheumatology Science and Practice. 2017;55(4):409-19 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-409-419>
5. Listing J, Kekow J, Manger B, et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab. Ann Rheum Dis. 2015;74:415-21.
6. Hickson LJ, CrowsonCS, Gabriel SE, et al. Development of reduced kidney function in rheumatoid arthritis. Am J Kidney Dis. 2014;63:206-13.
7. Tokoroyama T, Ando M, Setoguchi K, Tsuchiya K, Nitta K. Prevalence, incidence and prognosis of chronic kidney disease classified according to current guidelines: a large retrospective cohort study of rheumatoid arthritis patients. Nephrol Dial Transplant. 2016;0:1-8. doi: 10.1093/ndt/gfw315
8. Foster MC, Rawlings AM, Marrett E, et al. Potential effects of reclassifying CKD as a coronary heart disease risk equivalent in the US population. Am J Kidney Dis. 2014;63:753-60. 9. Оранский С.П. Хроническая болезнь почек при ревматоидно артрите: ассоциация с сердечно-сосудистым риском. Фундаментальные исследования. 2013;12(2):285-8 [Oransky SP. Chronic kidney disease in rheumatoid arthritis: an association with cardiovascular risk. Basic research. 2013;12(2):285-8 (In Russ)].
9. Хасанов О.Г. , Шодидулова Г.З., Таирова З.К. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=D0dN5nAAAAAJ&citation_for_view=D0dN5nAAAAJ:9yKSN-GCB0IC) ХОГ Вестник Ташкентской медицинской академии 2 (№ 2), 183-185, 2022
10. Zikriyayevna S. G., G'ofirovich X. O., Maxmudovich A. S. CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS CIRRHOSIS OF THE LIVER //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 4. – С. 415-421.



УДК: 616.72-002.77-06:616.12-008.331.1

Туркманов Маъмур Матмусаевич

Ассистент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ:
ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Turkmanov Mamur Matmusaevich, Chronic kidney disease in patients with rheumatoid arthritis: incidence, risk factors, and variants of renal damage (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698595>**Turkmanov Mamur Matmusaevich**

Assistant

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS:
INCIDENCE, RISK FACTORS, AND VARIANTS OF RENAL DAMAGE (LITERATURE REVIEW)****Turkmanov Mamur Matmusaevich**

Assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ БИЛАН ОГ'РИГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ:
БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЧАСТОТАСИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИ, ВАРИАНТЛАРИ (АДАБИЙОТЛАР ТАҲЛИЛИ)**

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим иммуновоспалительным (аутоиммунным) заболеванием, характеризующимся прогрессирующей деструкцией суставов, системным воспалением внутренних органов и широким спектром коморбидных заболеваний, связанных как с хроническим воспалением, так и с нежелательными лекарственными реакциями. Заболеваемость РА составляет приблизительно 40/100 000. Распространенность болезни отмечают около 1% в европейской популяции, но, по различным данным, она варьирует от 0,1 до 5% [1,3]. Несмотря на появление широкого спектра инновационных лекарственных препаратов, существенно улучшающих прогноз заболевания, сохраняется риск различных осложнений, в том числе поражения почек [4–6]. Развитие хронической болезни почек (ХБП) со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м² (ХБП III стадии и выше), альбуминурия

выявлена у 76% пациентов с РА без предшествующих заболеваний почек, маркеры канальцевой дисфункции – у 82% больных РА [11]. Накопленные данные свидетельствуют, что вовлечение почек при РА влияет на прогноз больных, особенно учитывая тесную связь ХБП с высоким риском

сердечно-сосудистых осложнений и общей смертности [5,7,12, 13]. Таким образом, проблема развития ХБП и ассоциированных с ней факторов риска при РА имеет высокую актуальность в настоящее время и продолжает изучаться.

Факторы риска поражения почек при РА В отличие от некоторых других иммуновоспалительных

ревматических заболеваний, в частности антинейтрофильные цитоплазматические антитела ассоциированного системного васкулита, системной красной волчанки, поражение почек, патогенетически связанное с развитием основного заболевания, мало характерно для РА. Одним из наиболее частых факторов развития ХБП при РА является лекарственная нефротоксичность, обусловленная широким назначением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также некоторых базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) [14]. Так, по данным

18-месячного рандомизированного клинического исследования (РКИ) MIDAL, в который вошли 34 700 пациентов с РА, снижение функции почек привело к отмене диклофенака

150 мг в сутки и эторикоксиба 90 и 60 мг у 1, 0,4 и 2,3% больных соответственно [1,5]. В 20-месячном РКИ PRECISION,

включившем 24 081 больного РА, почечные осложнения отмечены на фоне приема цецекоксиба у 0,7%, напроксена – у 0,9%, ибупрофена – у 1,1% больных [1,6]. Поскольку применение различных НПВП является независимым фактором прогрессирования ХБП и снижения СКФ <30 мл/мин/1,73 м² при РА, уменьшение потребности в приеме НПВП у больных РА может рассматриваться как одна из основных задач фармакотерапии в соответствии

с современной концепцией «Лечение до достижения цели» – «Treat to Target» [1,7].

В то же время важным аспектом возможного прогрессирования ХБП при РА является неадекватная коррекция по величине СКФ дозы БПВП, которые выводятся через почки.

Так, согласно данным ретроспективного исследования MATRIX, посвященного изучению влияния различных препаратов на риск развития ХБП у больных РА, повышение уровня сывороточного креатинина обнаружено у 19% из 129 обследованных пациентов. Среди них у 20 и 15% больных выявлена II и III стадия ХБП соответственно. При этом большинство (90%) пациентов с СКФ <60 мл/мин/1,73 м² получали как минимум одно лекарство, требующее коррекции

дозы, и 70% больных – потенциально нефротоксичный препарат. При этом у половины больных, получавших метотрексат, не было выполнено необходимой коррекции дозы в соответствии с уровнем клубочковой фильтрации [18]. Помимо лекарственной нефротоксичности предикторами ХБП являются общепопуляционные факторы риска – сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, дислипидемия, нарушения углеводного обмена [1,9]. В частности, к факторам, провоцирующим развитие острого почечного повреждения при применении НПВП, помимо предшествующей ХБП относят артериальную гипертензию, гиповолемию и хроническую сердечную недостаточность, а также сопутствующее применение некоторых лекарственных средств [диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, аминогликозидов] [2]. В работе отечественных авторов также установлено влияние артериальной гипертензии наряду с гипергликемией и повышением холестерина сыворотки крови у больных РА с ХБП [9, 10]. Тяжелая артериальная гипертензия, курение и злоупотребление алкоголем рассматриваются как независимые факторы риска развития ХБП у больных РА и в популяции. По мнению некоторых авторов, мужчины, страдающие РА, более предрасположены к развитию ХБП, чем женщины, что может быть связано с более высокой распространенностью этих факторов риска среди мужчин [7]. Помимо общепопуляционных факторов риска, не менее значимый вклад в развитие ХБП при РА вносит активность хронического воспаления, выявлена взаимосвязь между активностью заболевания и степенью снижения СКФ [2]. Кроме того, ранние маркеры почечного повреждения – альбумин и β_2 -микроглобулин, в моче определяются у больных с более высокой активностью заболевания и системными проявлениями РА [11]. Наиболее частым клиническим проявлением поражения почек при РА является протеинурия, что свидетельствует о развитии амилоидоза или гломерулонефрита, однако снижение СКФ может развиваться и в отсутствие мочевого синдрома [2,3]. Еще в 1987 г. M. Voers и соавт. опубликовали исследование, в котором в биоптатах почек 132 больных РА у 120 (91%) выявлен нефросклероз, который авторы связывали с наличием у пациентов артериальной гипертензии. Однако полученные корреляции между степенью нефросклероза и длительностью РА позволили предположить, что существуют механизмы, обеспечивающие непосредственное влияние хронического воспаления при РА на развитие нефросклероза [24]. Так, при РА показано, что персистирующий высокий уровень С-реактивного белка (СРБ) как минимум в течение 6 мес, так же как интерлейкин (ИЛ) 6 и фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), является независимым предиктором снижения СКФ <60 мл/мин/1,73 м²

[2,5]. В работе отечественных авторов у больных РА с ХБП также выявлены

более высокие значения СРБ, связанные с длительностью и активностью хронического воспаления [2,6]. У пациентов с высоким уровнем СРБ обсуждаются различные механизмы прогрессирования ХБП. В частности, повышение СРБ может быть ассоциировано с другими

факторами риска ХБП – повышением артериального давления, высоким уровнем глюкозы и липидов, ожирением. С другой стороны, показано, что СРБ может откладываться

в эндотелии клубочков и тубулярном эпителии, вызывая тяжелое воспаление с повышением инфильтрации тубулоинтерстиция Т-лимфоцитами и макрофагами с повышением продукции провоспалительных цитокинов, хемокинов и адгезивных молекул [2,7,9]. Повышение уровня СРБ в сыворотке крови больных РА может усиливать механизмы эндотелиальной дисфункции, что способствует повреждению афферентных артериол и сопровождается внутриклубочковой гипертензией [3].

Варианты поражения почек при РА. Спектр почечной патологии, лежащей в основе ХБП при РА, достаточно широк, что связано с возможностью поражения различных структур почек, в частности почечных клубочков, сосудов, канальцев и почечного интерстиция (см. таблицу). При этом характер и выраженность мочевого синдрома, а также клинических проявлений нефропатии не всегда четко коррелируют с определенным морфологическим вариантом поражения почек, что в большинстве случаев требует проведения биопсии почки и морфологической верификации диагноза. Наиболее частыми морфологическими формами поражения почек при РА являются амилоидоз, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, мембранозная нефропатия, минимальные изменения и интерстициальный нефрит, в том числе обусловленный приемом НПВП [3]. Долгие годы лидирующую позицию среди всех вариантов нефропатии у больных РА занимал вторичный амилоидоз почек, что в первую очередь было связано с недостаточным контролем воспалительной активности болезни [3,8]. Установлено, что развитие вторичного АА-амилоидоза при РА связано с гиперпродукцией предшественника амилоида – сывороточного белка острой фазы воспаления (serum amyloid A – SAA), который синтезируется в гепатоцитах под воздействием провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-1). Наиболее частыми клиническими проявлениями амилоидоза почек при РА являются изолированная протеинурия, нефротический синдром и при неэффективности лечения – формирование почечной недостаточности. Развитие амилоидоза почек чаще ассоциировано с многолетним течением РА (более 17 лет), что отличает его от других типов поражения почек, в частности от мембранозной нефропатии или мезангиальных форм нефрита, которые развиваются значительно раньше [33]. Несмотря на то, что частота вторичного амилоидоза уменьшается в настоящее время, пациенты с длительным хроническим воспалением по-прежнему находятся в группе риска развития амилоидоза. Активная терапия, направленная на подавление воспаления, может привести к уменьшению отложения амилоида в ткани почки [3, 4]. Так, по данным Финского регистра в период с 1995 по 2008 г. у больных, страдающих вторичным амилоидозом в рамках РА, лечение метотрексатом сопровождалось уменьшением количества терминальных стадий ХБП [4]. Расширение возможностей фармакотерапии в последние годы привело к некоторому изменению структуры поражения почек при РА. Однако по результатам морфологического исследования биоптатов почек хронический гломерулонефрит встречается так же часто, как и амилоидоз [4]. По данным морфологических исследований биоптатов почек у 21 – 36% больных РА выявляют мезангиальный гломерулонефрит и у 7–12% пациентов – IgA нефропатию [3]. Предполагается, что важным фактором мезангиальной пролиферации может быть повышение ИЛ-6, типичное для больных РА, так как повышение ИЛ-6 также выявлено у больных с мезангиальными формами хронического гломерулонефрита [4,3]. Еще в 1973 г. M.I. Salomon и соавт. описали 18 случаев РА с поражением почек. По результатам морфологического исследования почти у половины отмечена мезангиальная

пролиферация [4]. В одном из крупных ретроспективных исследований, включавшем 110 биопсий почек у больных РА, наиболее частыми морфологическими вариантами нефропатии оказались мезангиальный гломерулонефрит (36%), амилоидоз (30%) и мембранозная нефропатия (17%) [3].

Значительно реже встречался фокальный пролиферативный гломерулонефит (4%), болезнь минимальных изменений (3%) и острый интерстициальный нефрит (1%) [4,5]. Сходное распределение морфологических вариантов нефропатии получено М. Нокао и соавт. при исследовании 158 пациентов с РА и поражением почек [4,6]. Клиническое течение мезангиального гломерулонефрита характеризуется более мягким течением без нефротического синдрома и развития терминальной почечной недостаточности. В подавляющем большинстве случаев при этом варианте гломерулонефрита выявляют гематурию в сочетании с протеинурией или без таковой. Амилоидоз чаще протекает с нефротическим синдромом. У пациентов с изолированной протеинурией частота амилоидоза, мембранозной нефропатии и мезангиального нефрита приблизительно одинакова [3,6]. Однако в другом ретроспективном исследовании почечных биоптатов пациентов с РА с протеинурией, нефротическим синдромом и почечной недостаточностью преобладающей (16 из 31) оказалась группа с мембранозной нефропатией. Такая частота мембранозной нефропатии, повидимому, связана с распространенностью терапии препаратами золота и D-пенициллинами [4,7,8]. Развитие этого варианта поражения почек в отличие от мезангиального гломерулонефрита наблюдается у больных РА с более коротким ($3,8 \pm 2,9$ года) анамнезом патологии суставов [3]. Наиболее редкими морфологическими вариантами почечной патологии при РА считаются болезнь минимальных изменений, фокальный сегментарный гломерулосклероз и ревматоидный васкулит сосудов почек. Последний тип поражения, несмотря на свою относительную редкость, прогностически неблагоприятен, поскольку часто сопровождается быстропрогрессирующей почечной недостаточностью, а также сопутствующим поражением других органов, в частности легких [3].

Широкое внедрение метотрексата и наступление эры инновационных таргетных и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в лечении РА кардинальным образом изменило течение и исходы заболевания, а также частоту и структуру почечных проявлений, связанных с высокой воспалительной активностью РА. В нескольких работах, включая два мета-анализа, показан эффект ГИБП (прежде всего ингибиторов ФНО- α) и БПВП (в основном метотрексата) у больных РА как для снижения сердечно-сосудистого риска, так и риска ХБП [12]. Применение ингибиторов ФНО- α и метотрексата ассоциируется с увеличением

концентрации общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и в большей степени ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что улучшает отношение общего ХС/ХС ЛПВП. Вместе с тем, по данным отечественных авторов, на фоне лечения другого ГИБП, ингибитора ИЛ-6 тоцилизумаба, снижение воспалительной активности РА сопровождается повышением концентрации ХС и ХС ЛПНП, увеличением толщины комплекса интима—медиа сонных артерий и в некоторых случаях появлением атеросклеротических бляшек [5,4]. В ретроспективном когортном исследовании, включавшем 70 больных РА, среди пациентов, леченных ингибиторами ФНО- α , функция почек длительно оставалась стабильной [12]. У пациентов с РА и амилоидозом назначение ингибиторов ФНО- α приводило к одновременному снижению белков острой фазы и протеинурии [5–7]. В исследовании японских авторов на большом клиническом материале, включившем 20 757 больных РА, установлено, что назначение ГИБП уменьшает риск почечного поражения и значительно замедляет прогрессирование ХБП, хотя спектр патологии почек, причины ХБП в этом исследовании не оценивались [5]. Обсуждается благоприятное воздействие ГИБП, включая анти-В-клеточный препарат ритуксимаб, на эндотелиальную функцию, метаболизм липидов и инсулинорезистентность как с помощью прямого воздействия (путем прерывания воспаления и эндотелиальной дисфункции), так и опосредованно (через изменение метаболизма липидов, углеводов и т.д.), что может снижать риск развития ХБП у больных РА [5,8].

Заключение: Поражение почек при РА может быть связано с воздействием двух основных факторов: активности хронического воспаления и нефротоксичности лекарственных препаратов, используемых для лечения основного заболевания. В последние годы наблюдается патоморфоз поражения почек при РА с уменьшением частоты вторичного амилоидоза, что связано с прогрессом в фармакотерапии. Представляется несомненным тот факт, что появление эффективных средств воздействия на воспалительную активность РА, в частности метотрексата и ГИБП, в сочетании с современной терапевтической стратегией «Лечение до достижения цели» – «Treat to Target», способствует уменьшению частоты ХБП у больных РА за счет лучшего контроля активности болезни и уменьшения использования нефротоксичных медикаментов. В то же время в патогенезе ХБП при РА сохраняют свое значение кардиоваскулярные и метаболические факторы риска, в частности артериальная гипертензия, липидные нарушения, которые могут способствовать развитию нефросклероза через активацию неиммунных механизмов прогрессирования ХБП.

Использованная литература:

1. Waldburger JM, Firestein GS. Rheumatoid arthritis: B. Epidemiology, pathology, and pathogenesis. In: Klippel JH (ed). Primer on the Rheumatic Diseases, 13th edn. New York, NY: Springer, 2008:122-132.
2. Carmona L, Cross M, Betal W. Rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010;24:733-74.
3. Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Firestein GS, Kelley WN (eds). Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th edn. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 2009:1035-86.
4. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита: новая стратегия, новые мишени. Научно-практическая ревматология. 2017;55(4):409-19 [Nasonov EL. Pharmacotherapy of rheumatoid arthritis: a new strategy, new targets. Rheumatology Science and Practice. 2017;55(4):409-19 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-409-419>
5. Listing J, Kekow J, Manger B, et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab. Ann Rheum Dis. 2015;74:415-21.
6. Hickson LJ, Crowson CS, Gabriel SE, et al. Development of reduced kidney function in rheumatoid arthritis. Am J Kidney Dis. 2014;63:206-13.
7. Tokoroyama T, Ando M, Setoguchi K, Tsuchiya K, Nitta K. Prevalence, incidence and prognosis of chronic kidney disease classified according to current guidelines: a large retrospective cohort study of rheumatoid arthritis patients. Nephrol Dial Transplant. 2016;0:1-10. doi: 10.1093/ndt/gfw315
8. Foster MC, Rawlings AM, Marrett E, et al. Potential effects of reclassifying CKD as a coronary heart disease risk equivalent in the US population. Am J Kidney Dis. 2014;63:753-60.
9. Оранский С.П. Хроническая болезнь почек при ревматоидно артрите: ассоциация с сердечно-сосудистым риском. Фундаментальные исследования. 2013;12(2):285-8 [Oransky SP. Chronic kidney disease in rheumatoid arthritis: an association with cardiovascular risk. Basic research. 2013;12(2):285-8 (In Russ)].
10. Батюшин М.М., Выставкаина Е.А. Факторы риска развития и прогрессирования хронической болезни почек у больных ревматоидным артритом. Современные проблемы науки и образования. 2011;5 [Batyushin MM, Vyshkina EA. Risk factors for the

- development and progression of chronic kidney disease in patients with rheumatoid arthritis. *Modern problems of science and education*. 2011; 5 (In Russ.). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=4871>
11. Ребров А.П., Тяпкина М.А., Волошинова Е. В. Субклиническое поражение почек у пациентов с ревматоидным артритом. *Лечащий врач*. 2012;4:40-2 [Rebrov AP, Tyapkina MA, Voloshinova EV. Subclinical kidney damage in patients with rheumatoid arthritis. *Lechaschi Vrach*. 2012;4:40-2 (In Russ.)].
 12. Kim HW, Lee CK, Cha HS, Choe JY, Park EJ, Kim J. Effect of antitumor necrosis factor alpha treatment of rheumatoid arthritis and chronic kidney disease. *Rheumatol Int*. 2015;35(4):727-34. doi: 10.1007/s00296-014-3146-4
 13. Chiu HY, Huang HL, Li CH, Chen HA, Yeh CL, Chiu SH, Lin WC, Cheng YP, Tsai TF, Ho SY. Increased Risk of Chronic Kidney Disease in Rheumatoid Arthritis Associated with Cardiovascular Complications – A National Population-Based Cohort Study. *PLoS One*. 2015;25,10(9):e0136508. doi: 10.1371/journal.pone.0136508
 14. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т., Мартынов А.И., Яхно Н.Н., Арутюнов Г.П., Алексеева Л.И., Абузарова Г.Р., Евсеев М.А., Кукушкин М.Л., Копенкин С.С., Лиля А.М., Лапина Т.Л., Новикова Д.С., Попкова Т.В., Ребров А.П., Скоробогатых К.В., Чичасова Н.В. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. *Научно-практическая ревматология*. 2018;56:1-29 [Karateev AE, Nasonov EL, Ivashkin VT, Martynov AI, Yakhno N.N., Arutyunov GP, Alekseeva LI, Abuzarova GR, Evseev MA, Kukushkin ML, Kopenkin SS, Lila AM, Lapina TL, Novikova DS, Popkova TV, Rebrov AP, Skorobogatykh KV, Chichasova NV. Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Clinical guidelines. *Rheumatology Science and Practice*. 2018;56:1- 29 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-1-29>
 15. Cannon C, Curtis S, FitzGerald G, et al. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Longterm (MEDAL) programme: a randomised comparison. *Lancet*. 2006;368(9549):1771-81. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69666-9
 16. Хасанов О.Г. , Шодикулова Г.З., Таирова З.К. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=D0dN5nAAAAAJ&citation_for_view=D0dN5nAAAAAJ:9yKSN-GCB0IC) ХОГ Вестник Ташкентской медицинской академии 2 (№ 2), 183-185, 2022
 17. Zikriyayevna S. G., G'ofirovich X. O., Maxmudovich A. S. CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS CIRRHOSIS OF THE LIVER //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 4. – С. 415-421.



УДК 618.14-002.27.618.56. 618.2-06

Юлдашев Санжар Келдиярович

PhD

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии
Ташкент, Узбекистан**Хикматуллаева Малика Рахимжоновна**Резидент магистратуры кафедры
акушерства и гинекологии №2
Ташкентской медицинской академии
Ташкент, Узбекистан**ИСТОЦЕЛЕ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Yuldashev Sanjar Keldiyarovich, Khikmatullaeva Malika Rakhimjonovna, Istmocele and fertility. a modern solution to the problem (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698676>**Yuldashev Sanjar Keldiyarovich**

PhD

Republican Specialized Scientific and Practical
medical center of obstetrics and gynecology
Tashkent, Uzbekistan**Khikmatullaeva Malika Rakhimjonovna**Master student of
the department of obstetrics and gynecology №2
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan**ISTMOCELE AND FERTILITY. A MODERN SOLUTION TO THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)****Yuldashev Sanjar Keldiyrovich**

Tibbiyot fanlari nomzodi,

Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Toshkent, O'zbekiston**Xikmatullaeva Malika Rahimjonovna**Toshkent tibbiyot akademiyasi
2-son akusherlik va ginekologiya kafedrası
Magistratura rezidenti
Toshkent, O'zbekiston**ISTMOSELE VA FERTILLIK. MUAMMONING ZAMONAVIY YECHIMI (ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Ниша матки представляет собой ятрогенный мешковидный дефект на месте рубца от предшествующего кесарева сечения из-за неполноценного заживления тканей. Другими используемыми терминами являются истмоцеле матки, дефект рубца после кесарева сечения, расхождение матки и дивертикул. Ниша определяется рентгенологически как треугольная, гипозоногенная или анэзоногенная область на месте рубца [1,2]. Он также был описан

как углубление в миометрии глубиной не менее 2 мм [1]. В последнее время наблюдается всплеск литературы, включая обзоры, посвященные различным аспектам ниши.

Распространенность. Ниша матки встречается у 70% женщин с предшествующим кесаревым сечением, из которых 30% являются симптоматическими [1,2]. Сообщаемая распространенность варьирует: 24–70% при трансвагинальной

сонографии (ТВС) и 56–84% при соногистерографии с инстилляцией геля/физиологического раствора (СГГ) [1,3]. Это может быть недооценкой, потому что многие женщины не имеют симптомов, а также потому, что клиницисты могут не распознавать нишу как причину симптомов из-за неосведомленности. Распространенность 46,5% была зарегистрирована в проспективном наблюдательном исследовании (n = 295), где соногистерография была сделана через шесть месяцев после кесарева сечения [4]. Распространенность увеличивается с увеличением числа предыдущих кесаревых сечений.

Факторы риска. Ниша образуется из-за плохого заживления кесарева сечения. Факторы риска могут быть связаны с операцией или с пациентом [5].

Факторы риска влияющие на нижний сегмент.

Раскрытие шейки матки > 5 см, продолжительность родов > 5 ч и поздняя позиция плода предрасполагают к образованию большой ниши из-за более тонкого или менее васкуляризованного миометрия, что приводит к неадекватному заживлению [4].

Уровень разреза на матке.

Нижний разрез матки по направлению к шейке приводит к плохому заживлению, так как слизь, выделяемая цервикальными железами, препятствует сближению миометрия. Слизь также постепенно увеличивает размер ниши [6].

Кесарево сечение, выполненное в втором периоде родов после сглаживания шейки матки, а также создание маточно-пузырной складки брюшины влияют на уровень разреза матки.

Методы ушивания матки. Однослойная техника закрытия децидуальной оболочки предрасполагает к неполному закрытию по сравнению с одиночным закрытием на всю толщину. Почти у 94% пациентов с истмоцеле выполнено однослойное закрытие без закрытия брюшины. Сильный миометриальный рубец с правильным анатомическим приближением без ущемления тканей сводит к минимальному образованию истмоцеле [1].

Если мышечные края толстые, их лучше всего вправить, включив более глубокую часть в первый слой, а оставшиеся поверхностные края разреза во второй слой.

Неперпендикулярные швы, приводящие к неравномерному закрытию миометрия, запирающие швы или очень плотный второй слой, приводящий к ишемическому некрозу, приводят к плохо заживающему рубцу, предрасполагающему к образованию истмоцеле.

Неадекватный гемостаз, ишемия тканей, деваскуляризация и чрезмерные манипуляции с тканями способствуют плохому заживлению рубцов и спаек, в результате чего образуются ниши.

Спайки. Образование спаек с брюшной стенкой подтягивает рубец на матке к брюшной стенке, оказывая противодействующее усилие, противоположное направлению втягивания рубцовой ткани на матке, и вызывая нарушение заживления раны [6].

Ретрофлексия матки. Учитывая данные Британских учёных [1], большие ниши в основном обнаруживаются при ретрофлексии матки. Влияние силы тяжести на тело матки также увеличивает противодействующие силы.

Клиническая картина. Хотя у большинства женщин клиника может оставаться бессимптомной, истмоцеле можно заметить по следующим признакам:

Постменструальные кровянистые выделения. Они представляют собой как ≥ 2 дней межменструальных кровянистых выделений или ≥ 2 дней коричневатых выделений после окончания менструации, если продолжительность кровотечения превышает 7 дней (выделения считаются нормальными, если продолжительность кровотечения < 7 дней) [6]. Это наиболее распространенный симптом, наблюдаемый у 35–65% женщин через 6–12 месяцев после кесарева сечения из-за сбора менструальной крови. Передний край ниши препятствует оттоку менструальной крови, кроме того, ее удерживает плохая сократимость окружающих фиброзированных мышц, которые затем постепенно разрыхляются [6]. При проспективном наблюдении через 1 год после кесарева сечения постменструальные кровянистые выделения были обнаружены у

22% женщин с истмоцеле по сравнению с 6,3% женщин без истмоцеле.

Боль. У женщин с нишей может наблюдаться дисменорея (45–50%), хроническая тазовая боль (35%), диспареуния (18%) или надлобковая боль. Боль может быть связана с аномальным миоконтракцией содержимого пустой ниши [4].

Накопление внутриматочной жидкости в середине цикла. Это может быть связано с избыточным образованием слизи из-за задержки крови примерно у 45% женщин.

Беременность. Беременность может имплантироваться в нишу с риском разрыва.

Вторичное бесплодие. Вероятными механизмами могут быть хроническое воспаление из-за остаточной крови или скопления перивульварной жидкости, препятствующее проникновению сперматозоидов, оплодотворению и имплантации. Большая ниша может мешать зачатию подобно гидросальпинксу [6].

Трудности в ЭКО. Сложный перенос эмбриона встречается у 25% женщин с нишей, подвергающихся ЭКО, из-за искаженной анатомии, особенно при ретрофлексии матки. Кроме того, шансы на неудачное ЭКО выше при наличии ниши матки [6].

Дисфункция мочеиспускания. Предполагалось, что локальное скопление жидкости и рубцевание вызывают дисфункцию из-за близости ниши к мочевому пузырю. Однако проспективные исследования не подтвердили это.

Акушерские осложнения при предстоящей беременности.

Существует повышенный риск эктопии рубца, приращения плаценты, расхождения рубца и разрыва матки.

Абсцесс рубца. Хотя и это осложнение наблюдается редко, учитывая тяжесть течения о нем сообщалось даже в течение 6 лет после кесарева сечения из-за остаточной крови и слизи, которые инфицируются в последующем. [7].

Диагностика. Нишу можно визуализировать в небеременном состоянии с помощью трансвагинальной сонографии (ТВС), магнитно-резонансная томография или гистероскопия. Гистеросальпингография также может диагностировать нишу. Анэхогенное пространство глубиной не менее 1 мм (расстояние по вертикали между основанием и верхушкой) с жидкостью или без нее и глубиной не менее 2 мм в миометрии в месте рубца после кесарева сечения подтверждает диагноз. Пока нет единого мнения по диагностическим критериям; однако отмечаются следующие особенности: [1,7]

Размер ниши и миометрий. Остаточная толщина миометрия (ОТМ) представляет собой расстояние по вертикали между серозной оболочкой матки и верхушкой дефекта [2]. Большие ниши определяются, когда ОТМ составляет < 50% прилегающего миометрия или $\leq 2,2$ мм при ТВС или $\leq 2,5$ мм при СГГ. Учёный Маротта и др. дали отсечку 3 мм, а ОТМ ≥ 3 мм является небольшим дефектом [5]. Отсутствие остаточного миометрия называется тотальным дефектом.

Форма ниши. Большинство дефектов имеют треугольную или полукруглую форму, хотя описаны также круглые, овальные, каплевидные формы и кисты-включения. Ниша также может выглядеть как выпячивание внутрь, т. е. внутренняя поверхность рубца выпячивается в сторону полости матки, выпячивание наружу, т. е. выпячивание внешней поверхности рубца в сторону мочевого пузыря или брюшной полости, или ретракция внутрь, т. е. внешняя поверхность рубца выпячивается в сторону миометрия.

Особенности истмоцеле. Также следует упомянуть другие особенности ниши, такие как вогнутость, аномальная васкуляризация, видимая серозная оболочка, кисто- или полилопоподобная структура.

СГГ более точен для диагностики истмоцеле. Более высокая распространенность (48% против 21%), выявление более крупных истмоцеле и более тонкого остаточного миометрия выявляются при СГГ по сравнению с ТВС. Чувствительность и специфичность ТВС по сравнению с СГГ составляют 49% и 100% соответственно. Ниши, пропущенные при ТВС, обычно небольшие, хотя они могут быть клинически значимыми. Следовательно, СГГ является предпочтительным исследованием. СГГ через 6–12 недель после родов, когда рубец не

полностью зажил, облегчает распознавание рубца и небольших ниш, чему также способствует тонкий эндометрий во время грудного вскармливания.

Тактика ведения с истмоцеле. Показания к лечению:

Лечение показано только женщинам с симптомами вторичного бесплодия, эктопическим рубцом в анамнезе, привычным невынашиванием беременности, АМК и неприятными постменструальными выделениями. Однако эффективность лечения еще предстоит выяснить. Рутинная коррекция случайно диагностированной ниши при отсутствии планов на будущее деторождение не рекомендуется.

Варианты лечения истмоцеле матки, следующие:

Медикаментозное лечение. Гормональная терапия симптоматически купирует АМК. Оральные контрацептивы подходят, если беременность нежелательна. Не было обнаружено, что ЛНГ-ВМС уменьшает продолжительность менструального цикла [5].

Хирургическое лечение. Консервативные хирургические вмешательства следует рассматривать после устранения других причин появления симптомов. Варианты включают либо резекцию гистероскопическим путем, либо иссечение плюс восстановление трансабдоминальным (лапаротомным, лапароскопическим, роботизированным) или вагинальным путем.

Гистероскопическая истмопластика. Техника включает резекцию только дистального края или обоих дистального и проксимального краев резектоскопом с использованием биполярного или монополярного тока и коагуляцию хрупких сосудов у основания или даже всей ниши шариковым электродом. Резекция облегчает дренирование менструальной крови, хотя неизбежно увеличивает размер ниши. В конце процедуры поток и давление растягивающей среды можно уменьшить для обеспечения адекватного гемостаза [19, 20]. Осложнения гистероскопической резекции ниши включают перфорацию матки, повреждение мочевого пузыря, особенно если вышележащий ОТМ < 3 мм, несостоятельность шейки матки с резекцией проксимального края и разрыв матки при последующих беременностях [2]. Безопасность мочевого пузыря может быть обеспечена интраоперационным ультразвуковым контролем и наполнением мочевого пузыря метиленовым синим, как показано в исследовании NysNiche [5].

Пластика истмоцеле. Пластика является предпочтительным методом, когда ОТМ < 3 мм, и в основном включает выявление дефекта, иссечение фиброзной ткани с краев и повторную аппроксимацию в 2 слоя либо трансабдоминальным (лапаротомическим, лапароскопическим, роботизированным) путем, либо вагинальным путем. Одновременная гистероскопия, расширитель Гегара, интрацервикальный катетер Фолея, трансвагинальное или трансректальное УЗИ могут помочь в идентификации.

Техника Vervoort включает лапароскопическую пластику в сочетании с гистероскопией с пликацией круглой связки при крайне ретрофлексированной матке с использованием гиалуроновой кислоты в качестве барьера для спаек [8]. В «технике рандеву» Ниргьянакиса источник света для лапароскопии отключается с одновременным гистероскопическим светом,

вызывающим «знак Хэллоуина» или «положительную диафаноскопию», или трансиллюминацию, когда гистероскопический свет проходит через дефект [9]. В технике «скольжения и крючка» расширитель Гегара помещается в цервикальный канал и вслепую продвигается вперед, чтобы выпячиваться и перфорировать дефект под лапароскопическим контролем [10]. В технике Донне большие истмоцеле иссекаются лапароскопически с использованием СО₂ лазером, с укорочением круглых связок при ретрофлексии матки [11].

Вагинальная коррекция. Вагинальный путь могут использовать опытные хирурги, когда ниша находится не на более высоком уровне. После отделения мочевого пузыря от шейки матки идентифицируют нишу, иссекают ее и ушивают гистеротомию в два слоя. Было обнаружено, что трансвагинальное восстановление является экономически эффективным с более коротким временем операции. Также описана одновременная гистероскопия для визуализации ниши трансиллюминацией и восстановление влагалища с помощью однопортовой лапароскопии [12].

Предотвращения истмоцеле. Первичная профилактика ниш матки путем минимизации числа кесаревых сечений и вторичная профилактика путем применения правильных хирургических методов, обеспечивающих более толстый остаточный миометрий и прочный рубец, останутся основой профилактики ниш. Недавнее исследование с участием 158 женщин продемонстрировало, что закрытие матки с использованием методики «дальний-дальний-ближний» с двойным незамкнутым доступом может способствовать уменьшению образования истмоцеле и обеспечению достаточного количества остаточного миометрия [13].

Заключение. Истмоцеле после кесарева сечения является относительно новой клинической единицей, и ее диагностика требует высокой степени настороженности. Появляющиеся данные подчеркивают необходимость тщательного отбора пациентов, нуждающихся в хирургической коррекции, возможной кривой обучения, а также еще не доказанной эффективности этих методов лечения. При симптомах кровотечения предпочтительнее гормональное лечение, тогда как при бесплодии может потребоваться хирургическая коррекция. Все хирургические методы оказались эффективными, и в недавнем систематическом обзоре 30 исследований не было обнаружено, что какой-либо конкретный метод лечения превосходит другой [14]. Учитывая данные можно сделать вывод, меньшие ниши < 2,5–3 мм с ОТМ > 3 мм можно лечить гистероскопически. Вагинальный путь предпочтительнее, когда ниша находится на более низком уровне. Трансабдоминальный доступ предпочтительнее при больших дефектах, особенно если остаточный миометрий < 3 мм, так как мочевой пузырь можно мобилизовать вне операционного поля, обеспечивая лучшую визуализацию ниши с меньшим повреждением мочевого пузыря. Это лучший подход для женщин, желающих забеременеть в будущем, поскольку увеличивается толщина и прочность стенки матки. Среди трансабдоминальных способов лапароскопия и роботизированная хирургия обладают преимуществами минимальной инвазивности и меньшей заболеваемости.

Использованная литература:

1. Bij de Vaate AJ, Brolmann HA, van der Voet LF, et al. Ultrasound evaluation of the cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37:93–9.
2. Naji O, Abdallah Y, Bij De Vaate AJ, et al. Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39:252–9.
3. Vikhareva Osser O, Jokubkiene L, Valentin L. Cesarean section scar defects: agreement between transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35:75–83.
4. Kulshrestha, V., Agarwal, N. & Kachhawa, G. Ниша после кесарева сечения (Isthmocele) in Uterine Scar: An Update. *J Obstet Gynecol India* 70, 440–446 (2020). <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01370-0>.
5. Zhang, Y., Zhu, Y., Ge, B. et al. Reproductive outcome of hysteroscopic metroplasty for women with T-shaped uterus: a retrospective study. *Reprod Health* 19, 78 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01381-2>;
6. Vervoort AJ, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJ, et al. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Hum Reprod.* 2015;30(12):2695–702.

7. Enderle I, Dion L, Bauville E, et al. Surgical management of isthmocele symptom relief and fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:232–7.
8. Van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brolmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. *BJOG.* 2014;121(2):236-44.
9. Nirgianakis K, Oehler R, Mueller M. The Rendez-vous technique for treatment of caesarean scar defects: a novel combined endoscopic approach. *Surg Endosc.* 2016;30(2):770–1.]

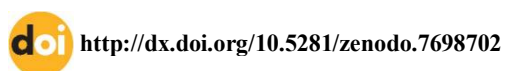


УДК 618.1.

Mukhiddinova Durdona Nuriddinovna
magistr
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston
Nasimova Nigina Rustamovna
PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

**PERIMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI GISTEROSKOPIK TASHXISLASH
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

For citation: Nasimova Nigina Rustamovna, Mukhiddinova Durdona Nuriddinovna, Hysteroscopic Diagnosis of endometrial hyperplasia in perimenopausal women (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.



Mukhiddinova Durdona Nuriddinovna
Master's Degree
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Nasimova Nigina Rustamovna
PhD
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

**HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN (LITERATURE
REVIEW)**

Мухиддинова Дурдона Нуриддиновна
магистр
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан
Насимова Нигина Рустамовна
Доктор философских наук по медицине
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

**ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУЗЕ (ОБЗОР
ЛИТЕРАТУРЫ)**

Perimenopauza yoshidagi ayollarda surunkali yallig'lanish, distrofik va giperplastik endometrial kasalliklar (GEK) endometriy saratonini oldini olish va erta aniqlash dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Ayni paytda hayz ko'rish funksiyasini tartibga solishning yoshga bog'liq o'zgarishlari ko'pincha anormal bachadon qon ketishi bilan birga keladi, bu ayolda anemiya, uyqu buzilishi, ya'ni hayot sifatining buzilishiga olib keladi. Ayollar hayotidagi hozirgi vaqtda o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyati tuxumdonlar funksiyasining erta yetishmovchiligi yoki follikulyar zaxiraning pasayishi hisoblanadi. Bu muddatdan oldingi "majburiy" perimenopauzaga, so'ngra 35 yoshdagi menopauzaga, 40 yoshda esa endometriyning saraton kasalligiga olib

keladi. Ginekologik bemorlarning 70% surunkali endometrit kuzatilib, - hayz sikli va g'ayritabiiy bachadon qon tartibga solish mexanizmlarini buzilishi yeng tez-tez sabablaridan biri bachadon shilliq qavatining surunkali yallig'lanishidir. G. T. Suxoy, N. A. Sheshukovalarning ma'lumotlariga ko'ra, morfologik tekshirish vaqtida endometriy biopsiyasi umumiy sonining 3,5-20,2% da aniqlanadi.

Tadqiqotlarga ko'ra, bachadon tanasi saratoni bilan og'rigan bemorlarda endometriy giperplaziyasi 25-75% xollarda aniqlanadi. Gipertenziya, anovulyatsiya, nisbiy giperestrogenizm, semizlik va buyrak usti giperfunksiyasi bilan EG birgalikda kuzatilishi 51-75% ayollarda kuzatiladi. Endometriydagi giperplastik jarayonlarni

rivojlantirish xavfiga yondosh kasalliklarning qo'shilishi ta'sir qilishi mumkin. Shunday qilib, I. V. Kuznetsova (2009) ma'lumotlariga ko'ra, android tipidagi semizlik metabolik sindrom va yuqori gormonal faoliyat endometrial saraton xavfini 6 marta oshiradi. Epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, vistseral semizlik atipik giperplaziya va endometriy saraton uchun xavf omilidir. Ayni paytda, reproduktiv va immun tizimi o'rtasida yaqin munosabatlar tashkil etildi [2.4.6]. Tashqi funktsional qatlam bu sikldagi gormonal o'zgarishlar va har oyda hayz ko'rishga javob beradigan qatlam bo'lib, gormonal o'zgarishlar natijasida endometriyning funktsional kavati o'sishi yuz berib, patologik zolalar kelib chikadi. Endometriy ayol tanasida yuzaga keladigan gormonal o'zgarishlarga juda sezgir bo'lgan to'qimadir. Endometriyning ortiqcha o'sishining asosiy sababi estrogenlarning ko'payishi va progesteronning yetishmasligi natijasida kuzatiladi [1.3]. Ginekologik kasallarning 15-40 % ga yaqinida endometriy giperplaziyasi uchraydi. bu patologik holat yoshlarda va 40-50 yoshdagi ayollarda uchraydi [8] Endometriy giperplaziyasi bu bachadon shilliq qavatidan o'sadigan patologik holat hisoblanadi. Bu xavfli hisoblanib dastlabki bosqichida hech qanday klinik ko'rinishlarsiz davom etib, kelajakda bepustlikka yoki soglom endometriy hujayrasini yomon sifatli hujayralarga aylanishiga olib keladi. Perimenopauza davridagi ayollarda endometriy qalinligi 4mm dan oshsa endometriy giperplaziyasi deyiladi [10].

Ishning maqsadi: Gisteroskopiya yordamida endometriy giperplastik jarayoni bo'lgan bemorlarni olib borish taktikasini takomillashtirish.

Ishning vazifalari: 1 Endometriy giperplastik jarayonlari uchrashini o'rganish. 2. Endometriyning giperplastik jarayonini UTT va gisteroskop yordamida tashhishlash va qiyosish baholash. 3. Endometriyning giperplastik jarayonini gisteroskop yordamida davolash. Tekshiruv materiali: Camarqand Viloyat Perinatal markazining endoskopik ginekologiya bo'limida endometriy giperplaziyasi bilan kasallangan 30 nafar bemorni o'rganish. Tekshiruv uslublari: Umumiy klinik tekshirish usullari (umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, bioximik tahlili, koagulogramma), UTT, gisteroskopiya, gisterorozetkoscopiya.

