

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990  
[www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

# JRHUNR

## JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 5,  
ISSUE 2 **2024**

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

№ 2  
2024

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

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдурахманова Ситора Ибрагимовна, Сулаймонова Нодира Жумаевна, Мухитдинова Мавлюда Саидмухтор кизи ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И ВАЖНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКСА/ INFLUENCE OF OVARIAN DYSFUNCTION AND THE IMPORTANCE OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN PROSTHETIC DENTURES IN MENOPAUSAL WOMEN / TUXUMDONLAR FUNKTSIYASINING BUZILISHI VA KLIMAKTERIK DAVRDAGI AYOLLARDA TISHLARNI PROTEZLASHDA GORMONLAR TERAPIYANING AHAMIYATI .....6
2. Абдуллаева Лола Сайфуллаевна, Ризаев Жасур Алимджанович, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ/ЭНДОМЕТРИОЗ: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ И ОЦНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ/ENDOMETRIOSIS: CAUSES, CLASSIFICATION, TREATMENT, PREVENTION, COMPLICATIONS AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT.....10
3. Азимова Шахноза Талатовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТНЕРА-ХАУЗЕРА/ CHRONIC PELVIC PAIN IN ADOLESCENT GIRLS WITH MAYER-ROKITANSKY-KÜSTNER-HAUSER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKIY-KYUSTNER-XAUZER SINDROMIDAGI O'SMIR QIZLARDA SURUNKALI KICHIK CHANOQ OG'RIG'I.....15
4. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Раббимова Гульнора Тоштемировна, Рахмонова Парвина Фаридуновна ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИМОРФИЗМА РУДИМЕНТАРНЫХ МАТОЧНЫХ ВАЛИКОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТНЕРА-ХАУЗЕРА/ FEATURES OF THE EXOGRAPHDIAGNOSIS OF POLYMORPHISM OF UTERINE VALVES IN PATIENTS WITH MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKIY-KYUSTER-XAUZER SINDROMI BO'LGAN BEMORLARDA BACHADON VALIKLARINING POLIMORFIZMINI EXOGRAFIK DIAGNOSTIKASINING XUSUSIYATLARI .....20

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Ганиев Фахриддин Истамкулович, Шопулатов Эркин СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ/SIMULTANT JARROHLIK- BIR VAKTNI O'ZIDA BACHADONNI EKSTIRPATSIYASI VA HOLESISTEKTOMIYA/SIMULTANEOUS OPERATIONS OF UTERUS EXTRACTION AND CHOLECYSTECTOMY.....27
2. Ибатова Шоира Мавлановна, Маматкулова Феруза Хамидовна, Рузикулов Норкул Ёкубович, Эргашев Абдурашид Хурсанович ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА/YOSH BOLALARDA GLOMERULONEFRITNING NEFROTİK SINDROMI NATIJALARINI BASHORAT QILISH/PREDICTING OUTCOMES OF NEPHROTIC GLOMERULONEPHRITIS SYNDROME IN YOUNG CHILDREN.....32
3. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Кодирова Зебинисо Нуриддиновна, Каршиева Элеонора Эльбековна РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ/RESULTS OF ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF WOMEN WITH CHRONIC PATHOLOGICAL VAGINAL DISCHARGE SYNDROME/SURUNKALI PATOLOGİK VAGINAL AJRALMALAR SINDROMI BO'LGAN AYOLLARNING PSIXO-EMOTSIONAL HOLATINI BAHOLASH NATIJALARI.....36
4. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Маматкулова Мохигул Джахангировна, Шопулатов Эркин Холтожиевич ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОЛАПСЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА/OPERATIVE TACTICS FOR PROLAPSE OF ARTIFICIAL VAGINA AFTER SIGMOIDAL COLPOPOIESIS/SIGMOIDAL KOLPOPOEZDAN SO'NG SUN'IY QINNING PROPASI BO'YICHA OPERATIV TAKTIKA.....40
5. Axmedov Yusufjon Maxmudovich, Mirmadiyev Mirfozil Shokirovich, Axmedov Islom Yusufjonovich BOLALARDA TUG'MA DIAFRAGMA CHIRASINI ERTA TASHNIS QO'YISH VA DAVOLASHDAGI YUTUQ VA KAMCHILIKLAR/ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ/ACHIEVEMENTS AND DISADVANTAGES IN EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DIAPHRAGMAL HERNIA IN CHILDREN.....45
6. Axmedov Yusufjon Maxmudovich, Yatsyk Sergey Pavlovich, Axmedov Islomjon Yusufjonovich, Axmedova Dilbar Yusufjonovna, Qayumova Amira Temurovna OBSTRUKTIV UROPATIYASI BOLGAN BOLALARNING FENOTIPIK XUSUSIYATLARI/ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ /PHENOTYPICAL FEATURES OF CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE UROPATHY.....50
7. Askarova Zebo Zafarovna, Alieva Difuza Abdullayevna SURUNKALI TUBULOINTERSTITSIAL NEFRITGA CHALINGAN BOLALARDA OQSILLAR METABOLIZMI BUZILISHINING KLINIK-DIAGNOSTİK AHAMIYATI/ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДО-ИЛИ МИОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ/HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDO-AND/OR MYOMETRIA IN COMBINATION WITH BREAST DISEASE DIAGNOSTIC POSSIBILITIES.....56
8. Rustamova X.YE., Kattaxodjayeva M.X., Tursunkulova M.E. MUDDATIDAN OLDIN TUG'ILISH ONA VA BOLA SALOMATLIGI MUAMMOSINING MUHİM JIHATI SIFATIDA/ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА/PREMATURE BIRTH AS AN IMPORTANT ASPECT OF THE PROBLEM OF MATERNAL AND CHILD HEALTH.....64
9. Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna O'SMIR QIZLARDA UCHRAYDIGAN MENSTRUAL SIKL BUZILISHLARINI O'RGANISH/ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/STUDY OF THE MENSTRUAL CYCLE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS.....67
10. Shopulatov E.X., Ganiev F.I. JINSIY A'ZOLARNING NOTO'G'RI RIVOJLANISHDA FEMENIZASIYALOVCHI JARROHLİK AMALIYOTINI TAKOMILLASHTIRISH/СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/IMPROVING THE PRACTICE OF FEMINIZING SURGERY IN THE DEVELOPMENT OF GENITAL ORGANS.....71

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

1. Мухаммедова Фариза Фарходовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич , Маматкулова Мохигул Джахонгировна, Хамроева Лола Каххоровна МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ КАК РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ/MULTIPLE PREGNANCIES AS A RISK OF PREMATURE BIRTH IN YOUNG FIRST-TIME MOTHERS /КО'РНОМИЛАДОРЛИК YOSH TUG'UVCHI AYOLLARDA ERTA TUG'ILISH XAVFI SIFATIDA.....75
2. Супанкулов Мизроб Усманкулович, Усманкулова Хабиба Мизробжоновна, Махмудова Севара Эркиновна, Эргашева Парвина Дилшодовна ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ/ERKAKLAR BEPUSHTLIGINI DAVOLASHDA BACHADON ICHI URUG'LANISHNING QO'LLANISH TAJRIBASI VA KLINIK TAVSIYALAR/INTRAUTERINE INSEMINATION IN THE TREATMENT OF MALE IMPOTENCE: EXPERIENCE OF APPLICATION AND CLINICAL RECOMMENDATIONS.....78





ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК: 616.381-002-008.331.1

**Абдурахманова Ситора Ибрагимовна**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

**Сулаймонова Нодира Жумаевна**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

**Мухитдинова Мавлюда Саидмухтор кизи**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

### ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И ВАЖНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**For citation:** Abdurahmonova Sitora Ibragimovna, Sulaymonova Nodira Jumayevna, Muxitdinova Mavlyuda Saidmuxtor qizi, Influence of ovarian dysfunction and the importance of hormone replacement therapy in prosthetic dentures in menopausal women (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2024, vol. 5, issue 2 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13347113>
**Abdurahmonova Sitora Ibragimovna**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Sulaymonova Nodira Jumayevna**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Muxitdinova Mavlyuda Saidmuxtor qizi**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

### TUXUMDONLAR FUNKTSIYASINING BUZILISHI VA KLIMAKTERIK DAVRDAGI AYOLLARDA TISHLARNI PROTEZLAHDA GORMONLAR TERAPIYANING AHAMIYATI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

**Abdurahmonova Sitora Ibragimovna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Sulaymonova Nodira Jumayevna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Muxitdinova Mavlyuda Saidmuxtor qizi**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

### INFLUENCE OF OVARIAN DYSFUNCTION AND THE IMPORTANCE OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN PROSTHETIC DENTURES IN MENOPAUSAL WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Протезирование зубных рядов является актуальной проблемой среди населения всех возрастных групп. Однако у женщин в период климактерия, которые испытывают изменения гормонального фона, процесс протезирования может быть более сложным и требовательным. Климактерический период – это естественный биологический процесс перехода от репродуктивного периода к старости. Для климактерического периода характерно снижение уровня эстрогенов. Оно начинается

после 45 лет, а к 52–53 годам содержание эстрогенов снижается до минимального уровня, который сохраняется в дальнейшем. Между тем физиологические эффекты эстрогенов чрезвычайно разнообразны. Они влияют не только женскую половую систему, но и на центральную нервную систему, сердце и сосуды, а также на состояние костной ткани и зубочелюстной системы, в обмене кальция в организме (при снижении эстрогенов страдает не только репродуктивная система, но и эстроген зависимые другие органы:

кости, зубы, волосы и ногти теряют кальций и становятся хрупкими). Таким образом, резкое снижение выработки эстрогенов оказывает существенное воздействие на многие органы и системы, кроме того, гипозестрогения у женщин играет роль пускового фактора в развитии комплекса метаболических нарушений в зубочелюстной системе. Поэтому особенно важно диагностика гормонального фона и назначение заместительной гормональной терапии в лечении и протезировании зубных рядов у женщин климактерического периода.