Izlanishdan kutilayotkan natijalar: Endometriy giperplastik jarayoni bo'lgan ayollarni olib borishi takomillashtiriladi. Oldinga qo'yilgan masalalarni xal qilishda perimenopauza yoshidagi ayollarda endometriy giperplaziyasi kuzatilganda gisteroskopiya usuli

yordamidatashxislashda kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'rganish maqsadida Samarqand viloyat perinatal markazida 2020-2021- yillardagi 30 nafar bemor ayollar o'rganildi. Perimenopauza yoshidagi ayollarda endometriy giperplaziyasi kuzatilganda gisteroskopiya usuli yordamidatashxislash va davolashdan kelib chiqib 2 guruxga bo'lib o'rganildi. Umumiy obektiv ko'rikda tana tuzilishi, tuklanishi, ko'krak bezlarining xolati, teri osti yog' qavatining holati, tayanch- xarakatlanish tizimi, somatik kasalliklari, nafas, yurak qon-tomir, siydik ajratish sistemalari, yondosh kasalliklari bor yoki yo'qligi o'rganildi. Bemorlarning umumiy ko'rigida bo'yi 160-167 sm, tana massasi indeksi 29-38, ikkilamchi jinsiy belgilar, ko'krak bezlari va tuklanishi normal tipda bo'lib, ayollarga xos edi. [1,8].

Ginekologik tekshiruvlardan rektoabdominal va bimanual tekshiruv 30 nafar bemorda o'tkazildi. Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy a'zolar normal rivojlangan bo'lib, tuklanish ayol tipiga mos. Qin daxlizida qin burmalari aniqlanib sistotsele 20% bemorlarda aniqlandi. Rektoabdominal tekshiruvda: bachadon kattalashgani aniqlanib, bachadon ortiqlari 15 nafar (50%) bemorda aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarning barchasida pararektal to'qima soxasida o'zgarishlar aniqlanmadi. Barcha bemorlarga umumklinik, klinik-laborator, instrumental tekshiruv usullari, standart bo'yicha qin surtmasining bakterioskopik tekshiruv o'tkazildi. Qonning bioximik analizi va koagulogramma ikkala gurux bemorlarda o'tkazildi [10,11].

Perimenopauza yoshidagi ayollarda endometriy giperplaziyasi bo'lgan bemorlarning tibbiy xujjatlari o'rganilganda genetik anamneziga e'tibor qaratildi. Shu bilan birga 6 ta birinchi darajali qarindoshlarida (20%), bemorlarning -ona, opa - singlisida gipermenoreya, gipermenoraggiya tipiga ko'ra reproduktiv tizimda buzilishlar qayd qilindi. Shunday qilib, tekshirilgan ayollarning 70% kasallikning rivojlanishiga genetik moyillikka ega. Bundan tashqari, reproduktiv yoshda homiladorlik davrida 80% bemorlarda semizlik, 10 nafar ona (33,3%) homiladorlik asoratlari va somatik patologiyani davolashda turli xil dorilar - gormonal, antibiotiklar, shu jumladan, homila tushish xavfi bo'yicha va 12 nafar (40%) onalar homiladorlik davrida kuchli virusli infektsiya bilan kasallangan. Barcha bemorlarga umumklinik tekshiruvlardan: UQT, UST, qon bioximiyasi, qon guruxi, rezus faktori, RW va OIV ga serologik tekshirish, koagulogramma, mikroskopik tekshiruv, UTT tekshiruvlari o'tkazildi.

Jadval 1

Tekshirilgan bemorlarda gormonlar miqdori

Tekshirilgan gormonlar	Norma	Aniqlangan ko'rsatkichlar
Progesteron	1-30 nm/l	1,2± 0,8 nm/l
Testosteron	0,49-1,72 nmol/l	0,79± 0,2 nmol/l

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, tekshirilayotgan bemorlarda ayollar jinsiy gormonlarining ko'rsatkichlaridan estradiol progesteron va testosteronga qaraganda yuqori ko'rsatkichni tashkil qilgan. Bu endometriy giperplaziyasi bo'lgan bemorlarda estradiolning yuqori miqdori kasallikni keltirib chiqaruvchi omillaridan biridir.

Ichki jinsiy organlar ultratovush tekshiruv dopplerometriya tekshiruv bilan birgalikda o'tkazilish menstrual qon bo'lmaganda yuqori informativ xisoblanadi. M-exo endometriy patologiyalarida asosiy belgisi xisoblanadi. Bu ko'rsatkichning o'zgarishi mensrual siklga bog'liq bo'lib sekretsia fazasida eng yuqori ko'rsatkich 16mm gacha bo'lishi mumkin.

Endometriydagi patologik o'zgarishlar xayz siklining 5-7-kunlari o'tkaziladi. Bu vaqtda M-exo 5-7 mm dan oshmasligi mumkin. Endometriyning qalinligi qancha kichik bo'lsa 3 4mm UTT tekshiruvining sezgirliigi 97% gacha bo'ladi. Yomon sifatli o'zgarishlarni yaxshi sifatli dan farqlashda endometriy xajmi o'lchanadi. Endometriy bo'shlig'i 13mm³ ni tashkil qiladi. Tekshirilgan ikkala gurux bemorlarida endometriy qalinligi 9,32±1,12 ni tashkil qildi. Endometriylagi polip bachadon bo'shlig'ida patologik yumaloq o'zgarish aniq konturli bo'lgan o'zgarishlar va dominant oziqlantiruvchi qon tomir bo'lgan xosilaga shunday tashxis qo'yildi. Tekshirilgan bemorlarning UTT tekshiruv va morfologik tekshiruvining solishtirma ko'rsatkichlari

Jadval 2

Tekshirilgan bemorlarda UTT tekshiruv natijalari

UTT tashxisi	Gistologik tekshiruv natijasi	Bemorlarning soni
Endometriyning o'zgarishlarsiz ko'rinishi (M-exo- 4-5 mm)	Atipiyali endometriy giperplaziyasi	3 (10%)
Endometriy giperplaziyasi (atipiyasiz)	Endometriy polipi (bezli)	4 (13,3%)
Endometriy giperplaziyasi (atipiyasiz)	Proliferatsiya fazasidagi endometriy	8 (26,7%)

Endometriy polipi (aniq qon yo'nalishsiz; anamnezida endometriyning diagnostik qirishi bo'lganligi)	Proliferatsiya fazasidagi endometriy	8 (26,7%)
Endometriy polipi (bezli)	Endometriy giperplaziyasi	2 (6,6%)
Endometriy polipi (fibrozli)	Bachadonning submukoz miomasi	3 (10%)
Endometriy polipi (fibrozli)	servikal polip	1 (3,3%)

Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi bilan an'anaviy o'lchovlardan tashqari, organ strukturasi yoxo genligi va bir xilligini aniqlash teri osti yog' qavati, intraabdominal yog' qavati, preperitoneal yog'ning qalinligini o'lchandi. Jadval 3.3 ga ye'tibor

beradigan bo'lsak teri osti yog' qavati ikkala guruhda ham yuqori bo'lib, intraabdominal va preperitoneal yog' qavati qalinligi deyarli farq qilmadi.

Jadval 3

Tekshirilgan bemorlarda UTT tekshiruvi bo'yicha aniqlangan teri osti yog' qavati ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	1-guruh	2-guruh
Teri osti yog' qavati mm	14,1(9,2;13,5)	14(9,2;13,5)
Intraabdominal yog' qavati mm	59(47,7;67)	47,9(47,7;67)
Preperitoneal yog' qavati mm	9,2(7,6;11)	9,6 (7,6;11)

Rejali gisteroskopiyaga tayyorlashda qin surtmasini bakteriologik tekshirish o'tkazilgan bo'lib, uning natijalari 3.4-jadvalda keltirilgan. Keltirilgan jadvaldan ko'rinib turibdiki, shartli patogen mikroorganizmlar uchrab, patogen mikroorganizmlar kombinatsiyasi kuzatilmadi.

Tekshirilgan bemorlardan gistologik tekshiruv bo'yicha qo'yilgan tashxislardan: atipiyali endometriy giperplaziyasi 3 nafar (10%), endometrial polip 4 nafar (13,3%), proliferatsiya bosqichidagi endometriy 16 nafar (53,3%), endometriy giperplaziyasi 2 nafar (6,7%), bachadon submukoz miomasi 3 nafar (10%), endometriy raki 1 nafar (3,3%), servikal polipi 1 nafar (3,3%) nafarni tashkil qildi.

Barcha 30 bemorlar tegishli tayyorgarlikdan so'ng gisteroskopiya o'tkazildi. Bemorlarga gisteroskopik tekshiruvlardan oldin 400mg mizoprostol til ostiga buyurildi va 12 soatdan so'ng gisteroskopiya tekshiruvi o'tkazildi. Ofis yoki ambulatoriya gisteroskopiya tekshiruvi ambulatoriya sharoitida diagnostika va jarrohlik operatsiyalari o'tkazilishi mumkin bo'lgan sharoitni yaratadi. Uning tuzilishi bo'yicha ofis gisteroskopiya miniyatura stasionar gisteroskopiya bilan deyarli bir xil terapevtik imkoniyatlarga ega, anesteziya talab qilmaydi. Bu bemorlar uchun minimal noxushlik yaxshi imkoniyatlarga egaligi bilan ajralib turadi, bu bachadonning mukammal vizualizatsiyasini ta'minlaydi. Bir qator mualliflar ofis (ambulatoriya) gisteroskopiya bachadon ichipatologiyani o'rganish uchun "oltin standart" deb tan olishadi. Ofis gisteroskopiya paytida bemor litotomik vaziyatga keltirildi.

Tashqi jinsiy a'zolar va qinga antiseptiklar bilan oldindan ishlov berish talab qilinmaydi. Gisteroskop qinning orqa gumbaziga kiritiladi. Qin devorlarini to'g'rilab, uning devorlarini va bachadon bo'yni qin qismini tekshirgandan so'ng, gisteroskop bachadon bo'yni kanali tomon harakatlanadi. Og'riqni minimallashtirish uchun oval va yumaloq

profilni gisteroskoplardan foydalaniladi. Bu bachadon kanalining real profili mos 3,5–4,5 mm hajmi bilan tashqi naycha oval profili, sezilarli darajada amaliyoti paytida tajribali noqulayliklarni kamaytirish mumkin. Ushbu bosqichda ofis gisteroskopining og'rig'ini kamaytirish uchun sekin va silliq harakat qilish muhimdir. Ichki bo'g'izdan o'tgandan keyin gisteroskop 900 orqaga qayta aylantiriladi. Fiziologik eritma jo'natilishi bilan bachadon bushligi kengaya boradi. Bachadon bo'shlig'i kengaygandan so'ng, umumiy gisteroskopiya amalga oshiriladi: bachadon bo'shlig'ining orqa, old va lateral devorlarini, bachadon naychalarining og'zini, istmus qismini tekshirish, poliplarning lokalizatsiyasi, xususiyatlari va o'lchamlarini hisobga olgan holda, sineyxialar, mioma yoki boshqa patologiya aniqlanadi. [10.14].

Gisteroskopiya «Karl Storz»(Germaniya) ning endoskopik apparatlari yordamida amalga oshirildi. Optik tizim va asboblarni kiritish uchun kanalli naychadan va suyuqlikni yuborish va aspiratsiya qilish kanalidan iborat qattiq gisteroskop ishlatilgan. Bachadon bo'shlig'ining kengayishi va endometriyni ko'rish imkoniyati uchun steril fiziologik eritma ishlatilgan. Gisteroskopiya paytida bachadon bo'shlig'ining barcha devorlari, bachadon naychasining og'izlari va bachadon bo'yni kanalining maydoni tekshirildi. Bachadon kanalining holati, bachadon bo'shlig'ining shilliq pardalari (endometriyning qalinligi va rangi, hayz davrining kuniga muvofiqligi), patologik endometriyal shakllanish mavjudligi baholandi. Tadqiqot oxirida endometriy va endotserviks qismlaridan biopsiya materiallari olindi, shundan so'ng nazorat gisteroskopiya o'tkazildi. Gisteroskopiya davri keyingi davrda bemorlarning ahvoli quyidagi mezonlarga muvofiq baholandi: og'riq sindromi, harorat reaksiyasi, bemorning xolati, umumiy qon tekshiruvda leykotsit reaksiyasi, qindan ajralmalarning bor yoki yo'qligiga (qonli, shilliq).

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. AbdelHameed A. M. et al. Hysteroscopy in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding //The Egyptian Journal of Hospital Medicine. – 2022. – T. 89. – №. 2. – C. 6297-6304.
2. Baburin D. V. et al. HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM IN WOMEN OF PERIMENOPAUSAL AGE: CLINICAL ASPECTS OF THE PROBLEM //VF Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. – 2017. – T. 4. – №. 4. – C. 201-207.
3. Bar-On S. et al. Is outpatient hysteroscopy accurate for the diagnosis of endometrial pathology among perimenopausal and postmenopausal women? //Menopause. – 2018. – T. 25. – №. 2. – C. 160-164.
4. Batra S., Khanna A., Shukla R. C. Power Doppler sonography–A supplement to hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: Redefining diagnostic strategies //Indian Journal of Cancer. – 2022. – T. 59. – №. 2. – C. 194-202.
5. Carugno J. Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. .
6. Das S., Mondal R. Comparison of hysteroscopy and histopathology in diagnosing abnormal uterine bleeding: an experience from a tertiary care center of eastern India //histopathology. – 2021. – T. 2. – C. 6.
7. Fagioli R. et al. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. 360-368.

8. Firdous N. et al. Role of hysteroscopy and histopathology in evaluating patients with abnormal uterine bleeding //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. с.
9. Gabidullina R. I. et al. Hyperplastic processes of the endometrium: modern tactics of patient management //Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 6. – С. 53-58.
10. Garcia A. Office hysteroscopic evaluation of postmenopausal bleeding //OBG Manag. – 2019. – Т. 31. – С. 36-42.
11. Garg G. et al. A study of the Role of Hysteroscopy in Abnormal Uterine Bleeding //Journal of Gynecologic surgery. – 2017. – Т. 33. – №. 6. – С. 226-230.
12. Genovese F. et al. Failed diagnostic hysteroscopy: analysis of 62 cases //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2020. – Т. 245. – С. 193-197.
13. Giampaolino P. et al. Office hysteroscopy in the management of women with postmenopausal bleeding //Climacteric. – 2020. – Т. 23. – №. 4. – С. 369-375.
14. Gowri M., Nair L. A comparative study of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy with histopathological examination in detecting endometrial pathology in peri-menopausal and post-menopausal bleeding //Int J Clin Obstet Gynaecol. – 2019. – Т. 3. – №. 4. – С. 76-80.
15. Jung H. et al. Comparative study on hysteroscopic and histologic examinations of the endometrium in postmenopausal women taking tamoxifen //Journal of Menopausal Medicine. – 2018. – Т. 24. – №. 2. – С. 15:81-86; .
16. Junnare K. K., Desai G. J., Shekhawat G. S. Hysteroscopy: an effective tool in post-menopausal bleeding //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2019. – Т. 8. – №. 1. – С. 159-165.
17. Kolhe S. Management of abnormal uterine bleeding—focus on ambulatory hysteroscopy //International Journal of Women's Health. – 2018. – Т. 10. – С. 127.
18. Krishnakumar S. et al. Hysteroscopy in Postmenopausal Group //Hysteroscopy Simplified by Masters. – Springer, Singapore, 2021. – С. 203-209.
19. Long B. et al. Ultrasound detection of endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: Systematic review and meta-analysis //Gynecologic oncology. – 2020. – Т. 157. – №. 3. – С. 624-633.
20. Ma T. et al. Is outpatient hysteroscopy the new gold standard? Results from an 11 year prospective observational study //Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2017. – Т. 57. – №. 1. – С. 74-80.



УДК: 612.662(571.56)

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich
Professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston


Xudoykulova Zuxra Sobir qizi
magistr
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
Docent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Khamroeva Lola Kaxxorovna
Docent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

O'SMIR QIZLARDA MENSTRUAL FUNKSIYASI XUSUSIYATLARI TAVSIFI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

For citation: Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna, Description of the features of menstrual function in adolescent girls (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698785>

Негмаджанов Баходур Болтаевич
Д.м.н., профессор
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

Худойкулова Зухра Собир кизи
магистр
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гулнора Тоштемировна
Доцент
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

Хамроева Лола Кяххоровна
Доцент
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich
Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Xudoykulova Zuxra Sobir qizi
Master's Degree
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora ToshtemirovnaAssociate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Khamroeva Lola Kaxxorovna**Associate Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**DESCRIPTION OF THE FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION IN ADOLESCENT GIRLS
(LITERATURE REVIEW)**

Hozirgi jamiyatda o'smir qizlarning menstrual va reproduktiv salomatligi asosiy masala hisoblanadi. Zamonaviy sharoitda o'smirlarning reproduktiv salomatligi atrof-muhit va jamiyatning negativ ta'siri natijasida zararlanmoqda. So'nggi paytlarda o'smirlarda menstrual va reproduktiv funktsiya kasalliklari soni ko'p uchramoqda. Shu sababli 15-18 yoshdagi o'smir qizlar salomatligi jiddiy e'tibor talab qilmoqda (8,11).

Balog'at yoshi - tananing jinsiy yetukligini shakllantirish davri sifatida, ayolning butun reproduktiv tizimining shakllanishida muhim o'rin tutadi, uning faoliyati ko'p jihatdan ushbu davrda qizlarning o'z vaqtida rivojlanishiga bog'liq. Balog'at davrining xususiyatlari ayolning hayoti davomida reproduktiv salomatlik holatiga, uning fertilligiga, shuningdek mamlakatdagi demografik vaziyatga ta'sir qiladi. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, patologiyani paydo bo'lishi va bolalar populyatsiyasi sog'lig'ining yomonlashishi uchun xavf omillari ko'p hollarda bolaning jinsi va yoshi bilan bog'liq bo'lib, salbiy tendentsiyalar ularning jinsiy yetilishiga va jismoniy rivojlanishiga ta'sir qiladi. Qizlarning reproduktiv tizimidagi turli xil buzilishlarni erta aniqlash va ularni o'z vaqtida tuzatish o'smirlarning sog'lig'ini saqlashning boshqariladigan muhim omilidir [5,12,10].

Qiz bolalarning rivojlanishi jarayonida bir qator tanqidiy davrlar ajralib turadi, ular orasida o'smirlik quyidagilar bilan tavsiflanadi: eng faol o'sish jarayonlari va balog'at yoshi. Reprodukativ, endokrin, immun sistemalari va markaziy asab tizimlari bu vaqtda tananing katta kuchlanish labilligi bilan ajralib turadi [7,10].

Akseleratsiya -bu barcha organlar va tizimlarning, jismoniy rivojlanishning barcha ko'rsatkichlarining tezlashtirilgan biologik rivojlanishi. Urushdan keyingi yillarda Evropa, Shimoliy Amerika va Osiyo va Afrikaning ba'zi mamlakatlarida bolalarning jismoniy rivojlanishi aholi darajasida tezlasha boshladi. Ushbu hodisa "epoxal siljish" yoki "akseleratsiya" (lat. asselero - tezlashtiraman) deyiladi. Bolalarning vazni va tana uzunligi ko'rsatkichlari sezilarli darajada oshishi kuzatildi. Gipotezalaridan biriga ko'ra, bu jarayon turmush darajasining sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. Ba'zi olimlarning fikriga ko'ra, bolalar yoshligidan oladigan ma'lumotlarning keskin ko'payishi, miya faoliyatini va bilvosita - organizmning o'sishi va rivojlanish jarayonlarini rag'batlantiradi. Yana bir nuqtai nazar shundan iboratki, akseleratsiya-bu insoniyat tarixida bir necha bor kuzatilgan populyatsion sikllar tebranishining ichki sabablari bilan bog'liq [13,11].

Zamonaviy sharoitda dunyoning turli mamlakatlaridagi bolalar populyatsiyasining jinsiy rivojlanish ko'rsatkichlari ko'p yo'nalishli tendentsiyalarga ega. Rivojlangan mamlakatlarda balog'atga etish jarayonlarining barqarorlashishi, shu bilan birga tana vazni ko'rsatkichlarning oshishi kuzatilmoqda. MDH mamlakatlarida, aksincha, tana tuzilishi astenizatsiyasi fonida jinsiy rivojlanishdan orqada qolgan, astenik va tana vazni yetishmaydigan tipdagi o'smir qizlar soni ko'paymoqda. Hozirgi bosqichda balog'at davrida quyidagilar:

- o'smirlarning sog'lig'ining yomonlashishi;
- nogironlikning ko'payishi;
- erta faol balog'at yoshiga moyillik;
- jinsiy rivojlanishning sustlashishi sodir bo'lmoqda [5,13].

Balog'at yoshi- genetik jihatdan aniqlangan jarayondir. Odatda, fiziologik balog'at yoshi 8 yoshdan 18 yoshgacha bo'ladi. Jinsiy davr - qizlarning yetilishi ya'ni, bolalikdan balog'at yoshiga o'tishni anglatadi, bu ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanishi, ovulyatsiya qobiliyati va fertillikka erishish paytida paydo bo'ladi. U jinsiy va jismoniy rivojlanish va hayz ko'rish funksiyasining shakllanishi kabi,

ma'lum neyroendokrin, fiziologik va morfologik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ushbu davrda jinsiy bezlarning faollashadi, bu esa qizlarning tez jinsiy, jismoniy va somatik rivojlanishiga olib keladi. Balog'at yoshi endokrin tizim, ayniqsa gipofiz bezining faoliyati bilan chambarchas bog'liq. Gormonal va neyrogumoral o'zgarishlar, gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining haddan tashqari faollashishi, qizlar organizmining barcha fiziologik tizimlarining ishlashini qayta tiklashga olib keladigan bezlar va buyrak usti bezlari, qalqonsimon bez funksiyasi kuchayishi kuzatiladi. Shu bilan birga, reproduktiv tizim faoliyatini tartibga solishning barcha mexanizmlari hali to'liq shakllanmagan bo'ladi [5].

Qiz bolada jinsiy fenotipni shakllantirish jarayoni rivojlanish va yetilishning butun davrida amalga oshiriladi, ammo eng muhimi bu munosabat hayotning juda qisqa muddatli ikki davriga to'g'ri keladi. Bu bachadon ichi rivojlanishda jinsiy shakllanish davri bo'lib, taxminan 4 oy davom etadi va balog'at yoshi (balog'at yoshi) qizlarda 2-3 yil, o'g'il bolalarda 4-5 yil davom etadi. Balog'at yoshi-bu bir-biriga bog'liq bo'lgan ketma-ket o'zgarishlarni o'z ichiga olgan murakkab jarayon, natijada shaxsning jinsiy yetukligi va ko'payish qobiliyati paydo bo'ladi. Bunda butun organizmning o'sishi va morfologik o'zgarishi, ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanishi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar faolligi, gipotalamus-gipofiz-gonadal munosabatlarning shakllanishi ro'y beradi. O'zbekistonda 11 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan qizlarning hayz ko'rish buzilishi bilan kasallanish darajasi so'nggi 10 yil ichida 3,4 baravar ko'paydi. Mutlaq yoki nisbiy bepushtlik xavfi ostida bo'lgan qizlar soni ko'paydi. Ushbu davrda bolalar va o'spirinlarning umumiy aholi tarkibidagi ulushi 26,0% ga kamaydi. Somatik va ginekologik salomatlik indeksining pasayishi birinchi navbatda o'sish bilan bog'liq. 15 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan qizlarda hayz ko'rish ritmining anormalliklari tarkibida metabolik kasalliklar fonida hayz ko'rish kechikishi (74,9%), amenoreyagacha (29,7%) ustunlik qiladi [2,15].

Tekshirish paytida, umumiy bilan birga bolaning holati bilan quyidagi parametrlarni: bo'yi, vazni va yoshiga muvofiqligi; Tannerning taniqli va keng tarqalgan usuli bo'yicha jinsiy rivojlanish - Ma-sut bezlarining rivojlanishi, Pb-qovdagi sochlar, ax-aksillar sochar, menarxning boshlanish yoshi; vulva holati; bachadon va tuxumdonlarning kattaligi; mastopatiyaning mavjudligi yoki yo'qligi; aniq va ehtimoliy belgilar va kasalliklarni baholash kerak. Ushbu belgilar pediatrlar va mutaxassis shifokorlar tomonidan dispanser tekshiruvlarida qo'llaniladi [5,9].

Qizlar organizmining yetuklik davrlarining mavjud zamonaviy tasniflariga ko'ra, balog'atga yetishish (prepubertat), balog'at(pubertat) va postpubertat (o'smir) davrlarni o'z ichiga oladi. Ushbu davrlardan oldin adrenarxe davrlari (6 - 8 yosh) va gonadarxe (8 yosh), ular balog'at yoshidagi bosqichlar emas, ammo buyrak usti korteksining retikulyar zonasining tiklanishi va oldingi gipofiz bezining gonadotropik gormonlari ta'sirida stimulyatsiya boshlanishi bilan balog'at davri -fenotipik o'zgarishlari yuzaga kela boshlaydi.

Odatda, prepubertat davrdagi birinchi fenotipik o'zgarish: sut bezlari rivojlanishining boshlanishi-telarxe bo'lib, u o'rtacha 10 yil ichida sodir bo'ladi va aylanma estrogenlar darajasining oshishi bilan bog'liq. Sut bezlarining kattalashishi qizlarda balog'at yoshining boshlanishi mezoni. Sut bezlarining (Ma) keyingi rivojlanishi balog'at va o'smirlik davrida davom etadi. Tasniflash va shkala bo'yicha V. A. Marshal va J. M. (1998). M. Tanner (1969, 1970) vizual baholash mezoni sifatida taklif qilingan va 1995 yilda JSST tomonidan tasdiqlangan sut bezlarida yuz beradigan o'zgarishlar 5 bosqichga

bo'lingan. Ma rivojlanishining birinchi bosqichi Ia va Ib bosqichlariga bo'linadi, Ia prepubertat (9 yoshgacha) va Ib (9-10 yosh). MaI o'zgarishsiz, MaII-bezning shishishi va areola kattalashishi, III bosqichda (MaIII) areola va so'rg'ich ikkinchi darajali do'mboq shakllanishi. To'rtinchi bosqich (MaIV) sut bezlarining keyingi o'sishi va beshinchi (MaV) – kattalardagi kabi bez bilan tavsiflanadi.

Telarxedan keyin pubarxe boshlanadi- tashqi jinsiy a'zolarida tuklar paydo bo'ladi, o'rtacha 11 yoshda (9 dan 14 yoshgacha). Xuddi shu yosh oralig'ida aylanma androgenlarning ko'payishi tufayli aksillar tuklanish sodir bo'ladi. Soch o'sishi katta jinsiy labdan boshlanadi, keyin u butun qovga tarqaladi. Qizlarda qov sohasida soch o'sishi ayol turiga qarab- aniq yuqori gorizontaal chegarasi bo'lgan uchburchak shaklda sodir bo'ladi [1,4].

Balog'at yoshidagi o'spirinlarning sog'lig'i holati aholi zaxirasini belgilaydi. 11-16 yoshdagi bolalar uchun, birinchi navbatda, o'sish sur'ati xarakterlidir, bu qizlar uchun muhim massani belgilaydi – 49 kg. Reproduktiv tizimning kamolotidagi burilish nuqtasi-ovulyatsiya davrlariga o'tish – gonadotropinlar sekretsiasining faollashishi bilan birga keladi va bu esa 14-16 yoshga to'g'ri keladi. Balog'at yoshi juda muhim – inson rivojlanishining chegara bosqichi. Balog'at yoshi qanchalik to'liq davom etishi va qanchalik muvaffaqiyatli yakunlanishiga ko'p jihatdan reproduktiv funksiyalarning shakllanishiga bog'liq [10,14].

Bundan tashqari, balog'at yoshining bu davri yiliga 8-9 sm gacha bo'lgan somatik o'sish bilan tavsiflanadi. Odatda, u taxminan 10 yoshdan boshlanadi va 12 yoshdan 13 yoshgacha maksimal tezlikka etadi. O'smirlarning jismoniy rivojlanishining asosiy qonuniyatlari geteromorf va geteroxron rivojlanish, jinsiy dimorfizmning mavjudligi, jismoniy rivojlanishning genetik va atrof-muhit omillariga tezlashishi bilan bog'liq. Ushbu jarayon estrogen sekretsiasining ko'payishi va somatotropik gormon (STG) ishlab chiqarishni rag'batlantirish bilan bog'liq. Ammo shu bilan birga, estrogenlarning haddan tashqari darajasi, aksincha, STG sekretsiasini ingibitsiya qilish naysimon suyaklarning epifiz o'sish zonalarini yopilishiga olib kelishi mumkin. O'smir skeletining o'sishi bilan parallel ravishda mushaklarning o'sishi va rivojlanishi sodir bo'ladi. Birinchi hayz ko'rish-menarxe telarxedan 2-2,5 yil o'tgach, 12-13 yoshda paydo bo'ladi. Keyinchalik, birinchi yilda, anovulyatsion sikllarning shakllanishi tufayli o'smir qizlarning hayz sikli tartibsiz bo'lishi mumkin. Ikki fazali ovulyatsiya davri menarxedan taxminan ikki yil o'tgach o'rnatiladi [5,9].

Jismoniy rivojlanish-bu hozirgi vaqtda bolaning o'sishi va rivojlanish jarayonlarini tavsiflovchi dinamik jarayon, bolalar va o'smirlar salomatligi uchun asosiy va informatsion mezonlardan biri sifatida qaraladi. Jinsiy rivojlanishni antropometrik o'lchamlarni o'lchash orqali aniqlash mumkin.

Antropometriya-bu tana qismlarini o'lchash usuli sifatida tavsiya etilgan atama. XIX asrda antropometrik ko'rsatkichlarning o'zgaruvchanlik belgilari belgiyalik olim Adolf Kettle tomonidan tasvirlangan [13].

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, menarxeni boshlashda yetakchi o'rinni R. E. Frish (1970) tomonidan kiritilgan "tanqidiy tana vazniga" erishish gipotezasi egallaydi - menarxe qizning tana vazniga 45 va undan ortiq kg ga yetganda paydo bo'ladi. Tuxumdonlarning ishlashi uchun yog 'to'qimalarining tarkibi muhim rol o'ynaydi – uning miqdori kamida 19 % - 22% bo'lishi kerak va shu munosabat bilan yog 'to'qimalarining yetishmasligi menarxening kechikishiga ta'sir qilishi mumkin. Shu bilan birga, haddan tashqari vaznli o'smir qizlar oldingi bosqichlarda tanqidiy tana vazniga erishadilar, bu esa jinsiy rivojlanish va menarxening boshlanishiga olib keladi. Tana vaznining yetishmasligi kech menarxe ko'rinishidagi teskari tendensiyalar va ikkilamchi jinsiy xususiyatlarining kech paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Odatda, balog'at yoshidagi tana vazni yiliga o'rtacha 3-5 kg ga oshadi, bu estrogenlarning anabolik ta'siri bilan bog'liq. O'smir qiz ayolga xos ko'rinishni oladi [5,10].

O'smirlar sog'lig'ining asosiy ko'rsatkichlaridan biri bu ularning jinsiy va jismoniy rivojlanishidir. Tadqiqot natijalari shuni tasdiqlaydiki, tana vazni oshgan o'smir qizlarda tekshiruv davomida bir qator klinik va laboratoriya tahlillariga ko'ra, ularda menstrual va reproduktiv sistemalarida buzilishlar aniqlangan. Reproduktiv kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf guruhlarini shakllantirishda

quyidagilar bo'lishi mumkin :yog ' almashinuvining buzilishi bilan bog'liq bo'lib, ilgari pubarxeni keyin telarxe (sut bezlari o'sishidan oldin 7-8 yoshdagi qov sohasida soch o'sishi), jinsiy rivojlanish bosqichlarining noto'g'ri o'tishini, balog'at yoshida tana vaznining tez o'sishini aniqlash kerak [4].

O'smir qizlarda hayz funksiyasi

Hozirgi vaqtda ginekologik patologiyalar sonida o'sish kuzatilmoqda, o'smir qizlarda menstrual sikl buzilishlar chastotasi 2-3 marta oshgan [6,8].

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, balog'at yoshi bir qator ginekologik kasalliklar bilan tavsiflanadi, ular orasida hayz davrining buzilishi ustunlik qiladi. So'nggi yillarda jinsiy rivojlanishida sustkashlikka uchragan, giperandrogenizmning turli xil ko'rinishlari, kistalar, jinsiy a'zolarining endometrioz, girsutizm aniqlangan o'smir qizlar soni ko'payib bormoqda. Ma'lumki, so'nggi o'n yil ichida dunyoda jismoniy va jinsiy rivojlanish sur'atlarining tezlashishi, ya'ni tezlashuv jarayoni kuzatilmoqda. Shu bilan birga, aksincha, rivojlanish tezligining pasayishini ko'rsatadigan xabarlar paydo bo'ldi va qarama – qarshi hodisaning paydo bo'lishi-birinchi navbatda noqulay omillar majmuasi ta'sirining kuchayishi bilan baholanmoqda. Balog'at yoshidagi qizlarning jismoniy rivojlanishidagi dinamik o'zgarishlar xarakterli mintaqaviy xususiyatlarga ega bo'lib, ular yashash muhitining antropogen va texnogen ta'sirlariga bog'liq [5,12].

Reproduktiv tizim xususiyatlari

Reproduktiv salomatlik - bu nisbatan yangi tushuncha bo'lib, u ayniqsa yosh qizning tug'ish yoshidan oldin, tug'ish paytida va undan keyin reproduktiv salomatlikka alohida ehtiyoji borligini izohlaydi. Shuningdek, hozirgi avlod salomatligi (eng muhimi, reproduktiv salomatlik) kelajak avlodning umumiy salomatligiga abadiy ta'sir ko'rsatishi va ikkalasi ham ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega ekanligiga alohida e'tibor qaratiladi [2,5,8].

Reproduktiv tizim siklik rejimda ishlaydi va miya yarim korteksi va gipotalamus-gipofiz tizimi tuxumdonlar, qalqonsimon bez va buyrak usti bezlari faoliyati tomonidan boshqariladi. Reproduktiv tizimning asosi follikulogenez bo'lib, uning tashqi ko'rinishi reproduktiv funksiyani amalga oshirish uchun mo'ljallangan hayz sikli (MC) hisoblanadi. Bir qator mualliflar hayz davrining davomiyligini jismoniy rivojlanish, endokrin holati, somatik va reproduktiv salomatlik darajasi, harorat gomeostazi va hayz ko'rish funksiyasining holati bilan bog'liqligini ta'kidlaydilar. Biroq, bunga ta'sir qiluvchi noqulay ekologik omillar yuqori ko'rsatkichga ega (12,11,4).

O'smir qizlarning optimal jinsiy va jismoniy rivojlanishi ularning reproduktiv salohiyatini shakllantirish uchun asosdir. Shu bilan birga, bolalarning jismoniy va jinsiy rivojlanish holati aholi sog'lig'ining ko'rsatkichidir [5].

O'smir qizlarning reproduktiv salomatligi va jinsiy rivojlanishi asosan ekologik, ijtimoiy-iqtisodiy, tibbiy-biologik omillar bilan belgilanadi. Jinsiy balog'atga yetilish davrida, ijtimoiy moslashuv, ushbu kasalliklarni klinik ravishda amalga oshirish, reproduktiv kasalliklarga olib kelishi mumkin. So'nggi o'n yil ichida sog'liqni saqlash amaliyotiga yangi diagnostik va funktsional testlarni tadbiiq etish tufayli qizlar balog'at davrida endokrin holatining o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida zamonaviy g'oyalarni shakllantirish va bir qator ketma-ket o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradigan ma'lumotlar paydo bo'ldi; bu ushbu davr patologiyasini yetarli darajada baholash uchun asos yaratdi [15].

Surunkali kasalliklarning yuqori tarqalishi tufayli zamonaviy o'smirlarning reproduktiv salohiyati tobora kamayib bormoqda. Somatik belgilaridan biribu tana vaznining etishmasligidir [11,14].

JSST ta'rifiga ko'ra, insonning reproduktiv salomatligi nafaqat reproduktiv salomatlik bilan bog'liq barcha sohalarida kasallik yoki kasalliklarning yo'qligi, balki to'liq jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonlik holatidir. Ushbu tushuncha ko'p qirrali bo'lib, bir qator: ijtimoiy-iqtisodiy; irsiyat; bachadon ichi rivojlanishi va xususiyatlari, homiladorlik va tug'ish; somatik salomatlik; balog'at yoshidagi reproduktiv xatti-harakatlar; ekologiya; oila sharoitlari va turmush tarzi kabi omillardan iborat [12].

YU.A.Gurkin ma'lumotlariga ko'ra: balog'at yoshining tashqi ko'rinishlarining ketma-ketligi o'ziga xos belgilarga ega. Balog'at yoshining boshlanishi murakkab jarayon bo'lib, nafaqat jinsiy

bezlarining, balki barcha neyroendokrin bezlarining yetukligi, gonadotropinlar sekretsiasini nazorat qilishda ishtirok etadigan mexanizmlar va ularning o'zaro ta'sirini o'z ichiga oladi. Tos suyaklarining o'sishi sodir bo'ladi va bu sohada teri osti yog ' to'qimalarining cho'kishi kuchayadi va balog'at yoshida qiz o'ziga xos ayol qiyofasini rivojlantiradi. Umumiy ko'rinishdagi o'zgarishlar fonida ikkilamchi jinsiy xususiyatlar rivojlanadi, 10-11 yoshda sut bezlari rivojlana boshlaydi - telarxe, 11-12 yoshda qov sohasi tuklari o'sishi boshlanadi - menarxe. Menarxning boshlanishi paytida qizlarning o'rtacha yoshi 13 yosh; fiziologik o'zgarishlar-9 dan-15 yoshdan boshlanadi. Belgilangan chegaralardan tashqarida menarxening paydo bo'lishi ham ogohlantiruvchi belgilardan biri bo'lishi mumkin. Menarxening boshlanishi davri o'ziga xos xususiyatlarga ega va bir qator holatlarga bog'liq bo'lib, ulardan ba'zilari (iqlim, geografik kenglik, millat va boshqalar) ahamiyatsiz, boshqalari (moddiy-maishiy sharoitlar, sog'liq holati, konstitutsiya, irsiyat va boshqalar) ko'proq ahamiyatga ega [1,5,13].

O'smirlar ginekologiyasiga bag'ishlangan zamonaviy ilmiy adabiyotlarda reproduktiv funktsiyani shakllantirish va reproduktiv tizimning holatiga turli omillarning ta'siri masalasiga katta e'tibor qaratilgan. Ko'pgina tadqiqotlar konstitutsiyaviy, etnik va hududiy va ekologik omillarga qarab o'smir qizlarning jinsiy va jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlarining o'ziga xos xususiyatlari mavjudligini isbotladi. Respublikadagi so'nggi o'n yilliklardagi iqtisodiy o'zgarishlar bir qator tibbiy, ijtimoiy va axloqiy muammolarning paydo bo'lishiga

olib keldi, bu umumiy aholi salomatligi va o'smir qizlarning sog'lig'i va ularning reproduktiv salohiyatiga ta'sir ko'rsatdi [3].

Xulosa qilib aytganda, o'smirlarning o'ziga xos xususiyati jismoniy va aqliy yetilishning tezligi va vaqti o'rtasidagi nomuvofiqlikdir. Zamonaviy sharoitda, davom etayotgan tezlashuv bilan bir qatorda, o'smirlarning surunkali va takroriy kurs bilan ko'p tizimli kasalliklar ulushining ortishi sabab ma'lum bir guruhida jismoniy rivojlanish sur'atlarini sezilarli darajada sekinlashishi kuzatilmoqda. Jinsiy rivojlanishning boshlanishi va borishiga ta'sir qiluvchi tashqi omillarga quyidagilar kiradi: iqlim, shuningdek, oziq-ovqat tarkibidagi oqsillar, yog'lar, uglevodlar va mikroelementlarning etarli miqdori bilan ovqatlanish. Mualliflar shu munosabat bilan balog'atga etishishning normal jarayoniga somatik kasalliklarning ta'sirini e'tiborsiz qoldirmaslik kerakligiga alohida e'tibor berishadi. Ko'pgina zamonaviy bolalarda somatik kasalliklar surunkali mikro- va makroelementoz va gipovitaminoz bilan rivojlanadi. Somatik patologiya ko'pincha turli zo'raonlikdagi hayz ko'rish buzilishining rivojlanishining boshlang'ich nuqtasi hisoblanadi. Biroq, buzilishlar hayz davri ensefalopatiya, neyrosirkulyator distoniya va boshqalar kabi somatik kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Strukturada ichki organlar kasalliklarida surunkali kasalliklar ustunlik qiladi. Bu davrlar balog'atga etishishni o'z ichiga oladi. Gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon tizimining shakllanishi jarayonida uning beqarorligi balog'at yoshida va undan keyin reproduktiv kasalliklarning patogenezi uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Reproduktiv tizim faoliyatining fiziologik "beqarorligi" davrida ularning paydo bo'lishining qo'zg'atuvchisi, har qanday salbiy omillar, shu jumladan stress bo'lishi mumkin [1,5].

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Ахмедова н. М., Саттаралиева х. Б. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков //re-health journal. – 2021. – №. 2 (10). – с. 33-37.
2. Ашурова н. Г., Бобокулова с. Б. Изучение менструальной функции у школьниц подросткового возраста //биология и интегративная медицина. – 2021. – №. 6 (53). – с. 30-35.
3. Ильясова Г. К. Особенности соматического развития подростков в условиях двигательной активности //periodica journal of modern philosophy, social sciences and humanities. – 2022. – т. 12. – с. 35-38.
4. Исакова ж. К. Характер изменения менструальной функции у девушек-подростков из горных регионов кыргызской республики //международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – №. 4-1 (94). – с. 96-100.
5. Пубертатный период как период становления репродуктивной системы женщины (обзор литературы) //web of scholar. – 2018. – т. 2. – №. 5. – с. 21-27.
6. Kurbatova a. V., Egorova a. T. Reproductive health of adolescent girls //sibirskoe meditsinskoe obozrenie. – 2019. – т. 2. – с. 9-13.
7. Воложанина о. В. Особенности становления репродуктивного здоровья девочек-подростков, проживающих в зобно-эндемическом регионе (ферганская долина) : дис. – м.,82.
8. Belayneh z., Mekuriaw b. Knowledge and menstrual hygiene practice among adolescent school girls in southern ethiopia: a cross-sectional study //bmc public health. – 2019. – т. 19. – №. 1. – с. 1-8.
9. Carlson l. J., SHaw n. D. Development of ovulatory menstrual cycles in adolescent girls //journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2019. – т. 32. – №. 3. – с. 249-253.
10. Coast e., lattof s. R., Strong j. Puberty and menstruation knowledge among young adolescents in low-and middle-income countries: a scoping review //international journal of public health. – 2019. – т. 64. – №. 2. – с. 293-304.
11. Liang m. Et al. The state of adolescent sexual and reproductive health //journal of adolescent health. – 2019. – т. 65. – №. 6. – с. S3-s15.
12. Maqbool m. Et al. Awareness about reproductive health in adolescents and youth: a review //journal of applied pharmaceutical sciences and research. – 2019. – с. 1-5.
13. Odland j. Ø. Teenage reproductive health: pregnancy, contraception, unsafe abortion, fertility //international journal of environmental research and public health. – 2018. – т. 15. – №. 6. – с. 1176.