Необходимость оценки и сравнения различных методов протезирования у женщин в период климактерия с дефектом зубных рядов является важной задачей в стоматологии. В настоящее время существует несколько методов протезирования, которые имеют разные показания и противопоказания. Кроме того, необходимо учитывать психологические аспекты лечения и удовлетворенность пациентов результатами.

Климактерический синдром является естественным следствием возрастных изменений в женском организме, при которых происходит снижение выработки основных гормонов — эстрогена и прогестерона. В большинстве случаев уровень активных веществ меняется постепенно и не всегда сопровождается клиническими симптомами. Процесс можно условно разделить на несколько этапов, которые плавно переходят из одного в другой. У каждой женщины время их наступления и длительность индивидуальны.

Периоды климакса и их признаки:

1. Пременопауза. Характеризуется сбоями в менструальном цикле. Выделения становятся нерегулярными, периоды между менструациями удлиняются. На данном этапе репродуктивная функция еще сохраняется, поэтому наступление беременности возможно. Пременопауза длится примерно 4–5 лет, за этот период синтез гормонов стремительно снижается.

2. Менопауза. Так называется последняя менструация в жизни женщины. О том, что она была последней можно точно сказать только, когда пройдет 12 месяцев. Если за данный срок кровотечение было хотя бы один раз, значит женщина все еще находится в перименопаузальном периоде. На этом этапе зачатие уже невозможно. Чтобы подтвердить диагноз, женщинам старше 35 лет при задержке менструации более чем на 3 месяца, появлении «приливов», нужно сдать анализ крови на ФСГ. При наступлении климакса уровень гормона будет превышать норму в несколько раз.

3. Постменопауза. Начинается спустя год после последней менструации, то есть после диагностированной менопаузы. В поздней стадии климакса яичники уже не функционируют. Постменопауза также может быть искусственной, которая возникает при удалении яичников в любом возрасте.

В естественном цикле все перечисленные этапы медленно перетекают один в другой, поэтому не всегда можно четко обозначить их границы и сроки. Во многих случаях процесс причиняет дискомфорт или сопровождается ухудшением здоровья. При искусственно вызванной менопаузе хирургическим путем гормоны «резко исключаются», что приводит организм в шоковое состояние.

Чаще всего климакс возникает в возрасте 48–52 года. Если месячные прекратились до 40 лет, менопауза считается преждевременной, если в 40–45 — ранней, после 55 — поздней.

Показания к заместительной гормонотерапии при климаксе.

МГТ — путь к активному долголетию, способ коррекции менопаузальных симптомов и профилактики патологий, связанных с возрастными изменениями на гормональном уровне. Прием заместителей женских половых гормонов делает переход в зрелый возраст мягче, предупреждая деминерализацию костей, продлевая биологическую и эстетическую молодость.

Гормонотерапия показана в случаях, если симптомы климакса доставляют сильный дискомфорт или для женщин, в семейном анамнезе которых была ранняя менопауза или остеопороз. Для устранения симптоматики лечение проводится преимущественно в начальном периоде менопаузального перехода. С профилактической целью лицам из группы риска принимать

препараты можно и в постменопаузе. Менопаузальная гормональная терапия нужна для:

устранения вазомоторных (вегетососудистых) симптомов — приливы жара, повышенная потливость, изменение психоэмоционального состояния, половая дисфункция и снижение либидо, бессонница, учащенное сердцебиение и скачки давления, частые головные боли; лечения генитоуринарного синдрома — дистрофические изменения слизистых вульвы и уретры, недержание мочи; профилактики развития или усугубления остеопороза, болезни Альцгеймера. Многие симптомы климакса могут быть проявлениями других опасных болезней (эндокринной, мочеполовой, нервной, сердечно-сосудистой и костной системы).

При этом схема лечения может быть кратковременной и длительной. В первом случае прием препаратов назначается курсом по 3–6 месяцев. А во втором — лечиться потребуются 5–10 лет. Долговременная схема применяется для профилактики поздних нарушений со стороны костной, сердечно-сосудистой и нервной системы.

Синтетические гормоны представлены в форме:

таблеток; вагинальных пессариев или гелей с эстрогеном (для устранения местных симптомов и дискомфорта в области гениталий); кремов или пластырей с активным веществом для кожного применения.

Некоторые из них назначаются к использованию ежедневно, другие в течение нескольких дней или 1–2 раза в неделю.

Так, вагинальный эстроген имеет две формы выпуска: крем и пессарий, который вводится во влагалище. Назначается для снижения выраженности симптомов менопаузы (в виде сухости, жжения или зуда слизистых гениталий). Действует локально, практически не имеет противопоказаний.

Гормонально-заместительная терапия в лечении и устранении симптомов климакса чаще всего проходит с помощью препаратов на основе эстрогенов и их производных (эстрадиол, эстриол). Препараты, содержащие активный компонент, его дозировку и длительность приема врач подбирает строго индивидуально. Препараты чаще назначают в форме таблеток или локально. Лечение помогает восстановить структуру костей. Поэтому женщинам в менопаузе для профилактики костных нарушений одновременно с гормонотерапией назначаются препараты кальция и другие витаминами.

Эстрогенотерапия подбирается, исходя из симптомов:

приливы, головная боль, перепады давления, сухость влагалища, предрасположенность к остеопорозу.

Эстрогенотерапия не проводится при раке груди или эндометрия в анамнезе (даже при удаленной матке), эстрогензависимых опухолях.

Лечение препаратами прогестерона.

В репродуктивном возрасте организм вырабатывает гормон самостоятельно перед циклом. Если женщина в постменопаузе принимает эстроген, повышается вероятность возникновения рака маточного эндометрия. Для предотвращения риска прогестин обычно сочетают с эстрогеном. В качестве гестагенной поддержки используют внутриматочную систему, выделяющую гормоны. Лечение с помощью прогестерона не проводится при менингиоме.

Показания к комбинированному методу.

Назначают для профилактики нарушений в климактерическом периоде.

Чаще всего подбираются комбинированные препараты, но их дозу, соотношение активных компонентов и длительность приема учитывают для каждой пациентки индивидуально. На фоне естественного старения женской репродуктивной системы многие обменные процессы в организме изменяются. Если при этом возникает недостаток каких-либо элементов, витаминов, гормональная перестройка способна запустить мутацию клеток.

Гормональная перестройка в климактерическом периоде может увеличивать риск рака молочной железы и рака эндометрия.

Средства локального действия. Лекарствами, содержащими эстрогены, в виде мазей и гелей лечат местные проявления мочеполовых нарушений. Эффективно их нанесение гелеобразных на слизистую вульвы. Это способствует постепенному

восстановлению структуры тканей, уменьшению дискомфорта при половом акте.

Применение локальных средств помогает устранить симптомы жжения и частые позывы к мочеиспусканию. Проявления диспареунии могут облегчить использование негормональных смазок на водной основе.

Правила проведения МГТ. Важным условием к началу гормональной заместительной терапии для женщин после 45 или 50 лет является подтверждение дисбаланса половых гормонов в организме. Для диагностики необходимо сдать соответствующие анализы на гормоны, по результатам которых подбирается оптимальная схема терапии.

Основные правила лечения:

Гормонотерапия является только частью общей стратегии терапии, которая включает здоровый образ жизни и коррекцию существующих патологий.

При подборе МГТ врач изначально назначает минимальную дозу гормонов, чтобы облегчить симптоматику. Далее план терапии пересматривается ежегодно, при необходимости - корректируется.

Назначение лекарств строго по показаниям и симптомам. Принимается во внимание не только этап климакса, но и время его наступления. Для ранней менопаузы (до 40 лет) лечение продолжается до достижения женщиной среднестатистического возраста (до 50 лет), как поддерживающая терапия с профилактикой остеопороза.

Учитываются индивидуальные особенности пациента: длительность и качество менструаций, гинекологические операции, эндометриоза в анамнезе, наличие или отсутствие матки, яичника, опухолей.

Необходим постоянный контроль состояния пациентки, показателей здоровья по анализам, коррекция назначений.

При наличии матки используются комбинированные гормональные препараты эстроген-прогестерон, а в случае ее отсутствия — препараты, содержащие эстроген.

Длительность лечения зависит от многих факторов — от вида и выраженности симптомов, сопутствующих нарушений и заболеваний, возраста женщины и периода климакса и может длиться от 3 месяцев до нескольких лет.