УДК: 612.662(571.56)

Turoпова Sitora Qahhor qizi

magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi**

magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Abdug'aniyeva Hilola Abduhafiz qizi**

magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Nasirova Zebo Azizovna**

PhD

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI SEPTIK ASORATLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)****For citation:** Turoпова Sitora Qahhor qizi, Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi, Abdug'aniyeva Hilola Abduhafiz qizi, Nasirova Zebo Azizovna, Septic complications after cesarean section (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698809>**Turoпова Sitora Kaххор кизи**

магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Актамова Насиба Ёлдош кизи**

магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Абдуганиева Хилола Абдухафиз кизи**

магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Насирова Зебинисо Азизовна**

Доктор философских наук по медицине

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Turoпова Sitora Qahhor qizi**

Master's Degree

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi**

Master's Degree

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan
Abdug'aniyeva Hilola Abdurahimovna
 Master's Degree
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan
Nasirova Zebo Azizovna
 PhD
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION (LITERATURE REVIEW)

Hozirgi zamon akusherligida tug'ruqlarni jarrohlik yo'li orqali olib borish chastotasining oshishi katta muammolardan biri hisoblanadi. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, yer kurrasining turli mintaqalarida joylashgan 30 tadan ziyod mamlakatlarda kesar kesish operatsiyasining o'rtacha ko'rsatkichi 22% ni tashkil qiladi. Ushbu maqolada kesar kesishdan so'ng yuzaga keladigan septik asoratlar muhokama etiladi.

Kesar kesishi (lot. sectio — yorish, ochish; caedo — kesaman) — xirurgik operatsiya; akusherlik amaliyotida qorinning oldingi devorini va bachadonni kesib (ba'zan qin tomondan kesiladi — bu qinni kesar kesish deyiladi), homila va yo'ldoshni olish. Tabiiy tug'ruq yo'li orqali bola tug'ilishi mumkin bo'lmagan hollar (masalan, ayol chanog'ining torligi yoki bachadonning yorilish xavfi tug'ilishi va boshqalar)da, shuningdek, tug'ayotgan ayol jiddiy kasal bo'lganda (masalan, yurak poroklarida) qilinadi. Hozirda kesar kesish amaliyoti bachadonning pastki segmentini kesib ochish yo'li bilan bajariladi. Buning uchun qorin devorini qavatma-qavat kesib, bachadongacha boriladi; uning ham qovuqdan yuqori qismi ko'ndalang kesiladi va dastlab homila, keyin yo'ldosh chiqarib olinadi. Shundan so'ng bachadon devori, keyin qorin devori qavatma-qavat tikiladi. Bir marta kesar kesish amaliyotini boshidan kechirgan ayolda bachadon chandig'i yuzaga kelishi sababli keyingi homiladorlik va tug'ruq vrach ko'rsatmasiga qat'iy amal qilingan holda bo'lishi lozim

Aksariyat ayollar kesar kesish amaliyotidan so'ng tabiiy tug'ruqning imkonini yo'q, deb o'ylaydi. Aslida bunday emas, dunyo tibbiyotida to'plangan tajribaga ko'ra, kesar kesishdan so'ng tabiiy tug'ruqning 60 dan 85 foizgacha me'yoriy ekanligini tasdiqlaydi. Haqiqatan ham kesar kesishdan keyingi homiladorlikka shoshmaslik tavsiya etiladi. Taxminan 2 yildan keyin farzand ko'rish ona va bola uchun ham yaxshi. Ammo jarrohlik amaliyotidan 2 oy o'tgach chandiq paydo bo'ladi. Agar qisqa vaqt oralig'ida homiladorlik kuzatilsa, ortiqcha xavotirning hojati yo'q. Buning uchun shifokorga xabar berish va muntazam ravishda nazoratda bo'lish kerak. Kesar kesishdan keyin bachadonda chandiq paydo bo'lganda, kesma joyida silliq mushak tolalari paydo bo'lishi mumkin va keyinchalik organning kengayishi zarar ko'rmaydi. Ammo biriktiruvchi to'qima chandig'i ham paydo bo'lsa, u yaxshi cho'zilmaydi va bu holda shifokorlar bachadondagi chandiq yetishmovchiligi haqida ma'lum qiladi. Umuman olganda shifokor homiladorlik va tug'ish haqida ko'proq ma'lumotga ega va kelajakdagi tug'ruq haqida ham aniqroq biladi. Mutaxassis uchun kesar kesish qancha vaqtda qilinganligi, tiklanish jarayoni qanday o'tganligi, qanday dorilarni qabul qilinishi juda muhim. Agar iloji bo'lsa, homiladorlik davrini ayolning kasallik tarixini yaxshi biladigan hamda bitta shifokor bilan kuzatish yaxshiroqdir. Agar kesar kesishni boshidan o'tkazgan ayol tabiiy tug'ruqni amalga oshirmoqchi bo'lsa, tabiiy jarayonni kutishi kerak. Hozirda shifoxonalarda oldindan yotish imkoniyati mavjud. Bo'lajak ona hech qanday muolajalarsiz kasalxonada bo'lishi va tug'ruq kunini shifokor nazoratida kutishi mumkin.

Kanada, Shveysariya, AQSh, Lotin Amerikasi, Xitoy kabi davlatlarda kesar kesish operatsiyasi 30 % dan oshadi [1, 2]. AQSh da har to'rttadan bitta, Angliya va Kanadada beshtadan bitta, Lotin Amerikasida uchtdan bitta chaqaloq kesar kesish yo'li bilan tug'iladi. Rossiyada kesar kesish chastotasi oxirgi 10 yil ma'lumotlariga ko'ra 2 barobar ko'paygan [3]. O'zbekistonda esa bu statistik ko'rsatkich J.Ye. Paxomova (2019 y) ma'lumotlariga ko'ra, 12 - 14,8% ni tashkil qiladi. Olimlar operatsiya tibbiy yordam sifat ko'rsatkichini ko'rsatuvchi - kesar kesish operatsiyaning optimal chastotasi hozirgachanoma'lum. Shuning

uchun operativ tug'ruqlar chastotasining oshishi chet el davlatlarida, hamda O'zbekistonda aktual muammolardan biri hisoblanadi.

Kesar kesishdan keyin ayolning tabiiy tug'ruq'ni hal qiluvchi ahamiyatga ega. Shuni yodda tutish kerakki, tabiiy tug'ruqda avval kesarcha yuz bermagan bo'lsa ham, bir qator muammolar mavjud. Ya'ni homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq holati va boshqa qiyinchiliklar yuzaga kelishi mumkin. Qarama-qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, tug'ruq tabiiy yo'li orqali amalga oshiriladi. Agar asoratlar yuzaga kelsa, tug'ruq usulini o'z vaqtida hal qilish kerak.

Kesar kesish operatsiyasining chastotasi faqat yuqori xavf guruhiga kiradigan homiladorlar kuzatiladigan perinatal markaz yoki ilmiy tekshirish institutlarida emas, balki oddiy shahar tug'ruqxonalarida ham oshmoqda. Bunday klinikalarda kesar kesish operatsiyasining chastotasi 20% dan ko'proqni tashkil qiladi. Vaziyatning bunday tus olishi operativ tug'ruqlarga yangi ko'rsatmalarning paydo bo'lishi bilan tushuntiriladi. Kesar kesish operatsiyasining ko'payishiga yana sotsial va iqtisodiy faktorlar, tibbiy xizmatdagi negativ omillarning oshishi ham muhim ahamiyatga ega. Natijada oxirgi yillarda kesar kesish operatsiyasiga bo'lgan ko'rsatmalar nafaqat O'zbekistonda, balki butun dunyo mamlakatlarida ham kengaymoqda [3]. Abdominal tug'ruqlarning bunday masshtablarda ko'payib, perinatal yo'qotishlarga nisbatan ta'siri ko'pgina ilmiy olimlarning diskussiyasiga sabab bo'lmoqda [4]. Kesar kesish operatsiyasi chastotasining oshishi zamonaviy akusherlikda yangi muammoni keltirib chiqaradi. N.M. Pobedinskiy, V.A. Ananov (2015) ma'lumotlariga ko'ra, kesar kesish operatsiyasini boshidan o'tkazgan ayollarning 8 - 16% ida hayz siklining buzilishi (algomenoreya, giperpolimenoreya, dismenoreya); 13- 17% ida turli lokalizatsiyaga ega og'riqlar; 20% dan 30% ayollarda kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish protsesslari; 2 -7% ayollarda kesar kesish amaliyoti bepustlik kuzatiladi. Ammo ko'pgina natijalar shuni ko'rsatadiki, bachadonda chandig'i bor ayollarda homiladorlik vaqtida preeklampsiya, plasentayetishmovchiligi, plasenta joylashuvi anomalialari, homilaning noto'g'ri joylashuvi kabi asoratlar kuzatilgan [3].

Tadqiqot metodologiyasi va empirik tahlil

Bachadonda chandig'i bor ayollarning yarmidan kamrog'ida tug'ruqlar tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib borilgan. Ularda tug'ruq vaqtidagi tug'ruq diskordinatsiyasi va qon ketishmiqdorining oshganligi kuzatilgan. Bachadonidachandiqning borligi takror kesar kesish uchun 25% da asosiy va yagona ko'rsatma bo'lib keladi [5]. Kesar kesish operatsiyasida ham boshqa abdominal operatsiyalar kabi turli xil intra-va postoperatsion asoratlar, onalar o'limi xavfi, tug'ruqdan keyingi yallig'lanish protsesslari miqdori oshadi. Operatsiya texnikasining va og'riqsizlantirishning mukammallashuviga qaramay, kesar kesish asoratlariga qon ketish, infeksiya, qog'onoq suvlari emboliyasi, o'pka arteriyasining tromboemboliyalari uchramoqda. Qin orqali o'tkaziladigan amaliyotlardan qo'rqishsa, ko'p hollarda travmatizm jihatdan yuqori bo'lgan Kristeller amaliyotini qo'llashga sabab bo'lmoqda [4].

Kesar kesish operatsiyasiga bo'lgan harajatlarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib boriladigan tug'ruqlar bilan solishtirganda: AQSh larida kesar kesish 1% ga ko'payganda bir yil ichida akusherlik yordam ko'rsatish 63 mln. dollarga, asoratlar paydo bo'lganda esa 2-3 martaga oshar ekan. Anamnezida kesar kesishni o'tkazgan ayollarda takroriy kesar kesishdagi qo'shimcha harajatlari 0,5 mlrd.dollarni tashkil qilgan ekan.

“Mat i ditya” nomli IX Butunrossiya ilmiy forumi (Moskva, 2-5

oktabr, 2008 y) ma'lumotlariga ko'ra, kesar kesishning optimal chastotasi deb, intra va postoperatsion asoratlari, onalar o'limi, operatsiyadan keyingi yiringli yallig'lanish kasalliklari kamayganda aytiladi. Agar jarrohlardan keyingi septik asoratlarga anesteziya va tromboembolik asoratlari qo'shilsa, har 100 ta o'lgan ayolning 15-17 tasi kesar kesish hissasiga to'g'ri keladi.

Xulosa va munozara

Shunday qilib aytish mumkinki, hozirgi akusherlikda kesar kesish operatsiya katta mohiyatga ega va u boshqa akusherlik operatsiyalari ichidan ko'proq qo'llanilishi, ona va bola uchun ko'pincha yaxxiyakun topishi bilan ajralib turadi. Ammo bujarrohlik amaliyotining ko'pgina qirralari o'rganilgan bo'lsada, hozirgi vaqtda "operatsiya qilingan bachadon kasalligi" muammosi vujudgakelmoqda. Bu yanada ushbu muammoni o'rganib, izchil tekshirishlar olib borishni talab qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. An A.V., Paxomova J.E., Kesariyadan keyingi onalar o'limi. Ko'paytirish muammolari 2010 yil 3-son; 83-86-betlar.
2. Baev O.R., Shmakov R.G., Prikhodko A.M. Dalillarga asoslangan tibbiyotda sezaryenning zamonaviy texnikasi. // doya. va ginekologiya, 2019 yil, 2-son, 129-135-betlar.
3. Buyanova S.N., Shchukina N.A., Checheneva M.A. Sezaryen keyin bachadon tikuv etishmovchiligi yoki bachadon chandig'ini tashxislashning zamonaviy usullari. Rossiya akusher-ginekolog byulleteni. 2019: 1:73-77
4. Gabidullina R.I., Shamsutdinova L.G. Kesariyadan keyin bachadonda chandiq bo'lgan homilador ayollarda prostaglandin E2 dan foydalanish masalasiga.//Akusher-ginekologning rus xabarnomasi, 2020 yil, № 2, p. 48-52
5. Kan N.E., Tyutyunnik V.L., Kesova M.I., Balushkina A.A. Kesariyadan keyin etkazib berish usulini tanlash // Akusher. va ginekologiya, 2021 yil, 6-son, 20-26-betlar.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 616.66-007.26-053.2-089

Ибрагимов Курбонмурод НиязовичОбластной детский многопрофильный медицинский центр,
Отделение детской хирургии
Самарканд, Узбекистан**Ахмедов Юсуфжон Махмудович**д.м.н., профессор
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ****For citation:** Ibragimov Kurbonmurod Niyazovich, Akhmedov Yusufjon Mahmudovich, Surgical correction of hypospadias in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698846>**АННОТАЦИЯ**

В данной статье изучается распространённость данного заболевания, приводится краткий обзор литературы, анализируется возрастной состав и частота встречаемости тех или иных форм гипоспадии, приведены несколько видов применяемого оперативного лечения, сравнительная характеристика и выбор оптимального лечения.

Ключевые слова: гипоспадия, половой член, расхождение, крайняя плоть, мочеиспускательный канал, лоскут**Ibragimov Kurbonmurod Niyazovich**Regional Children's Multidisciplinary Medical Center,
Pediatric Surgery Department
Samarkand, Uzbekistan**Akhmedov Yusufjon Mahmudovich**Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**SURGICAL CORRECTION OF HYPOSPADIA IN CHILDREN****ABSTRACT**

This article studies the prevalence of this disease, provides a brief review of the literature, analyzes the age composition and frequency of occurrence of certain forms of hypospadias, provides several types of surgical treatment used, comparative characteristics and the choice of optimal treatment.

Key words: hypospadias, penis, divergence, foreskin, urethra, flap**Ibragimov Kurbonmurod Niyazovich**Viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi
Bolalar xirurgiya bo'limi
Samarqand, O'zbekiston**Axmedov Yusufjon Mahmudovich**t.f.d., professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**BOLALARDA GIPOSPADIANI JARROXLIK YO'LLARI**

ANNOTATSIYA

Ushbu maqola ushbu kasallikning tarqalishini o'rganadi, adabiyotlarni qisqacha ko'rib chiqadi, gipospadiasning ayrim shakllarining yosh tarkibi va paydo bo'lish chastotasini tahlil qiladi, qo'llaniladigan jarrohlik davolashning bir necha turlarini, qiyosiy xususiyatlarni va optimal davolashni tanlashni ta'minlaydi.

Kalit so'zlar: gipospadias, jinsiy olatni, divergeniya, sunnat terisi, uretra, qopqoq.

Введение: Гипоспадия является частой аномалией половых органов, которая встречается в случае на 200-300 рожденных мальчиков. Ежегодно в отечественной и зарубежной литературе сообщается о новых способах и модификациях ранее предложенных видов оперативной коррекции гипоспадии у детей и взрослых. А.К. Файзулиным (2001, 2003) за последние 15 лет описано более десяти собственных модификаций операций при различных формах гипоспадии. Ю.Э. Рудин (2000, 2003, 2013) сообщает об изменении ряда оперативных вмешательств в зависимости от размеров головки полового члена, состояния уретральной площадки, искривления полового члена. Лечение гипоспадии у детей проводится только хирургическим путем. Разнообразие применяемых методов лечения обусловлено большим количеством осложнений и поиском оптимального способа операции для коррекции гипоспадии. Впервые термин «гипоспадия» был введен Галеном (132- 201 гг. н.э.). [1,2,5,6,7,13]

Термин hypospadiā исходит от греческого huro - книзу, spadon - трещина или разрыв, то есть нижняя расщелина мочеиспускательного канала. Дистальная форма гипоспадии одна из наиболее тяжелых пороков развития полового члена. По публикациям разных авторов, за последние 40 лет отмечен значительный рост данной патологии. В основе причин осложнений при оперативном лечении гипоспадии данной формы, на взгляд многих исследователей, лежат два важных фактора - широкая вариабельность клинических форм аномалии и, как следствие, многообразие методических подходов при оперативном лечении порока. результат. Несмотря на огромное разнообразие описанных операций, они далеко не всегда и нередко требуются повторные вмешательства. В литературе сообщается значимая разница в частоте осложнений после хирургического вмешательства, даже при применении одной и той же методики разными авторами (Савченко Н.Е.,1962,1974; Ширяев Н.Д., 2012).[3,4,8,12] Так, описывается возникновение осложнений при дистальных формах от 3% до 30%, при срединных - от 5% до 50%, при проксимальных- от 9% до 100% (Савченко Н.Е., 1962,1974; Аникеев А.В., 2003; Продеус П.П., 2003;Вилков В.И., 2010; Ширяев Н.Д., 2012). В связи с этим выбор оптимального способа хирургического лечения сопряжен с особой трудностью для детских хирургов и урологов, имеющих опыт в реконструктивной хирургии пороков развития мочеполовой системы. [9,10,11].

Предпочтение виду операции отдается в зависимости от ряда факторов. Выбор способа операции авторы публикаций связывают с размерами полового члена и его головки, выраженностью искривления полового члена, наличием крайней плоти(Аникеев А.В., 2003; Продеус П.П., 2003; Рудц Ю.Э., 2008; Вилков В.И., 2010;Ширяев П.Д., 2012; Akhavan A., 2014. Лечение гипоспадии остается наиболее сложной и до конца нерешенной проблемой для реконструктивной хирургии. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, проведенный анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что частота осложнений в послеоперационном периоде достигает 50 % и более. Таким образом, до сих пор нет единых взглядов в лечении форм гипоспадии[14,15]

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения разных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и оперативного лечения 190 больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет за период с 2010 по 2022 год. Критерии включения: мальчики с головчатой, стволовой, и мошоночной формой гипоспадии уретры.

Методы обследований

Все пациенты (родители детей) жаловались на неправильно сформированный половой член, большинство из них 92,0% отмечали неправильное направление струи при мочеиспускании. Искривление беспокоило 37,8% пациентов, ротация – 14,7%.Только у 23,6% детей родители обращали внимание на сужение струи при мочеиспускании или длительное время мочеиспускания. Всем пациентам выполняли общепринятые клиничко-лабораторные исследования (общий анализ крови, иммуноферментный анализ на, гепатит С, и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр, при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции.

Особое значение придается осмотру наружных половых органов и детальной оценке составных элементов порока. Рекомендовано проводить определение размеров полового члена, формы головки и выраженности ладьевидной ямки, степень искривления кавернозных тел, возможные варианты ротации полового члена, выявление грубых рубцов от предыдущих хирургических вмешательств, также уделяется внимание размерам крайней плоти и мошонки

Таблица 1. Возрастной состав пациентов с гипоспадией

Возраст (лет)	1-группа (головчатой)	2-группа (стволовой)	3-группа (мошоночной)
1-3	22 (27,8%)	28 (39,4%)	21 (52,%)
4-7	34 (43%)	24 (33,8%)	13 (32,5)
8-11	13 (16,4%)	10 (14%)	4 (10%)
12-15	6 (7,5%)	9 (12,6%)	2 (5%)
16-18	4 (5%)	-	-
Всего	79 (100%)	71 (100%)	40 (100%)

Классификация. Первую классификацию гипоспадии в 1866 г. предложил Kaufman. Он выделил головчатую, стволовую, промежностную и промежностно-мошоночную форму порока. Большинство существующих в настоящее время классификаций гипоспадии не имеют принципиального различия. Они основаны на определении локализации дистопированного меатуса и деформации кавернозных тел. Так, наиболее популярная градация гипоспадии предложена Barcat в 1971г. В настоящей работе использована классификация, предложенная Barcat, которая, с

нашей точки зрения, наиболее полно отвечает современным взглядам на данную проблему. Отличительной чертой классификации Barcat от наиболее часто используемых классификаций Smith, Shefer, Browne, Avellan и Савченко является оценка истинной локализации гипоспадического меатуса исключительно после выпрямления полового члена.

Классификация гипоспадии по Barcat:

I. Передняя гипоспадия:

а) головчатая;

б) венечная;
в) передне-стволовая.
II. Средняя гипоспадия:
а) средне-стволовая.
III. Задняя гипоспадия:

а) задне-стволовая;
б) стволо-мошоночная;
в) мошоночная;
г) промежностная.

Таблица 2. Распределение больных по клиническим формам гипоспадии и метод операции.

	Головчатый	Стволовой	Мошоночный
Вид операции	МАГПИ-59 больных	Дюплея-33	Bayrs flap (1-этап)-31
	Хаберлик-12	Даккет-27	Буккальная уретропластика-9

Результаты: При анализе осложнений в трех группах пациентов установлено следующее: в основной группе по методу МАГПИ осложнения встречались у 5(8%) больных. Осложнения наблюдались в виде полного расхождения швов у 3 больных, у двух наших больных через месяц после операции наблюдалось сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала. Пациенты оперированы по методу Хаберлик осложнения наблюдались у двоих (16%) больных, в виде полного расхождения швов. Во второй группе пациентов, оперированных методом Дюплея частота осложнений составила у 4 больных (12,1%), у трёх больных наблюдалось уретральный свищ, у одного больного сужение анастомоза. В группу больных, оперированных методом Даккет процент осложнений, составил 5 (18,5%), у одного больного

наблюдалось полное расхождение швов, у 4 наблюдалось уретральный свищ. У больных с мошоночной формы мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап операции по заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Осложнение встречались у троих (10%) больных, в виде частичного некроза пересаженной кожи из крайнего плоти на тело полового члена. Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи было выполнено уретропластика. Уретральные свищи наблюдались у 4 (13%) больных. После Буккальной пластики у 2 (22%) больных наблюдалось некроз пересаженного материала

Рисунок 1. Этапы операции (мошоночная форма).

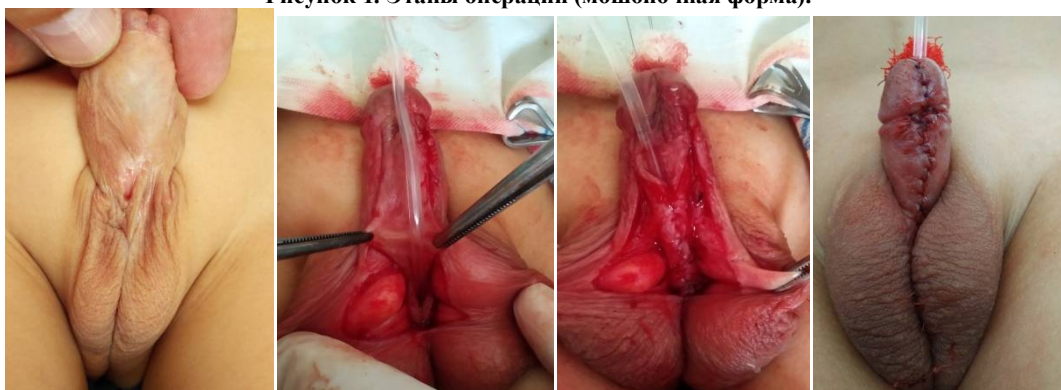


Рисунок 2. Этапы операции (головчатая форма)



Заключение. По методу МАГПИ с применением непрерывного вворачивающегося шва позволила довести до положительного результата в 84% случаях в сравнении с операцией Хаберлик. При

стволовой форме гипоспадии применяемый нами метод Даккета в 82% случаях дал положительный результат и Дюплея 88% положительный.

Вывод: Таким образом, наиболее часто встречающиеся осложнения при хирургической коррекции гипоспадии у детей – уретральные свищи, частичное расхождение швов, и рубцовая деформация полового члена. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения наблюдаются редко. Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения - оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атрауматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии. Согласно результатам проведенного исследования стволовая форма гипоспадии встречается чаще проксимальных форм, при которой дистопированный меатус расположен в средней трети ствола ПЧ,

стенозирован и вызывает затрудненный отток мочи. Проведенные инструментально – лабораторные методы исследования и оперативные методы лечения, направленные на коррекцию данной аномалии с использованием трансплантатов различных тканей не исключили возникновение часто встречающихся послеоперационных осложнений. Коррекцию гипоспадии следует проводить в раннем возрасте, учитывая повышенную способность тканей к регенерации у детей младшего возраста. Таким образом, возникновение послеоперационных осложнений предполагает проведение исследований для разработки стандартизированных подходов к оценке гипоспадии и выбора метода хирургического лечения с целью улучшения результатов уретропластики.

Учитывая выше сказанное немаловажный эффект имеют хирургическая техника, шовный материал, выкраивание лоскутов, инструменты.

Использованная литература

1. Азизов, М. К., Ахмедов, Ю. М., Мавлянов, Ф. Ш., Курбанов, Ж. Ж., Мавлянов, Ш. Х., Турсунов, С. (2019). Мини-инвазивные технологии в экстренной урологии детского возраста. *Детская хирургия*, 23(1S1), 9-9.
2. Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ф. Ш. Хирургическое лечение гипоспадии у детей // *Андрология и генитальная хирургия*. – 2008. – Т. 9. – №. 2. – С. 113б-114.
3. Ахмедов Ю. М., Бекмуратов Б. У., Мавлянов Ф. Ш. Хирургическое лечение стриктур мочеиспускательного канала у мужчин // *Андрология и генитальная хирургия*. – 2008. – Т. 9. – №. 2. – С. 113а-113.
4. Бологова Н.В., Шарков С.М., Коновалова О.Л. Психологические нарушения у мальчиков с корригированной гипоспадией// *Российский Педиатрический Журнал*. -2015.- №1.- С. 20-24.
5. Каганцов И. М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей// *Казанский медицинский журнал*. - 2012.- №2.- С. 255-260.
6. Каганцов И.М. Модификация пластика уретры тубуляризированной расщепленной уретральной площадкой при лечении гипоспадии у детей / И.М.Каганцов // *Андрология и генитальная хирургия*. - 2010. - №4. - С. 87-90.
7. Каганцов И.М. Способ перемещающей уретропластики при коррекции дистальной гипоспадии / И.М. Каганцов // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*.-2011.-№2.-С . 70-74.
8. Каганцов И.М. Пластика уретры тубуляризированной расщепленной уретральной площадкой у детей / И.М. Каганцов, И.А. Санников, А.Е. Минин // *Материалы Пьезда детских урологов-андрологов*. - М.О. - 2011. - С. 116.
9. Каганцов И.М. Tubularized incised plate urethroplasty in children / И.М. Каганцов, А.Е. Минин, И.А. Санников // *язык публикации - английский. Материалы 9-го съезда ЕАУ секция андрологии-урологии (ЕОАУ)*. - 2011. - СПб. - С. 16.
10. Коган М.И., Митусов В.В., Шангичев В.А., Сизонов В.В. Классификация осложнений уретропластики при гипоспадии// *Урология*. -2010.- №1.- С. 17-21.
11. Лозовой В.М., Лозовая Е.А., Нугуманова А.К. Хирургическое лечение осложнений первичной коррекции гипоспадии// *Астана Медициналык Журналы*. -2011.- №5.- С. 60-62.
12. Жаркимбаева А. Д., Дюсембаев А. А., Аубакиров М. Т. и соавт. Совершенствование способа лечения дистальных форм гипоспадии у детей// *Наука и здравоохранение*. - 2014.- №6.- С. 84-86.
13. Файзулин А. К., Поддубный И. К., Кононов А. В. и соавт. Пластика мочеиспускательного канала с использованием аутологичных кератиноцитов на биодеградирующем матриксе у детей с проксимальными формами гипоспадии// *Андрология и генитальная хирургия*. - 2016.
14. Badawy H. Fahmy A. Single- vs. multi-stage repair of proximal hypospadias: The dilemma continues// *Arab Journal of Urology*.-2013.- №11. - P.174–181.
15. Gollu G., Kucuk G., Karabulut A. A., Yagmurlu A., Cakmak. M. A Complication in Hypospadias Surgery Due to Anchoring Suture// *Eurasian J.Med*. - 2015; - № 47. - P.155-157.



УДК 616.62-002.16-053.2-06-18

Каттаходжаева Махмуда ХамдамовнаПрофессор, д.м.н.
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Кудратова Дилноза Шарифовна**Ассистент, PhD
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Ризаева Малика Абдуманнановна**Соискатель
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Кодирова Зебо Нуриддиновна**Базовый докторант
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ****For citation:** Kattakhodzhaeva Maxmuda Khamdamovna, Kudratova Dilnoza Sharifovna, Rizaeva Malika Abdumannanovna, Kodirova Zebo Nuriddinovna, Clinical and laboratory features of patients with benign diseases of the cervix, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.doi <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700760>**АННОТАЦИЯ**

Анализ литературных данных показал большой разброс сведений о частоте и структуре патологии шейки матки в общей структуре гинекологической заболеваемости женщин Узбекистана. Одной из задач данного исследования явилось изучение структуры заболеваний шейки матки, выявленных на приеме в консультативной поликлинике, в том числе отдельные состояния и патологии шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, постковидное состояние**Kattakhodzhaeva Maxmuda Khamdamovna**Professor, MD
Tashkent State stomatological institute
Tashkent, Uzbekistan**Kudratova Dilnoza Sharifovna**Assistant, PhD
Tashkent State stomatological institute
Tashkent, Uzbekistan**Rizaeva Malika Abdumannanovna**applicant
Tashkent State stomatological institute
Tashkent, Uzbekistan**Kodirova Zebo Nuriddinovna**Basic doctoral student
Tashkent State stomatological institute
Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF THE CERVIX

ABSTRACT

An analysis of the literature data showed a wide range of information about the frequency and structure of cervical pathology in the overall structure of gynecological morbidity among women in Uzbekistan. One of the objectives of this study was to study the structure of diseases of the cervix, identified at the appointment in a consultative clinic, including certain conditions and pathologies of the cervix.

Key words: cervical cancer, post-COVID state

Kattakhodzhaeva Maxmuda Khamdamovna

Professor, t.f.d. Toshkent davlat stomatologiya institute
Toshkent, O'zbekiston

Kudratova Dilnoza Sharifovna

Assistent, PhD Toshkent davlat stomatologiya institute
Toshkent, O'zbekiston

Rizaeva Malika Abdumannanovna

Mustaqil izlanuvchi Toshkent davlat
stomatologiya institute Toshkent, O'zbekiston

Kodirova Zebo Nuriddinovna.

Tayanch doktorant Toshkent davlat stomatologiya institute
Toshkent, O'zbekiston

BACHADON BO'YNI YAXSHI SIFATLI O'SMA KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BEMORLARDA KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Adabiyotlar sharhini tahlil qilish davomida O'zbekistob aholisi ayollarining ginekologik kasallanishining umumiy tuzilishida bachadon bo'yni patologiyalari uchrash chastotasi to'g'risida ma'lumotlarni keng tarqalganini ko'rsatdi. Ushbu tadqiqot vazifasi bachadon bo'yni kasalliklari uchrash chastotasini Coviddan oldin va keying davrlarda taqqoslash.

Kalit so'zlar: Bachadon bo'yni saratoni, Covid-19 dan keying holat.

На современном этапе развития медицинской науки и практики совершенно точно установлено, что плоскоклеточный рак шейки матки может быть полностью предотвратимым заболеванием. Известен возбудитель – вирус папилломы человека (ВПЧ), известна стадийность процесса (этапы ЦИН), известны пути профилактики. Однако, при всем этом в мире в целом, в Узбекистане, в частности, ежегодно продолжают умирать от РШМ сотни и тысячи женщин. Использование скрининговых диагностических методов патологии шейки матки позволяет совершенствовать профилактические и лечебные мероприятия, проводимые в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель исследования. Сравнение и совершенствование ведения и комплексного лечение гинекологических заболеваний в постковидном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно нами была проанализирована медицинская документация 455 женщин, обратившихся в отделение гинекологии многопрофильной Клиники ТМА и частной клиники «Family» за период 2019-2021 гг., карты отбирались путем сплошной выборки. Был проведен тщательный анализ ряда параметров репродуктивного анамнеза, гинекологического статуса и общелабораторных данных, отраженных в анкетах пациенток. Анализ особенностей репродуктивного анамнеза проводился по единой методике: изучена гинекологическая патология, перенесенная женщинами в

анамнезе, а также гинекологические заболевания, зарегистрированные на амбулаторном приеме в момент обследования.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался в пределах от 26 до 47 лет. Средний возраст на период обследования составил $29,8 \pm 5,13$ лет.

Анализ показал, что наиболее часто с патологией шейки матки обращаются женщины в возрасте старше 40 лет (48,5%). В 27, 5% случаев были женщины средней возрастной группы. В целом, мы наблюдали динамическое увеличение частоты заболеваний ШМ по мере увеличения возраста пациенток. Почти половина из них были домохозяйки (49,5%).

В описании анамнеза жизни лишь у 12 женщин из 455 (2,6%) было отмечено курение. Необходимо отметить, что большинство женщин были в активном репродуктивном возрасте. На момент обращения пациенток в клинику было выявлено заболеваний шейки матки у 143 женщин, что составило 31,5%. Остальным женщинам были поставлены гинекологические диагнозы, что составило 1,8 патологии на 1 пациентку (рис. 3.3).

При анализе историй болезни и амбулаторных карт выявлено, что в 66,8% случаев длительность наблюдения пациенток в амбулаторных условиях составляла от 1 до 3-х лет, у 22, 0% - от 3 до 5 лет и более 5 лет и пяти лет имели гинекологические заболевания 10,2% исследованных. Основная масса пациенток отметила обращаемость за гинекологической помощью не менее 1-2 раз в год (79%).



Рис.3.3. Сопутствующие гинекологические заболевания

Наряду с патологией шейки матки сопутствующие гинекологические заболевания имели место у 68,6% пациенток, у них диагностированы такие заболевания, как: воспалительные заболевания матки (12,0%) и придатков матки (9,0%), гиперпластические процессы эндометрия (15,0%), остроконечные кондиломы влагалища и вульвы (23,2%), мультифолликулярные яичники (9,0%), миома матки (5,1%), эндометриоз (5,1%), полипы цервикального канала (22,5%), диффузная мастопатия (66,2%). Среди воспалительных изменений особое место занимают цервициты, частота которых остается высокой в динамике лет – 61,7% в 2019 г., 60,6% - в 2020 г. и 58,7% в 2021 г. соответственно. В то же время обращает на себя динамическое повышение в 5 раз частоты такой патологии шейки матки, как истинная эрозия – с 1,6% в 2019 году до 2,87% в 2020 году, а также эндометриоза шейки матки в 1,5 раза – с 17,1% до 33,6%. Особо хотелось бы отметить наличие папилломы шейки матки. Так, если в 2019 году данная патология не была определена ни в одном случае среди обследованных женщин, то в 2020 году частота её составила 0,9%, а в 2021 году – 2,1%. Отмечается динамическое снижение в 9,2 раз частоты простой лейкоплакии – с 7,4% до 1,3% и в 1,3 раза полипов шейки матки – с 9,8 до 7,6%. Выявлено динамическое возрастание частоты таких проявлений, как дисплазия шейки матки (с 20,2 до 24,7%), лейкоплакия с атипией клеток (с 0,6 до 1,7%), аденоматоза (с 14,7 до 21,2%). Тем не менее, при наличии вышеперечисленных состояний частота эритроплакии имеет тенденцию к снижению – с 1,2% до 0,4%. Во время осмотра женщин клинический диагноз эндоцервицита выставлен 67,1% пациенткам, эрозии шейки матки – 6,0% женщинам и практически у всех из них был диагностирован воспалительный процесс. В период обследования экстрагенитальные заболевания у всех пациенток находились в стадии ремиссии, не требовали проведения специального лечения,

и не являлись противопоказанием для проведения медикаментозного лечения. Наряду с этим, у 18,2% женщин с CIN были различные оперативные вмешательства в анамнезе: тонзилэктомия у 9,3%; аппендэктомия у 4,8%. Безусловно, нас интересовал вопрос о влиянии акушерского анамнеза на развитие ЦИН и других патологий шейки матки. Как видно из таблицы 3.4 у пациенток в анамнезе было 2-3 беременностей и не менее 2-4 родов. Из этого можно предположить, что возрастание числа беременностей и родов отрицательно сказываются на состоянии шейки матки и являются предпосылкой развития ЦИН.


Вывод. Таким образом, по ретроспективному анализу медицинской документации 455 пациенток из обратившихся в клинику, имели различную патологию шейки матки и состояния, требующие диагностики, терапии и диспансерного наблюдения. Наши наблюдения показали, что из года в год нарастает количество предраковых заболеваний. Возможно, это связано с улучшением диагностики. В последние годы частота патологии шейки матки увеличилась в 1,5 раза. При этом, в возрастном аспекте частота последних приходится преимущественно на возрастной период 37-45 лет, что требует особой настороженности именно в этот период жизни. Как показали наши исследования, индекс общего и репродуктивного здоровья женщин с CIN оказался низким за счет перенесенных частых инфекционно-вирусных заболеваний (3,5 заболевания на одну женщину, высокой частоты нарушений менструальной функции, большого числа родов и аборт. Проведенный анализ позволил выделить группу факторов, которые можно определить как предрасполагающие и провоцирующие. Предрасполагающие факторы приводят к формированию иммунодефицитных состояний и подавлению механизмов местной защиты, а провоцирующие - запускают инфекционный процесс на фоне уже имеющейся предрасположенности.

Использованная литература:

1. Артымук Н.В., Марочко К.В. Эффективность выявления вируса папилломы человека при помощи устройства для самостоятельного забора вагинального отделяемого. Акушерство и гинекология. 2016. № 3. С. 85 - 91.
2. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России. Онкогинекология. № 1, 2015. С. 6-15.
3. Артамонова Н.В. Оптимизация диагностики и лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий I и II степени : автореф. дис. канд. мед. наук. Челябинск, 2009. 26 стр.
4. Байрамова Г.Р., Амирханян А.С., Баранов И.И., Бурменская О.В. и др. Хронический цервицит, ассоциированный с папилломавирусной инфекцией: диагностика и тактика ведения пациенток // Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. 2017. № 3 (132). С. 66-72.
5. Бебнева Т.Н., Муйжнек Е.Л., Роговская С.И., Киселев В.И. и др. Патогенетическое лечение неопластических процессов шейки матки: новые подходы // Доктор.Ру. 2016. № 3 (120). С. 9-14.
6. Бебнева Т.Н., Ипастова И.Д. Неоплазии шейки матки: краткий курс для практикующего врача. Предраковые заболевания шейки матки: диагностика и врачебная тактика. Информационный бюллетень. Под ред. В.Е.Радзинского. М: StatusPraesens, 2016.
7. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Туранова О.В., Шемякина К.Н., Плетнева В.А., Самбуева Н.Б., Мальцева Е.Е. Результативность и приемлемость обследования на вирус папилломы человека при самостоятельном и врачебном заборе вагинального отделяемого. Акушерство и гинекология. 2017. № 2. С. 97 - 105.
8. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х., Методы выбора контрацепции у женщин группы риска.– Узбекистан. – 2018.– С.96- 100.
9. Каттаходжаева, М. Х. "Течение родов и морфологическая характеристика плодовых оболочек при несвоевременном излитии околоплодных вод." Структурные вопросы процессов фильтрации: Сб. ст. науч (1987): 68-69.
10. Крылов, В. И., et al. "Характеристика адаптивных реакций организма беременных с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и их новорожденных в раннем неонатальном периоде." Акушерство и гинекология 4 (1995): 24-6.
11. Каттаходжаева МХ, Сулаймонова НЖ. Эффективность скринингового исследования в диагностике заболеваний шейки матки. Вестник врача. 2009(3):250
12. Муратова Нигора Джураевна, & Абдувалиев Анвар Арсланбекович (2015). ВЛИЯНИЕ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β2 НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ КЛЕТОК ЛЕЙ



УДК 616.71-007.234(083.13)

Назирова Муяссар УбаевнаКандидат медицинских наук, ассистент
Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Асилова Саодат Убаевна**Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентская Медицинская академия
Ташкент, Узбекистан**КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ****For citation:** Nazirova Muyassar Ubaevna, Kattaxodjaeva Makhmuda Khamdamovna, Asilova Saodat Ubaevna, Clinical and diagnostic indicators of osteoporosis in women's perimenopausal period, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700547>
АННОТАЦИЯ

По данным ВОЗ как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний (только 25% больных полностью излечиваются после перелома шейки бедра, 50% больных остаются инвалидами и 25% больных умирают от осложнения). Известно, что перименопаузальный период жизни является своего рода фактором риска заболеваний костей. Нами проведена оценка состояния костной системы 62 женщин перименопаузального периода, жалоб, клинических симптомов климактерия, гормонального статуса, обмена Са и вит. Д. На основании полученных данных разработана шкала «Оценки клинических признаков остеопороза при менопаузе». Дана бальная оценка изученных 10 параметров, что позволяет сформировать группы риска на развитие переломов костей в перименопаузальном возрасте.

Ключевые слова: остеопения, остеопороз, диагностика, степени риска заболеваний костей, перименопауза, эстрадиол, патериоидный гормон.

Nazirova Muyassar UbaevnaCandidate of Medical Sciences, Assistant
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**Kattahodjaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**Asilova Saodat Ubaevna**Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan**CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN'S PERIMENOPAUSAL PERIOD****ABSTRACT**

According to WHO data, osteoporosis ranks fourth among non-communicable diseases as a cause of disability and mortality of patients from bone fractures (only 25% of patients are completely cured after hip fracture, 50% of patients remain disabled and 25% of patients die from complications). It is known that the perimenopausal period of life is a kind of risk factor for bone diseases. We assessed the state of the bone system of 62 women of the perimenopausal period, complaints, clinical symptoms of menopause, hormonal status, metabolism of CA and vit. D. Based on

the data obtained, a scale "Evaluation of clinical signs of osteoporosis during menopause" was developed. A score assessment of the studied 10 parameters is given, which makes it possible to form risk groups for the development of bone fractures in perimenopausal age.