Достоинства заместительной гормональной терапии для женщин являются уменьшением выраженности вазомоторных симптомов, головных болей и приливов, стабилизация сердечного ритма. Также восстановление психоэмоционального фона. Проходят перепады настроения, депрессия, раздражительность, нервозность. Приводит к сокращению урогенитальных симптомов. Пролiferативное действие гормонов на слизистые вагины и мочевого пузыря (мочевой пузырь и уретра) приводит к избавлению от частого мочеиспускания и сухости влагалища, восстанавливает сексуальную функцию. Особенно снижается риск развития остеопороза и ломкости костей. При гормональном дисбалансе кальций быстрее выводится из организма, так как одним из важных функций эстрогенов является регулирование здоровья костей. Эстроген подавляет клетки (остеокласты), которые разрушают кость. Он уменьшает резорбцию костной ткани за счет воздействия на паратиреоидный гормон и кальцитонин. Кальций необходим для построения костей, а эстроген ускоряет всасывание кальция в кишечнике и уменьшает выведение кальция из организма. МГТ помогает восполнить недостаток необходимых веществ и усвоение микроэлементов. Снижаются риски появления опасных заболеваний, как рак (половых органов или колоректальный), диабет, болезнь Альцгеймера и деменция. Устраняется метаболический синдром,

ткани не испытывают «гормональное голодание», связанное с наступлением климакса. Менопауза сразу отражается на внешний вид. Гормонотерапия помогает поддерживать естественный баланс, благодаря чему в подкожных слоях продолжается синтез коллагена и эластина, ответственных за состояние кожи. ЗГТ можно назвать частью anti-age терапии. Препараты назначают в микродозах на первоначальном этапе еще в пременопаузе. В некоторых случаях результат их действия появляется сразу. При искусственно вызванной менопаузе, связанной с удалением матки и придатков, нужна более интенсивная терапия и длительный прием фармпрепаратов.

Недостатки метода: риски и возможные осложнения.

С началом гормонозаместительных процедур у женщины, вступившей в пременопаузу, могут участиться менструальные выделения, отмечается нагрубание и болезненность в молочных железах. Это считается нормой.

Однако неправильно подобранные лекарства или их доза повышают вероятность таких опасных осложнений: Тромбоз вен. Риск высокий при приеме таблеток для пациенток в возрасте 50 – 60 лет. По этой причине женщинам из группы риска не назначают комбинированные оральные контрацептивы, предпочтение отдают лекарствам в гелевой форме для кожного нанесения.

Рак молочных желез. Вероятность онкологии возрастает при длительном приеме комбинированных средств.

Возможность развития сердечно-сосудистых патологий у людей, проходящих лечение гормонами более 10 лет.

Заболевания мочевыделительной системы (энурез).

Для минимизирования возможных опасностей важно правильно выполнить подбор гормонотерапии, учитывая анамнез женщины. Также необходимо регулярно проходить профилактические осмотры у гинеколога. При возникновении жалоб или изменении состояния здоровья нужно проводить коррекцию, отменить или заменить препарат.

Тревожные симптомы при ЗГТ, при которых необходимо срочно обратиться за медицинской помощью:

- острая болезненность в груди или одышка без физических усилий;
- нарушение речи, координации, обморок;
- сильная боль в боку, животе, пожелтение кожных покровов;
- припадок эпилепсии, если он случился впервые;
- резкое ухудшение зрения или внезапная слепота;
- сильная слабость, онемение конечностей или одной части тела.

Диагностика перед ЗГТ. Для оценки состояния, подбора лекарств и исключения противопоказаний к гормонотерапии, пациентке необходимо пройти обследование у гинеколога и эндокринолога, проверить следующие анализы:

- анализы на гормоны — ФСГ, ЛГ и эстрадиол;
- венозную кровь на липидный спектр и сахар;
- мазок на онкоцитологию (ПАП-тест);
- общий анализ мочи.

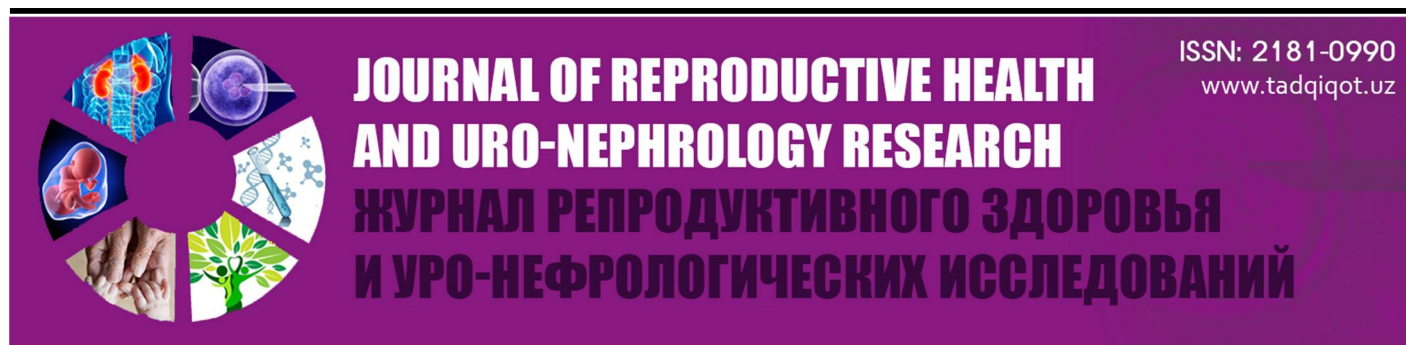
Необходимо пройти УЗИ органов малого таза (наличие миомы матки, аденомиоза, эндометриоза яичников, а также опухоли органов малого таза), обследование молочной железы (маммографию), осмотр у гинеколога. Также важен осмотр кардиолога-терапевта, ЭКГ, измерение артериального давления и пульса, при наличии сердечных патологий или варикозном расширении вен требуется дополнительные исследования узких специалистов.

#### Список использованной литературы:

1. Сухих Г.Т., Сметник В.П., Андреева Е.Н., Балан В.Е., Гависова А.А., Григорян О.Р. и др. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Проблемы репродукции. 2018;24(S6):727–756. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37337274>.



2. Цориев Т.Т., Дзеранова Л.К. и др. Краткое изложение проекта федеральных клинических рекомендаций по остеопорозу. Остеопороз и остеопатии. 2020;23(2):4–21. Режим доступа: <https://www.osteendojournals.ru/jour/article/view/12373>.
3. Kanis J.A., Cooper C., Rizzoli R., Reginster J.Y. European Guidance for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women. *Osteoporos Int*. 2019;30(1):3–44. <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5>.
4. Camacho P.M., Petak S.M., Binkley N., Clarke B.L., Harris S.T., Hurley D.L. et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis – 2016. *Endocr Pract*. 2016;22(Suppl 4):1–42. <https://doi.org/10.4158/EP161435.GL>.
5. Burns E.R., Stevens J.A., Lee R. The Direct Costs of Fatal and Non-Fatal Falls among Older Adults – United States. *J Safety Res*. 2016;58:99–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>.
6. Coyle D. Cost-Effectiveness of Pharmacological Treatments for Osteoporosis Consistent with the Revised Economic Evaluation Guidelines for Canada. *MDM Policy Pract*. 2019;4(1):2381468318818843. <https://doi.org/10.1177/2381468318818843>.
7. Skjødt M.K., Khalid S., Ernst M., Rubin K.H., Martinez-Laguna D., Delmestri A. et al. Secular Trends in the Initiation of Therapy in Secondary Fracture Prevention in Europe: A Multi-National Cohort Study including Data from Denmark, Catalonia, and the United Kingdom. *Osteoporos Int*. 2020;31(8):1535–1544. <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05358-4>.
8. Johannesdottir F., Thrall E., Muller J., Keaveny T.M., Kopperdahl D.L., Bouxsein M.L. Comparison of Non-Invasive Assessments of Strength of the Proximal Femur. *Bone*. 2017;105:93–102. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2017.07.023>.
9. Xu S.Y., Shi P., Zhou R.M. Post-Menopausal Oestrogen Deficiency Induces Osteoblast Apoptosis via Regulating HOTAIR/miRNA-138 Signalling and Suppressing TIMP1 Expression. *J Cell Mol Med*. 2021;25(10):4572–4582. <https://doi.org/10.1111/jcmm.16216>.
10. 23. Crandall C.J., Aragaki A., Cauley J.A., Manson J.E., LeBlanc E., Wallace R. et al. Associations of Menopausal Vasomotor Symptoms with Fracture Incidence. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):524–534. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-3062>.
11. Tuomikoski P., Ylikorkala O., Mikkola T.S. Postmenopausal Hot Flashes and Bone Mineral Density: A Longitudinal Study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(2):198–203. <https://doi.org/10.1111/aogs.12546>.
12. Wong E.M.M., Tomlinson G., Pinto M.M., Berger C., Cheung A.M., Prior J.C. Women's Mid-Life Night Sweats and 2-Year Bone Mineral Density Changes: A Prospective, Observational Population-Based Investigation from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1079. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061079>.
13. Cosman F., de Beur S.J., LeBoff M.S., Lewiecki E.M., Tanner B., Randall S., Lindsay R. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014;25(10):2359–2381. <https://doi.org/10.1007/s00198-014-2794-2>.
14. Jeremiah M.P., Unwin B.K., Greenawald M.H., Casiano V.E. Diagnosis and Management of Osteoporosis. *Am Fam Physician*. 2015;92(4):261–268. Available at: <https://www.aafp.org/afp/2015/0815/p261.html>.