Keywords: osteopenia, osteoporosis, diagnosis, risk of bone diseases, perimenopause, estradiol, paraterioid hormone.

Nazirova Muyassar Ubayevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, yordamchi
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Kattaxodjayeva Mahmuda Hamdamovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Asilova Saodat Ubayevna

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston

AYOLLARDA PERIMENOPOUZAL DAVRIDA OSTEOPOROZNING KLINIK VA DIAGNOSTIK KO'RSATKICHLARI

ANNOTATSIYA

JSSST ma'lumotlariga ko'ra, suyak singan bemorlarning nogironligi va o'limining sababi sifatida osteoporoz yuqumli bo'lmagan kasalliklar orasida to'rtinchi o'rinni egallaydi (bemorlarning atigi 25 foizi son suyagi bo'yinchasi singanidan keyin to'liq davolanadi, bemorlarning 50 foizi nogiron bo'lib qoladi va bemorlarning 25 foizi asoratdan vafot etadi. Ma'lumki, hayotning perimenopozal davri suyak kasalliklari uchun o'ziga xos xavf omilidir. Biz perimenopozal davrdagi 62 ayolning suyak tizimining holatini, shikoyatlar, klimakteriyaning klinik belgilari, gormonal holat, kaltsiy va vitamin D almashinuvini baholadik. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, "menopauzadagi osteoporozning klinik belgilarini baholash" shkalasi ishlab chiqilgan. Perimenopozal davrda suyak sinishining rivojlanishi uchun xavf guruhlarini shakllantirishga imkon beradigan o'rganilgan 10 parametrlar bahosi berilgan.

Kalit so'zlar: osteopeniya, osteoporoz, diagnostika, suyak kasalliklari xavfi darajasi, perimenopozal, estradiol, paraterioid gormoni.

Введение: Остеопороз – это системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением ее микроархитектуры, приводящее к повышению хрупкости костей и высокому риску их переломов. Остеопороз оказывает выраженное влияние на функциональное состояние костной ткани, приводя к переломам трубчатых костей. По данным Asilova S., Yugay A. (2016), значительное уменьшение костной массы приводит к уменьшению структуры матрикса и нарушению минерализации, вследствие чего кость становится менее плотной. Нарушается архитектура трабекулярной (губчатой) костной ткани, с истончением и потерей трабекул (7, 9, 12, 21). По данным ВОЗ – как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний. Только 25% больных полностью излечиваются после перелома шейки бедра, 50% больных остаются инвалидами, 25% больных умирают от осложнений (3, 5, 22, 26). С.Б.Маличенко (2009г.) описывает, что основными причинами заболевания являются уменьшение формирования костной ткани и снижение способности почек метаболизировать витамин D. Дефицит витамина D приводит к уменьшению абсорбции кальция, вследствие чего повышаются уровни паратгормона, то есть возникает гиперпаратиреоз, вследствие чего происходит резорбция костной ткани (8, 23, 25). Остеопороз делится на первичный и вторичный (12). К первичному относится постменопаузальный, сенильный и идиопатический остеопороз. Вторичный возникает на фоне заболеваний: эндокринной, заболевания желудочно-кишечного тракта, ревматические поражения и др. К факторам риска первичного остеопороза относятся генетическая и конституциональная раса. При этом большое значение имеет белокожие или негроидные люди, также семейный анамнез, половая принадлежность, менопауза < 50 лет, нерегулярные менструации, отсутствие детей, более 3 беременностей, отсутствие лактации, лактация > 6 месяцев, старческий возраст, астеническое телосложение. Уменьшение потребления кальция с пищей (< 1000 мг / день) отсутствие физической нагрузки, курение, алкоголь, кофе (> 5 чашек в день), высокое содержание белка в пище, высокое содержание клетчатки в пище и обилие кислых продуктов в диете (1,2, 6, 9, 29, 32). Исследования Лесняк О.М. и Беневолонца Л.И. (2009) указывают на то, что в клинике остеопороза отмечается острые или хронические боли в спине, чувство тяжести между лопатками,

утомляемость, необходимость многократного отдыха в положении лежа, сутулость, уменьшение роста на 3 – 10 см за 1 – 2 года, складки на животе, их асимметрия, уменьшение расстояния между ребрами и гребнями подвздошных костей, также переломы локтевой, лучевой кости, тел позвонков, шейки бедра, худощавость. То есть, изучая внешние параметры телосложения уже можно предположить о наличии остеопороза у той или иной женщины. Анализ литературных данных свидетельствует о наличии довольно большого числа исследований, однако они посвящены отдельным аспектам диагностики, профилактики и лечения остеопороза среди женщин менопаузального возраста. Назрела необходимость комплексного изучения диагностики, профилактики и лечения женщин старшего возраста на основе оценки конституциональных, функциональных, гормональных и биохимических параметров.

Цель исследования: Разработка шкалы по оценке степени риска и тяжести остеопороза среди женщин перименопаузального периода.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением с 2019 по 2023г. находилось 62 женщины перименопаузального периода. Пациентки были разделены по возрастным параметрам на 2 группы: первая группа была в возрасте от 45 до 55 лет (30 женщин). Во вторую группу вошли 32 пациентки в возрасте от 56 до 65 и более лет. В работе использованы антропометрические (рост, вес, ИМТ), функциональные (денситометрия, рентгенологические исследования, гормональные (паратгормон, эстриол), биохимические (концентрация в плазме крови Вит.Д и СА).

Результаты исследования и их обсуждение.

При изучении клинических признаков нарушения плотности костей были жалобы на сильную боль в спине у 5 пациенток 1 группы (16,7%), умеренная боль - у 16 больных (53,3%), у 9 женщин боли отсутствовали.

Во 2 группе сильная боль в спине из 32 больных наблюдалось - у 14 больных (43,8%), умеренная боль - у 13 (40,6%) и у 5 больных боли отсутствовали. При антропометрии отмечалась различная степень снижения роста. Снижения до 10 см не наблюдали ни у одной женщины 1 группы. Уменьшение роста до 5 см отмечали у 9 пациенток (30%), уменьшение до 2 см отмечали у 5 женщин (16,7%). Во 2 группе уменьшение роста до 10см отмечалось у 5 больных (15,6%), уменьшение до 5 см отмечали у

15 женщин (46,8%), уменьшение до 2 см отмечено у 12 больных 9 (37,5%).

Гормональные нарушения паратерионидных гормонов 1 группе отмечалось полное нарушение (более 110 пг/мл) у 2 больных, слабо нарушение у 10 больных, у 18 больных не отмечалось изменения этого гормона. Во 2 группе отмечалось полное нарушение (более 110 пг/мл) у 5 больных, слабо нарушение у 20 больных и у 7 больных не отмечалось изменения этого гормона.

Содержание эстриола в крови в 1 группе отмечалось

в нормальных концентрациях (82 пмоль/л) у 10 женщин (33,3%), резко уменьшено (до 10 пмоль/л) - у 5 больных (17%), умеренно уменьшено (до 15 пмоль/л) - у 7 больных (23,3%). Во 2 группе отмечалось резко уменьшение (до 10 пмоль/л) - у 37,5% больных, умеренно уменьшение (до 15 пмоль/л) - у 10 (31,3%) и у 8 пациенток было в пределах нормы.

Также нами была проведена оценка степени климактерического синдрома. Частые приливы (до 10-12 раз в сутки) отмечались у 5 больных (17%) женщин 1 группы, 73,3% пациенток жаловались на редкие приливы (3-4 раза в день) и отсутствовали у 3 больных. Во 2 группе отмечались частые приливы у 2 пациенток, редкие - у 50% и отсутствовали у 15 пациенток.

В 1 группе резко выраженная сутулость отмечалась у 2 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 18 (60%) больных, нарушение осанки не отмечалось у 10 (33,3%) больных. Во 2 группе резко выраженная сутулость отмечалась у 8 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 17 (53,1%) больных и нарушение осанки не отмечалось у 5 больных.

При изучении содержания Са и Вит Д в плазме крови 1 группе обнаружено резкое снижение параметров у 3, показатели ниже нормы наблюдались у 19 (63,3%) и пределах нормы у 8 (27%) женщин. Исследования тех же параметров среди пациенток 2 группы свидетельствует о резком снижении в плазме крови концентраций Са и Вит Д у 9 (28%), ниже нормы 18 (56%) и пределах нормы у 3 женщин.

Рентгенологические исследования обнаружили множественные кистозные образования трубчатых костей, преимущественно рук, что имело место в 1 группе у 17% женщин первой группы, единичные кистозные образования наблюдались у 27%. У 17 женщин первой группы рентгенологические изменения не обнаружены. В 22% случаев 2 группы отмечались множественные кистозные образования, единичные кистозные образования наблюдались у 19 (59,3%) и у 6 женщин рентгенологические изменения не отмечались. Денситометрические исследования в 1 группе выявили сильно выраженный остеопороз отмечалось у 3 пациенток. Остеопороз отмечалась у 13 (43%) и признаков остеопороза не были выявлены у 14 женщин (94,7%). При обследовании больных нами отмечено, что в 1 группе больных клинические признаки остеопороза и результаты лабораторных исследований выявляли наблюдалось слабо выраженные признаки по сравнению с пациентками второй группы. Эти показатели указывают, что с возрастом уменьшается содержание эстроидов, а также имеет место уменьшение содержания Са и Вит Д в крови, отмечается повышение выработки паратгормона. При рентгенологическом исследовании в начальной стадии остеопороза определяются единичные кистозные изменения в костях, которые с возрастом превращаются во множественные кистозные изменения. При денситометрическом исследовании в начале заболевания остеопения с возрастом переходит в остеопороз. На основании клинических признаков остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде можно разделить на 4 степени. С увеличением возраста клинические признаки остеопороза ярко выражаются.

По итогам проведенных исследований нами разработана программа для ЭВМ, позволяющая оценить выраженность предикторов заболевания костей и, соответственно, приступить к индивидуальной профилактике переломов костей среди женщин перименопаузального периода жизни. Десять параметров были оценены в балльной системе в зависимости от степени выраженности, что позволило по сумме баллов выделить группы риска.

Таблица прогнозирования факторов и степени риска остеопороза и перелома трубчатых костей среди женщин перименопаузального возраста

№	Показатели	Основные характеристики	Баллы
1	ИМТ	ИМТ > =18,5 < 25 кг/м ²	0
		ИМТ > =25,1 < 30 кг/м ²	5
		ИМТ > =30,1 < 40 кг/м ²	10
2	1. Боль в спине	Отсутствует	0
		Слабая	5
		Выраженная	10
3	Уменьшение роста	отсутствует	0
		До 5 см	5
		До 10 см	10
4	Нарушения выработки паратиреоидных гормонов	Отсутствует нарушение	0
		Незначительные нарушения	5
		Выраженные нарушения	10
5	Содержание эстриола в крови	Отсутствует нарушение	0
		Умеренное снижение	5
		Значительное снижение	10
6	Приливы	Отсутствуют	0
		редкие	5
		Частые	10
7	Сутулость	Отсутствует	0
		Слабо выражена	5
		Значительно выражена	10
8	Содержание Са и Вит Д в крови	В норме	0

		Понижено незначительно	5
		Резко снижено	10
9	Показатели концентрация холестерина (Лipoproteиnы высокой плотности)	Не нарушены	0
		Умеренно увеличение	5
		Резко увеличено	10
10	Рентгенологические исследование (множественные кистозные образования)	Отсутствует	0
		Имеются единичные	5
		Множественные	10
11	Денситометрические показатели	Нормальная плотность костей	0
		Остеопения	5
		Остеопороз резко выражен	10

При этом:

86 – 100 баллов - ярко выраженные клинические признаки остеопороза 4 степени

85 -73баллов- не ярко выраженные клинические признаки 3 степени

72 -55 баллов - слабо выраженные клинические признаки 2 степени

55 и ниже баллов- отсутствуют клинические признаки 1 степени
По данной бальной оценке показатели всех женщин 2 группы колебались от 86 до 100 баллов. Во 2 группе сильно выраженный остеопороз отмечалось у 7, остеопения у 19 и без признаков остеопороза у 6 женщин. Клинический пример: Больная А. 58 лет, обратилась с жалобами на сильные боли в спине, слабо выраженные приливы, отмечает в последние годы уменьшение роста до 5 см, слабая сутулость, сухость во влагалище, недержание мочи. При лабораторном исследовании отмечалось содержание Са и Вит Д в крови слабо понижено, содержание эстриола в крови умеренно уменьшено, паратериоидный гормон увеличено незначительно. При рентгенологическом исследовании наблюдалось единичные кистозные образования в области дистального конца пястных костей. Также при денситометрическом исследовании диагностирована остеопения. Суммирование общих баллов показало - 55. Установлен диагноз: Постклимактерический период, синильный синдром. Остеопения. Женщина отнесена к группе среднего риска на развитие переломов костей. Назначена корригирующая терапия.

Таким образом, при обследовании больных нами отмечено, что в 1 группе исследования клинические признаки остеопороза и лабораторные параметры менее выражены по сравнению с 2 группой. Полученные данные указывают, что с увеличением возраста женщин уменьшается содержание в крови концентраций эстриола, отмечается повышение уровня паратериоидного гормона, а также имеется снижение содержания Са и Вит Д в крови. Наряду с этим, выявляются изменения при рентгенологическом исследовании - в начале остеопороза единичные, с возрастом множественные кистозные изменения в костях. При денситометрическом исследовании явно диагностируется переход остеопении в остеопороз.

Выводы:

1. С переходом женщины из пременопаузы в постменопаузальный период нарастают клинические симптомы и лабораторные признаки нарушений структуры трубчатых костей, что связано с угасанием гормональной функции и перехода от остеопении в остеопороз.

2. На основании предлагаемой прогностической шкалы необходимо формировать группы риска на переломы трубчатых костей среди женщин перименопаузального возраста с целью индивидуального подбора лечебных мероприятий и профилактики переломов.

2. Наиболее достоверными диагностическими исследованиями для выявления остеопороза являются Денситометрия, МРТ и Рентгеновские исследования.

Использованная литература:

1. Лесняк О.М. Постменопаузальный остеопороз // Гинекология, 2004. –Т.-6.-№3 <http://www.consilium-medicum.com/article/7607>
2. Лесняк О.М. Эффективность и безопасность альфакальцидола в лечении остеопороза и предупреждении переломов: обзор современных данных // Эффективная фармакотерапия. Ревматология, травматология и ортопедия, 2010.- № 1.
3. Лукьянчикова Н.С., Шарапова Е.И. Комплексный подход к реабилитации пациентов с остеопорозом // Остеопороз и остеопатии, 2017.-№1.- Т.20.-С.39-43
4. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Место стронция ранелата в лечении больных остеопорозом (результаты программы МАРК) // Научно-практическая ревматология, 2018.-Т.56.-№4.-С.429-432
5. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Приверженность лечению остеопороза: результаты ретроспективного когортного исследования // Научно-практическая ревматология, 2019.-Т.57.-№4.-С.415-420.
6. Паникар В.И. Особенности клиники, диагностики и лечения гонартроза в старческом возрасте // Автореферат дисс...к.м.н., 2020
7. Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н. Остеоартроз и остеопороз: механизмы реализации и способы диагностики // Крымский терапевтический журнал, 2009.-№1.-С.30-33



УДК 618.3- 0с6.522 613.24

Насирова Зебинисо Азизовна
PhD


Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

Расулова Парвина Рустамовна
магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан

РОЛЬ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

For citation: Nasirova Zebiniso Azizovna, Rasulova Parvina Rustamovna, The role of the fat component in body weight change during pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700627>

АННОТАЦИЯ

В последние годы отмечается увеличение научного интереса к проблеме, которую можно обозначить «ожирение и беременность». Являясь «проблемой метаболического синдрома», беременность в определенной степени увеличивает риск ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний у женщины в будущем. Степень этого риска определяется особенностями течения гестации, в том числе уровнем увеличения массы тела

Ключевые слова: беременность, гестация, ожирение, метаболический синдром, жировой компонент

Nasirova Zebiniso Azizovna
PhD

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Rasulova Parvina Rustamovna
Master's Degree

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THE ROLE OF THE FAT COMPONENT IN BODY WEIGHT CHANGE DURING PREGNANCY

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in scientific interest in the problem that can be labeled "obesity and pregnancy". As a "prototype of the metabolic syndrome", pregnancy to some extent increases the risk of obesity, diabetes, cardiovascular disease and cancer in women in the future. The degree of this risk is determined by the peculiarities of the gestational course, including the level of body weight gain

Key words: pregnancy, gestation, obesity, metabolic syndrome, fat component

Nasirova Zebiniso Azizovna
PhD

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Rasulova Parvina Rustamovna
magistr

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

HOMILADORLIKDA TANA VAZNINING O'ZGARISHI PAYTIDA YOG ' TARKIBIY QISMINING ROLI

ANNOTATSIIYA

So'nggi yillarda "semirish va homiladorlik" deb ta'riflanishi mumkin bo'lgan muammoga ilmiy qiziqish ortib bormoqda. "Metabolik sindromning prototipi" sifatida homiladorlikda ma'lum darajada kelajakda ayolning semirish, qandli diabet, yurak-qon tomir va saraton xavfini oshiradi. Ushbu xavf darajasi homiladorlikning xususiyatlari, shu jumladan tana vaznining ko'payishi darajasi bilan belgilanadi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, homiladorlik, semirish, metabolik sindrom, yog ' komponenti.

Введение. Беременность является особым этапом в жизни женщин репродуктивного периода и характеризуется выраженными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Ожирение повышает риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода, увеличивает частоту рождения детей с различными нарушениями, что ведет к повышению перинатальной заболеваемости и смертности [2]. Величина прибавки массы тела в период беременности в разных странах неуклонно растет. Избыточный прирост массы тела приводит к возникновению ожирения или его прогрессированию, увеличивая частоту осложнений как со стороны матери, так и плода [3]. В связи с этим большое значение имеет оценка адекватности прибавки массы тела. Согласно существующим рекомендациям, чем больше масса тела у женщины до беременности, тем меньше этот показатель должен увеличиться во время беременности.

С целью выяснения вклада жирового компонента в гестационное увеличение массы тела (ГУМТ) и особенностей его распределения у женщин с нормальным прегравидарным весом мы провели проспективное когортное исследование, включившее 84 беременных. Все женщины состояли на диспансерном учете в женских консультациях города Смоленска в 2010–2011 гг. Критерии включения: нормальный прегравидарный вес (индекс массы тела (ИМТ) 18,5–24,9 кг/м²), одноплодная беременность, возраст старше 18 лет, отсутствие указания на сахарный диабет и тяжелую соматическую патологию, регулярное диспансерное наблюдение во время беременности. Критерии исключения: прерывание беременности до 37 недель, гестационный диабет. Средний возраст пациенток составил 27,2±4,8 года (95% ДИ 26,8–27,6). 56 (66,7%) из них были первородящими, 28 (33,3%) – повторнородящими. При анализе использованы абсолютные значения гестационной прибавки массы, а также ее категории – недостаточная (менее 11,5 кг), рекомендованная (11,5–16 кг), чрезмерная (более 16 кг) [1,2]. 18 обследованных имели недостаточный уровень ГУМТ, 37 – в пределах рекомендуемого и 29 – чрезмерный. Помимо стандартных клинико-лабораторных методов обследования, предусмотренных нормативными документами при диспансерном наблюдении за беременными, в 8–12, 24–26 и 32–34 недели гестации, а также на 3-и сутки после родов дополнительно проводили калиперометрию кожно-жировых складок (КЖС): в области трехглавой мышцы (плечо), над верхнепередней частью гребня подвздошной оси (живот), на середине расстояния от надколенника до пахового сгиба (бедро). Используя полученные результаты, вычисляли процент жировой массы тела (%ЖМТ) по формуле, предложенной для женщин [1,3]. Данная формула учитывает толщину указанных КЖС и возраст женщины.

Увеличение массы тела пациентки зависит не только от характера питания во время беременности, но и от исходных антропометрических показателей. Вопросу прибавки массы тела во время беременности посвящено много исследований. Данный показатель складывается из нескольких компонентов и связан с постепенным нарастанием массы плода, плаценты, беременной матки, молочных желез, с увеличением объема циркулирующей крови, амниотической и тканевой жидкости, а также с изменением ряда других показателей. Одним из основных биохимических составляющих прироста массы тела у беременных женщин является увеличение содержания жира в организме (2).

В то же время прибавка массы тела у пациенток с ожирением, с нашей точки зрения, в литературе освещена недостаточно. Рекомендуемые нормы прибавки - 7 - 8 кг (7). Однако не освещен вопрос о том, как влияет на течение и исходы беременности большая или меньшая прибавка. В связи с тем, что жировая ткань в организме беременной женщины является одним из компонентов

обменно-эндокринных изменений, отмечаемых при беременности, представляет интерес динамика содержания жира на течение беременности и развитие плода (4,2).

Цель исследования выяснение современных особенностей увеличения массы тела при беременности, характера распределения жировой клетчатки у женщин в зависимости от исходной массы и степени прибавки ее за беременность.

Материалы и методы исследования. Для выяснения распространенности ожирения среди беременных г. Самарканда первоначально мы обследовали 67 беременных, наблюдавшихся в женских консультациях города Самарканда. В соответствии со стандартами обследования проводились тщательный сбор анамнеза, общеклиническое акушерское исследование, клинико-лабораторные исследования.

Для оценки физического развития проводились следующие антропометрические исследования: измерение роста-весовых показателей, окружностей тела, измерение кожно-жировых складок методом калиперометрии. Для определения соотношения фактических энергозатрат организма определялся калло-раж и состав пищи, учитывалась физическая активность пациенток. При сборе анамнеза дополнительно к общепринятой методике использовалось анкетирование с целью углубленного изучения наследственности и факторов риска предстоящей беременности.

В работе оценивалось изменение содержания жира в организме беременной при физиологическом течении беременности и у беременных с избыточной массой тела. В качестве метода косвенной оценки данного показателя измерялась толщина кожно-жировой складки.

При анкетировании учитывались наличие профессиональных вредностей, условия проживания, семейное положение, материальная обеспеченность, наследственность, физическая активность, характер питания. Качественный и количественный состав питания оценивался путем составления «пищевых карт», при помощи которых оценивалось питание в каждом триместре беременности и после родов.

Алиментарный характер избыточной массы тела устанавливали на основании сбора анамнеза, анкетирования, данных лабораторных методов исследования, в том числе определения уровня инсулина, лептина крови.

Результаты проведенного исследования показали, что среди беременных г. Самарканда более 40% имеют избыточную массу тела уже при постановке на диспансерный учет. Только у 38 (56,8%) пациенток индекс массы тела был в пределах 19-25, а у 29 (43,2%) он превышал 25.

Анализ анамнеза подтверждает данные литературы о том, что факторами риска развития избыточной массы тела являются малоподвижный образ жизни, нерациональное и несбалансированное питание, также важную роль играет наследственная предрасположенность. У всех беременных с избыточной массой тела была выявлена низкая физическая активность. Только 4 женщины (5,9%) до беременности регулярно занимались в спортивных секциях (фитнес, гимнастика).

Обнаружены значительные нарушения в режиме питания: 48 (71,64%) беременных питались нерегулярно, употребляли пищу в большом объеме, чем необходимо. Значительные изменения выявлены в сбалансированности пищевых рационов у беременных женщин с избыточным весом (снижение доли белково-содержащих продуктов и увеличение потребления легкоусвояемых углеводов и жирной пищи).

Оптимальное увеличение массы тела в течение за беременности составляет 10-12 килограмм (до 15,3) у женщин с исходно нормальной массой тела. Для беременных женщин с избыточным весом эта величина составляет 5-8 килограмм.

Проведённое у беременных женщин с изначально избыточной массой тела (29 пациенток) исследование выявило следующую закономерность. Прибавка массы менее 5 кг наблюдалась у 2 (6,8%) беременных, 5-10 кг - у 13 (44,8%). Нарушение пищевого режима привело к тому, что у половины пациенток с ожирением (14 - 48,2%) прибавка превысила физиологические нормы и составила более 12 кг.

Динамика массы тела у беременных женщин с ожирением представлена на графике. В первые недели гестации отмечается снижение массы тела со значительным ее нарастанием после 15-16 недель беременности. Пик прироста приходится на 21-22 неделю беременности, после чего кривая носит почти равномерный характер (300-350 грамм еженедельно). После 39-40 недели масса тела пациенток стабилизируется.

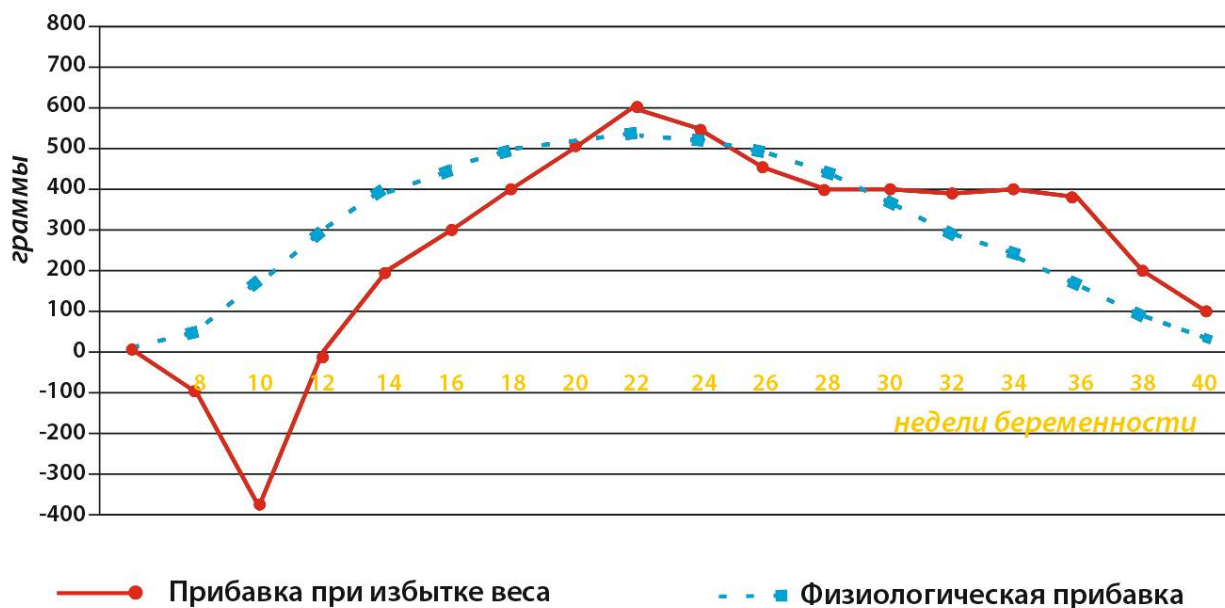


Рисунок. Прибавка массы тела во время беременности у пациенток с ожирением и рекомендуемая физиологическая прибавка веса.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали высокую распространенность ожирения и избыточной массы тела среди беременных г. Самарканда. Беременные с ожирением нередко нарушают режим питания, что приводит к патологической избыточной прибавке массы тела во время гестации. Со второй половины беременности прирост массы тела несколько снижается, что, вероятно, связано с усилением внимания врачей к патологической прибавке массы и

рекомендациям по диете. В связи с этим целесообразно проводить более тщательное консультирование этих пациенток уже при первой явке в женскую консультацию, разъясняя пациенткам необходимость соблюдения режима питания, возможные последствия избыточного веса на течение беременности и развитие ребенка. Энергетическая ценность пищи в этой группе женщин должна соответствовать физиологическим потребностям и физической нагрузке.

Использованная литература:

1. Бейол Е.А. Ожирение. М.: Медицина, 1986: 156
2. Гинсбург М.М., Козутца Г.С. Ожирение - дисбаланс энергии или дисбаланс нутриентов? W Проблемы эндокринологии.- №5: 47-50. 114
3. Голикова Т.П., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением. Вест.- 1999.- №2.- С.- 56-58.
4. Кононенко И.В., Суркова Е.В., Анциферов М.Б. Метаболический синдром с позиции эндокринолога: что мы знаем и что уже можем сделать. Проб. эндок-рин.- 1999.- № 2, том 45. С.- 36-41.
5. Перова Н.В., Метельская В.А. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2001.- № 1. - С.- 43-45.
6. Прилепская В.Н. Ожирение в практике акушера-гинеколога. \ Акушер. и ги- нек.- 2003.- № 5.- С.- 12-14.
7. Стрижова Н.В., Сиракян И.К. Особенности течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов при метаболическом синдроме у женщин с ожирением. Акушер. и гинеколог.- 2004.- № 6.- С.- 33-34.



УДК 618:616.9-08-07

Шамсиева Малика Шухратовна

Ассистент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

Д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Насимова Нигина Рустамовна**

Доктор философских наук по медицине

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Жалолова Ирода Абдужабборовна**

магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ФЕМОФЛОР-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ****For citation:** Shamsieva Malika Shuxratovna, Negmadzhanov Baxodur Boltavovich, Nasimova Nigina Rustamovna, Jalolova Iroda Abdujabborovna, Application of the femoflor-16 test to assess vaginal microbiocenosis in women with inflammatory diseases of the genital organs, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.doi <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700677>**АННОТАЦИЯ**

Умеренный дисбиоз влагалища является переходным типом вагинального микробиоценоза, для которого характерно увеличение количества и доли условно-патогенных микроорганизмов при сохранении высокой доли лактофлоры — на уровне 20–80 % от общей микробной биомассы. У части женщин данное состояние микробиоценоза не сопровождается клиническими признаками инфекционно-воспалительной патологии влагалища (ИВП), и возникает вопрос о целесообразности коррекции умеренного дисбиоза в этом случае. В исследовании оценивали взаимосвязь между отдельными микробиологическими показателями и наличием клинических проявлений ИВП у пациенток с умеренным дисбиозом вагинальной микробиоты. Были сформированы две группы участниц: группа 1 — пациентки с клиническими признаками ИВП (n = 91), группа 2 — клинически здоровые женщины (n = 44). Средний возраст женщин составил 26,9 ± 6,9 лет. Микробиоценоз исследовали методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени». Провели количественную оценку 6 видов лактобацилл в вагинальном отделяемом: *Lactobacillus crispatus*, *L. iners*, *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. johnsonii*, *L. vaginalis*. Было установлено, что *L. iners* преобладает в микробиоценозе 45 (49,5 %) пациенток с признаками ИВП, тогда как у клинически здоровых женщин преобладание данного вида лактобацилл зафиксировали в 9 (20,5 %) случаях (p = 0,002). *L. gasseri*, наоборот, достоверно чаще преобладал в образцах, полученных от клинически здоровых пациенток: 23 (52,3 %) случая против 21 (23,1 %) в группе пациенток с клиническими признаками ИВП (p = 0,001).

Ключевые слова: микробиоценоз влагалища, вагинальные лактобациллы, *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus gasseri*, умеренный дисбиоз влагалища**Shamsieva Malika Shuxratovna**

Assistant

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Negmadzhanov Baxodur Boltavovich**

Professor

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Nasimova Nigina Rustamovna**

PhD

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Jalolova Iroda Abdujabborovna
Master's Degree
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

APPLICATION OF THE FEMOFLOR-16 TEST TO ASSESS VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS

ABSTRACT

Moderate vaginal dysbiosis is a shift in normal vaginal microbiota composition characterized by increased levels of opportunistic microbes and an ordinary high proportion of lactobacilli that make up 20 to 80 % of the total microbial population of the vagina. Some women with vaginal dysbiosis do not show any symptoms of the infectious inflammatory condition (IIC), which raises the question of whether their dysbiosis should be corrected. We studied the association between some parameters of the microbiota and clinical symptoms of IIC in female patients with moderate vaginal dysbiosis. Participants were distributed into two groups: group 1 included patients with clinical symptoms of IIC ($n = 91$), group 2 was comprised of asymptomatic patients ($n = 44$). Mean age was 26.9 ± 6.9 years. Vaginal microbial communities were studied using real-time polymerase chain reaction assays. Levels of six *Lactobacillus* species were measured in the vaginal discharge: *Lactobacillus crispatus*, *L. iners*, *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. johnsonii*, and *L. vaginalis*. We found that *L. iners* dominated the microbiota of 45 (49.5 %) symptomatic patients and only 9 (20.5 %) asymptomatic individuals ($p = 0.002$), unlike *L. gasseri* that significantly prevailed in the samples of asymptomatic patients: 23 (52.3 %) women vs 21 (23.1 %) in the group of patients with clinical signs of IIC ($p = 0.001$).

Keywords: vaginal microbiota, vaginal lactobacilli, *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus gasseri*, moderate vaginal dysbiosis

Shamsieva Malika Shuxratovna

Assistent

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich

Professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Nasimova Nigina Rustamovna

PhD

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Jalolova Iroda Abdujabborovna

magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,

Samarqand, O'zbekiston

JINSIY ORGANLARNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENOZNI BAHOLASH UCHUN FEMOFLOR-16 TESTINI QO'LLASH

ANNOTATSIYA

O'rtacha vaginal disbiyoz-bu vaginal mikrobiotsenozning o'tish davri turi bo'lib, u laktofloraning yuqori qismini saqlab turganda opportunistik mikroorganizmlar soni va ulushining ko'payishi bilan tavsiflanadi-umumiy mikrobial biomassaning 20-80% darajasida. Ba'zi ayollarda mikrobiotsenozning bu holati vaginaning yuqumli va yallig'lanish patologiyasining (IVP) klinik belgilari bilan birga kelmaydi va bu holda o'rtacha disbiyozni tuzatishning maqsadga muvofiqligi to'g'risida savol tug'iladi. Tadqiqot individual mikrobiologik ko'rsatkichlar va o'rtacha vaginal mikrobiota disbiyozi bo'lgan bemorlarda IVPNING klinik ko'rinishlari mavjudligi o'rtasidagi bog'liqlikni baholadi. Ishtirokchilarning ikki guruhi tuzildi: 1 — guruh-IVPNING klinik belgilari bo'lgan bemorlar ($n = 91$), 2 — guruh-klinik jihatdan sog'lom ayollar ($n = 44$). Ayollarning o'rtacha yoshi $26,9 \pm 6,9$ yoshni tashkil etdi. Mikrobiotsenoz "Real vaqtda" polimeraza zanjiri reaksiyasi usuli bilan tekshirildi. Vaginal oqindi tarkibidagi laktobakteriyalarning 6 turini miqdoriy baholash: *Lactobacillus crispatus*, *L. iners*, *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. johnsonii*, *L. vaginalis*. *L. iners* mikrobiotsenozda IVP belgilari bo'lgan 45 (49,5 %) bemorda ustunlik qilishi aniqlangan, klinik jihatdan sog'lom ayollarda esa bu turdagi laktobakteriyalarning ustunligi 9 (20,5 %) holatda qayd etilgan ($p = 0,002$). *L. gasseri*, aksincha, klinik jihatdan sog'lom bemorlardan olingan namunalarda ishonchli tarzda ustunlik qildi: IVP klinik belgilari bo'lgan bemorlar guruhida 23 (52,3 %) va 21 (23,1 %) holatlar ($p = 0,001$).

Kalit so'zlar: vaginal mikrobiotsenoz, vaginal laktobakteriyalar, *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus gasseri*, mo " tadil vaginal disbiyoz.

Многочисленные исследования показывают, что влагалище здоровых женщин колонизируют преимущественно представители рода *Lactobacillus* [1–4]. Принято считать, что вагинальная лактофлора способствуют поддержанию колонизационной резистентности биотопа. Кроме лактобацилл эпителий влагалища могут населять другие группы микроорганизмов, однако у здоровых женщин они присутствуют в меньших количествах. Многие населяющие влагалище микроорганизмы требовательны к условиям культивирования или вовсе не способны к росту на питательных средах [5–8], в том числе отдельные виды лактобацилл не культивируются на традиционных питательных средах. Так, было продемонстрировано, что один из наиболее распространенных видов — *Lactobacillus iners* — не способен к росту на MRS-агаре и агаре Рогоза, применяемых для выделения

лактобацилл [9]. Поэтому культуральное исследование дает ограниченное представление о видовом составе вагинального микробиоценоза. На сегодняшний день наиболее информативным подходом для комплексной оценки вагинальной микробиоты является применение молекулярно-генетических методик исследования. Критерием нормоценоза при исследовании микробиоценоза влагалища методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени» (ПЦР-РВ) является содержание лактобацилл в количестве не менее 80 % от всех выявляемых микроорганизмов [10]. Состояние микробиоценоза влагалища, при котором доля лактофлоры находится в диапазоне 20–80 % от суммы всех выявленных микроорганизмов, расценивают как умеренный дисбиоз. Этот микробиоценоз представляет интерес для исследователей и врачей: у части

пациенток умеренный дисбиоз не сопровождается клиническими проявлениями, поэтому остается открытым вопрос о целесообразности коррекции умеренного дисбиоза при отсутствии у пациенток клинических признаков инфекционно-воспалительной патологии влагалища. Актуальным представляется поиск микробиологических маркеров, ассоциированных с наличием клинических признаков инфекционно-воспалительной патологии влагалища у пациенток с умеренным дисбиозом. Исследование видового состава лактофлоры у женщин репродуктивного возраста показало, что частота преобладания отдельных видов лактобацилл различается среди пациенток с различными вариантами микробиоценоза [11]. Возможно, существует связь между составом лактофлоры при умеренном дисбиозе и наличием у пациенток объективных и субъективных признаков инфекционно-воспалительной патологии влагалища. Не исключено также, что развитие клинических признаков патологии при умеренном дисбиозе определяется особенностями состава условно-патогенной микрофлоры, представленной разными группами микроорганизмов.

Цель исследования — оценить взаимосвязь между отдельными микробиологическими показателями и наличием клинических проявлений инфекционной патологии влагалища у пациенток с умеренным дисбиозом вагинальной микробиоты.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 125 женщин с умеренным дисбиозом влагалища в возрасте от 18–53 лет (средний возраст — $26,9 \pm 6,9$ лет), наблюдавшихся в медицинском центре «доктор Шифо Бахш» за 2017–2021 гг. Критериями включения являлось отсутствие у пациенток ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов, возбудителей инфекций, передающихся половым путем: *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и *Trichomonas vaginalis*, — а также отсутствие системного или местного приема антимикробных препаратов в течение 4 недель перед исследованием. Материал для исследования (соскоб заднебоковой стенки влагалища) собирали в пробирку типа Eppendorf, содержащую 1 мл физиологического раствора. ДНК выделяли с помощью набора реагентов. Качественный и количественный состав микробиоты влагалища оценивали методом ПЦР-РВ с помощью тест-системы «Фемофлор». Определение наличия и количества 6 видов вагинальных лактобацилл (*Lactobacillus crispatus*, *L. iners*, *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. johnsonii*, *L. vaginalis*) проводили методом ПЦР-РВ с использованием тест-систем для научного применения. Постановку ПЦР-РВ осуществляли в детектирующих амплификаторах «ДТ-96» («НПО ДНК-технология»). Признаки инфекционно-воспалительного заболевания оценивали по наличию жалоб пациенток и объективных клинических проявлений, характерных для инфекционно-воспалительной патологии нижних отделов гениталий. Для обработки и анализа данных использовали программу Microsoft Office Excel 2007. Для оценки достоверности различий рассчитывали двусторонний критерий Фишера в программе WinPeri.

Результаты исследования Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от наличия клинических признаков инфекционно-воспалительной патологии нижних отделов гениталий (ИВП). Группу 1 составили 91 человек с клиническими признаками ИВП, группу 2 — 44 клинически здоровых женщины. Была предпринята попытка установить связь между долей лактобацилл в микробиоценозе, преобладающим видом лактобацилл, преобладающим видом условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) и наличием ИВП. По доле лактофлоры в микробиоценозе всех пациенток разбили на три подгруппы: с долей лактофлоры в 20–40 %, 40–60 % и 60–80 %. Далее оценивали удельный вес каждой подгруппы в группах 1 и 2 (рис. 1). Выявленные различия между группами были статистически недостоверными. Частота выявления отдельных видов лактобацилл в качестве преобладающих была разной в группах 1 и 2. *L. iners* достоверно чаще определяли как преобладающий вид в группе 1 (пациентки с ИВП) по сравнению с группой 2: 45 (49,5 %) случаев против 9 (20,5 %) соответственно ($p = 0,002$). *L. gasseri*,

наоборот, достоверно чаще преобладал в группе 2 (клинически здоровые женщины) по сравнению с группой 1: 23 (52,3 %) случая против 21 (23,1 %) соответственно ($p = 0,001$). Виды *L. crispatus*, *L. jensenii* и *L. vaginalis* преобладали в обеих группах с сопоставимой частотой.

Среди условно-патогенной микрофлоры влагалища при $p < 0,01$ у каждой второй женщины независимо от наличия признаков ИВП преобладали бактерии группы *Gardnerella vaginalis* *Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp. (группа GPP). Остальные группы УПМ преобладали значительно реже, достоверных различий между частотой преобладания различных групп УПМ у пациенток в группах 1 и 2 выявлено не было.

Обсуждение результатов Результаты исследования показывают, что во влагалище женщин репродуктивного возраста лактофлора представлена преимущественно такими видами, как *L. crispatus*, *L. iners*, *L. gasseri*, *L. jensenii*, что согласуется с результатами других исследований [1, 2, 12, 13]. Примечательно, что у пациенток с умеренным дисбиозом среди лактофлоры чаще преобладают виды *L. iners* и *L. gasseri*. Зарубежными исследователями уже было продемонстрировано, что обнаружение этих видов лактобацилл коррелирует с повышенным риском развития бактериального вагиноза и неблагоприятным исходом беременности [14–16]. Ранее нами было показано, что *L. gasseri* может преобладать именно при умеренном дисбиозе [11]. Частое выявление *L. gasseri* в качестве преобладающего вида среди пациенток без признаков ИВП, состоянии микробиоценоза которых соответствует критериям умеренного дисбиоза, позволяет предположить, что данный тип микробиоценоза может являться вариантом нормы и не требует коррекции. В то же время умеренный дисбиоз с представленной преимущественно *L. iners* лактофлорой часто сопровождается клиническими признаками ИВП. Более того, преобладание *L. iners* ассоциировано с повышенным риском развития выраженных дисбиотических нарушений во влагалище [11]. В недавних исследованиях было установлено, что данный вид лактобацилл быстро адаптируется к меняющимся условиям в биотопе и может выживать в присутствии повышенных количеств УПМ [17, 18]. Поэтому выявление у пациенток с умеренным дисбиозом лактофлоры, представленной исключительно *L. iners*, является крайне неблагоприятным признаком, а такие варианты микробиоценоза однозначно требуют коррекции. В ходе настоящего исследования не было выявлено зависимости между долей лактофлоры в микробиоценозе и наличием признаков ИВП у пациенток с умеренным дисбиозом влагалища. Однако не исключено, что полученный результат обусловлен малым количеством пациенток в исследуемых группах, тогда как в других исследованиях данная зависимость может быть установлена. Среди условно-патогенной микрофлоры независимо от наличия ИВП у женщин с умеренным дисбиозом преобладали чаще других микроорганизмы группы GPP. Более чем в половине случаев условно-патогенная микрофлора у обследуемых пациенток была преимущественно представлена бактериями данной группы. В исследованиях *in vitro* было продемонстрировано, что *Gardnerella vaginalis*, вид, входящий в состав группы GPP, обладает крайне высоким адгезивным потенциалом [19, 20] и стимулирует рост других УПМ, в том числе и *Prevotella bivia*, также входящей в состав группы GPP [19]. Было выдвинуто предположение, что именно *G. vaginalis* может являться первичным микроорганизмом, колонизирующим биологическую поверхность и обеспечивающим условия для колонизации другими микроорганизмами [21, 22]. Данные факты и гипотезы объясняют столь частое выявление группы GPP как доминантной среди условно-патогенной микрофлоры у пациенток с умеренным дисбиозом. Возможно, что при усугублении дисбиотических нарушений будет увеличиваться вклад других УПМ, например, *Atopobium vaginae* — микроорганизма, также высоко ассоциированного с дисбиозом влагалища [23–26]. В настоящем исследовании *A. vaginae* в 2 раза чаще преобладал среди условно-патогенной микрофлоры пациенток с признаками ИВП, чем среди клинически здоровых женщин. Однако различия не были статистически достоверными. Можно предположить, что

отсутствие достоверности было обусловлено малым объемом группы клинически здоровых пациенток.