УДК 618.7–089.168.86(571.1)

**Абдуллаева Лола Сайфуллаевна**  
PhD

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Ризаев Жасур Алимджанович**  
Д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**  
Д.м.н., профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

### СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**For citation:** Abdullaeva Lola Sayfullaevna, Rizaev Jasur Alimdjaniyovich, Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdamiyovna, Modern medical and organisational aspects of the concept of reducing maternal mortality from obstetric haemorrhage (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2024, vol. 5, issue 2 pp



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13347424>

**Abdullaeva Lola Sayfullaevna**  
PhD

Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

**Rizaev Jasur Alimdjaniyovich**  
Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

**Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdamiyovna**  
Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

### AKUSHERLIK QON KETISHIDAN ONALAR O'LIMINI KAMAYTIRISH KONTSEPTSIYASINING ZAMONAVIY TIBBIY VA TASHKILIY JIHATLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

**Abdullaeva Lola Sayfullaevna**  
PhD

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Rizaev Jasur Alimjanovich**  
Doctor of medical sciences, professor

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna**  
Doctor of medical sciences, professor

Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

## MODERN MEDICAL AND ORGANISATIONAL ASPECTS OF THE CONCEPT OF REDUCING MATERNAL MORTALITY FROM OBSTETRIC HAEMORRHAGE (LITERATURE REVIEW)

Актуальность проблемы акушерских кровотечений.

Во всем мире одной из ведущих причин материнской заболеваемости, инвалидизации и материнской смертности (МС) являются акушерские кровотечения (АК). Тяжелые акушерские осложнения и материнская заболеваемость все еще не преодолены в мировом масштабе и определяют риск тяжелых исходов беременности, коими на сегодняшний день являются near miss (NM) и материнская смертность (МС) [3,4]. Глобальный коэффициент МС к 2020 году снизился на 38% в сравнении с 2000 годом (в среднем на 2,9% ежегодно), однако все еще сохраняется его высокий уровень – 211 на 100 000 ж.р. Несмотря на грандиозные успехи в планетарном масштабе в развитии социальной сферы, медицины и фармацевтической отрасли, МС на планете не искоренена и ежегодно уносит до 300 000 женских жизней [4,5,8]. Внутренний коэффициент стабильно фиксируется в наименее развитых странах мира – 86% всех МС происходят в странах Африки и Южной Азии. При этом, Европа характеризуется низким, но стабильным вкладом в этот цивилизационный показатель (коэффициент МС 10 на 100 000 ж.р.). Статистика свидетельствует о том, что в развивающихся странах риск материнской смертности в 100 раз выше, чем в Европе [2,7,8]. Опасность кровотечения присутствует начиная с ранних сроков беременности и на всем ее протяжении. Особенно невосполнимый урон жизни и здоровью женщин наносят послеродовые кровотечения, сопровождающиеся массивной потерей крови, геморрагическим шоком и полиорганной недостаточностью. Около 80% случаев акушерских кровотечений приводят к развитию целого ряда осложнений [5,9]. Каждый четвертый случай материнской смертности связан с акушерскими кровотечениями, и на сегодняшний день около 25% материнских смертей произошли по причине кровотечений в послеродовом периоде [1,5,7]. Вместе с тем, необходимо отметить, что число материнских смертей имеет тенденцию к снижению. Если проследить период времени с конца 80-х до 2015 года, к примеру в России отмечалось снижение показателя материнской смертности от кровотечений, на 10%. За последние 30 лет в Узбекистане констатируется снижение МС в 3 раза. Однако, этот показатель все еще остается высоким по сравнению с развитыми странами и в последние годы составляет 18-20 на 100.000 ж.р. (2)

Прослеживается неразрывная связь акушерских кровотечений и МС с целым рядом эпигенетических и организационных факторов: социально-экономическим статусом женщины [9,10,16,41,43,46], проживанием в городе или селе [1,5,6], уровне стационара [37,50], методом родоразрешения [2,3,7], задержкой оказания медицинской помощи или ее недоступностью [4,5] и др. В планетарном масштабе имеют место быть такие парадоксальные явления сосуществующие в наше время, как «бремя материнского недоедания» и ожирения [1,5]. Кровотечение при беременности – акушерский симптом, свидетельствующий о возможном развитии ряда нарушений, причиной которого могут послужить как физиологические изменения в организме женщины после зачатия, так и патологические состояния. Кровотечения при беременности наблюдаются примерно у каждой пятой пациентки. В 50% они свидетельствуют о патологических изменениях и заканчиваются самопроизвольным выкидышем. Кровотечение чаще возникает в первом и третьем триместре эмбриогенеза. Опасность кровотечений при беременности заключается в том, что спровоцировать их могут самые разнообразные факторы, в том числе – представляющие угрозу для матери и плода. В ряде ситуаций какие-либо иные патологические признаки отсутствуют.