Выводы Преобладание *Lactobacillus iners* в составе лактофлоры влагалища женщин с умеренным дисбиозом ассоциировано с наличием клинических признаков инфекционно-воспалительной патологии нижних отделов гениталий, тогда как

преобладание *L. gasseri* характерно для женщин с умеренным дисбиозом, но клинически здоровых. Таким образом, названные микроорганизмы могут быть микробиологическими маркерами в случаях, когда нет однозначных признаков необходимости коррекции микробиоценоза.

Использованная литература

1. Равель Дж., Гайер П., Абдо З., Шнайдер Г.М., Кениг С.С., Маккалле С.Л. и соавт. Вагинальный микробиом женщин репродуктивного возраста. *Proc Natl Acad Sci US A*. 2016, 15 марта; 108 Приложение 1: 4680-7. DOI: 10.1073/pnas.1002611107.
2. Чжоу С., Бенг С.Дж., Шнайдер М.Г., Дэвис С.К., Ислам М.Р., Форни Л.Дж. Характеристика вагинальных микробных сообществ у взрослых здоровых женщин с использованием независимых от культивирования методов. *Микробиология*. 2014 г., август; 150 (часть 8): 2565-73. DOI: 10.1099/микрофон 0.26905-0.
3. Zhou X, Brown CJ, Abdo Z, Davis CC, Hansmann MA, Joyce P, et al. Различия в составе вагинальных микробных сообществ обнаружены у здоровых женщин европеоидной и негроидной расы. *ISME J*. июнь 2017 г.; 1 (2): 121-3. DOI: 10.1038/ismej.2007.12.
4. Zhou X, Hansmann MA, Davis CC, Suzuki H, Brown CJ, Schütte U, et al. Вагинальные бактериальные сообщества японских женщин напоминают таковые у женщин других расовых групп. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2010 март; 58 (2): 169-81. DOI: 10.1111/j.1574-695X.2009.00618.x.
5. Фредрикс Д.Н., Фидлер Т.Л., Марраццо Дж.М. Молекулярная идентификация бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом. *N Engl J Med*. 2015 г., 3 ноября; 353 (18): 1899-911. DOI: 10.1056/NEJMoa043802.
6. Хандельсман Дж. Метагеномика: применение геномики к некультивируемым микроорганизмам. *Microbiol Mol Biol Rev*. 2014 Декабрь; 68 (4): 669-85. DOI: 10.1128/MMBR.68.4.669-685.2004.
7. Окли Б.Б., Фидлер Т.Л., Марраццо Дж.М., Фредрикс Д.Н. Разнообразие вагинальных бактериальных сообществ человека и ассоциации с клинически определенным бактериальным вагинозом. *Appl Environ Microbiol*. 2018 г., август; 74 (15): 4898-909. DOI: 10.1128/AEM.02884-07.
8. Зозая-Хинчлифф М., Мартин Д.Х., Феррис М.Дж. Распространенность и обилие некультивируемых бактерий, подобных *Megasphaera*, во влагалищной среде человека. *Appl Environ Microbiol*. 2018 март; 74 (5): 1656-1659. DOI: 10.1128/AEM.02127-07.
9. Фальсен Э., Паскуаль С., Шоден Б., Олен М., Коллинз М.Д. Фенотипическая и филогенетическая характеристика новых видов *Lactobacillus* из человеческих источников: описание *Lactobacillus iners* sp. ноябрь *Int J Syst Bacteriol*. 2019 г., январь; 49 ч. 1: 217-21. DOI: 10.1099/00207713-49-1-217.
10. Ворошилина Е. С., Донников А. Е., Плотнок Е. Э., Тумбинская Л. В., Хаютин Л. В. Биоценоз влагалища с точки зрения расхода полимеразной цепной реакции: что есть норма? *Акушерство и гинекология*. 2011 г.; (1): 57-65.
11. Зорников Д. Л., Тумбинская Л. В., Ворошилина Е. С. Взаимосвязь частых видов лактобацилл с набором долей лактофлоры в вагинальном микробиоценозе и условно-патогенных заболеваний, ассоциированных с дисбиозом влагалища. *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2015 г.; 4 (55): 99-105.
12. Biagi E, Vitali B, Pugliese C, Candela M, Donders GG, Brigidi P. Количественные вариации вагинальной бактериальной популяции, ассоциированные с бессимптомными инфекциями: исследование полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019 март; 28 (3): 281-5. DOI: 10.1007/s10096-008-0617-0.
13. Shi Y, Chen L, Tong J, Xu C. Предварительная характеристика вагинальной микробиоты у здоровых китайских женщин с использованием независимых от культивирования методов. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019 июнь; 35 (3): 525-32. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2008.00971.x.
14. Петричевич Л., Домиг К.Дж., Ниршер Ф.Дж., Сандхофер М.Дж., Фидессер М., Крондорфер И. и соавт. Характеристика вагинальной микробиоты *Lactobacillus*, связанной с преждевременными родами. *Научный представитель* 2014 г. 30 мая; 4: 5136. DOI: 10.1038/srep05136.



УДК 618.14-002.2

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz


JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Karimova Gulchehra Samadovna
Assistent
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BACHADON BO'SHLIG'IDAGI SHARTLI PATOGEN MIKROFLORANING HOMILA TUSHISHIDA O'RNI

For citation: Karimova Gulchehra Samadovna, The role of conditionally pathogenic microflora in the uterine cavity in fetal descent, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700733>

ANNOTATSIYA

Homila tushishi tashhisi bilan 233 ta ayollarning kasallik tarixi tahlil qilindi. Homila tushishi muddati 5 haftalikdan 22 haftalikgacha tashkil qildi. Bemorlar retrospektiv ravishda kesma kogort tadqiqoti, klinik, anamnestik, laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkazilgan. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, opportunistik mikrofloraning bachadon ichida mavjudligi surunkali endometritning rivojlanishiga va homila tushishiga olib keladigan yashirin omillarni shakllantirgan.

Kalit so'zlar: homila tushishi, surunkali endometrit, mikroflora

Каримова Гульчехра Самадовна
Ассистент Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ВЫКИДЫШАХ

АННОТАЦИЯ

Была проанализированы истории болезни 233 женщин с диагнозом выкидыш. Выкидыши наблюдались при сроках от 5 недель до 22 недель. Было проведено ретроспективное, поперечное когортное исследование, клинико-anamnestическое, лабораторное и инструментальное обследование больных женщин. Полученные результаты показали, что наличие условно-патогенной микрофлоры в матке формирует скрытые факторы, способствующие развитию хронического эндометрита и в последующем к выкидышу.

Ключевые слова: выкидыш, хронический эндометрит, микрофлора

Karimova Gulchehra Samadovna
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THE ROLE OF CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROFLORA IN THE UTERINE CAVITY IN FETAL DESCENT

ABSTRACT

The medical history of 233 women with a diagnosis of miscarriage was analyzed. Fetal miscarriage was observed in term from 5 to 22 weeks. Patients underwent retrospective, cross-sectional cohort research, clinical and anamnestic, laboratory, instrumental examinations. The obtained results show that the presence of opportunistic microflora forms hidden factors that contribute to the development of chronic endometritis and fetal miscarriage.

Key words: miscarriage, chronic endometritis, microflora.

Kirish. Homila tushishining (HT) yuqori ko'rsatkichlari, nafaqat reproduktiv, balki umuman, ayollarning somatik salomatligining yomonlashishi bilan murakkablashadi. Yil sayin sog'lom bola tug'ishi mumkin bo'lgan ayollar soni 20% ga kamayib ketmoqda [1]

Akusherlik va ginekologik anamnezi og'irlashgan bemor ayollarda homila tushishining yuqori ko'rsatkichlari kuzatilgan. Buning asosiy sabablaridan biri - bachadon bo'shlig'i shilliq qavatida urug'langan tuxum hujayra implantatsiyasi sohasidagi endometriyning strukturaviy

va funktsional jihatdan zaifligidir, bu holat esa yallig'lanish jarayonining yanada rivojlanishiga olib keladi [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Statistika bo'yicha ko'pgina tug'ish yoshidagi ayollarda surunkali endometrit (SE) kasalligi uchraydi, shu sababli bu kasallik alohida nozologik birlik sifatida e'tirof etilgan. Turli mualliflarning tekshirishlariga ko'ra, surunkali endometritning uchrashi juda keng diapazonda o'zgarib turadi (0,2% dan 66,3% gacha) [2, 6, 8, 9]. V.M. Sidelnikovaning va boshqalarning ma'lumotlariga ko'ra, morfologik jihatdan tasdiqlangan, asimptomatik surunkali endometrit ayniqsa, takroriy abortlar bajarilgan ayollarning 64 % da aniqlangan [3].

Bepushtlikda ekstrakorporal urug'lantirishga (EKO) muvaffaqiyatsiz urinishlar, abortlar, homiladorliklar va tug'ruqlarning murakkab kechishiga sabab bo'luvchi surunkali endometrit, nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy ahamiyat kasb etadi [7, 10].

Erta homila tushishlarining aksariyati, yuqumli omil bilan bog'liq degan fikr mavjud. Bachadon bo'shlig'ida infeksiyaning uzoq vaqt davomida mavjudligi, endometriy retseptor apparatining shikastlanishiga olib keladi, bu keyinchalik homiladorlikning dastlabki muddatlarida anomal invaziyaga va trofoblastning shikastlanishiga olib keladi [4, 11].

Boshqa tomondan, ba'zi xorijiy mualliflar takroriy abortlarning yuqumli nazariyasini shubha ostiga qo'yadi va homila tushishida, xorion vorsinalarining yallig'lanish infiltratsiyasi ko'p hollarda aseptik xususiyatga ega ekanligini ta'kidlaydilar [12, 13]. Shu munosabat bilan bachadon ichi mikrobiosenozi tushishida homila tushishida bir-biri bilan bog'liqligini tahlil qilish dolzarb vazifa bo'lib qolmoqda.

Izlanish maqsadi: Homila tushishi bilan bachadon ichi infeksiyon omilining bir-biri bilan bevosita bog'liqligini baholash.

Materiallar va tekshirish usullari. Homila tushishi tashhisi bilan ginekologik shifoxonaga murojaat qilib kelgan va yotqizilgan 233 ta bemor ayollarning kasallik tarixi tahlil qilindi. Homila tushishi muddati gestatsiyaning 5 haftalikdan dan 22 haftasiga qadar kuzatilgan. Bemorlarda retrospektiv, kesma kogort tadqiqoti, klinik va anamnestik, laboratoriya, instrumental tekshiruvlari o'tkazilgan. Barcha homilador ayollarning yoshi 18 dan 45 yoshgacha bo'lgan. Dekompensatsiya bosqichidagi og'ir va o'rtacha og'irlikdagi somatik kasalliklari bo'lgan,

har qanday lokalizatsiyali o'tkir yuqumli kasalliklari bo'lgan, aniqlangan alkogolizm, chekish yoki giyohvandlik bilan kasallangan, aqliy zaiflik yoki boshqa ruhiy kasalliklari bo'lgan, tekshirish davomida bemor bilan ishlashni qiyinlashtiradigan til to'sig'i bor bo'lgan homilador ayollr hisobga olinmagan.

Statistik tahlil. Olingan ma'lumotlar "Statistica for Windows 6.0" dasturiy majmuasi yordamida amalga oshirildi. Tafovutlar ishonchligini tekshirish uchun tavsiflovchi statistika usullari va bir qator parametrik bo'lmagan mezonlardan foydalanildi. Miqdoriy ko'rsatkichlar M±SD sifatida taqdim etildi, bu erda M - o'rtacha qiymat va SD - uning standart og'ishi. Belgilarning taqsimlanishi Kolmogorov-Smirnov testi yordamida baholandi. Sifatli xususiyatlarni tavsiflovchi ko'rsatkichlar uchun mutlaq son va nisbiy qiymat foizda (%) ko'rsatilgan [14].

Tadqiqot natijalari. Ayollarning o'rtacha yoshi 32±5,7 yoshni tashkil etdi.

Bemorlarning katta qismi oliy ma'lumotga ega emas (57,9%, 135/233), ammo ishlovchi ayollar bo'lgan (76%, 177/233).

Bemorlarning anamnezidan 44,6% (104/233) ekstragenital kasalliklar bilan og'rigan bo'lib, ulardan ovqat hazm qilish tizimining surunkali kasalliklari eng ko'p uchragan.

Akusherlik va ginekologik anamnezni o'rganish shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan ayollarning 76,4% (178/233) da turli ginekologik kasalliklar bo'lgan. Bachadon ortiqlarining yallig'lanish kasalliklari 6,9% (16/233) ayollarda, surunkali endometrit 9,4% (22/233) ayollarda kuzatilgan va morfologik tasdiqlangan. Ushbu holat homila tushish xavfini yanada kuchaytirgan. Bemorlarning 40,3% (94/233) da ikki va, yoki undan ortiq ginekologik kasalliklar aniqlangan. Bir bemorga o'rtacha nozologik shakllar soni 1,4 ni tashkil etgan.

Ayollarning akusherlik anamnezi tahlil qilinganda, deyarli har beshinchi ayolda (19,3%, 45/233) homila tushish xavfi bir yoki takror holatlari bo'lganligi va bemorlarning 6,0% da (14/233) esa, anamnezida 3 yoki undan ortiq homila tushishlari bo'lganligi aniqlangan. Bemor ayollarning 3,4% (8/233) da, homiladorlik yordamchi reproduktiv texnologiyalaridan foydalanish natijasida sodir bo'lgan.

Jadval 1.

Homila tushishi kuzatilgan bemor ayollarning akusherlik va ginekologik anamnezi (n, %)

Ko'rsatkichlar	n=233	%
Reproduktiv anamnez		
Muddatli tug'ruqlar	178	76,4
Anamnezida 1 HT	45	19,3
Anamnezida 2 va undan ortiq HT	14	6,0
O'z-o'zidan homila tushishi	66	28,9
Homiladorlikni medikamentoz to'xtatish	23	9,2
Homiladorlikni jarroxlik usulida to'xtatish	42	18,0
Bachadondan tashqari homiladorlik	8	3,4
Ginekologik kasalliklar anamnezi		
Kasallanmagan	55	23,6
Bachadon miomasi	15	6,4
Endometrioz	8	3,4
Bachadon o'tkir yallig'lanishi	26	11,1
Surunkali endometrit	32	13,6
Endometriyning giperplastik jarayoni	54	23,2
Tuxumdon retension kistalari	29	13,0
Xavfsiz bachadon bo'yni kasalliklari	137	59,8

Vaginal syrtnada mikroblar assotsiatsiyasi har uchinchi ayolda topilgan. Bemorlarning 6,9 %da (16/233) patologik mikroflora bilan zararlanishning past titri aniqlangan. Patogen mikroflora bo'lmagan namunalar 43,4% (101/233) da aniqlangan.

Mycoplasma genitalium va fakultativ anaerob guruh mikroorganizmlari (Gardnerella vaginalis), shuningdek, har uchinchi ayolda aniqlangan mikroblar assotsiatsiyalarning yuqori chastotasi topilgan.

Bachadon bo'yni kanali ajralmasi bakteriologik tekshirilganda ayollarning 44,2 % da (103/233) 106 KOE/ml yoki undan ko'p patogen mikroflora aniqlangan va 14,6% hollarda (34/233), ikki yoki undan ortiq patogen mikroflora kombinatsiyasi aniqlangan. Ko'pincha bemorlarda servikal kanal florasining tarkibi polimorf xususiyatga ega bo'lgan.

Jadval 2.

Homila tushishi kuzatilgan bemor ayollar bachadon bo'yni kanalidan olingan ajralmani laborator tekshirish natijalari (n, %)

Nozologiyalar	n=233	%
PCR-tahlili		
Infeksiya aniqlanmagan	102	44,3
Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar:		
Citomegalovirus	10	4,4
Mycoplasma genitalium	30	12,8
Gerpes virusi I va II turi	17	6,9
Neisseria gonorrea	0	0
Trichomonas vaginalis	0	0
Chlamidiya trachomatis	11	4,3
Shartli patogen mikroflora chaqirgan infetsiyalar:		
Ureaplasma urealyticum/parvum 10 ⁶	74	31,7
Gardnerella vaginalis	40	17,3
Candida albicans	18	7,8
Qo'shma infetsiyalar	70	31,0
Bakteriologik tekshiruv:		
Patogen mikroflora aniqlanmagan	100	42,8
Escherichia coli	62	26,3
Staphylococcus aureus	23	9,9
Staphylococcus hemolytic	8	3,4
Streptococcus agalactiae	18	7,7
Enterococcus faecalis	30	13,4
Boshqalar	12	5,2

Bachadon bo'shlig'ini jarrohlik yo'li bilan qirish (kuretaj, vakuum aspiratsiyasi) o'tkazilgan ayollarning 87,1 % da (203/233) bachadon bo'shlig'idan olingan to'qimalarni gistologik tekshirish natijalari 3-jadvalda keltirilgan.

Bachadon bo'shlig'ini qirishning gistologik tekshiruvi natijalari bemorning 15,3 % da (31/203) normal morfologik tasvir (kartina) mavjudligini ko'rsatgan. Ko'pincha bemorlarning gistologik tahlilida leykotsitlar infiltratsiyasi (40,9%, 83/203), kamroq - limfotsitlar infiltratsiyasi (5,9%, 12/203) aniqlangan.

Jadval 3.

Bachadon bo'shlig'i qirindisining gistologik tekshirish natijalari, n/%

Gistologik qirish natijalari	Barchasi (n=203)	
	abs	%
O'zgarishlar aniqlanmagan	31	15,3
Leykotsitar infiltratsiyasi	83	40,9
Limfotsitar infiltratsiyasi	12	5,9
Nekrotik to'qimalar	18	8,4
Aniqlanmagan qon tomiri o'zgarishlari	13	6,5
Tomirlar o'choqli trombozi	6	3,0
Davriy qon quyilishlari	5	2,5
Xorion vorsinlarini gipovaskulirizatsiyasi	4	2,0
Xorion vorsinlarining shishi	32	15,8
Xorion vorsinlarining nekrozi	7	3,5
Implantatsiya joyidagi fibrinoidli nekroz	33	16,3
Xorion vorsinlarini fibrozi	7	3,5
Fibroidga o'rangan xorion vorsinalari	13	6,4
Xorion vorsinalarning distrofik o'zgarishlari	18	8,9

Ayollarning 24,6 % da (50/203) surunkali yallig'lanish jarayoniga xos o'zgarishlar (limfotsitar infiltratsiyasi, xorion vorsinalari fibrozi, fibroidga o'rangan vorsinalar, xorion vorsinalarini distrofik o'zgarishlari) aniqlangan.

Yallig'lanishning o'tkir bosqichiga xos bo'lgan o'zgarishlar (leykotsitlar infiltratsiyasi, xorion vorsinalari shishi, xorion vorsinalari nekrozi, implantatsiya zonasida fibrinoid nekroz va nekrotik to'qimalarning mavjudligi) ayollarning 84,7 foizida (172/203) aniqlangan.

Bemorlarning 13,8 % da (28/203) qon tomirlarining buzilishi (o'choq tomir trombozi, turli darajadagi qon quyilishlar, xorion vorsinalarining gipovaskulirizatsiyasi va aniqlanmagan qon tomir kasalliklari) aniqlangan.

Natijalarni muhokama qilishda, infeksiyalar mavjudligi bilan bog'liq bo'lgan uchta latent omilni tashkil etuvchi mezonlarni, ajratib ko'rsatuvchi omil tahlili o'tkazildi.

Birinchi latent omil mikrobioplat va homila tushishi bilan bog'liq ma'lumotlarning 20% ni tavsiflaydi va hujayra ichidagi patogenlar bilan yuqori korrelyatsiya borligini isbotlaydi.

Hozirgi vaqtda eng ko'p muhokama qilinadigan masala - homiladorlikning o'z-o'zidan tushishida infeksiyalarning o'rnini aniqlash. Bu o'rinda homiladorlarda bakterial vaginozning (BV) mavjudligi muhim omil hisoblanadi. Oxirgi 6 oy ichida BV mavjudligi statistik jihatdan sezilarli darajada spontan abort bilan bog'liq ($p < 0,05$), BV va takroriy homiladorlik yo'qotishlari o'rtasida sezilarli bog'liqlik yo'q ($p > 0,05$) [15]. Gardnerella vaginalisning mavjudligi ushbu tadqiqotda bemorlarning atiga 17 % da aniqlangan, bu uning homila tushishiga ta'siri haqida aniq xulosa chiqarishga imkon bermaydi.

Boshqa infeksiyalarning roli munozaralar mavzusi bo'lib qolmoqda [16]. Faktor tahlili HT ning hujayra ichidagi patogenlar (Ureaplasma urealyticum / parvum va Mycoplasma genitalium), E. coli va E. Faecalis ko'payganligi, shuningdek, Streptococcus spp bakteriyalari bilan bog'liqligini aniqlashga imkon berdi.

Donders G.G.G va boshqalar Mycoplasma genitaliyda boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar mavjudligidan qat'iy nazar, homilador bo'lmagan ayollarda servitsit, tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

bo'ganligini va homilador ayollarda esa, erta tug'ilish va tushishda ahamiyati borligini aytadi [17]. Biroq, Larsen B. va boshqalar bu aloqa, shu bilan birga, Ureaplasma urealyticumning muhimligini ta'kidlaydigan bir nechta natijalarni keltirgan holda uni rad etadi [13].

Ikkinchi omil - E. coli va E. faecalis sonining ko'payishi bilan bog'liq (ma'lumotning 19% da tasvirlangan). Uchinchi latent omil HT ning Streptococcus spp bakteriyalari sonining ko'payishi bilan bog'liqligini ko'rsatdi (ma'lumotning 17% tavsifi berilgan).

E. coli va E. Faecalisning o'rnini, shuningdek, Streptococcus spp. o'rnini homila tushishiga olib kelishi o'rganilmagan va ular bilan bog'liq ishlar mavjud ma'lumotlar bazalarida topilmagan. Erta tug'ilish xavfini oshirishda o'rnini ko'rsatilgan bir nechta ma'lumotlar mavjud [18, 19].

Xulosa. Shunday qilib, olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, opportunistik mikrofloraning bachadonda mavjudligi surunkali endometritlar va homila tushishiga olib keladigan yashirin omillarni shakllantiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Агеева М.И. Аборт в I триместре беременности / Под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Куземина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
2. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1008 с. (Серия "Национальные руководства"). – ISBN 978-5-9704-4152-7.
3. Бебнева Т.Н. Риск невынашивания и недонашивания беременности у женщин с ВПЧ-инфекцией и рецидивирующими нарушениями биоценоза влагалища / Т.Н. Бебнева, Г.Б. Дикке // Акушерство и гинекология. – 2019. – №2. – С.135-142.
4. Боровиков В.П. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows./ В.П. Боровиков, И.П. Боровиков // М.: Филюнь. – 1997. – С. 608.
5. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: МИА, 2011. – 534 с.
6. Сухих Г.Т. Хронический эндометрит: Руководство / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 64 с.
7. Тонкий эндометрий. Лечение бесплодия у женщин с гипоплазией эндометрия / К.В. Краснополянская, И.Ю. Ершова, А.А. Федорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с.
8. Шатунова Е.П. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности / Е.П. Шатунова, Д.М. Калиматова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – №6. – С. 95-98.
9. Benner, M. How uterine microbiota might be responsible for a receptive, fertile endometrium. / M.Benner, G.Ferwerda, I.Joosten, R.G. van der Molen // Human Reproduction. – 2018. – Vol. 24. – №4. – P. 393-415.
10. Bouet, P.E. Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis / P.E.Bouet, H.ElHachem, E.Monceau et al. // International journal of fertility & sterility. – 2016. – Vol. 105. – №1. – P. 106-110.
11. Donders, G.G.G. Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen / G.G.G. Donders, K. Ruban, G. Bellen, L. Petricevic // Journal of Perinatal Medicine. 2017. – Vol. 45. – №5. – P. 505-515.
12. Giakoumelou, S. The role of infection in miscarriage./S.Giakoumelou, N.Wheelhouse, K. Cuschieri et al. // Human Reproduction Update. – 2015. – №22 (1). – P. 116–133.
13. Hooker, A.B. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome / A.B. Hooker, M. Lemmers, A.L. Thurkow et al. // Human Reproduction. – 2014. – Vol. 20. – №2. – P. 262–278.
14. Işık, G. Bacterial vaginosis in association with spontaneous abortion and recurrent pregnancy losses./ G. Işık, Ş. Demirezen, H.G. Dönmez, M.S. Beksaç // Journal of Cytology. - 2016. – Vol. 33. – №3. – P. 135-140.
15. Krzyściak, W. The pathogenicity of the Streptococcus genus /W.Krzyściak, K.K. Pluskwa, A. Jurczak, D. Kościelniak // European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. - 2013. – Vol. 32. – №11. – P. 1361–1376.
16. Larsen, B. Mycoplasma, Ureaplasma, and adverse pregnancy outcomes: a fresh look / B. Larsen, J. Hwang // Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. – 2010. – P.1-7. Article ID: 521921. doi: 10.1155/2010/521921134
17. Marron, K. Detailed endometrial immune assessment of both normal and adverse reproductive outcome populations / K. Marron, D. Walsh, C. Harrity // Journal of Assisted Reproduction and Genetics. – 2018. [Электронныйресурс]. – URL: doi:10.1007/s10815-018-1300-8.
18. McQueen, D.B. Pregnancy outcomes in women with chronic endometritis and recurrent pregnancy loss / D.B. McQueen, C.O.Perfetto, F.K.Hazard, R.B. Lathi // International journal of fertility & sterility. – 2015. – Vol. 104. – №4. – P. 927-931.
19. Rasmussen, I.S. The association between seasonal influenza-like illness cases and foetal death: a time series analysis / I.S. Rasmussen, L.H. Mortensen, T.G. Krause, A.M. Nybo Andersen // Epidemiology and Infection.– 2018. – Vol. 3. – №1. – P. 1-7.



УДК 618.5-089.888.61-06:618.14-003.92

Negmadjanov Baxodur BoltayevichTibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**Tibbiyot fanlar nomzodi, Assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Sanoqulova Maxliyo Orifovna**Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA "NISHA" SIMPTOMINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING YANGI IMKONIYATLARI****For citation:** Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Sanoqulova Maxliyo Orifovna, New possibilities for diagnosing and treating the "niche" symptom in women with a uterine scar, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700959>**ANNOTATSIYA**

So'nggi o'n yil davomida butun dunyo bo'ylab kesar kesish operatsiyasining chastotasi 25%-30% ga oshdi. Kesarcha kesish amaliyotining oshishi undan keyin bo'ladigan bachadondagi o'zgarishlarni talab qiladi. Ushbu maqolada 30 nafar kesarcha kesishdan keyin ayollarda "Nisha" simptomi aniqlashda gisteroskopiya imkoniyatlari va davolash bo'yicha zamonaviy natijalar keltirilgan. Shu bilan birgalikda klinik holat misoli ko'rib chiqilgan.

Kalit so'zlar: Kesarcha kesish (KK), "Nisha" simptomi, operatsiyadan keyingi chandiqling yuqalashishi, bepustlik, gisteroskopiya.**Негмаджанов Баходур Болтаевич**Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Раббимова Гулнора Тоштемировна**кандидат медицинских наук, ассистент
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Санокулова Махлиё Орифовна**Резидент магистратуры
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМА «НИШИ» У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ****АННОТАЦИЯ**

За последнее десятилетие частота кесарева сечения увеличилась на 25-30% во всем мире. Увеличение кесарева сечения требует изучения последующих изменений в матке. В данной статье представлены современные результаты возможностей гистероскопии при диагностике и лечения у 30 женщин после кесаревых сечений симптома «Ниша». Вместе с этим рассмотрен пример клинического случая.

Ключевые слова: кесарево сечение (КС), симптом "Ниша", истончение послеоперационного рубца, бесплодие, гистероскопия.

Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich
 Doctor of Medical Sciences, Professor
 Samarkand State
 Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 PhD, Assistant
 Samarkand State
 Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

Sanokulova Makhliyo Orifovna
 Master's Resident
 Samarkand State
 Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

NEW POSSIBILITIES FOR DIAGNOSING AND TREATING THE “NICHE” SYMPTOM IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR

ANNOTATION

Over the past decade, the rate of caesarean section has increased by 25-30% worldwide. The increase in caesarean section requires the study of subsequent changes in the uterus. This article presents the current results of the possibilities of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of 30 women after caesarean sections of the "Niche" symptom. Along with this, an example of a clinical case is considered.

Keywords: caesarean section (CS), “Niche” symptom, postoperative scar thinning, infertility, hysteroscopy.

Dolzarbligi. Zamonaviy akusherlikning o'ziga xos farqli jihati, uning jarrohlikka yo'nalganligidir. So'nggi o'n yil davomida butun dunyo bo'ylab kesar kesish operatsiyasining chastotasi 25%-30% ga oshdi. Shunday qilib kesarcha kesish amaliyoti har beshinchi homilador ayolda o'tkaziladi. (Ye.J Betran, A.B Moller 2016-yil). Mamlakatimizdagi perinatal markazlar va klinikalarda ushbu operatsiya chastotasi 15% gacha yetdi. Umumiy hisobda qayta tug'uvchi ayollarning 4-8 foizida kesar kesish operatsiyasidan keyin chandiqlik paydo bo'lgan. Shu sababli bugungi kunda kesar kesish operatsiyasi chastotasining oshishi, bu operatsiyadan keyin paydo bo'ladigan asoratlarga bo'lgan qiziqishni oshirmoqda. (E.H Martinova, D.M Nersesyan, A.A Bubnikovich 2014-yil).

“Nisha” simptomi bu-bachadon endometriyasida 1 mm va undan yuqori anexogen chuqurcha paydo bo'lishidir. Bachadondagi “Nisha” chandiqlik hosil bo'lish jarayonini tushuntirib beruvchi bir necha gipotezalar mavjud. Ammo hozirgacha uning patogenezi noaniq qolmoqda. Hamda uning diagnostikasi uchun aniq bir algoritm ham ishlab chiqilmagan. Shuningdek mutaxassislarining “Nisha” simptomini davolash zarurati haqidagi fikrlari bahsligicha qolmoqda (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil). Birinchi marta 1961-yilda L. Poidevin bachadonning paski segmentida operatsiyadan keyingi chandiqlik sohasida uchburchaksimon botiq borligini ta'kidlab o'tgan. Adabiyotlarda bachadon devorida “nisha”, “istmoselle”, “qopcha”, “tokcha” kabi atamalarni uchratish mumkin (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil).

2019 yilda bir guruh mualliflar tadqiqotini nashr etishdi, uning maqsadi miometriyning mahalliy noziklashuvining ta'riflari, o'lchovlari va tasnifi bo'yicha mavjud ma'lumotlarni umumlashtirish edi [10, 37,49, 56, 78, 82, 118]. Tadqiqotda 20 nafar yetakchi ekspert ishtirok etdi. Natijada 79 ta bahsli masala bo'yicha konsensusga erishildi. Mutaxassislarining ko'pchiligi (83%) "tokcha" atamasiga rozi bo'lib, "tokcha" kamida 2 mm chuqurlikdagi KK dan keyin chandiqlik joyidagi

chuqurlik sifatida belgilanishi kerak degan qarorga kelishdi. Shunday qilib, bugungi kunga kelib, chandiqlik tuzilishidagi o'zgarishlarni uning mahalliy noziklashuvi shaklida tavsiflovchi ko'plab atamalar mavjud.

Tadqiqotning maqsadi: Bachadonda kesarcha kesish operatsiyasidan keyin paydo bo'lgan “nisha” simptomining diagnostikasi va davolashini gisteroskopiya yordamida takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Bemorlar “Innova” xususiy klinikasida va Perinatal markazning endoginekologiya bo'limida ko'rikdan o'tkazildi. Jami bo'lib tadqiqotga 30 nafar ayollar kiritildi.

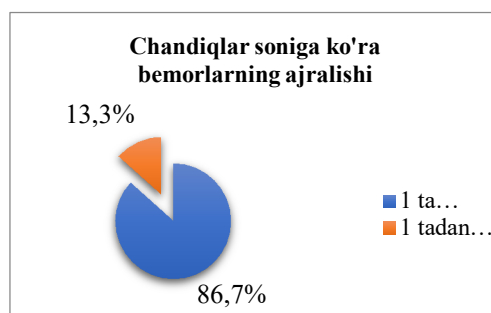
Tadqiqot davomida quyidagi tekshiruv usullari qo'llanildi: shikoyatlar va anamnezni yig'ish, umumiy klinik tekshirish usullari (umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma), ultratovush tekshiruv, gisteroskopiya.

Bemorlarning yoshi 23 yoshdan 39 yoshgacha bo'lib, o'rtacha yosh $31,5 \pm 4,38$ yilni tashkil qildi

Olingan barcha materiallar avtomatlashtirilgan statistik ishlovdan o'tkazildi. Tadqiqot natijalarini variatsion-statistik qayta ishlash "Statistica 6.0" dasturi yordamida asosiy variatsiya ko'rsatkichlarini aniqlash bilan amalga oshirildi: o'rtacha qiymatlar (M), o'rtacha xatolar (m), standart og'ish (p).

Olingan natijalarning ishonchliligi Student kriteriyasi yordamida aniqlandi. Ikkala o'rtacha qiymat o'rtasidagi farq, agar p-parametri 0,05 dan kam bo'lsa, muhim hisoblanadi. Ishonchlilik darajasi kamida 95% ni tashkil etdi.

Tadqiqot natijalari: Bemorlarning 26 nafarida bachadonida faqat bitta chandiqlik bor edi – 86,7% (n = 30) (p > 0,05) (1-diagramma). Faqat bitta bemorda 3 ta chandiqlik, qolgan 3 nafarida esa 2 ta chandiqlik qayd etilgan. Shuni takidlash kerakki 3ta chandiqlik bor ayol anamnezida antenatal o'lim kuzatilgan bo'lib kichik kesarcha kesish operatsiyasi orqali homila olingan.



Rasm 1. Chandiqlar soniga ko'ra bemorlarning ajralishi

Bizning tadqiqotimizda Kesarcha kesish operatsiyasiga ko'rsatmalar ko'pchilik holda tos bo'shlig'i va homilaning nomutonosiqligi ya'ni disproporsiyasi bo'ldi (35,0%). Keyingi o'rinni tug'ruq sustligi va

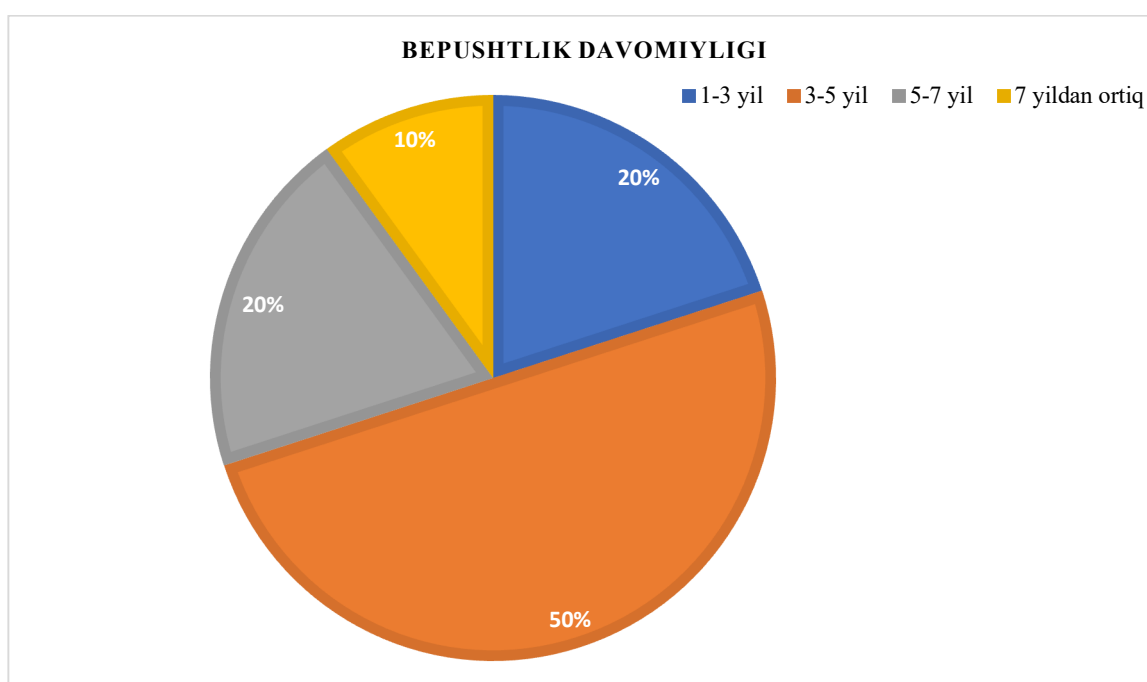
normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi egallashdi. Ushbu ko'rsatkichlar to'liq 1-jadvalda keltirilgan.

Jadval 1.

Tekshirilayotgan ayollarning anamneziga ko'ra KKga ko'rsatmalar

№	Ko'rsatma	N	%
1	Tos va homila boshining disproporsiyasi	12	34,3
2	Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi	6	17,1
3	Tug'ruq sustligi	8	22,8
4	Preeklampsiya og'ir darajasi	6	17,1
5	Homilaning noto'g'ri pozitsiyasi va ko'rinishi	5	14,3
6	Homiladorlik 41 hafta yoki undan ko'proq muddati, ayolning yoshi, birlamchi bepushtligi va boshqa qo'shimcha jihatlar asosida	6	17,1

Bemorlarning shikoyatlarini analiz qilganda, barcha bemorlarda (100%) ikkilamchi bepushtlik mavjud edi. Ikkilamchi bepushtlikni davomiyligi turlicha bo'lib (1 yildan 9 yilgacha), o'rtacha 4,5±1,03 yilni tashkil qildi.



Rasm 2. Ikkilamchi bepushtlik davomiyligiga ko'ra bemorlarning ajralishi

Bemorlar orasida 3 nafarida (10%) qarindoshlar o'rtasida nikoh qayd etilgandi. Ushbu ayollarda homiladorlik ko'plab asoratlar bilan kechib, abortlarning eng yuqori ko'rsatkichiga to'g'ri keldi. Ushbu ayollardan bir nafari birlamchi bepushtlikdan ham 6 yil aziyat chekkan. Bemorlarning qolgan shikoyatlari hayz siklining buzilishi 23,3%, hayzning davomiyligini ortishi 16,67%, qorinning pastki qismida og'riq 10%, qindan turli ajralmalar kelishi 40% kabilarni tashkil qilishdi. 100% bemorlar ikkilamchi bepushtlik shikoyati bilan murojaat qilishgandi.

Ayollarning ginekologik kasalliklar anamnezini o'rganganda ko'plab yallig'lanish kasalliklarining surunkali kechishiga amin bo'ldik. Aynan 40% ayollarda endometrit belgilari, 23,3% da endoservitsit belgilari, 16,67% da ularning birga kelishi, 10% da salpingooforit aniqlangan. Endometrioz bo'yicha 43,3% ayollarda o'zgarishlar qayd etilib oldin davo muolajalarini olishganligi aniqlangan. Chandiq sohasida o'zgarishlarni umumiy so'rovdan aniqlash qiyindir. Lekin bizni kuzatuvlarimizda 23,3% holda chandiq yuqalashishiga shubha uyg'otuvchi chandiq sohasidagi og'riq, nohush hislar mavjud edi.

Bizning kuzatuvimizda bor yo'g'i 4 nafar ayollarimizda chandiqlar soni bittadan ortiq edi. Ulardan chandiqlar orasidagi muddatni so'raganda 3ta chandig'i bo'lgan ayol birinchi va ikkinchi chandiq orasida 1 yil, ikkinchi va uchinchi chandiq orasida 1,5 yil mudat bo'lganligini aytdi. 3 nafar 2ta chandig'i bor ayollarning 2tasida

chandiqlar orasidagi muddat 2 yil, 1tasida 1 yil edi. Shuni takidlash kerakki ushbu ayollarning 2tasida jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda endometrit kuzatilgan.

Xavf omillari sifatida chandiqlar orasidagi muddatning qisqaligi, jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda asoratlar yuzaga kelishini ajratsak bo'ladi.

Barcha ayollar ultratovush tekshiruvidan Sonoscape-ay 1000 apparatida (Janubiy Koreya) 3,5 MGts chastotali datchik bilan transabdominal va transvaginal yo'llar orqali o'tkazildi. Bunda bachadon o'lchamlari, topografik joylashishi, konturlari, endometriy va miometriy qalinligi va strukturasi, exogenligi hamda chandiq sohasi, bachadon bo'shlig'i holati baholandi. Chandiq sohasiga baho berilganda 46,67% holda chandiq sohasi bo'ylab o'zgarishlar qayd etildi Lokal o'zgarish ya'ni yuqalashish faqatgina 26,7% ayollarda aniq aniqlandi.

$P = 1 / (1 + 2,72 - (13,34 - 2,93 * TR_UTT))$ formulasi orqali chandiq sohasida mahalliy yuqalashishni bashorat qilish uchun qo'llanildi. Bu yerda TR_UTT - ultratovush natijasiga ko'ra chandiqning qalinligi. Ayollardan 18 nafarida (60%) chandiq sohasida mahalliy yuqalashish ya'ni "tokcha" simptomi vujudga kelishi mumkinligini ko'rsatdi.

Gisteroskopiya barcha ayollarda hayz siklining 9-10- kuniga umumiy og'riqsizlantirish ostida maxsus uskunalar orqali (Karl Stors (Germaniya) apparati yordamida umumiy qoidalarga muvofiq holda) Samarqand viloyat Perinatal markazning endoginekologiya bo'limida,

hamda “Innova” xususiy klinikasida shartnoma asosida oʻtkazildi. Aseptik sharoitda bachadon boʻyni koʻzgular orqali ochilgan va pulevkalar yordamida qistirilgan. Bachadon boʻyni kengaytirilgandan soʻng, gisteroskop kiritilgan. Servikal kanal, bachadon boʻshligʻi, endometriy qavati, endoserviks, bachadon naylari sohasi koʻzdan kechirilgan. Ayniqsa kesarcha kesish amaliyotidan keyingi chandiqa alohida eʼtibor qaratilgan. Gisteroskopiya natijalariga koʻra aksariyat ayollarda bachadon boʻshligʻi patologiyasi va yod jismi aniqlangan. Oʻrganilgan ayollardan 22 nafarida (73.3%) bachadon ichida ipak tolali choklar aniqlangan va gisteroskopiya davomida ular olib tashlangan. Bundan tashqari oʻrganilgan ayollarning barchasida chandiqlik sohasi

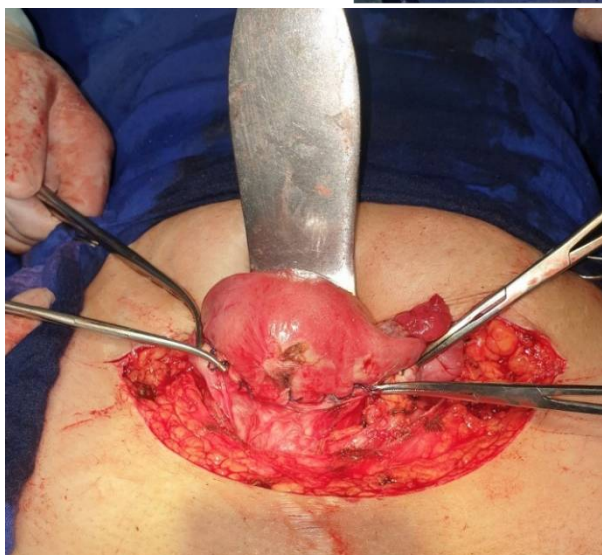
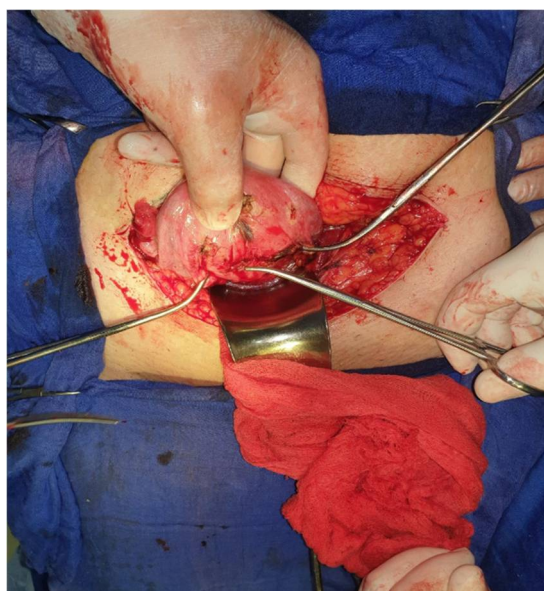
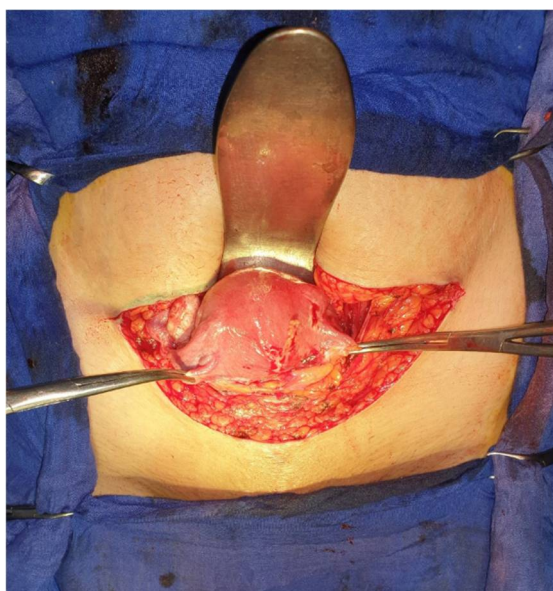
deformatsiyasi kuzatilgan, chandiqlik mahalliy yuqalashishi yaʼni “nisha” simptomi 24 nafar ayollarda (80%) aniqlangan. Uning ifodalanishiga koʻra ushbu ayollarni ikki guruhga ajratish mumkin. Yaʼni “nisha” simptomi belgilari aniq ifodalangan ayollar (8-33.3%) va mahalliy yuqalashishni ng belgilari mavjud lekin kuchli ifodalanmagan ayollar (16-67.7%).

Bundan tashqari gisteroskopiya davomida endometriy mikropolipozi (56,67%), surunkali endometrit (23,33%), platsentar polip (3,33%), Asherman sindromi (6,67%), ovuli Naboti (16,67%), endometrioz oʻchoqlari (10%) kabi patologiyalar ham aniqlangan. Ularning tahlili 2-jadvalda toʻliq keltirilgan.

Jadval 2

Gisteroskopiya amaliyotida qoʻyilgan tashxislar tahlili

Tashxis	Abs	%
Chandiqlik sohada deformatsiya	30	100%
Chandiqlik sohada mahalliy yuqalashish (“tokcha”)	24	80,0%
Surunkali endometrit	7	23,33%
Bachadon boʻshligʻida yod jism (ligatura)	22	73.3%
Endometriy mikropolipozi	17	56,67%
ovuli Naboti	5	16,67%
endometrioz oʻchoqlari	3	10%
Asherman sindromi	2	6,67%



Rasm 3. Davolash boʻyicha jarrohlik amaliyoti - laparotomiya, bachadondagi eski chandiqlikni “Nisha” bilan birga olib tashlash

Bemorlarimizdan birini misolida gisteroskopiyaning afzalliklarini ko'radigan bo'lsak, bemor K.N. 1984 yil tug'ilgan bepushtlik, EKU dan keyin ham homila tushish holati bilan murojaat qilgan. Bemor to'liq klinik – laborator tekshiruvdan o'tkazilganda. UTT da bachadonning chandiq sohasida yupqalashishi aniqlangan, shu bilan birga “Nisha” simptomi gisterosalpingografiya va gisteroskopiya ham tasdiqlangan. Bemorga quyidagi klinik tashxis qo'yilgan: Ikkilamchi bepushtlik, “Nisha” simptomi, odatiy homila tushishi (EKU dan keyingi holat). Shundan so'ng bemorga barchasi tushuntirilib, bemor va uydagilarini roziligi bilan bemorga laparotomiya, bachadondagi eski chandig'ini

“Nisha” bilan birga olib tashlash jarrohlik amaliyoti spinal anesteziya ostida o'tkazilgan.

Xulosa. Umumlashtirib aytganda, “Nisha” simptomini aniqlashda UTT 26,7% ni, UTT ma'lumotlariga asoslangan binar logistik lagorifm formulasi 60% ni, gisteroskopiya esa 80% ni tashkil qildi. Gisteroskopiyaning tashxislash va davolash uchun qo'llanilishi uning eng katta afzalligidir. Bundan tashqari chandiq sohasi deformatsiyasini va “Nisha” simptomini aniqlashda u UTT ga qaraganda ko'proq muqobil bo'lishini natijalardan ko'rishimiz mumkin. “Nisha” simptomi bulgan bemorlarni davolashda, metroplastika operatsiyasini maqbulligi aniqlandi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Беженарь В. Ф., Ножнищева О. Н. Методика предгравидарной оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения //Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2018. – №. 2. – С. 5-6.
2. Макиян З. Н. и др. Новый метод хирургического лечения несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения с помощью внутриматочного манипулятора с желобом //Акушерство и гинекология. – 2020. – Т. 2. – С. 104-10.
3. Негмаджанов Б. Б. и др. Преимущество гистероскопии в диагностике симптома «ниша» после кесарева сечения //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 11-15.
4. Ножнищева О. Н., Беженарь В. Ф. Ниша рубца на матке после кесарева сечения-новая проблема репродуктивного здоровья женщины //Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №. 1. – С. 53-62.
5. Пучкова Н. В. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01.- М.- 2014.- 26 с.
6. Саркисов, С.Э. [и др.] / Применение эхографии для диагностики беременности в рубце на матке после кесарева сечения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2009. – № 2. – С. 36-42.
7. Хасанов А.А., Журавлева В.И., Галаутдинова Д. И. Отдаленные исходы реконструктивной пластики несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом // Практическая медицина. – 2017. -№8 (109)- С. 168-171.
8. Щукина Н. А. и др. Основные причины формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2018. – Т. 18. – №. 4.
9. Alimdjnovich R. J., Khairullaevna O. N., Normuratovich N. A. Correction of psychological stress in children with non-pharmacological methods of dental admission //Archive of Conferences. – 2021. – С. 108-114.
10. Jumayeva N., Abdurakhmonov G., Shopulotova S. INNOVATIONS IN TEACHING OF MATHEMATICS //Academic research in educational sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 1142-1147.
11. Negmadjanov B. B. et al. Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi “nisha” simptomi va ikkilamchi bepushtlik //Zamonaviy dunyoda tabiiy fanlar: Nazariy va amaliy izlanishlar. – 2022. – Т. 1. – №. 26. – С. 37-41.
12. Tircã S. M. et al. Distant compliance with treatment in patients with chronic respiratory diseases: asthma, copd and asthma-copd overlap syndrome. Prospective study //Internal Medicine/Medicina Interna. – 2021. – Т. 18. – №. 2.



Negmadjanov Baxodur Boltayevich

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

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Tibbiyot fanlar nomzodi, Assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Abdikarimov Abduvaxob Usmonovich

Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

KESAR KESISHDAN KEYIN BACHADONDAGI CHANDIQLARDA PLATSENTA BIRIKISH ANOMALIYALARI BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECHISHI XUSUSIYATLARI

For citation: Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Abdikarimov Abduvaxob Usmonovich, Features of the course of pregnancy and child in women with anomalies of placenta attachment in uterine scars after cesarean section, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7701173>

ANNOTATSIYA

Tadqiqot uchun Viloyat Perinatal Markazida 2019-2022 y.y. kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadonda 2 va undan ko'p chandiqlar mavjud bo'lgan xomilador ayollar olindi: I guruh - kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadondagi chandiqlarda platsenta o'sib kirishi bilan - 32 ael. II guruh - ayol kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadondagi chandiqlar bilan - 30 ayol. Natijalarga ko'ra yo'ldoshning chandiqlik ichiga o'sib kirish xavf omili anamnezda: homiladorlikni 37 haftadan kamroq davrida amalga oshirilgan kesar kesish; homiladorlikda 2 dan ortiq kesar kesish; shoshilinch ko'rsatma bilan birinchi kesar kesishni amalga oshirish; anamnezda surunkali endometritlar bo'lgan.

Kalit so'zlar: yo'ldosh o'sib kirishi, qon ketish, onalar o'limi, kesar kesish.

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гулнора Тоштемировна

кандидат медицинских наук, ассистент
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Абдикаримов Абдувахоб Усмонович

Резидент магистратуры
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

Обследованию подвергнуты женщины с рубцами на матке после кесарева сечения в анамнезе по данным Областного перинатального центра за 2019-2022 гг. Беременные были разделены на 2 группы: 1я группа сравнения - беременные с рубцами на матке после кесарева сечения без врастания плаценты - 30 женщин; 2 ая группа - основная - беременные с врастанием плаценты в рубцы на матке после операции кесарева сечения - 32 женщины. По результатам, факторами риска врастания плаценты в рубец в анамнезе явились: кесарево сечение

выполнено в сроке менее 37 недель беременности; более 2-х кесаревых сечений в анамнезе; первое кесарево сечение, выполненное в экстренном порядке; женщины, имевшие в анамнезе хронический эндометрит.

Ключевые слова: приращение плаценты, кровотечение, материнская смертность, кесарево сечение.

Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State

Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

PhD, Assistant

Samarkand State

Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Abdikarimov Abduvaxob Usmonovich

Master's Resident

Samarkand State

Medical University

Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILD IN WOMEN WITH ANOMALIES OF PLACENTA ATTACHMENT IN UTERINE SCARS AFTER CESAREAN SECTION

ABSTRACT

2019-2022 in the Regional Perinatal Center on the basis of the study. Pregnant women with 2 or more scars on the uterus after cesarean section were taken: Group I - with scars on the uterus after cesarean section - 30 women; Group II - with placenta ingrowth into scars on the uterus after cesarean section - 32 women. According to the results, the risk factor for placenta ingrowth into the scar in history: cesarean section performed at less than 37 weeks of gestation; more than 2 cesarean sections during pregnancy; perform the first cesarean section on urgent instructions; history of chronic endometritis.

Key words: placenta accreta, bleeding, maternal death, cesarean section.

Kirish. Homiladorlik va tugʻruq asoratlari orasida akusherlik qon ketishlar eng muhim oʻrinlardan birini egallaydi va 3-8% ni tashkil qiladi. Akusherlik qon ketishi - homiladorlikning turli bosqichlarida, tugʻruq va tugʻruqdan keyingi davrda 500 ml dan ortiq (tana vaznining 0,5% dan ortiq) hajmli qon yoʻqotishdir. Kesar kesish operatsiyasi chastotasi ortishi bilan massiv akusherlik qon ketishining nisbati ortib borishi xarakterlidir. Oʻzbekiston Respublikasi rasmiy maʼlumotlarga koʻra, yilda onalar oʻlimi strukturasi, qon ketishi ayrim yillarda 14,7-25,7% ni tashkil etadi, 64,9% ayollar esa tugʻish va tugʻruqdan keyingi davrda qon ketishidan xayotdan koʻz yumadi. Soʻnggi oʻn yillikda yoʻldoshning bachadon chandigʻiga oʻsib kirishi (YBChOʻK) holatlari 50-60 martaga keskin oʻsdi: bizning davrimizda 1:25000-50000 tugʻruqdan 1:500-1000 gacha [1,2,3,7,9]. Koʻp miqdorda qon yoʻqotish va onalar oʻlimining yuqori xavfi bemorlarning ushbu kontingentida tugʻruqni olib borish muammosini birinchi oʻringa qoʻydi va qon tejovchi texnologiyalarni optimallashtirish uning eng muhim jihatiga aylandi. Jarrohlik taktikasini optimallashtirish jarrohlik travmatizatsiya tabiati, har bir holatda aralashuvning samaradorligi va xavfsizligi oʻrtasidagi muvozanatni belgilaydi [4,5,6,8,10,11,12].

Tadqiqot maqsadi: Kesar kesishdan keyin bachadondagi chandiqlarda platsenta birikish anomalialarida xomiladorlik va tugʻruqni olib borish.

Tadqiqot materiallari va usullari:

Viloyat Perinatal Markazida 2019-2022 y.y. kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadonda 2 va undan koʻp chandiqlar mavjud boʻlgan xomiladorlarni oʻrganish: I guruh - kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadondagi chandiqlar bilan - 30 ael; II guruh - kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadondagi chandiqlarda platsenta oʻsib kirishi bilan - 32 ayol. Bularga umumiy klinik-laborator tekshiruv, UT tekshiruv, dopplerometriya tekshiruv, terapevt koʻrigi, anesteziolog koʻrigi oʻtkaziladi.

Tadqiqot maqsadi: klinik holatiga qarab YBChOʻK bilan homilador ayollarda tugʻruqni olib borish natijalarini oʻrganish. Prenatal davri, ayollar maslaxatxonasi 54 nafar ayoldan 38 (70,4%) tasida, homiladorlikning 16 dan 27 haftaligiga qadar YBChOʻK birlamchi tashxisi aniqlangan. Qolgan 16 tasida (29,6%) tashxis shoshilinch kasalxonaga yotqizilganda aniqlangan: 10 tasida (18,5%) qabul boʻlimida, 6 tasida (11,1%) operatsiya vaqtida.

Asosiy guruhda homila tuxumi nidatsiyasi anomaliyasi boʻlgan homiladorlikda barcha trimestrlarda homila tushish xavfi tez-tez

kuzatildi. Biroq, platsenta akkretasi boʻlgan bemorlarda 1-trimestrda homila tushish xavfi 2-guruhdagi bemorlarga qaraganda sezilarli darajada tez-tez uchradi ($r < 0,05$), OSH 2,429 95% DI [1,2; 5.1]. Bundan tashqari, asosiy guruhda bu klinik simptom biroz oldinroq - $6,6 \pm 2,5$ haftada, 2 - $8,9 \pm 2,2$ haftada, 3 - $7,7 \pm 1,6$ haftada aniqlangan ($r < 0,05$).

Klinik guruhlardagi bemorlarda homiladorlik jarayonining xususiyatlarini qiyosiy tahlil qilish muntazam farqlarni aniqladi. Yoʻldosh oʻsib kirishi boʻlgan homilador ayollar homiladorlikning erta muddatlarida homila tushish xavfining eng yuqori chastotasida edilar, ularni olib borish protokoliga koʻra, progesteron preparatlarini olishdi. Homiladorlikning II trimestrida yoʻldoshning chandiqa oʻsib kirishi bilan homilador ayollarda homila tushish xavfi tez-tez sodir boʻlganligi va 71,9% hollarda homiladorlik jarayoni bilan birga kelganiga alohida eʼtibor qaratish lozim ($r < 0,001$). Koʻp hollarda homiladorlikning III trimestrida yoʻldosh oʻsib kirishi boʻlgan bemorlarning homila tushish xavfining chastotasi ancha yuqori edi. Asosiy klinik guruhda yoʻldosh koʻchishi tufayli qon ketish 8 bemorda (28,5%) sodir boʻldi, bu taqqoslash guruhidagi (8%) bu koʻrsatkichlardan oshdi. ($r < 0,05$).

Ulʼtratovush tekshiruv zamonaviy akusherlikda yoʻldosh oʻsib kirishini tashxislash uchun oltin standart sifatida tan olingan [1,4,9,12]. Bizning ishimizda yoʻldosh oʻsib kirishi boʻlgan homilador ayollarda quyidagi exografik belgilar aniqlandi: miometriy va platsenta oʻrtasida gipoexogen zonaning yoʻqligi - 29 bemorda (90,6%); platsenta ustida miometriy yoʻqligi yoki yupqalashishi 23 bemorda (71,87 %); platsentaning ona yuzasining notekis konturi 22 bemorda (68,75%); dopplerografiyada turbulent qon oqimi bilan platsenta toʻqimasida boʻshliqlar - 17 bemorda (53,1%) kuzatildi.

Shunday qilib, barcha ulʼtratovush belgilari orasida bizning tadqiqotimizda eng diagnostik ahamiyatga ega boʻlgan narsa miometriy va platsenta oʻrtasida mahalliy va xorijiy nashrlarda noaniq bahoga ega boʻlgan gipoexogen zonaning yoʻqligi edi. Homiladorlikning yakuniy bosqichida (35-36 hafta) yoʻldosh oldinda kelishi va oʻsib kirishi boʻlgan homilador ayollarning utero-platsentar gemodinamikasi holatida xuddi shunday tendentsiya saqlanib qoldi - utero-platsentar qon oqimining intensivligi yoʻldosh normal joylashgan homilador ayollarga qaraganda yuqori.

Asosiy guruh bemorlarida oʻng va chap bachadon arteriyalarida pulʼsatsiya indeksi mos ravishda $0,93 (\pm 0,1)$ va $0,86 (\pm 0,3)$, 2 klinik guruhda - $0,66 (\pm 0,3)$ va $0,66 (\pm 0,2)$ ni tashkil etdi. Yoʻldosh oʻsib kirishi boʻlgan barcha bemorlarda bachadondagi chandiq sohasining

vaskulyarizatsiya indeksi 50% dan oshdi, uning o'rtacha qiymati 68% ni tashkil etdi: 26 bemordan 10 tasida vaskulyarizatsiya indeksi mavjud edi 56-60%, 8 - 69-80%, 8-80-90%, platsenta oldinda yotishi bilan homilador ayollarga qaraganda bu ancha yuqori edi ($r < 0,05$).

III trimestrda skrining ultratovush tekshiruvi asosida 11 (34,4%) bemorda patologik yo'ldosh invazyasiyining ultratovush belgilari tekshirilmagan. Hatto III darajali statsionarda ham (tug'ruqqacha gospitalizatsiya bosqichida) yo'ldoshning o'sib kirishini aniqlash uchun ultratovush mezonlari faqat asosiy guruhdagi 26 (81,25%) homilador ayollarda tekshirilgan va 6 (18,75%) bemorlarda tashxis faqat kesar

kesish paytida aniqlangan. Barcha homilador ayollar tug'ruq faoliyatsiz qabul qilindi. Yengil preeklampsiya 9 (16,7%), og'ir darajasi 4 (7,4%) 51 tasida kuzatildi. Yo'ldosh chandiqa o'sib kirgan va jarrohlik yo'li bilan tug'ruq amalga oshirilgan 32 bemorning homiladorlik muddati 24 haftadan 39 haftagacha bo'lgan: 24-30 hafta – 2 ta (6,25%), 31-34 hafta – 2ta (6,25%), 35-37 hafta – 18 ta (56,25%), 38-39 hafta – 10 ta (31,25%) ni tashkil qildi.

Shunday qilib, yo'ldosh o'sib kirishi bilan muddatdan oldingi tug'ruq chastotasi yuqori – 68,8%, bu aholining o'rtacha ko'rsatkichidan sezilarli darajada yuqori (6 dan 10% gacha).

Jadval 1

Klinik guruhlardagi bemorlarda tug'ruq muddatlari

Klinik guruhlar	Homiladorlik muddati					
	34 haftagacha		34-37 hafta		37 haftadan yuqori	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Asosiy guruh	4	12,5	18	56,25	10	31,25
Taqqoslash guruhi	1	2,8	3	8,6	31	88,6
Nazorat guruhi	-	-	1	3,3	29	96,7

Qabul paytida homiladorlikning asoratlari: yo'ldoshning progressiv ajralishi - 9 (16,7%), eski retroplatsentar gematomalar (UTT) mavjudligi 29 (53,7%); 31 haftada antenatal homila o'limi 1 (1,9%)

holatda qayd etilgan. Qonli ajralmalar bilan homila tushish xavfi qabul bo'limiga kelmasdan oldin 27 (50,0%) ayollarda qayd etilgan.

Jadval 2

Asosiy guruhdagi bemorlarning homiladorlik davri va jarrohlik vaqti bo'yicha taqsimlanishi

Operatsiya	Homiladorlik muddati			Jami
	22-27 hafta	28-36 hafta	37-40 hafta	
Rejali operatsiya	1	9	11	20 (62,5%)
Shoshilinch operatsiya	4	5	3	12 (37,5%)

20 (62,5%) bemor rejali operatsiya qilindi, 12 (37,5%) shoshilinch operatsiya qilindi. Barcha holatlarda shoshilinch operatsiyalarning sababi yo'ldoshning progressiv ko'chishi edi (Jadval 2.).

Operatsiya hajmini tanlash mezonlari yo'ldosh o'sib kirishining chuqurligi va tarqalishining makroskopik belgilari, operatsiyaning texnik qiyinchiliklarini va ko'p miqdordagi qon yo'qotishlarini ko'rsatadigan belgilar edi. So'nggi yillarda bachadon tubidagi ko'ndalang kesma qon yo'qotilishini minimallashtirish, homilaning atravmatik ekstraksiyasini va bachadon pastki segmentining ichki yuzasini yaxshi ko'rishni ta'minlaydi deb tan olindi. Bizning tadqiqotimizda 14 bemorda (43,75%) yo'ldoshning yuqori qirras

bo'yab ko'ndalang kesma bilan kesarcha kesish amalga oshirilgan bo'lsa, ulardan 6 tasida bachadonda mavjud chandi, 3 tasida esa antenatal distress ko'rsatma bo'ldi. 18 (56,25%) pastki kesar kesish amalga oshirildi (jadval 2). Kesar kesish operatsiyasining xususiyatlari tadqiqot guruhining bemorlarida qayd etildi (rasm). 32 ayoldan 14 nafari (43,75%) pastki KK orqali tug'ruq amalga oshirildi. Metroplastikasiz platsenta previa ustki qirras bo'yab ko'ndalang kesma bilan KK 12 (37,5%), pastki KK 14 (43,75%), metroplastika bilan platsenta previa yuqori chetida ko'ndalang kesma bilan KK (18,75%).

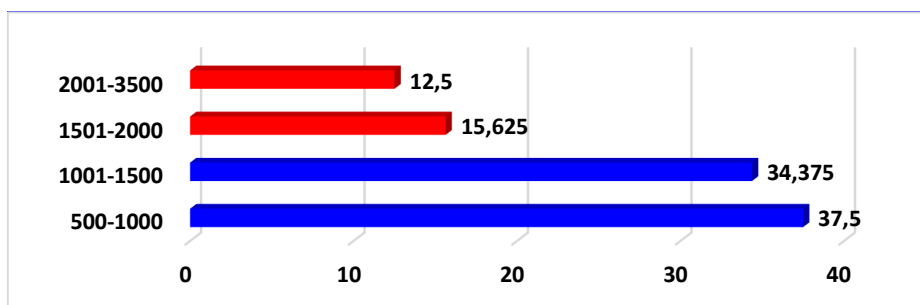
Jadval 3

Operatsiya qilingan bemorlarda qon ketishini to'xtatish usullari

Usullar	n	%
Gisterekтомиya	26	81,3
3 juft asosiy qon tomirlarini bog'lash	19	59,4
Ichki yonbosh arteriyasini bog'lash	7	21,9

Operatsiya qilingan bemorlarda qon ketishini to'xtatish usullari 81,3% (26) bemorlarda gisterekтомиya, 6 (18,75%) metroplastika bo'ldi.

500 dan 1000 ml gacha qon yo'qotish darajasi 12 (37,5%), 1001 dan 1500 ml gacha – 11 (34,37%), 1501 dan 2000 ml gacha – 5 (14%), 2001 dan 3500 ml gacha – 4 (12,5%) ni tashkil etdi.



Rasm 1. Tekshirilgan bemorlarning qon yo'qotish darajasi

Yo'ldosh o'sib kirishining yuzaki shakllari 1500 ml qon yo'qotishiga olib kelmadi. increta va perkreta bilan og'riqan bemorlarda 1500 ml dan ortiq qon yo'qotish kuzatildi. Katta qon yo'qotishga olib keladigan muhim omil - bu siydik pufagining shikastlanishi. Ichki yonbosh arteriyalari bog'langan ayolda darhol gisterektomiyaga ko'rsatmalar yo'ldoshning chandiqlik ichiga to'liq o'sib kirishi, siydik pufagining oldingi devoriga o'sishi bo'lgan. Boshqa holatda, 3 juft qon tomir bog'langan bemorda bachadonning doimiy atoniyasi fonida katta qon ketish kuzatilgan.

Gistologik xulosa asosida yo'ldosh o'sib kirishining morfologik shakllarining taqsimlanishi qiziq: placenta accreta 10 holatda (31,25%), placenta increta 20 holatda (62,5%) aniqlangan va placenta percreta faqat 2 bemorda (6,2%) tasdiqlangan.

Xulosa kilib aytganda, yo'ldoshning chandiqlik ichiga o'sib kirish xavf omili anamnezda: homiladorlikni 37 haftadan kamroq davrida amalga oshirilgan kesar kesish; homiladorlikda 2 dan ortiq kesar kesish; shoshilinch ko'rsatma bilan birinchi kesar kesishni amalga oshirish;


anamnezda surunkali endometritlar bo'lgan. Yo'ldosh o'sib kirishining muhim ul'ratovush belgilari: gipoexogen retroplacentar sohaning yo'qligi, bachadondagi chandiqlik sohasining vaskulyarizatsiya indeksi 50% dan ortiq aniqlandi; Dopplerometriyaga ko'ra, bachadon arteriyalarida periferik qarshilikning pasayishi, tomirlardagi pulsatsiya indeksining past qiymatlari aks etdi (0,66); vaskulyarizatsiya indeksining 50 % dan kam kuzatildi. Homiladorlik davridagi asoratlarda 18-20 hafta va 28-34 haftalarda homila tushish xavfining (77%) va anemiyaning o'rta va og'ir darajalari (79 %) edi; Qon yo'qotishning umumiy hajmi bevosita yo'ldoshning invaziv chuqurligiga bog'liq. Innovatsion xirurgik texnika - metroplastika bilan placentani ustki qirrasi bo'ylab ko'ndalang kesma bilan KK - 18,7%, bachadon tubidan kesar kesish - 43,8%, metroplastikasiz placentani ustki qirrasi bo'ylab ko'ndalang kesma bilan KK - 37,5%, ushbu bemorlarda qon yo'qotish hajmini 1,7-2 barobar kamaytirdi, gisterektomiyani kamaytirish va ayolning reproduktiv funksiyasini saqlab qolish imkonini berdi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Случаи «near miss» в структуре вставания плаценты в рубец на матке // Хирургия Узбекистана. – 2020. - № 3. – С. 77-81.
2. Бурхонова Ш.И., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Валиев Ш.Н. Сравнительная оценка некоторых результатов операций с применением нижнесрединного разреза и доступа по Joel-Cohen в неотложной акушерской практике // Достижения науки и образования - 2020 - № 3 ([57https:// ScientificText.Ru](https://ScientificText.Ru))
3. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., и др. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вставанием плаценты // Акушерство и гинекология. - 2018. - №4. - С. 31-37.
4. Латышкевич О.А. Вставание плаценты у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Органосохраняющие операции. – дис. к.м.н. – Москва, 2015. – 133 с.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Панина О.Б., Андреев А.И., Барыкина О.П., Латышкевич О.А. Вставание предлежащей плаценты (placenta accreta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление. Акушерство и гинекология. - 2015 - №11 - С. 41-49.
6. Хасанов А. А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с вставанием плаценты // Казанский медицинский журнал, 2016 - том 97, №4.
7. Шмаков Р.Г., Пирогова М.М., Васильченко О.Н. и др. Хирургическая тактика при вставании плаценты с различной глубиной инвазии // Акушерство и гинекология. - 2020.-№1.- С. 78-82.
8. Aitken K., Allen L., Pantazi S. et al. MRI Significantly improves disease staging to direct surgical planning for abnormal invasive placentation: A single Centre experience. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2016; 38(3): 246–251.
9. Ansar A, Malik T, Shuja S, Khan S. Hysterectomy as a management option for morbidly adherent placenta // J Coll Physicians Surg Pak. - 2014. -№5- P.-318-22.
10. Bajwa SK, Singh A, Bajwa SJ. Contemporary issues in the management of abnormal placentation during pregnancy in developing nations: An Indian perspective// Int J Crit Illn Inj Sci.- 2013.-№ 3.-P.183-9.
11. Canonico S., Arduini M., Epicoco G., Luzi G., Arena S., Clerici G., Affronti G. Placenta previa-percreta: a case report of successful management via conservative surgery. Case Rep. Obstet. Gynecol. 2013; 702067. doi: 10.1155/2013/702067.
12. Cho Y.H., Hwang S.H., Jung I., Park Y.W., et al. Diagnosis of placenta accrete by uterine artery Doppler velocimetry in patients with placenta previa// J ultrasound med 2015; 34: 1571-1575.



УДК 618-007(072.8)

Negmadjanov Baxodur BoltayevichTibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**Omonova Parvina Obidboevna**Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston**QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI VA METABOLIK SINDROM KUZATILGAN BEMORLARNI DAVOLASH NATIJALARI****For citation:** Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Omonova Parvina Obidboevna, Results of treatment of patients with ovarian polycystosis and metabolic syndrome in vaginal and uterine aplasia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7701232>
ANNOTATSIYA

Mayer - Rokitanskiy – Kyuster-Xauzer, tuxumdonlar polikistozi va metabolik sindrom bo'lgan bemorlarni davolash usullarini eng maqbul turini tanlash maqsadida 2 guruxga bo'lib o'rganildi: 1 gurux – MRKXS, metabolik sindrom va tuxumdonlar polistozni bo'lgan; 2 gurux – MRKXS va metabolik sindrom kuzatilmagan. Barcha 30 bemorlar tegishli tayyorgarlikdan so'ng sigmasimon kolpopoez operatsiyasi o'tkazildi. Tuxumdonlar polikistozi bo'lgan bemorlarga tuxumdonni drillyaj usuli qo'llanildi. Metabolik sindrom bo'lgan bemorlarga biguanidlardan metformin 2000 vg davolovchi dozasi va kam kaloriyali dieta buyurildi.

Kalit so'zlar: qin va bachadon aplaziyasi, tuxumdonlar polikistozi, metabolik sindrom.**Негмаджанов Баходур Болтаевич**Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Омонова Парвина Обидбоевна**Резидент магистратуры
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**УЛУЧШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОК С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ****АННОТАЦИЯ**

Пациентов с поликистозом яичников и метаболическим синдромом Майера - Рокитанского – Кюстера-Хаузера изучали в 2 группах с целью выбора оптимального вида лечения: 1 группа – с мрккс, метаболическим синдромом и полистозом яичников; 2 группа – с мрккс и метаболическим синдромом не наблюдалось. Все пациентки 30 перенесли операцию сигмовидного кольпопоза после соответствующей подготовки. Метод сверления яичников применялся к пациенткам с поликистозом яичников. Пациенткам с метаболическим синдромом была назначена лечебная доза метформина 2000 vg из бигуанидов и низкокалорийная диета.

Ключевые слова: аплазия влагалища и матки, поликистоз яичников, метаболический синдром.**Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich**Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Omonova Parvina Obidboevna**Master's Resident
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN POLYCYSTOSIS AND METABOLIC SYNDROME IN VAGINAL AND UTERINE APLASIA

ABSTRACT

Mayer-Rokitansky-Kyuster-Hauser, studied patients with ovarian polycystosis and metabolic syndrome in 2 groups in order to choose the most optimal type of treatment methods: 1 group – MRKXS, who had metabolic syndrome and ovarian polystosis; 2 Group – MRKXS and metabolic syndrome were not observed. All 30 patients underwent sigmoid colpopoiesis surgery after appropriate training. The ovarian drillage method was used in patients with ovarian polycystosis. Patients with metabolic syndrome were prescribed a therapeutic dose of metformin 2000 vg from biguanides and a low-calorie diet.

Key words: vaginal and uterine aplasia, ovarian polycystosis, metabolic syndrome.

Dolzarbli. Hozirda jinsiy a'zolar rivojlanish anomalialari 14% oshganligi ekologik holatning yomonlashishi sabab bo'lmoqda. 24-34 % xollarda qin rivojlanish nuqsoni og'ir, aralash yoki atipik turda uchraganligi sababli diagnostik qiyinchilik tug'diradi. Har yili ma'lum bir organ va sistemalarning rivojlanish nuqsoni oshgani sari jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsoni 4% ga oshayapti. Siydik ajratish va jinsiy organlar embrional birga rivojlanganligi sababli rivojlanish anomalialarining birga uchashi 10 % - 100% gacha bo'ladi [6,7]. Eng ko'p uchraydigan anomaliya - bachadon aplaziyasi (to'liq yoki qisman organing bo'lmasligi) va qinning yuqori qism aplaziyasi, normal rivojlangan tuxumdon, xromosoma anomalialarsiz ikkilamchi jinsiy belgilarning borligi xarakterlidir [2,5]. MRKXS - homiladorlikning 5-6 haftasida muvaffaqiyatsiz rivojlanishi natijasida bo'lib, Myuller nazariyasiga ko'ra 4-20 hafta orasida ayollar jinsiy rivojlanish davri hisoblanadi. Uzoq vaqt davomida sindrom kam uchraydigan anomaliya deb hisoblandi, ammo opa - singillarda uchrashining ko'payishi genetik sababning gipotezasini tasdiqlaydi. Biroq, MRKXS rivojlanishining aniq bir etiologik omillari haqida fikr yo'q. Jinsiy nuqsонlarning rivojlanish mexanizmi haqida aniq bir fikr yo'q. Ko'proq reproduktiv tizim morfogenezing qabul qilingan asoslariga to'g'ri kelmaydigan yangi ma'lumotlar paydo bo'lib, bu yo'nalishdagi keyingi tadqiqotlarni davom ettirish zarurligini ko'rsatadi [1,4,8].

MRKXS (Mayer - Rokitanskiy – Kyuster-Xauzer) boshqa a'zolar buyrak, umurtqa pog'onasi, kam xolatlarda eshitish va yurak nuqsонlari bilan birgalikda uchrashi mumkin [9]. MRKXS da 90% xollarda qin aplaziyasi kuzatilib, 7% qin aplaziyali bemorlarda funksional bachadon kuzatiladi [3].

Tekshirish materiallari va usullari: Samarqand shaharidagi OOO "Doktor shifo baxt" xususiy shifoxonasidagi 2019-2022 - yillardagi 30 nafar qin va bachadon aplaziyasida tuxumdonlar polikistozi, metabolik sindrom tashxisli bemorlar o'rganildi. Ularga barcha klinik va instrumental tekshiruvlar o'tkazildi. Stasionar sharoitda bemorlarda sigmoidal kolpopoez, tuxumdonlar polikistozi va metabolik sindromi bulgan bemorlarda davo usullarining afzalliklari natijalari taxlil qilindi.

Olingan natijalar: Mayer - Rokitanskiy – Kyuster-Xauzer, tuxumdonlar polikistozi va metabolik sindrom bo'lgan bemorlarni davo usullarini eng maqbul turini tanlash maqsadida 2 guruxga bo'lib o'rganildi: 1 gurux – MRKXS, metabolik sindrom va tuxumdonlar polistozni bo'lgan; 2 gurux – MRKXS va metabolik sindrom kuzatilmagan. Umumiy obyektiv ko'rikda tana tuzilishi, tuklanishi, ko'krak bezlarining xolati, teri osti yog'qavatining holati, tayanch - xarakatlanish tizimi, somatik kasalliklari, nafas, yurak qon - tomir, siydik ajratish sistemalari o'rganildi. Tekshiruvdagi barcha gurux bemorlari to'g'ri rivojlangan edi. Bemorlarning umumiy ko'rigida bo'yi 1 guruxdagi bemorlarda - 158-166 sm (o'rtacha 163 sm), 2 guruxda 161-164 sm (o'rtacha 162,7 sm); tana massasi indeksi 1 guruxda – 33,4, 2 guruxda – 28,8 ni tashkil qildi. Ikkala guruxda ikkilamchi jinsiy belgilar, ko'krak bezlari va tuklanishi normal tipda bo'lib, ayollarga xos edi.

Ginekologik tekshiruvlardan rektoabdominal – 30 nafar bemorda, qin-abdominal - 17 bemorda o'tkazildi. Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy a'zolar normal rivojlangan bo'lib, tuklanish ayol tipiga mos. Qin daxlizi qizlik pardaga o'xshash bo'lib, ozroq burchakli ko'rinishga ega edi. Rektoabdominal tekshiruvda: bachadon odatiy joyda aniqlanmadi, kichik chanoq bo'shlig'ida ko'ndalang og'irlik paypaslandi, bachadon ortiqlari 15 nafar bemorda aniqlandi. Qin va bachadon aplaziyasi bo'lgan bemorlarning tibbiy xujjatlari o'rganilganda irsiy anamneziga e'tibor qarlatildi. Shu bilan birga 6 ta bemorda birinchi darajali qarindoshlarida (20%), bemorlarning -ona, opa - singlisida tuxumdonlar polikistozi sindrom uchrab, 80% bemorlarning opasida semizlik qayd

qilinib, 3 ta bemorning ota-onasi (10%) yaqin qarindoshli nikoh ekanligi aniqlandi. Shunday qilib, tekshirilgan ayollarning 30% kasallikning rivojlanishiga genetik moyillikka ega. Bundan tashqari, bemorlarning onalarida homiladorlik davrida 5 nafar (16,7%) homiladorlik asoratlari va somatik patologiyani davolashda turli xil dorilar - gormonal, antibiotiklar, shu jumladan, homila tushish xavfi bo'yicha va 6 nafar (20%) onalar homiladorlik davrida kuchli virusli infeksiya bilan kasallangan. Bularning barchasi embrional rivojlanishning buzilishi uchun xavf omillaridan biri bo'lishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, ikkita bemorda (6.7%) ikkita somatik patologiyani - anemiya va yurak xastaligi (Botallof nayining bitmasligi) kuzatilib 3 yoshligida bitganligi aniqlandi.

Tekshirilayotgan bemorlarda ayollar jinsiy gormonlarining ko'rsatkichlari me'yoriy qiymatlar doirasida bo'lgan (hayz tsikli fazasidan qat'iy nazar). Bu MRKXS bilan tekshirilgan bemorlarda gipofiz-tuxumdon tizimida o'zgarishlar keltirib chiqaruvchi omillarning yo'qligini ko'rsatadi. Ichki jinsiy organlar ultratovush tekshirish davomida normal o'lchamli tuxumdon bemorlarning barcha 100% aniqlangan, rudimentar bachadon 4 (13.3%) topilgan o'lchami: 17mmx8mmx2mm, bachadon bo'yni tekshirilgan bemorlarda aniqlanmadi.

Barcha 30 bemorlar tegishli tayyorgarlikdan so'ng sigmasimon kolpopoez operatsiyasi o'tkazildi. Tuxumdonlar polikistozi bo'lgan bemorlarga tuxumdonni drilliyaj usuli qo'llanildi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi 76,5±5 min. Umumiy qon yo'qotish xajmi - 560,7±32,9 ml. Operatsiyadan keyingi asoratlari kuzatilmadi. Operatsiyadan keyin koyka kunlarining o'rtacha soni 8,7 ±1,3 kuni tashkil qildi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning ahvoli quyidagi mezonlarga muvofiq baholandi: og'riq sindromi, harorat reaksiyasi, choklarning xolati, umumiy qon tekshiruvda leykosit reaksiyasi, qindan ajralmalarning bor yoki yo'qligiga.

Ikkala guruhda ham og'riq sindromini o'rganish shikoyatlarni baholash bo'yicha amalga oshirildi. Bemorlar qorindagi operatsion jaroxatdagi og'riqqa, oraliqdagi og'riqdan shikoyat qildilar. Og'riqqa bo'lgan reaksiya kuchli, o'rta va engil mezonlar asosida baholandi. Subfebril xarorat birinchi kuni 37,60 S ga va 37,40 S ga, uchinchi kunga kelib esa har ikkala guruhda harorat normallashtirilganligi kuzatildi.

Qorin bo'shlig'idagi operatsiyadan keyingi chokni qiyosiy baholash ikkala guruhda qindan ajralma tahlili hech qanday farq qilmadi: operatsiyadan keyingi davrning 5-kunida 27 (90%) asosiy va 26 (86.7%) nazorat guruhining qindan ajralma kam, kam miqdorda edi. Har ikki guruhda ham operatsiyadan keyin 5 kuni qorin old devorining teri ustida chok yo'nalishi bo'ylab hech qanday farqlar yo'q edi. Operatsiyadan keyingi 7 kunida choklar teridan olib tashlandi, ikkala guruhda ham choklar yaxshi bitgan edi. Shunday qilib, qin aplaziyasi bo'lgan bemorlarda tuxumdonlar polikistozi kuzatilganda qo'llanilgan sigmasimon kolpopoez va tuxumdonlarni drillash operatsiya vaqtini uzaytirmaydi (asosiy gurux va solishtirma guruhda 76,5±5 min davom etgan) operatsiyadan keyingi qon yo'qotish deyarli bir xil bo'lgan. Operatsiyadan keyingi davrning uchinchi kunga kelib, asosiy guruh bemorlarining umumiy og'rig'iga javob berish nazorat guruhi bemorlarining og'rig'iga javob berishdan farq qilmadi. Metabolik sindrom bo'lgan bemorlarga biguanidlardan metformin 2000 vg davolovchi dozasi va kam kaloriyalı dieta buyurildi.

Xulosa. Shunday qilib, MRKXS va tuxumdonlar polikistozi birgalikda uchraganda qo'llanilgan sigmoidal kolpopoez va tuxumdonni drillash va metforminning davolovchi dozasi 2000mg bemorlarda davo usulining eng maqbul tomoni bo'lib, ayollarda anovulyasiya, va tuxumdonlar polikistozi natijasidagi metabolik sindromni davolashga

yordam beradi, lekin operatsiya, qon yo'qotish va operatsiyadan keyingi davr davomiyligini ta'sir qilmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Sosnova E. A., Gracheva T. S., Pesegova S. V. Clinical manifestations of polycystic ovary syndrome: a modern view //VF Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. – 2022. – Т. 9. – №. 1. – С. 23-31.
2. Абдуллаева М. АБДУЛЛАЕВА МЭ НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ЦИТОКИНИНДУЦИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ Щ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ //Архив исследований. – 2020.
3. Агасаров Л. Г. и др. Механизмы и принципы коррекции метаболического синдрома (обзор литературы) //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – Т. 13. – №. 3. – С. 40-47.
4. Болькина Ю. С., Радынова С. Б., Храмов А. А. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ //Дневник науки. – 2021. – №. 7.
5. Гарифулина Л. М., Ашурова М. Д., Гойибова Н. С. Совершенствование терапии метаболического синдрома у подростков при помощи применения α -липоевой кислоты //Наука, техника и образование. – 2018. – №. 10 (51). – С. 69-72.
6. Давронова Л. С., Негмаджанов Б. Б. СИНДРОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА).
7. Кругляк Д. А. и др. Аплазия влагалища и матки (синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера): этиология, патогенетические аспекты и теории формирования порока (обзор литературы) //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2. – С. 64-66.
8. Кругляк Д. А. и др. Аплазия матки и влагалища у девочек-подростков. Комплексный подход в лечении //Современные проблемы подростковой медицины и репродуктив. – 2018. – Т. 49. – №. 6. – С. 67.
9. Мешков С. В. Сравнение отдаленных результатов хирургического лечения аплазии влагалища //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – №. 1-4. – С. 1002-1004.




УДК 618-007(072.8)

Yuldasheva Nasiba Alisherovna
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Toshkent Davlat Stomatolgiya Instituti
Toshkent, O'zbekiston

Komilova Adiba Zokirjonovna
Tibbiyot fanlari nomzodi, assistent
Toshkent Davlat Stomatolgiya Instituti
Toshkent, O'zbekiston

HOMILADORLIK DAVRIDA AYOLLARDA GERPETIK STOMATITNING IMMUNOLOGIK JIHATLARI

For citation: Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Komilova Adiba Zokirjonovna, Immunological aspects of herpetic stomatitis in women during pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7701261>

ANNOTATSIYA

Homiladorlikning turli davrlarida SGP va Gerpetik stomatit bilan kasallangan homilador ayollar tekshirildi. Og'iz suyuqligidagi interleykin-10 ning past darajasi homiladorlik davrining ikkinchi trimestrida aniqroq bo'lgan gerpetik stomatitli homilador ayollarda aniqlandi. Shuni ta'kidlash kerakki, adabiyotda homilani rad etishning uchta asosiy immunologik mexanizmi ko'rsatilgan: nosimmetrik sitotoksik antikorlarning ta'siri, Th1 ga bog'liq immun javob yo'li, Th2 vositachiligidagi hujayra reaksiyalar va tabiiy killirlarning yembryodestruktiv ta'siri

Kalit so'zlar: homiladorlik, gerpetik stomatit, interleykin -10, og'iz suyuqligi, qon.

Юлдашева Насиба Алишеровна
Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Ташкент, Узбекистан

Камилова Адипа Закиржоновна
Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Ташкент, Узбекистан

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

АННОТАЦИЯ

Обследованы беременные женщины с ХГП и герпетическим стоматитом в различные сроки гестации. Выявлено низкий уровень ИЛ-10 в ротовой жидкости у беременных герпетическим стоматитом, более выраженной во II-триместре гестационного периода. Необходимо отметить, что в литературных источниках указаны три основных иммунологических механизмы отторжения плода: воздействие симметричных цитотоксических антител, Th1-зависимый путь иммунного ответа, Th2-опосредованные клеточные реакции и эмбриодеструктивное влияние натуральных киллеров

Ключевые слова: беременность, герпетический стоматит, ИЛ-10, ротовая жидкость, кровь.

Yuldasheva Nasiba Alisherovna
Tashkent State Dental Institute
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent, Uzbekistan

Kamilova Adiba Zakirzhonovna
Tashkent State Dental Institute
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent, Uzbekistan

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF HERPETIC STOMATITIS IN WOMEN DURING PREGNANCY

ABSTRACT

Pregnant women with CGP and herpetic stomatitis were examined at various gestation periods. A low level of IL-10 in the oral fluid was revealed in pregnant women with herpetic stomatitis, more pronounced in the II trimester of the gestational period. It should be noted that three main immunological mechanisms of fetal rejection are indicated in the literature: the effect of symmetrical cytotoxic antibodies, the Th1-dependent pathway of the immune response, Th2-mediated cellular reactions, and the embryo-destructive effect of natural killers.

Key words: pregnancy, herpetic stomatitis, IL-10, oral fluid, blood.

Tadqiqotlar natijasida Gomez-Lopez N, (2013), u homiladorlik paytida fetoposental toqimalar oz-ozidan sitokinlarni chiqaradi: interleukin -10o'zgarib o'sish omil beta. Shu bilan birga, homiladorlikning barcha bosqichlarida trofoblast hujayralari interleukin -10 ni faol ravishda ishlab chiqaradi, biologik faolligi hujayraning o'ziga xos immun javobini zaralanishi qilish bilan namoyon bo'ladi [Suxixg.T. va boshq., 2005]. Shu bilan birga, homilador ayollarda gyerpetik stomatit patogenezining kam o'rganilgan jihatlaridan biri bu immunitetga javob genlarini ishlab chiqarish bilan belgilanadigan o'ziga xos immunitet holatidir [Popova A. F., 2011]. Bizda mavjud bo'lgan ilmiy adabiyotlarda biz o'ziga xos immunitet reaksiyasining homiladorlik davrida herpes infeksiyasining rivojlanishi va kechishi bilan bog'liqligi haqida ma'lumot topmadik. Ushbu o'ziga xos mexanizmlarni batafsil o'rganish, bizning fikrimizcha, herpes infeksiyasining o'ziga xos diagnostikasi va uni antiviral va kimyoterapevtik vositalar bilan samarali davolash muammosini hal qiladi. Yuqoridagilarga asoslanib, ushbu tadqiqotning maqsadi gyerpetik stomatitli homilador ayollarda og'iz suyuqligining (RV) sitokin profilini (IL-10) qiyosiy tahlilini o'tkazish yedi.

Tadqiqot materiallari va usullari: TDSI klinikasi asosida kuzatilgan 76 nafar homilador ayol tekshirildi. Tekshirilgan homilador ayollarning umumiy sonidan (asosiy guruh) -36 nafar homilador ayolga yengil darajadagi surunkali umumiy periodontit, 40 nafar homilador ayolga gerpetik stomatit tashxisi qo'yilgan. Gyerpetik stomatitli homilador ayollarning ushbu guruh i Gyerpesviridae oilasining viruslari bilan tez-tez takrorlanadigan HSV infeksiyasi va yiliga 4 dan 6 gacha bo'lgan bemorlardan iborat yedi. Tekshirilgan homilador ayollarda Gyerpetik stomatit infeksiyasining tashxisi klinik ma'lumotlar asosida o'rnatildi: bemorning shikoyatlari, anamnez yig'ish. Hozirgi vaqtda VPG ni aniqlash uchun polimeraza zanjiri reaksiyasi (PIIP) va molekulyar DNK gibridlanish reaksiyasi kabi bir qator molekulyar biologik usullar ham qo'llaniladi, bu yesa sinov materialida virusli nuklein kislotaga mavjudligini aniqlash imkonini beradi. Tekshirilgan ayollar homiladorlikning turli davrlarida kuzatuvga jalb qilingan. Taqqoslash guruhi (18 ayol) asoratlanmagan homiladorlik (22-32 hafta) bo'lgan ayollardan iborat yedi. Nazorat guruhi reproduktiv yoshdagi 14 sog'lom ayoldan iborat yedi. Tekshirilganlarning o'rtacha yoshi 18 yoshdan 26 yoshgacha bo'lgan. Tish holati homiladorlikning birinchi, ikkinchi va uchinchi trimestrlarida tish indekslari yordamida o'rganildi. Shu bilan birga, KPU karies indeksi, Grin-Vermillion og'iz gigienasi indeksi (OHI-S), sorgich -marginal-alveolyar PMA indeksi va periodontal CPITN indeksi ishlatilgan. Og'iz suyuqligi barcha

homilador ayollarda homiladorlikning barcha davrlarida (I-trimestr (8-12 hafta), II-trimestr (16-24 hafta) va III-trimestr (27-38 hafta) homiladorlik davrida to'plangan.A. Petrovich va boshq. (2010).

Tadqiqot natijalari: Shu bilan birga, homilador ayollarning tanasida yuqumli antijenlarga gumoral immun javob o'zgarishsiz qoladi. Ma'lumki homilador ayollarning fetoplasental to'qimalari o'z-o'zidan hujayra immunitet reaksiyasini zaralanishi qiluvchi va gumoral javobga hissa qo'shadigan sitokinlarni chiqaradi: interleykinlar (IL)-10. Trofoblast hujayralari homiladorlikning barcha bosqichlarida IL-10 ni faol ravishda ishlab chiqaradi, uning biologik faolligi hujayraning o'ziga xos immun reaksiyasini zaralanishi bilan namoyon bo'ladi. Shunday qilib, homiladorlikning rivojlanishi onaning tanasining tabiiy killerlarining funksional faolligining pasayishi bilan birga keladi, bu yesa homilaning saqlanishiga yordam beradi. Tabiiy killerlarning bostirilishi va y-interferon ishlab chiqarishning pasayishi Th2 t-yordamchi hujayralarining differentsiatsiyasi ustunligiga yordam beradi, interleykinlar 4, 6, 10, 13 va hokazo., hujayra vositachiligidagi immun javobni zaralanishi. Gerpes simpleksning virusli infeksiyasi ko'pincha interleykin tizimi (IL) tomonidan immunitet reaksiyasini tartibga solishning sezilarli buzilishi bilan birga keladi. Ushbu buzilishlar interleykin ishlab chiqarishning pasayishi va maqsadli hujayralarning sintez qilingan hujayra reaksiyasining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Homiladorlik davrining turli vaqtlarida homilador ayollarni klinik va laboratoriya tadqiqotlarimiz lablar va og'iz shilliq qavatida herpes simplex mavjudligini ko'rsatdi. Tadqiqotimizning maqsadlaridan biri og'iz bo'shlig'ining gigienik holatini baholash va yallig'lanishli periodontal kasalliklarning intensivligi va tarqalishini va ularning gerpetik stomatitning intensivligi, tarqalishi, kechishi va zo'ravonligiga ta'sirini aniqlash. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homilador ayollarning asosiy guruhi OHI-S gigiena indeksining 3,3 dan 0,12 dan 2,9 gacha bo'lgan yuqori ko'rsatkichlari bilan ajralib turadi, bu yerda qon ketish indeksi 3 va 4-sinflarga yetdi, PMA indeksi 68% yoki undan ko'pga yetdi, KPO indeksining qiymatlari 3 dan 3,6 gacha ball uchun, "K" indeksi bilan ustunlik bilan xarakterlanadi. Gyerpetik stomatitli bemorlarning tish holatini indeks baholash homiladorlik davrida ushbu patologiyaning kasallikning og'irligining oshishi, og'iz bo'shlig'ining gigienik holatining yomonlashishi, tish milki holatini aks yettiruvchi indekslarning oshishi bilan dalolat beradi. Shuni ta'kidlash kerakki, homiladorlikning turli davrlarida homilador ayollarda gyerpetik stomatitning paydo bo'lish chastotasi homiladorlikning ikkinchi trimestrida paydo bo'lishning yuqori chastotasini ko'rsatdi.

Jadval-1

Yengil SGP bo'lgan homilador ayollarda og'iz suyuqligi va qon zardobidagi interleykin -10 (IL-10) ning tarkibi

Korsatkich	Soglom inson n=14	Soglom homilador n=18	Homilador SGP bolgan n=36		
			I trimestr n=12	II trimestr n=12	III trimestr n=12
Ogiz suyuqligi pg/ml	10,45±0,86	11,36±0,94	12,14±1,17	10,05±2,13	10,87±2,79
Qon zardobi pg/ml	6,21±0,53	9,93±0,78*	8,03±0,66*	7,14±0,61	7,81±0,59*

yeslatma: - taqqoslash guruhlari ko'rsatkichlariga nisbatan farqlarning ishonchligi p<0.05

shuningdek, homiladorlik davrining turli vaqtlarida SGP bo'lgan homilador ayollarda. Bizning fikrimizcha, qon zardobidagi IL-10 ning yuqori darajasi homiladorlikni saqlashga va nafaqat gumoral immunitetni, balki fetoplasental kompleks bilan bog'liq bo'lgan gormonal holatni ham oshirishga qaratilgan.

Olingan natijalarni muhokama qilish: Hozirgi vaqtda ayollarda gerpesvirus infeksiyasi va uning homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'siri ko'plab tadqiqotchilarning ye'tiborini tortmoqda. Gerpes infeksiyasining patogenezining kam o'rganilgan jihatlaridan biri bu

immun javob genlarining ifodasi bilan belgilanadigan sitokin tizimining holati. Shuni yesda tutish kerakki, gerpes simplex virusi turli akusherlik asoratlarning rivojlanishiga olib keladi va intrauterin malformatsiyalar xavfini oshiradi, homiladorlikni to'xtatish xavfini sezilarli darajada oshiradi. Homiladorlik paytida, gyerpetik stomatit bilan kasallangan, sitokin profilidagi o'zgarishlar, biz ko'rsatgan ma'lumotlar sifatida, yanada aniqroq. Tadqiqot natijasida biz homiladorlik davrining 2 trimestrida gyerpetik stomatitli homilador ayollarda og'iz suyuqligida IL-10 ning juda past miqdorini topdik. IL-10 ning asosiy funksiyalaridan biri hujayra immunitetini zaralanishi va steroidogenezni (progesteron, SGP) rag'batlantirish, shuningdek

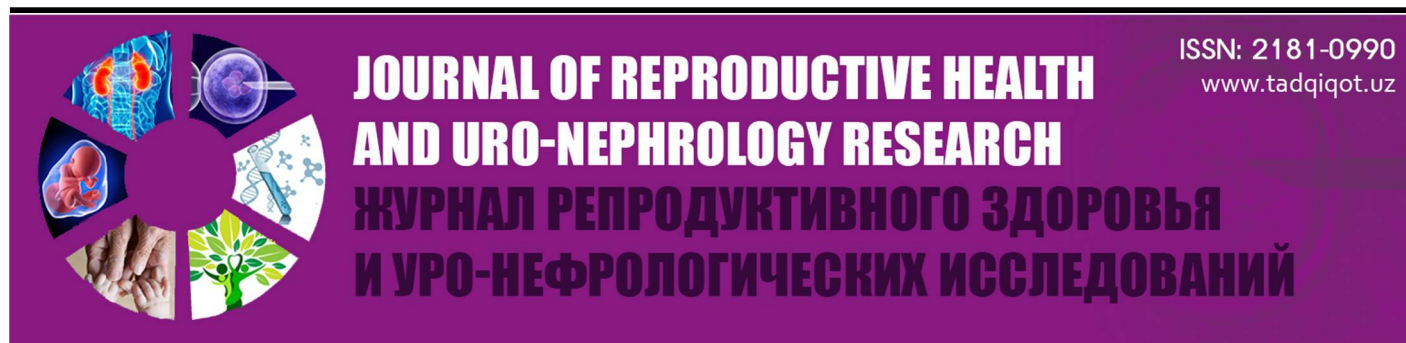
blokirovka qiluvchi antikorlarni ishlab chiqarishdir. Bundan tashqari, IL-10 Th-0 ning Th-2 fenotipiga differentsiatsiyasi yo'nalishida muhim rol o'ynaydi, makrofaglar tomonidan prostaglandinlar va sitokinlar ishlab chiqarishga zararkovchi ta'sir ko'rsatadi, shuningdek, embriionni muvaffaqiyatli implantatsiya qilish uchun zarur bo'lgan trofoblast hujayralarida HLA-G molekularining ekspresionini kuchaytiradi va th-2 hujayra faoliyatini ta'minlash. Vegmann T. G., Lin X., Guilbert L. tadqiqotlarida. (1993) 4 Sidelnikova V. M., (2005), u yerta bosqichlarida il-10 ishlab chiqarish tiyilish homiladorlik bekor sabab deb ko'rsatilgan edi. Bundan tashqari, TGF-b va IL-10 supressor

faoliyati bilan normativ t- hujayralari avlod hissa [Arinola O. G., Louis J., Tacchini-Cottier F., 2004; Matsumura T., Hayashi H., Takii T., 2004]. Shuni ta'kidlash kerakki, IL-10 tananing allergizatsiyasi va antiparazitik himoya uchun mas'ul bo'lgan immun javobning gumoral komponentida ishtirok yetadi. Ushbu sitokin (IL-10) IgE sintezini ham rag'batlantiradi, bu yesa ushbu yo'nalishdagi tadqiqotlarning davom yetishini ko'rsatadi.

Xulosa: Gyerpetik stomatit bilan murakkablashgan homiladorlik davrining ikkinchi trimestrda aniqroq bo'lgan og'iz suyuqligidagi IL-10 darajasining pasayishi bilan birga keladi

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Gomez-Lopez N. Normal and premature rupture of fetal membranes at term delivery differ in regional chemotactic activity and related chemokine/cytokine production. *Reprod. Sci.* 2013; 20 (3): 276-84.
2. Wegmann T.G., Lin H., Guilbert L. Bidirectional cytokine interactions in the maternal-fetal relationship - is successful pregnancy a Th2 phenomenon? // *Immunol. Today.* - 1993. - Vol. 14. -P 353-356.
3. Zhang J.H., He H., Borzychowski A.M. Analysis of cytokine regulators inducing interferon production by mouse uterine natural killer cells // *Biol. Reprod.* - 2003. - Vol. 69. - R 404-411.
4. Arinola O.G., Louis J., Tacchini-Cottier F., Aseffa A., Salimonu L.S. Interleukin-4 (IL-4) and interferon-gamma (IFN-gamma) in pregnant C57BL/6 mice infected with *L. major* at different gestational periods. // *West Afr J Med.* - 2004. - № 23(3).-P202- 207.
5. Matsumura T., Hayashi H., Takii T. TGF- β down-regulates IL- 1, induced TLR2 expression in murine hepatocytes // *Journal of Leukocyte Biology.* - 2004. - Vol. 75. -P1056-1061.
6. Saito S., Nakashima A., Shima T., and M. Ito, "Th1/Th2/Th17 and Regulatory T-Cell Paradigm in Pregnancy" // *American Journal of Reproductive Immunology.*- 2010. - Vol.63. - № 6.- P 601-610.
7. Denney J. M., Nelson E. L., Wadhwa P D. "Longitudinal modulation of immune system cytokine profile during pregnancy"// *Cytokine.*- 2011. -№53. - P 170-177.
8. Chang Y., Piao S.L., Gao S., Zheng D.M. Regulatory effects of micronutrient complex on the expression of Th1 and Th2 cytokines in diabetic C57BL mice. *Wei Sheng Yan Jiu.*, 2005, Vol. 34, no. 1, pp. 64-66.
9. Xu A., Zhu W., Li T., Li X., Cheng J., Li C., Yi P., Liu L. Interleukin-10 gene transfer into insulin-producing β cells protects against diabetes in non-obese diabetic mice. *Mol. Med. Rep.*, 2015, Vol. 12, no. 3, pp. 3881-3889.



УДК 618.1 (075.8).

Jalolova Iroda Abdujabborovna

Master's Resident

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

PhD, Assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Xamroeva Lola Kaharovna

Associate professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL VAGINAL STRICTURE IN ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN

For citation: Jalolova Iroda Abdujabborovna, Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Xamroeva Lola Kaharovna, Our experience in the treatment of congenital vaginal stricture in adolescents and young women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7701653>

ABSTRACT

Every year there is a noticeable increase in the number of adolescents and young women born with genital abnormalities. Genital malformations account for 3–4% of all congenital malformations and are diagnosed in 6.7–25% of patients with disorders in the reproductive system. We examined 26 adolescents and young women with congenital vaginal stricture, aged 18 to 25 years. The complexity of the problem is determined by the difficulty of timely diagnosis and treatment. A large number of diagnostic errors were revealed, which led to incorrect treatment tactics. [2-3]

Doctors of almost all specialties are faced with-- the need to solve specific issues of prevention of violations of the reproductive function of women long before the onset of puberty. Congenital stricture or vaginal stenosis is a complex congenital malformation. [2-3]

Vaginal stenosis does not lead to a delay in the outflow of menstrual blood, but with the onset of sexual activity there are problems of impossibility or difficulty of sexual life. The anomaly is detected late and causes a lot of social problems. In this regard, early detection of congenital abnormalities of the uterus and/or vagina in girls and adolescents, comprehensive treatment and full-fledged medical rehabilitation should in the future contribute to improving women's sexual health.

Key words: congenital disorders, genital organs, vaginal atresia, stricture, adhesive process, girls, diagnostics, vaginoplasty

Жалолова Ирода Абдужаббаровна

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный

Медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный

Медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гулнора Тоштемировна

кандидат медицинских наук, ассистент

Самаркандский Государственный

Медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Хамроева Лола Каххоровна
кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СТРИКТУРЫ ВЛАГАЛИЩА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

АННОТАЦИЯ

С каждым годом наблюдается заметный рост числа подростков и молодых женщин родившихся с аномалиями развития половых органов. Пороки развития гениталий, составляют 3–4 % всех врожденных пороков и диагностируются у 6,7–25 % пациенток с нарушениями в репродуктивной системе [1].

Нами обследовано 26 подростков и молодых женщин, с врожденной стриктурой влагалища, в возрасте от 18 до 25 лет. Сложность проблемы определяется трудностью своевременной диагностики и лечения. Выявлено большое количество диагностических ошибок, которое привело к неправильной лечебной тактике.

Врачи практически всех специальностей сталкиваются с необходимостью решать специфические вопросы профилактики нарушений репродуктивной функции женщин задолго до наступления периода половой зрелости. Врожденная стриктура или стеноз влагалища является сложным врожденным пороком развития [2-3].

Стеноз влагалища не приводит к задержке оттока менструальной крови, но с началом половой жизни возникают проблемы невозможности или затрудненности половой жизни. Аномалия выявляется поздно и причиняет множество проблем социального характера. В этой связи раннее выявление врожденных аномалий развития матки и/или влагалища у девочек и подростков, комплексное лечение и полноценная медицинская реабилитация должны в перспективе способствовать улучшению сексуального здоровья женщин. [4,5].

Ключевые слова: врожденные нарушения, половые органы, атрезия влагалища, стриктура, спаечный процесс, девочки, диагностика, вагинопластика.

Jalolova Iroda Abdujabborovna

Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Negmadjanov Baxodur Boltayevich

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

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Tibbiyot fanlar nomzodi, Assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

Xamroeva Lola Kaharovna

Tibbiyot fanlar nomzodi, Docent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston

O'SMIRLAR VA YOSH AYOLLARDA TUG'MA VAGINAL TORAYISHNI DAVOLASH BO'YICHA TAJRIBAMIZ

ANNOTATSIYA

Har yili jinsiy a'zolar rivojlanishida anomaliyalar bilan tug'ilgan o'smirlar va yosh ayollar soni sezilarli darajada oshdi. Jinsiy organlarning malformatsiyasi, barcha tug'ma nuqsonlarning 3-4 foizini tashkil qiladi va reproduktiv tizimi buzilgan bemorlarning 6,7–25 foizida tashxis qilinadi [1].

Biz 18 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan tug'ma vaginal torayishdan 26 nafar o'smir va yosh ayollarni tekshirdik. Muammoning murakkabligi o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolash qiyinligi bilan belgilanadi. Noto'g'ri davolash taktikasiga olib kelgan ko'plab diagnostik xatolar aniqlandi.

Deyarli barcha mutaxassisliklar shifokorlari balog'at yoshidan ancha oldin ayollarning reproduktiv funktsiyalari buzilishining oldini olishning o'ziga xos masalalarini hal qilish zarurligiga duch kelishadi. Tug'ma striktura yoki vaginal stenoza murakkab tug'ma nuqsondir [2-3].

Vaginal stenoza hayz ko'rish qonining kechikishiga olib kelmaydi, ammo jinsiy faoliyatning boshlanishi bilan jinsiy faoliyatning mumkin emasligi yoki qiyinligi muammolari paydo bo'ladi. Anomaliya kech aniqlanadi va ko'plab ijtimoiy muammolarni keltirib chiqaradi. Shu munosabat bilan, qizlar va o'spirinlarda bachadon va/yoki qin rivojlanishidagi tug'ma anomalliklarni erta aniqlash, kompleks davolash va to'liq tibbiy rehabilitatsiya kelajakda ayollarning jinsiy salomatligini yaxshilashga yordam berishi kerak. [4,5].

Kalit so'zlar: tug'ma kasalliklar, jinsiy a'zolar, qin atreziyasi, striktura, yopishqoqlik, qizlar, diagnostika, vaginoplastika.

Congenital malformations - persistent intrauterine abnormalities are caused by one of three reasons: underdevelopment, violation of recanalization or incomplete fusion of the Muller ducts.

Violations of the embryogenesis process at any stage up to the 20th week of gestation lead to the development of a wide variety of uterine and vaginal defects.

In this article, the congenital stricture of the vagina is considered as an example. Stenosis (Greek: Narrow, tight) or stricture (Latin: Stricture - compression) is a congenital or acquired persistent narrowing of the lumen of any hollow anatomical structure of the body. [6-8]

The aim of the study was to analyze errors and improve the management of patients with congenital vaginal stricture.

Materials and methods. To achieve this goal, we conducted a clinical and laboratory analysis of 26 patients with congenital vaginal stricture who applied to the gynecological department of the maternity complex No. 3 and the private clinic "Doctor Shifo Baxt" in Samarkand. All the examined patients and their parents have a carefully collected anamnesis. The average age ranged from 18 to 25 years. The patients were examined only after receiving the voluntary informed consent of the patients and their legal representatives.

Of the total number of examined adolescent patients, there were 19.7%, women of early and active reproductive age, 80.3% of patients. The age of sexual initiation in 71.8% of women ranged from 18 to 25 years.

All patients underwent clinical and laboratory studies, including anamnestic data, general and gynecological examination with an assessment of the features of the structure of the perineum, external genitalia and urethra. Ultrasound examination was performed to clarify the anatomical, topographic and structural features of the internal genitalia. And it was also recommended to perform a vaginoscopy (which was not performed), in case of suspicion of a developmental anomaly with a normally formed vagina, allowing visualization of the lower genital tract. It should be noted that magnetic resonance imaging with a targeted assessment of uterine rudiments is the most reliable diagnostic method of research. [9]

Results: During the treatment, patients complained of the impossibility of sexual intercourse in 26.7% of cases, difficulty in sexual contact in 38% of patients, as well as cyclic pains in the lower abdomen and lower back were noted in 66.1% of patients, fecal and stool incontinence in 12.6% of patients.

The uncertainty of the anatomical boundaries between the "third" vaginas, which makes it difficult to choose the technique of surgery, served as the basis for our thorough study of the structure of the vagina,

the degree of mobility of tissues in relation to the pelvic base, rectum, bladder.

When analyzing patients with vaginal stricture, we encountered diagnostic problems in some atypical cases. In cases of discrepancy between the anamnesis data, the clinical picture and the ultrasound results, magnetic resonance imaging was performed. In the absence of hematocolpos, vaginoscopy turned out to be the most informative, compared with ultrasound and MRI, since this method allowed us to estimate the length of the septum. Careful study of anatomical and topographic features and diagnostics in the preoperative period in patients contributed to the choice of optimal surgical treatment.

The most optimal approach to the treatment of congenital stricture of the vagina is plastic surgery with local tissues by the "W" method of plastic surgery. The operation should allow to avoid restenosis, scarring, to ensure adequate sexual function without the formation of dyspareunia. The advantages of "W" plastic surgery should also include a reduction in injury, complexity and risk of surgery.

Here is an example from practice: Patient I.D., 24 years old, upon admission to the hospital, after a thorough examination, a diagnosis was made: An anomaly of the development of the genitals. Congenital stenosis (stricture) of the middle third of the vagina. Concomitant D.Z the patient underwent surgery - Excision of the stenosing area of the lower third of the vagina. "W" plastic.



Fig. Operation: excision of the stenosing area of the middle third of the vagina. "W" plastic.

After surgery, the patient managed to restore the normal patency of the vagina. There were no complications in the immediate postoperative period. In the long - term period, the patient notes

Conclusion: Thus, vaginal malformations (congenital stricture of the vagina) in girls at any age requires a mandatory examination by a pediatric gynecologist. In order to clarify the nature of the malformation and to resolve the issue of the possibility, as well as the scope of medical care, it is mandatory to perform a comprehensive diagnostic search. If an anomaly of the development of the genitals is detected, in addition to

a standard gynecological examination, vaginoscopy should be performed, and before surgery, an MRI should be performed to assess the anatomical and topographic features of the pelvic organs. The surgical correction of congenital stricture of the vagina is based on the use of local tissues, which is a rational method of treatment that allows to achieve normal patency of the vagina. To assess the condition of patients in the postoperative period, a very important stage is long-term follow-up and rehabilitation with a mandatory assessment of long-term results.

References

1. Krutova V.A., Naumova N.V., Kotlova T.A., et al. Algorithm of diagnosis and treatment of girls with congenital malformations of the reproductive system // Reproductive health of children and adolescents. — 2015. — No. 1. — pp. 30-36. [Krutova VA, Naumova NV, Kotlova TA, et al. An algorithm for diagnostics and treatment of girls with congenital malformations of the reproductive system. Pediatric and adolescent reproductive health. 2015;(1):30–36. (In Russ).
2. Ludwin A. et al. Reliability of the European Society of Human Reproduction and Embryology/European Society for Gynaecological Endoscopy and American Society for Reproductive Medicine classification systems for congenital uterine anomalies detected using three-dimensional // Fertil. Steril. 2015. Vol. 104, N 3. P. 688-697.
3. Uvarova E.V., Davtyan G.M., Buralkina N.A., Kruglyak D.A. Formation of neovagalischa by complex nonoperative colpoptosis in patients with Mayer–Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome // Reproductive health of children and adolescents. 2014. No. 6. pp. 40-49.
4. Dietrich J.E., Millar D.M., Quint E.H. Obstructive reproductive tract anomalies // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2014. Vol. 27, N 6. P. 396–402. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2014.09.001> Epub 2014 Sep 11. PMID: 25438708.
5. Abu-Ghanem S., Novoa R., Kaneti J., Rosenberg E. Recurrent urinary retention due to imperforate hymen after hymenotomy failure: a rare case report and review of the literature // Urology. 2011. Vol. 78. P. 180-182.
6. Uvarova E.V., Tarusin D.I. Manual on the examination of the state of the reproductive system of children and adolescents. Moscow : Triad-X, 2009. 232 p.
7. Avetisova L.R. Algomenorrhea in puberty girls /Dis. doctor of Medical Sciences. - M.: 1990. -315 p.

8. Golubeva I.V. Hermaphroditism: clinic, diagnosis, treatment. - M.: Medicine, 1980. - 159 p.
9. Demidova E.M. Clinic and diagnosis of malformations of internal genitalia during puberty /Dis. Candidate of Medical Sciences. -M.:



УДК 616.31-002.2: 582.282.23]-053.2-08:-084

Kamilov Khaidar Pozilovich
 Doctor of Medical Sciences, Professor
 Tashkent Stomatology Institute
 and Hospital therapeutic dentistry
 Tashkent, Uzbekistan

Yuldasheva Nasiba Alisherovna
 Phd Associate Professor
 Tashkent state Stomatology Institute
 Tashkent, Uzbekistan

Isroilova Makhina Ilhomjon kizi
 Student magistracy
 Tashkent Stomatology Institute
 Tashkent, Uzbekistan

DENTAL EXAMINATION OF PREGNANT WOMEN WITH HERPETIC STOMATITIS

For citation: Kamilov Khaidar, Yuldasheva Nasiba Alisherovna, Isroilova Makhina Ilhomjon kizi, Dental examination of pregnant women with herpetic stomatitis, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7701964>

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological state of the female body, which is often accompanied by an exacerbation of various chronic pathological processes due to the increased demands placed on organs and systems during this period. When pregnancy occurs, profound hormonal changes and changes in immunological reactivity occur, which adversely affect the clinic of latent various chronic diseases of bacterial origin [7]. One of the brightest manifestations of this period are changes in the state of organs and tissues of the oral cavity, both periodontal and teeth [1,2,4].

When studying the mechanism of development of the pathology of oral tissues during pregnancy, the presence of extragenital and gynecological diseases, the number of pregnancies, the trimester and complications of pregnancy, the woman's age and other reasons are of great importance. The existing diseases and pathologies of the oral cavity, which are complicated by the onset and development of pregnancy, are of no small importance [4,9].

According to different authors, in the physiological course of pregnancy, the prevalence of dental caries is 91-92%, periodontal tissue diseases occur in 90% of cases, lesions of previously intact teeth (with a predominantly acute course of the carious process) - in 38% of pregnant patients. In half of pregnant women and parturient women, the so-called gingivitis of pregnant women is observed with a physiological course already at 2-3 months of pregnancy [1,8]. In the future, as pregnancy develops, periodontitis progresses continuously, and only in the postpartum period does the clinical picture improve slightly [10].

Keywords: herpetic stomatitis, herpetic stomatitis in pregnant women.

Камилов Хайдар Позилович
 Доктор медицинских наук, профессор
 Ташкентский государственный стоматологический институт
 Ташкент, Узбекистан

Юлдашева Насиба Алишеровна
 PhD, доцент
 Ташкентский государственный стоматологический институт
 Ташкент, Узбекистан

Исроилова Мохина Ильхомжоновна
 Резидент магистратуры
 Ташкентский государственный стоматологический институт
 Ташкент, Узбекистан

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

АННОТАЦИЯ

Беременность - физиологическое состояние женского организма, которое часто сопровождается обострением различных хронических патологических процессов вследствие повышенных требований, предъявляемых в этот период к органам и системам. При наступлении беременности происходят глубокие гормональные сдвиги и изменения иммунологической реактивности, которые неблагоприятно отражаются на клинике латентно протекающих различных хронических заболеваний бактериального генеза [7]. Одним из ярких проявлений данного периода являются изменения в состоянии органов и тканей полости рта, как пародонта, так и зубов [1,2,4].

При изучении механизма развития патологии тканей полости рта в период беременности большое значение имеет наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, количество беременностей, триместр и осложнения беременности, возраст женщины и другие причины. Немаловажное значение приобретают имеющиеся заболевания и патологии полости рта, осложняющиеся при наступлении и развитии беременности [4,9].

По данным разных авторов при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91-92%, заболевания тканей пародонта встречаются в 90 % случаев, поражение ранее интактных зубов (с преимущественным острым течением кариозного процесса) - у 38 % беременных пациенток. У половины беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при физиологическом течении уже на 2-3 месяце беременности [1,8]. В дальнейшем, по мере развития беременности пародонтопатии непрерывно прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина немного улучшается [10].

Ключевые слова: герпатический стоматит, герпатический стоматит у беременных.

Komilov Haydar Pozilovich

Tibbiyot fanlari doktori professor

Toshkent Davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Yo'ldosheva Nasiba Alisherovna

PhD, dotsent

Toshkent Davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Isroilova Moxina Ilhomjon qizi

magistratura talabasi

Toshkent Davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

HERPETIK STOMATIT BILAN HOMILADOR AYOLLARNI STOMATOLOGIK TEKSHIRISH

ANNOTATSIYA

Homiladorlik-bu ayol tanasining fiziologik holati bo'lib, u ko'pincha ushbu davrda organlar va tizimlarga qo'yiladigan talablarning oshishi tufayli turli xil surunkali patologik jarayonlarning kuchayishi bilan birga keladi. Homiladorlikning boshlanishi bilan chuqur gormonal o'zgarishlar va immunologik reaktivlikdagi o'zgarishlar yuz beradi, bu bakterial genezning yashirin davom etadigan turli xil surunkali kasalliklari klinikasida salbiy aks etadi [7]. Ushbu davrning yorqin namoyonlaridan biri og'iz bo'shlig'i organlari va to'qimalarining, ham periodontal, ham tishlarning holatidagi o'zgarishlardir [1,2,4].

Homiladorlik paytida og'iz to'qimalarining patologiyasini rivojlantirish mexanizmini o'rganishda ekstragenital va ginekologik kasalliklarning mavjudligi, homiladorlik soni, homiladorlikning trimestri va asoratlari, ayolning yoshi va boshqa sabablar katta ahamiyatga ega. Homiladorlikning boshlanishi va rivojlanishi bilan murakkablashadigan og'iz bo'shlig'ining mavjud kasalliklari va patologiyalari muhim ahamiyatga ega [4,9].

Turli mualliflarning fikriga ko'ra, homiladorlikning fiziologik davrida tish kariesining tarqalishi 91-92% ni tashkil qiladi, periodontal to'qimalarning kasalliklari 90% hollarda uchraydi, ilgari buzilmagan tishlarning shikastlanishi (kariyer jarayonining o'tkir kursi bilan) - homilador bemorlarning 38% da. Homilador ayollar va tug'ruqdagi ayollarning yarmida homilador ayollarning gingivitlari homiladorlikning 2-3 oyligida fiziologik kursda kuzatiladi [1,8]. Keyinchalik, homiladorlik davom etar ekan, periodontopatiyalar doimiy ravishda rivojlanib boradi va faqat tug'ruqdan keyingi davrda klinik ko'rinish biroz yaxshilanadi.

Kalit so'zlar: herpatik stomata, Bremendagi herpatik stomatit.

In connection with the appearance, development or exacerbation of diseases in the oral cavity with the onset of pregnancy, the purpose of our research is to determine the algorithm for examining pregnant women with herpetic gingivitis and periodontitis.

The result of the examination of pregnant women with periodontal diseases was the establishment of the type, form, severity, nature of the course of the disease, the identification of general and local etiological and pathogenetic factors.

The clinical examination included the identification of complaints and the collection of anamnesis.

To assess the hygienic state of the oral cavity, the hygiene index (IG) OHI-S index, Greene J.C., Vermillion J.R., 1964, was used.

Plaque index - DI-S and stone index - CI-S were used to determine the presence and amount of plaque, as well as supragingival and subgingival calculus.

The value of the total index (OHI = DI+CI) from 0 to 1.2 indicated a satisfactory condition of oral hygiene; from 1.3 to 3.0 - poor sanitary condition of the oral cavity.

Gingival inflammation was quantified using the papillary-marginal periodontal index (PMA) according to Sohour J. and Masseler M., 1948, modified by Parma P., 1960.

The complex periodontal index (CPI) according to Leus, 1989, which belongs to the indices of the first type, was used for epidemiological studies. Index criteria: 0.1 - 1.0 - risk of periodontal disease; 1.1 - 2.0 - mild degree; 2.1 - 3, 0 - moderate and ≥ 3.1 - severe.

Tooth mobility was assessed according to G.M. Barer and T.I. Lemetskaya (1966) as follows: 1 degree - the tooth is displaced in the vestibulo-oral direction by no more than 1-2 mm; 2 degree - more than 3 mm; Grade 3 - the tooth is mobile in all directions and even vertically.

Early signs of inflammation were determined by the presence of bleeding. Bleeding was assessed by H.P. Muhlemsnn and S.Sow (1971) in the area of 16, 12, 44, 32 and 36 teeth.

Women who applied to the clinic of therapeutic dentistry were grouped according to age and trimester of pregnancy. In the dynamics of pregnancy, the periodontal condition was assessed in 132 women in the first trimester; 110 - in the II trimester; 95 - in the III trimester, the control group consisted of 50 non-pregnant women with intact periodontium.

In the future, when compiling study groups, the same principle was followed.

When studying the epidemiology of periodontal diseases, the state of periodontal tissues was assessed using the community periodontal

index (CPI), developed by WHO/FDI experts for epidemiological dental surveys of the population.

Registration of data for the CPITN index was carried out according to the following pairs of signs of codes: 0 - no pathological signs; 1 - bleeding after examination; 2 - subgingival tartar;

3 - pathological pocket 4-5 mm deep; 4 - pathological pocket with a depth of 6 mm or more. The analysis of the results was carried out by assessing the number of examined sextants of the dental arches belonging to a certain CPITN code, as well as by the average values of CPITN in the survey groups.

The index assessment of the state of periodontal tissues was carried out in dynamics: before the start of treatment, after the end of treatment, in the third trimester and in the postpartum period.

The next stage of the study is to establish the features of the main pathogenetic mechanisms for the development of periodontal diseases during pregnancy. For this, a comparative analysis of clinical symptoms, microcirculation, microbiological, biochemical mechanisms of development of periodontitis in the same women with intact periodontal disease, gingivitis, HPLS, HPTS and HPTS in the dynamics of pregnancy development - I, II and III trimesters was carried out. The comparison groups consisted of non-pregnant women of comparable age and socioeconomic status. The average age of women in the groups ranged from 26.3±0.81 to 28.82±1.13 years. The number of pregnant women in the groups was comparable in percentage terms.

The effect of pregnancy on peripheral microcirculation in periodontal tissues was carried out using laser Doppler flowmetry (LDF). The microcirculation of blood in the capillaries of the gingival mucosa in the region of 42-43 teeth was studied. Registered the value of the average blood flow - M (perf.ed.); fluctuation of the flow of erythrocytes (flux) - σ (perf.un.); coefficient of variation (Kv), characterizing the vasomotor activity of microvessels; the state of active and passive mechanisms of microcirculation, the ratio of which characterizes the microcirculation efficiency index (IEM).

Currently, much attention is paid to oxidative stress due to its high significance in the development of periodontal diseases, in the pathogenesis of which is an inflammatory-destructive process. Intensity of LPO in oral liquid and blood serum was assessed by the level of CL and concentration of MDA. Functional state of AOS was assessed by activity of CAT, SOD and GP. The relationship between gingivitis and periodontitis in pregnant women and the state of the LPO-AOS system with the period of pregnancy was determined. Chemiluminescence spectrophotometric methods were used.

The leading place in the system of antimicrobial protection belongs to normal autoflora of oral mucosa. The constancy of the microbial composition of the oral cavity is maintained largely due to the properties of normal microflora to resist pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms [3]. Increased hormone production during pregnancy dramatically increases the risk of developing inflammatory periodontal diseases; periodontal diseases in pregnant women arise and worsen due to imbalance among resident species under the influence of pregnancy factors that disrupt homeostasis of the oral ecosystem [4].

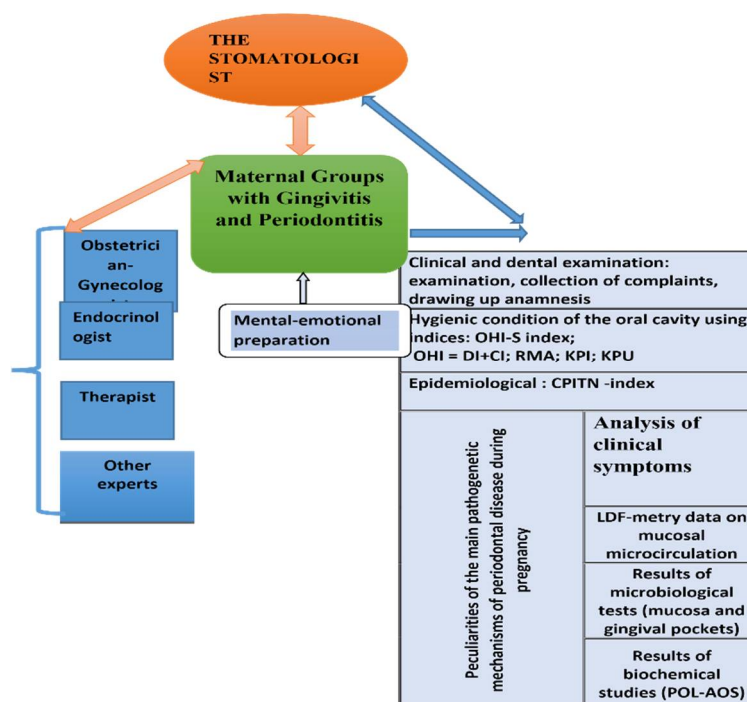
Oral fluid was collected from all the examined pregnant women by mucous membrane flushing and serial dilutions were prepared and isolated on various nutrient media. The genus identity was determined by the substances produced by certain microorganisms.

The role of many mechanisms in the pathogenesis of periodontitis has been proved, with periodontal microflora being the primary trigger mechanism in the development of the pathological process in periodontal tissues, which initiates the pathological process. To determine the composition of microflora we studied the content of periodontal pockets (PC), which was obtained using sterile paper endodontic pins (size №25), which were dipped into the gingival sulcus or the deepest PC to its bottom and left for 10 seconds. Microorganisms were determined by real-time polymerase chain reaction (PCR) using a DT-96 detection amplifier and a set of reagents from NPO DNA-Technology, Russia. Pathogenic microflora were detected depending on pathology and gestational period.

For an objective assessment of the periodontal tissues condition, an index assessment was performed in all pregnant women, which was necessary to identify the data obtained. The index assessment was performed dynamically in the periods: before treatment, in the third trimester, and in the postpartum period. According to the obtained index assessment of the periodontal condition, a treatment plan was individually developed for pregnant women [5,7,9,10].

Stomatological care during pregnancy is governed by the need to create the most favorable conditions for fetal development and increased predisposition of a woman's body to the development of pathological changes in the periodontium. Restrictions associated with the technology of dental treatment are of no small importance. Restriction of X-ray diagnosis, anesthesia drugs, chair position and others [6,7].

Thus, for the examination and treatment of pregnant women with gingivitis and periodontitis, the algorithm scheme in Fig. 2 is presented.



Pic.1. A Algorithm of examination and treatment of pregnant women with gingivitis and periodontitis.

References

1. Bakhmudov B.R., Alieva Z.B., Bakhmudov M.B. Results of the study of dental caries morbidity in young and age-matched primiparous pregnant women // *Dentistry*. - 2011. - №5. - C.19-22.
2. Dubrovskaya M. V., Lepilin A. V. Immunological disorders in the formation of periodontal disease in pregnant women // *Saratov Scientific-Medical Journal*. - 2010. - T. 6, №2. - C. 392-396.
3. Zorina O.A., Kulakov A.A., Rebrikov D.V. Quantitative assessment of the ratio of pathogenic representatives of oral microbiocenosis in the normal and periodontitis // *Dentistry*. - 2011. - №3. - C.40-42.
4. Lepilin A. V., Dubrovskaya M. V. Risk factors and diagnostic criteria of inflammatory periodontal diseases in pregnant women // *Medical Science and Education of the Urals*. - 2010. - T.11, № 2. - C. 20-23.
5. Omigova Ye. Local anti-inflammatory treatment of chronic periodontitis in pregnant women // *Perm*. - 2009. - T. 26, № 3. - C. 24-27.
6. Rabinovich S.A., Moskovets O.N., Demina N.A. The psychophysiological state of pregnant women at the stomatological reception // *Clinical stomatology*. - 2000. - №4. - P.35-37.
7. Yakubova I.I., Krizhalko O.V. Rationale for the tactics of the dentist before and during pregnancy and during lactation. Part 4. II trimester of pregnancy // *Dentistry of childhood and prevention*. - 2010. - № 3. - C. 35-39.
8. Yamshchikova Ye.E., Borchalinskaya K.K. Prevention of dental caries and periodontal disease in pregnant women // *DENTAL FORUM*. - 2009. - №4. - C.49.
9. Agueda A., Ramon J.M., Manau C., Guerrero A., Echeverria J.J. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study // *J. Clin. Periodontol*. - 2008. - Vol.35. - P.16-22.
10. Kristen S. Marchi M.P.H., Susan A. Fisher-Owens, M.D.M.P.H., [...], and Paula A. Braveman, MD, MPH. Most Pregnant Women in California Do Not Receive Dental Care: Findings from a Population-Based Study // *Public Health Rep*. - 2010. - Vol.125, N6. - P.831-842.



УДК 616.61-089.843

Mirzaev Husanjon Shokirjonovich

Assistant

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Rizaev Eler Alimzhanovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

TO STUDY THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION WITH COMBINED CHRONIC PERIODONTAL DISEASE

For citation: Mirzaev Husanjon Shokirjonovich, Rizaev Eler Alimzhanovich, To study the features of markers in patients after kidney transplantation with combined chronic periodontal disease, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7702038>

ABSTRACT

The purpose of this work was to study the features of the dental status in patients with CRF, develop and put into practice scientifically-based recommendations for the management, prevention of dental diseases and dispensary supervision by dentists of ballroom patients with CRF who are on hemodialysis and with a transplanted kidney, as well as outpatient patients with various forms of nephritis.

Key words: kidney transplantation, chronic generalized periodontitis, hyperoxaluria, uraturia.

Мирзаев Хусанжон Шокиржонович

Ассистент

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Ризаев Элер Алимжанович

доктор медицинских наук, доцент

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА

АННОТАЦИЯ

Настоящей работы явилось изучение особенностей стоматологического статуса у больных с ХПН, разработка и внедрение в практику научно-обоснованных рекомендаций по ведению, профилактике стоматологических заболеваний и диспансерному наблюдению стоматологами больных с ХПН, находящихся на гемодиализе и с трансплантированной почкой, а также амбулаторных больных с различными формами нефритов.

Ключевые слова: трансплантации почек, хронический генерализованный пародонтит, гипероксалурия, уратурия.

Mirzaev Husanjon Shokirjonovich

Assistant

Toshkent davlat stomatologiya institute

Toshkent, O'zbekiston

Rizaev Eler Alimzhanovich

Tibbiyot fanlari doctori, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya institute

Toshkent, O'zbekiston

SURUNKALI PARODONTA KASALLIK BILAN BUYRAK TRANSPLANTATSIYASIDAN KEYIN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARINI O'RGANISH

ANNOTATSIIYA

Ushbu ish SGP bilan og'riqan bemorlarda tish holatining xususiyatlarini o'rganish, gemodializ va transplantatsiya qilingan buyrak bilan kasallangan SGP bilan kasallangan bal zalining stomatologlari tomonidan stomatologik kasalliklarni boshqarish, oldini olish va dispanser nazorati bo'yicha ilmiy asoslangan tavsiyalarni ishlab chiqish va amalga oshirish, shuningdek, turli xil nefrit shakllari bo'lgan ambulatoriya bemorlari.

Kalit so'zlar: buyrak transplantatsiyasi, surunkali generallashgan parodontit, giperoksaluriya, uraturiya.

Kidney transplantation has long been recognized as the best method of treating patients with chronic renal failure (CRF) in the terminal stage. As the number of such patients around the world is continuously increasing, the demand for kidney transplantation is constantly growing, but continues to be much higher than the supply. In related transplants, it was observed that the volume of the kidney is an independent determinant determining the results of transplantation of this organ, and that transplants from male donors have a larger size than kidneys from female donors. Moreover, there are publications stating that when a kidney is transplanted from male donors, female recipients are more likely to develop a rejection reaction than male recipients when they are transplanted from male donors. Survival was lower in the group of recipients who received a kidney from a female donor, although most publications show that male recipients with a kidney from a female donor had higher blood creatinine 1 year after transplantation. 2 years after the related transplant, this difference was not observed. Thus, the influence of gender on the results of transplantation of related kidneys was not found. Other opinions are expressed about the influence of gender on the results of kidney transplantation. "The survival rate of a kidney from a man or a woman in the body of a female recipient is almost the same" "Women do not care whether they receive a kidney from a man or from a woman. On the contrary, male recipients have significantly better survival with a male donor kidney than with a kidney transplant from a female donor." In addition, there is still an opinion that female recipients are more likely to reject male donor organs, and male recipients are more likely to develop a "graft versus host" reaction. Since opinions on the influence of the gender of the donor and recipient are contradictory, we decided to analyze our own clinical material. Our Center has the opportunity to monitor recipients of transplanted kidneys for life, so that we can analyze the results in the long term after allotransplantation.

However, the literature data on the prevalence of dental diseases in patients with chronic renal failure are quite contradictory and are presented only for some individual forms. In the literature available to us, we found her works, the characteristics of diseases of the oral cavity in patients with CRF, who are on hemodialysis and with a transplanted kidney.

The aim of the study is to evaluate medical and dental care for patients after kidney transplantation, to develop criteria for early diagnosis and prediction of its course.

Material and methods. To solve the tasks, the study of the conditions of the oral cavity organs in patients with chronic nephritis when they were admitted to inpatient treatment, in patients with CRF who are on inpatient hemodialysis and patients with a transplanted kidney was carried out. To characterize the general status of patients, a number of indicators were taken from the medical history and anamnestic data, statistical data (anamnestic questionnaire), the main methods of clinical examination, subjective indicators were used to characterize the dental status and diagnose diseases of the hard tissues of teeth of non-carious origin and caries. In the diagnosis of periodontal tissue diseases /gingivitis, periodontitis, periodontal disease, in addition to the main diagnostic methods, periodontal indices and functional methods were used. In addition, X-ray changes in the bone tissue of the jaws, the function of the dental pulp, the immunological status and the function of the salivary glands were studied.

A total of 210 patients aged 20 to 45 years were examined, 60 of them were on outpatient treatment with chronic kidney diseases and 150 were on inpatient treatment.

The results of clinical trials were recorded in a specially designed card, which noted the passport data of the patient, the main indicators characterizing the general and local status, data from laboratory research methods. Results of examination of outpatient patients with various kidney diseases.

We studied the CPU, GI, SHA, RI indices, EDI indicators. To detect latent inflammation, a Schiller-Pisarev test was performed. To determine the functional state of the parococcus, a Kulazhenko test, rheoparodontography / RPG/, the intensity of mucosal coloration, radiography, volume, secretion rate of mixed saliva, saliva pH, calcium concentration, saliva immunoglobulins and blood serum were performed. The control group consisted of 40 people with almost intact periodontal disease and a healthy general status of the appropriate age. The intensity of caries, non-carious lesions, periodontal tissue diseases were also studied. With intact) the method of decoding rheograms was used.

Research results and their discussion: According to our study, a fairly high prevalence of dental diseases was revealed in patients with CRF, which amounted to 36.6%.

So, among the diseases of the cecary origin, the greatest interest, in our opinion, is enamel hyperesthesia, which has a systemic character in sonoen. In patients with compensated forms of nephritis, hyperesthesia was detected in

Comparing the studied indicators of caries in patients with CRF with the control group, it should be noted that the prevalence and intensity of caries in the studied groups have certain differences. Thus, the prevalence of caries in the group of ballroom in the pre-treatment period was 92.4 ± 2.9 , in / CPU - 5.40 ± 0.13 ; e group of patients undergoing hemodialysis - 91.2 ± 2.9 / CPU - 5.33 ± 0.15 . In patients after kidney transplantation, the prevalence rates approach the control group: 89.8 ± 3.2 %, the intensity - 5.3 ± 0.15 . / Control group - 89.8 ± 3.2 ^; the intensity of CPU - 4.60 ± 0.12 /. The high incidence of caries in patients with ZHN is explained by a violation of the function of the salivary glands, metabolism and a decrease in the immunological status. The results of our studies of the functions of the salivary glands and their susceptibility to caries in patients with dental pathology have shown that the volume, secretion rate and pH of saliva are subject to significant changes. Thus, the volume of mixed saliva for the period was 1.80 ± 0.3 ; in patients receiving hemodialysis -1.5 ± 0.35 ; in the group of patients with a transplanted kidney -2.7 ± 0.25 / control group - 2.50 ± 0.02 /. The secretion rate is also impaired, respectively: 0.16 ± 0.02 ; 0.15 ± 0.03 ; 0.27 ± 0.02 . The pH of saliva tends to deviate to the right and only after kidney transplantation does the pH approach neutral values, although hemodialysis contributes to a certain decrease in pH. In patients during the predialysis period, the pH was -7.80 ± 0.03 ; the dialysis period - 7.40 ± 0.2 ; after kidney transplantation - 7.10 ± 0.1 . When studying mineral metabolism in 6 patients with CRF, in our opinion, the calcium content in saliva and blood serum is of the greatest interest, because Ca is part of the dialysis fluid, and in patients with CRF, the assimilation of dietary Ca is disrupted.

Thus, according to the results of our studies, in patients during the predialysis period with subcompensated forms of nephritis, the concentration of - Ca - in mixed saliva and serum of the crown is extremely low, which corresponds to the highest incidence of caries in this group of patients -32.4 ± 2 compared with other groups. In the group of patients receiving hemodialysis, when mineral metabolism is regulated and corrected, the concentration of - Ca - in saliva immediately after the dialysis procedure increases when hypocalcemia is observed in the cro due to diffusing - Ca - from the cro into saliva, other secretions, organs and tissues. In this group of patients, caries indicators were reduced, albeit slightly ($E1,2 \pm 2.92$ /. During the mekdialysis period, 2-3 days after the hemodialysis procedure, the concentration of - Ca - in saliva extinguishes the tendency to decrease.

As can be seen from the presented research results, the content of IL-1 in the oral fluid of patients with combined CGP type increases by 22% relative to healthy individuals. At the same time, the level of IL-1 in urine also increases by an average of 69% when compared with the results of the comparison group. As is known, the main source of IL-1 production are phagocytic mononuclears of various tissue localization:

macrophages and monocytes of peripheral blood and peritoneal exudate, Kupfer liver cells, Langerhans cells, microglia cells of nervous tissue.

Table 1

The content of biochemical parameters of oral fluid and urine in patients with CGP combined CKD

Indicators	The object of the study is healthy	faces n=18	Patients with TIPP n=58
	oral fluid	11.71±1.07	14.35±1.21*
IL-1, pg/ml	Urine	11.88±0.25	20.13±0.23*
	oral fluid	17.48±1.71	24.53±1.69*
	Urine	9.54±0.11	10.52±0.09
IL-6, pg/ml	oral fluid	10.61±0.97	15.78±1.98*
	Urine	14.28±0.48	20.89±0.46*
	oral fluid	816.43±11.54	951.43±14.67
TNF-a, pg/ml	Urine	11.45± 0.32	20.92±0.35*

Note: * - the reliability of differences P 0.05 relative to the comparison groups.

It should be noted that IL-6 induces the synthesis of acute phase proteins, and therefore, as well as IL-1 and TNF-a, it can be attributed to inflammatory cytokines. The analysis of the presented research results showed that the concentration of IL-6 in the oral fluid and in the urine was also increased in the group of patients with TIPP combined CGP. The active synthesis of IL-6 begins immediately after exposure to the cells of bacteria, viruses, mitogens, and various mediators.

Conclusions

1. In patients with CRF, the prevalence of dental diseases was 6.6. Their pathogenesis is influenced by the underlying disease, its stages, duration of the process, hemodialysis procedure and kidney transplantation treatment. The largest percentage of dental diseases falls

on the group of studied patients undergoing hemodialysis, which corresponds to the most severe course of the underlying disease and the intensity of therapy.

2. In patients with CRF, among non-carious lesions, the largest percentage is occupied by enamel hyperesthesia, which is predominantly systemic in nature. In the pathogenesis of hyperesthesia, an important role is played by a violation of mineral, water-salt metabolism, microcirculation and trophic disorders, as well as the accumulation of nitrogen metabolism products in the body. This provision confirms the condition after hemodialysis and kidney transplantation. In patients undergoing hemodialysis, enamel hyperesthesia was 46.4 + 0.4. With normalization.

References

1. Vyalkova A.A. Chronic kidney disease / A.A. Vyalkova // Orenburg Medical Bulletin. - 2015. - Vol. 3. - No. 2. - pp. 42
2. Gazhva S.I. Zagainov V.E. Igolkina N.A. The effect of chronic kidney disease on the condition of the oral mucosa // Modern problems of science and education. -2013.-No.2.-C27-35
3. V.K. Leontiev and Yu.A. Petrovich Structural properties of mixed human saliva in the conditions of physiology and pathology of the oral cavity// abstract of the dissertation of the candidate of Medical Sciences : 14. 00. 21
4. Sh.R.Usmanova, A.A.Khadzhimetov, H.P.Komilov Assessment of local and humoral immunity in patients with chronic pyelonephritis // Dentistry science and practice, development prospects. Volgograd 2021 - p.221-222
5. Gamble J.R., Elliott M.J., Jaipargas E. et al. Regulation of adhesion of human monocytes by granulocyte-macrophage colon-stimulating factor. Proc Natl Acad Sci USA 1989; 86:7169—7173.



УДК 618.36-036.12


Zukhurova Nodira Kobiljonovna
Free applicant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich
Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Arzieva Gulnora Borievna
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THE STATE OF THE FETO-PLACENTAL COMPLEX IN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND PERINATAL OUTCOMES

For citation: Zukhurova Nodira Kobiljonovna, Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Arzieva Gulnora Borievna, The state of the feto-placental complex in gestational diabetes mellitus and perinatal outcomes, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7702215>

ABSTRACT

On the basis of the retrospective analysis of 35 case reports of labor and the neonatal with gestational diabetes on pregnancy (using criteria of the nonparametric statistics) are revealed development the effects of gestational diabetes on pregnancy, labor and the neonate: complication and outcomes in birth. So, among development the effects of gestational diabetes on pregnancy it is revealed: obesity — 34,8%, the burdened heredity on a diabetes in 21,7%, a first labour aged is more senior 30 years — 65,2%. Presence the effects of gestational diabetes on pregnancy has complicated of the present pregnancy: imminence miscarriages — 52,1%, anaemia I — 17,3%, OPH-gestosis — 65,2%, in 8,7% — it was registered progressive stage. The Cesarean section in 65,2%, among them ahead of schedule — 16,8% was the indication for management by operation. The number of neonatal with not complicated period has made 26,1%. The pregnancy at patients with gestational diabetes becomes complicated stratification progressive stage of OPH-gestosis that aggravates a current of the basic disease, with formation diabetic complication in birth that the indication for management by the Cesarean section. Early neonatal period is characterised by an adverse current and does not depend on a way management labor, at these child has insufficiency of cerebral system are more often observed.

Key words: Feto-placental complex, Gestational diabetes mellitus, Perinatal outcomes

Зухурова Нодира Кобилжоновна

Свободный соискатель
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Арзиева Гульнора Бориевна

Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

СОСТОЯНИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

АННОТАЦИЯ

На основании ретроспективного анализа 35 историй родов и историй развития новорожденных, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом, с использованием критериев непараметрической статистики достоверностью различия значений при $p \leq 0,05$ выявлены факторы риска развития гестационного сахарного диабета, осложнения течения беременности, родов, раннего

неонатального периода. Среди факторов риска развития гестационного диабета выявлено, что ожирение имело место в 34,8%, отягощенная наследственность по сахарному диабету, в 21,7%, первые роды в возрасте старше 30 лет встречались в более чем половине случаев — 65,2%. Наличие гестационного сахарного диабета осложнило течение настоящей беременности: угроза прерывания — 52,1%, анемия I степени — 17,3%, длительно текущий гестоз — 65,2%, в 8,7% — регистрировался тяжелый гестоз, что явилось показанием для родоразрешения путем операции кесарево сечение в 65,2%, среди них досрочно — 16,8%. Число детей с неосложненным периодом неонатальной адаптации составило 26,1%. Течение беременности у пациенток с гестационным сахарным диабетом осложняется наложением длительно текущего гестоза, что усугубляет течение основного заболевания, с формированием диабетических фетопатий, что чаще всего является показанием для досрочного оперативного родоразрешения. Ранний неонатальный период у новорожденных характеризуется неблагоприятным течением и не зависит от способа родоразрешения, у этих детей чаще наблюдаются нарушения функционального состояния ЦНС..

Ключевые слова: Фетоплацентарный комплекс, Гестационный сахарный диабет, Перинатальные исходы

Zuxurova Nodira Kobiljonovna

Mustaqil izlanuvchi

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Negmadjanov Bahodur Boltayevich

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Arzieva Gulnora Borieva

Assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

GESTATION QANDLI DIABETIDA HOMILA-PLATSENTA KOMPLEKSINING HOLATI VA PERINATAL NATIJALAR

ANNOTATSIYA

35 ta tug'ilish tarixi va gestasion qandli diabet bilan kasallangan onalardan tug'ilgan yangi chaqaloqlarning rivojlanish tarixini retrospektiv tahlil qilish asosida parametrik bo'lmagan statistika mezonlaridan foydalangan holda, qiymatlar farqining ishonchliligi $p \leq 0,05$ da gestasion qandli diabet rivojlanishi uchun xavf omillari, homiladorlik, tug'ruq va erta neonatal davrning asoratlari aniqlandi. Gestasion qandli diabet rivojlanishining xavf omillari orasida semizlik 34,8%, qandli diabet bo'yicha og'ir irsiyat 21,7%, 30 yoshdan oshgan birinchi tug'ilish holatlarning yarmidan ko'pida — 65,2% da sodir bo'lganligi aniqlandi. Gestasion qandli diabetning mavjudligi homiladorlik davrini murakkablashtirdi: yengil anemiya — 17,3%, yengil gестоз — 65,2%, va 8,7% — og'ir gестоз qayd etildi, bu kesar kesish uchun ko'rsatma bo'ldi, va 65,2%, tashkil etdi.

Kalit so'zlar: Fetoplazental kompleks, gestasion qandli diabet, perinatal natijalar

Relevance. Gestational diabetes mellitus is glucose intolerance first diagnosed during pregnancy. The development of gestational diabetes is the result of stress on the beta cells of the pancreas. In a normal pregnancy, insulin sensitivity is halved. Gestational diabetes mellitus develops when there is an inability to increase insulin secretion to a sufficient level to maintain euglycemia. The threshold at which glucose intolerance adversely affects pregnancy and increases the risk of future diabetes in the mother and her baby varies from case to case. The incidence of gestational diabetes varies from 2% to 8% [2]. About 2/3 of women have at least one of the following risk factors: family history of diabetes mellitus, history of gestational diabetes mellitus, glucosuria or clinical symptoms of diabetes mellitus during a previous or current pregnancy, fasting capillary blood glucose level above 5.5 mmol / l or more than 7.8 mmol / l 2 hours after eating, obesity, body weight of the previous child at birth more than 4000 g, unexplained fetal death or congenital anomalies of its development, polyhydramnios and / or the presence of a large fetus, age over 30 years, arterial hypertension, severe forms of preeclampsia in history [3]. Despite ongoing screening and dynamic monitoring of a patient with gestational diabetes, the incidence of complications in newborns does not tend to decrease and varies from 12% to 28% [1]. The most common complications are fetal macrosomia (diabetic fetopathy), hyperbilirubinemia, hypoglycemia after birth, hypocalcemia, thrombocytopenia, and other abnormalities.

Purpose of the study: to study the features of the course of pregnancy, childbirth and the condition of newborns in patients with gestational diabetes mellitus. Assess the outcome of childbirth depending on the method of delivery.

Material and research methods. To achieve this goal, we conducted a retrospective analysis of 35 birth histories and developmental histories of newborns born to mothers with gestational diabetes mellitus. The diagnosis of gestational diabetes mellitus was confirmed by the data of complex clinical, laboratory and instrumental methods of examination. To assess the intrauterine state of the fetus, ultrasound was performed using transabdominal scanners, dopplerometry, and CTG. According to the indications, an ECG, ECHO-CS, ultrasound of the liver, kidneys, and thyroid gland were performed. The condition of the newborn was assessed in the delivery room at the end of 1' and 5' on the Apgar scale. Examination and clinical and laboratory examination of children were carried out according to the generally accepted method [4]. Mathematical and statistical processing of the data was performed using the criteria of nonparametric statistics (χ^2 , Mann-Whitney U-test, Wilcoxon T-test) with significance of differences in values at $p \leq 0.05$.

Research result. The age of all examined women ranged from 19 to 40 years and averaged 30.1 ± 10.3 years. The socioeconomic status of pregnant women in this group was stable: 86.9% of women were married; 82.6% were engaged in light physical labor, all patients lived in the city - 100%. When analyzing risk factors for the development of gestational diabetes, it was found that obesity occurred in every third patient - 34.8%, heredity for diabetes mellitus was aggravated in every fifth - 21.7%, the first births over the age of 30 years occurred in more than half cases - 65.2%. Among the patients in this group, primiparous women predominated, who already had one or more pregnancies in their anamnesis — 60.8%. When analyzing the outcomes of previous pregnancies in patients of this group, it was noted that 78.9% had an abortion before 12 weeks, 15.7% had a spontaneous miscarriage, and 10.5% had a miscarriage. The first pregnancy, the first birth took place only in 6 women - 42.8%. Of the transferred gynecological diseases, cervical erosion was diagnosed in 52.1%; colpitis, infertility - occurred in 8.7% of cases. When studying the course of a real pregnancy, it was revealed that pregnant women were more likely to have a threat of abortion - 52.1%, anemia of the first degree - 17.3%, long-term preeclampsia - 65.2%, 8.7% - severe preeclampsia was recorded. When studying CTG in dynamics from 30 weeks to the term of delivery, it was revealed that the average number of fetal movements per hour was 41.8 ± 1.3 ; basal rhythm frequency — 139.1 ± 1.2 ; acceleration >10 beats/min. & 15 sec. — 4.06 ± 0.8 ; acceleration >15 beats/min. & 15 sec. — 2.4 ± 0.9 ; deceleration >20 lost hits - 0; STV - 9.6 ± 0.6 . When studying the conclusions, a normal type of CTG was recorded in 86.9%. The gestational age at the time of delivery was 37.6 ± 2.4 weeks. Premature

births occurred in 34.7%. Delivery at term - in 65.2%. 34.7% went into labor on their own. 65.2% of patients were delivered by caesarean section, among them ahead of schedule - 16.8%. The indication for operative delivery during pregnancy in all women was a long-term combined preeclampsia. Layering of hypertension occurred in 17.8% of cases, a large fetus - in 34.7%, diabetic fetal fetopathy - in 39.1%, a scar on the uterus - in 17.3%, in 34.7% - decompensation of diabetes mellitus as vascular complications. Indications for operative delivery in childbirth were prenatal rupture of amniotic fluid in 65.2% of cases, primary weakness of labor activity in 34.7%, the first forthcoming birth at the age of over 30 years in 21.7%, anatomically in 30.4% narrow pelvis. A total of 23 newborns were born from mothers with gestational diabetes mellitus. Of these, with an Apgar score of 8-10 points - 3 children (13.0%), 6-7 points - 18 children (78.2%), < 6 points - 2 children (8.7%). Clinical manifestations of pathology in the early neonatal period were perinatal brain damage — 65.2%, neurological symptoms in the form of hyperexcitability or depression — 78.9%, muscle hypotension or hypertonicity — 74.7%, diabetic fetopathy in the form of a disproportionate physique — 34, 7%. Moreover, there were no significant differences in the condition of newborns depending on the method of delivery ($p > 0.05$). Changes in the CNS of the newborn, which were described as cerebral ischemia of I-II degree, were the leading non-specific manifestations. The frequency of such symptoms was 52.1%. The number of newborns with a maximum loss of body weight in the early neonatal period of 5-7% of the initial at birth was 34.7%. This indicator less than 3% was diagnosed in 65.3% of the newborn, respectively. The number of children with an uncomplicated period of neonatal adaptation was 26.1%. 65.2% of newborns were discharged home in a satisfactory condition; 34.8% of children needed further treatment.

Thus, the risk factors for the development of gestational diabetes mellitus include the existing somatic pathology in the mother in the form of obesity, a burdened hereditary history, the age of primiparas over 30 years old, as well as abortions and miscarriages before the onset of the first birth. The course of pregnancy in patients with gestational diabetes mellitus is complicated by the layering of long-term gestosis, aggravating the course of the underlying disease with the formation of diabetic fetopathy, which is most often an indication for early surgical delivery. The early neonatal period in newborns is characterized by an unfavorable course and does not depend on the mode of delivery. In these children, violations of the functional state of the central nervous system are more often observed.

References

1. Berikhanova R.R., Khripunova G.I. Features of the course of pregnancy and childbirth in patients with obesity // *Obstetrics and Gynecology*. - 2017. - No. 6. - S. 9-12.
2. Lukna N.N. Diagnostic and prognostic significance of the determination of placental $\alpha 1$ -microglobulin in pregnant women with diabetes mellitus and their newborns: Abstract of the thesis. diss. ... cand. honey. Sciences. - M., 2016. - S. 30.
3. Ordynsky V.F., Makarov O.V. Assessment of the state of the fetus in pregnant women with diabetes // *Obstetrics and Gynecology*. - 2015. - No. 2. - S. 28-35.4. Шабалов Н.П. Неонатология. — М., 2016. — Т. 1. — С. 154—178.
4. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh., Mukhamadiev N.K. State of immunity in chronic obstructive pulmonary disease in children. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES* Volume: 02 Issue: 05 | Sep-Oct 2021 ISSN: 2660-4159. P. 103-107.
5. Ibatova Sh.M., Muhamadiev N.Q. Efficiency of immunomodulating therapy in acute obstructive bronchitis in children. *Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences*. Volume: 02 Issue: 02 | March-April 2021 ISSN: 2660-4159. P. 210-213.
6. Ibatova Sh.M., D.T.Rabbimova, E.S.Mamutova, N.B.Abdukadirova, M.M.Kadirova. Gas-chromatographic appraisal of application of apricot oil and aevit in complex therapy of vitamin D- deficiency rickets in children. *International Scientific Journal Theoretical & Applied Science*, 24.04.2019, Philadelphia, USA, P.333-336
7. Ibatova Sh.M. Optimization of the treatment of rickets in children // *J. Infection, immunity and pharmacology*. - 2015. - No. 5. - S. 99-103.
10. Ibatova Sh.M. D.S. Islamova, Sh.O. Akhmedov. The use of cumin oil in the treatment of children with rickets // *J. Problems of biology and medicine*, Samarkand. - 2015. - No. 2 (83). - pp. 50-52
11. Sh.M.Ibatova, F.Kh.Mamatkulova, N.B.Abdukadirova, Kh.M.Oblokulov, F.A. Achilov. The effectiveness of the use of apricot oil in children with rickets. // *Scientific and practical journal "Questions of Science and Education"*, Moscow, 2019, No. 27 (76), -p.40-46



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
УДК 618.14-006

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан
Маматкулова Мохигул Джахангировна
Ассистент
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

МИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА
(Клинический случай)

For citation: Negmadjanov Bakhodur Boltaevich, Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna, Uterine myoma in women with mayer-rokitanski-kuster-hauser syndrome (Case report), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7702246>

АННОТАЦИЯ

Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (СМРКХ) представляет собой врожденное заболевание, включающее репродуктивные, мочеполовые, костные и сердечные пороки развития. Заболеваемость составляет 1 случай на 4000–5000 живорождений женского пола. Фенотип — женский, кариотип 46 XX, при нормально развитых вторичных половых признаках и функциональных яичников. Возникновение миомы из остатков матки при СМРКХ является очень редким случаем, хотя было зарегистрировано в литературе несколько случаев. Диагностика и подход к лечению в этом случае довольно сложны. Здесь мы приводим клинический случай женщины с СМРКХ 30 лет, у которой обнаружена миома рудиментарной матки.

Ключевые слова: синдром Майера Рокитанского-Кюстера-Хаузера, миома матки, рудиментарная матка, лапароскопия, клинический случай

Negmadjanov Bakhodur Boltaevich
Doctor of Medical Sciences, Professor
Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan
Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna
Assistant
Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan

UTERINE MYOMA IN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUSER SYNDROME
(Case report)

ABSTRACT

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome is a congenital disorder involving reproductive, genitourinary, bone, and cardiac malformations. The incidence is 1 in 4000-5000 female live births. The phenotype is female, karyotype 46 XX, with normally developed secondary sexual characteristics and functional ovaries. The occurrence of fibroids from uterine remnants in SMRKH is very rare, although a few cases have been reported in the literature. Diagnosis and approach to treatment in this case is quite complicated. Here we present a clinical case of a 30-year-old woman with SMRKH who was found to have rudimentary uterine fibroids.

Key words: Mayer Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, uterine myoma, rudimentary uterus, laparoscopy, clinical case

Negmadjanov Baxodur Boltaevich
Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
Mamatkulova Moxigul Jahangirovna
Assistent

**MAYER-ROKITANSKI-KUSTER-HAUZER SINDROMI BOR AYOLLARDA BACHON MIOMASI
(Klinik holat)****ANNOTATSIYA**

Mayer-Rokitanskiy-Küster-Hauzer sindromi - bu reproduktiv, buyrak, suyak va yurak nuqsonlarini o'z ichiga olgan tug'ma kasallik. Kasallik 4000-5000 tirik tug'ilgan ayoldan 1 tasini tashkil qiladi. Fenotipi ayol, karyotip 46 XX, odatda rivojlangan ikkilamchi jinsiy belgilar va funktsional tuxumdonlar. MRKXSda bachadon qoldiqlaridan miomalarning paydo bo'lishi juda kam uchraydi, garchi adabiyotda bir nechta holatlar qayd etilgan. Bu holatda tashxis qo'yish va davolashga yondashuv juda murakkab. Bu erda biz MRKXS bilan og'rigan 30 yoshli ayolning oddiy bachadon miomasi borligi aniqlangan klinik holatini taqdim etamiz.

Kalit so'zlar: Mayer Rokitanskiy-Kuster-Hauzer sindromi, bachadon miomasi, rudimentar bachadon, laparoskopiya, klinik holat

По данным зарубежной литературы, СМРКХ подразделяют на 3 варианта.

Первый вариант – типичный (простой или изолированный) – характеризуется отсутствием матки и влагалища.

Второй вариант называем атипичным или сложным. Для него характерна кроме отсутствия матки и влагалища еще и почечная или скелетная патология [24].

Третий вариант – MURCS-ассоциация (синдромокомплекс, включающий аплазию мюллеровых протоков, почечную дисплазию и патологию шейно-грудного отдела позвоночника) [25]. Название MURCS составлено из первых букв патологий, входящих в состав синдрома:

- MU (англ. Mullerian agenesis) — синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера;
- R (англ. Renal agenesis) — агенезия почек;
- CS (англ. Cervicothoracic Somite abnormalities) — аномалии шейно-грудного отдела позвоночника.

Некоторые авторы зачастую отождествляют атипичный вариант и MURCS-ассоциацию [3]. Другие исследователи считают, что типичный вариант и MURCS-ассоциация – это два разных синдрома. По данным исследования, проведенного P. Oppelt и соавт. (2006), встречаемость типичной формы синдрома составляет 47%, атипичной – 21%, MURCS-ассоциация – 32% случаев [5]. Burns JL et al (2012) указывают, что аномалии развития матки и влагалища в 77,9% случаев сочетаются с отклонениями в развитии других органов и систем, в 33,3% случаев – с пороками мочевыделительной систем [6]. Патология опорно-двигательного аппарата при СМРКХ проявляется от сколиоза до синдрома Клиппеля-Фейля (врожденный порок развития шейных и верхнегрудных позвонков, для которого характерна короткая и малоподвижная шея) [2]. Пороки органов мочевыделительной системы характеризуются аплазией почки, дистопией (газовой или поясничной) единственной почки, одной или обеих, гипоплазией одной из почек, L-образной или подковообразной почкой, аплазией одной почки и перекрестной дистопией мочеточника. Также при СМРКХ выделяют 3 варианта аплазии матки: в виде одного цилиндрического валика (справа, слева, в центре), двух мышечных валиков и полного отсутствия рудиментов матки [4]. По данным инструментальных исследований, эндометрий визуализируют у 25% пациенток, а функционирующий – у 6–10% [3, 5]. Современные исследователи отмечают достаточно частую встречаемость семейных случаев заболевания, что подтверждает гипотезу о генетических причинах, видимо он передается по аутосомно-доминантному типу наследования с неполной пенетрантностью и экспрессивностью. Это говорит либо о мутации в крупном гене, либо о хромосомном дисбалансе [4].

Остатки матки могут иметь различные размеры, состоять из фиброзно-мышечной ткани, небольшого количества гладких мышц (миометрия) и ткани стромы, расположенной в железах (эндометрия). Следовательно, он может напоминать опухоль, растущую из этой ткани, в основном лейомиомы, следуя тем же патогенетическим механизмам, что и в нормальной матке, и

выступая в качестве мишеней для гормонов яичников. В большинстве случаев эти опухоли были бессимптомными (диагностировались случайно при обследовании) или могли давать такие симптомы, как хроническая тазовая боль или дискомфорт [1, 2].

Обнаружение образования в малом тазу при МРХ при регулярном клиническом и ультразвуковом обследовании может свидетельствовать о необходимости проведения диагностической лапароскопии [1]. Возникновение лейомиомы на остатках матки в случаях МРХ является теоретической возможностью. Однако до сих пор эти случаи, возможно, редко сообщались ранее. В основе патогенеза лейомиомы лежит эстрогензависимый рост гладкой мускулатуры и фибробластов и высокая чувствительность к ним по сравнению с нормальным миометрием [3]. Поскольку наличие эндогенного эстрогена или экзогенного эстрогена может быть основной проблемой для развития лейомиомы при МРХ. В этом случае не было никаких признаков воздействия экзогенных эстрогенов на эту пациентку, тогда фактором может быть только эндогенный эстроген. Редкая встречаемость лейомиомы в остатке матки может быть связана со сниженной концентрацией или чувствительностью рецепторов эстрогена или генетической предрасположенностью по сравнению с нормальной маткой с лейомиомой [5].

Клинический случай

Пациентка К. 30 лет (история болезни 112) поступила с жалобами на боли внизу живота и пояснице, затрудненное мочеиспускание.

Из анамнеза: В 16 лет обратилась к гинекологу, при правильном физическом и половом развитии с жалобами на отсутствие менструации. Была обследована и выставлен диагноз: СМРКХ. Выполнена операция кольпопоз из сигмовидной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Вышла замуж в 25 лет, регулярно живет половой жизнью, и при этом каких либо неудобств не отмечали ни сама женщина, ни ее партнер.

При поступлении: P.V. Вагинально в малом тазу пальпируется образование размером до 11 недель беременности, гладкое, подвижное, плотное, безболезненное при пальпации. Справа и слева придатки не пальпируются. Выделения слизистые. Заключение УЗИ: Аплазия матки. Киста левого яичника? Подвздошная дистопия правой почки.

Во время лапаротомии интраоперационно обнаружена фибромиома рудиментарного рога матки. Выполнена: Лапаротомия удаление фибромиомы рудиментарного рога матки слева. Удаление рудиментарного рога матки справа. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 8-сутки. Гистологический диагноз: лейомиома матки.

Таким образом, в редких случаях может существовать активный эндометрий с аналогом рудиментарной матки, который становится активным в присутствии хорошо эстрогенизированного состояния. В литературе упоминается, что миома редко развивается в рудиментарной нефункционирующей матке.

Использованная литература:

1. Girma W., Woldeyes W. Leiomyoma arising from mullerian remnant, mimicking ovarian tumor in a woman with MRKH syndrome and unilateral renal agenesis. *Ethiop. JHealth Sci.* 2015;25(4):381–384.
2. Lanowska M., Favero G., Schneider A., Kohler C. Laparoscopy for differential diagnosis of a pelvic mass in a patient with Mayer Rokitansky Kuster Hauser (MRKH) syndrome. *Fertil Steril.* 2009;91(3):17–18.
3. Deligeoroglou E. Development of leiomyomas on the uterine remnants of two women with Mayer Rokitansky Kuster Hauser syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81(5):1385–1387.
4. Blontzos N, Iavazzo C, Vorgias G, Kalinoglou N. Leiomyoma development in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a case report and a narrative review of the literature. *Obstet Gynecol Sci.* 2019;62:294-297.
5. Ibidapo-Obe O., Okudo J., Filani O. Incidental finding of leiomyoma in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome // *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports.* – 2021. – Т. 9. – С. 232
6. Burns E, Naim M, Badawy SZA (2012) Mullerian agenesis with vaginal vault prolapse following mechanically created neovagina. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 25:e75–e76

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 4, HOMEP 1

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

VOLUME 4, ISSUE 1

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