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) состояниям, которые вызывают кровотечения в ранние и поздние сроки беременности, присвоены разные коды:

O03 — самопроизвольный аборт;

O08.1 — длительное или массивное кровотечение, вызванное аборт, внематочной и молярной беременностью;

O20 — кровотечение в ранние сроки беременности;

O44.1 — предлежание плаценты с кровотечением;

O45 — преждевременная отслойка плаценты;

O46 — родовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.

Опасность кровотечений при беременности заключается в том, что спровоцировать их могут самые разнообразные факторы. В ряде ситуаций какие-либо иные патологические признаки отсутствуют. Своевременно оказанная помощь даже при аномальном течении беременности позволяет продолжить ее ведение и сохранить жизнь ребенка. Кровотечения при беременности во втором триместре диагностируют намного реже, примерно в 5-10% от всех случаев гестации. Как правило, симптом обусловлен патологическими изменениями и в большинстве случаев свидетельствует о самопроизвольном позднем аборте или истмико-цервикальной недостаточности [4,5]. Иногда отделение крови из половых путей наблюдается при внутриутробной гибели плода. Кровотечения при беременности в третьем триместре тоже всегда говорят о развитии патологии гестации. Наиболее частая причина – предлежание плаценты. В данном случае эмбриональный орган полностью или частично перекрывает маточный зев, при этом из-за высокой нагрузки на нижний сегмент происходят микроотрывы плаценты, что и вызывает подобный признак. Реже кровотечение при беременности в третьем триместре обусловлено преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты [4,5]. В данной ситуации присутствует высокая угроза для жизни плода. Опасность заключается еще и в том, что изначально развивается внутреннее кровотечение при беременности или формирование гематомы, и только потом кровь изливается наружу. Самой редкой, но наиболее опасной для жизни матери и ребенка причиной развития данного симптома является разрыв матки. Такое осложнение диагностируется при наличии рубца на миометрии и перерастжении тканей, спровоцированном многоводием, крупным плодом или многоплодием – «синдром перерастжения матки». Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятерки» («big five») причин материнской смертности [1,5]. При этом, из причин массивного акушерского кровотечения почти в 50% случаев приходится на послеродовую атонию матки. Главными причинами развития атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий [4,9]. Основными факторами, способствующими надежному гемостазу в послеродовом периоде являются интенсивное сокращение миометрия после рождения ребенка, приводящее резкому сужению просвета спиралевидных артерий наряду с образованием в них тромбов. Крайне важным при этом является образование плотных и эластичных тромбов. Нарушения коагуляционных свойств крови, а также снижение сократительной способности миометрия, в сочетании друг с другом, играют решающую роль в развитии послеродовых кровотечений [1,8]. Еще одной из причин гипотонии матки также может быть дисплазия соединительной ткани. При дисплазии соединительной ткани частота АК в 1,7 раз выше, чем в общей популяции. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что при значительном увеличении объема матки, связанном с многоплодием, многоводием или опухолевыми образованиями матка не способна достаточно сократиться. При этом, по мнению исследователей, нарушение сократительной способности матки вызвано увеличением и перерастжением её объёма, что способствует "истощению" сократительной активности миометрия, связанной с инфекцией, а также в связи с задержкой тканей плаценты и оболочек или стуготок крови в полости матки, также могут быть анатомические аномалии строения матки [2,9]. Кроме того, репродуктивные потери и акушерские кровотечения



могут быть связаны с таким гестационным осложнением, как многоводие. По данным множества исследователей, частота этой патологии колеблется от 0,12 до 8,4%. Чаще всего причинами многоводия являются сахарный диабет, пороки развития плода, острые и рецидивирующие хронические инфекционные заболевания, изосенсибилизация по резус-фактору. Чрезмерное количество жидкости определяют косвенным образом по УЗИ-критериям, как правило, с помощью ИАЖ (AFI). AFI представляет собой сумму глубин столба жидкости по вертикали, измеренного в каждом квадранте матки. В норме AFI составляет от 5 до 24 см; значения  $\geq 24$  см указывают на многоводие. Чаще встречается хронический гидрамнион, когда избыточная амниотическая жидкость аккумулируется постепенно. При острой форме объем околоплодных вод увеличивается резко за несколько часов или суток [1,2]. Большую роль в развитие гипотонических послеродовых кровотечений играет скорость накопления околоплодных вод и их объем. Весьма интересными с научных позиций являются морфологические изменения плодовых оболочек, обнаруженные при морфологических и электронно-микроскопических исследованиях. Были выявлены морфоструктурные изменения амниона, свидетельствующие о преобладании процессов резорбции околоплодных вод над процессами реабсорбции, что является патогенетическим механизмом избыточного накопления амниотической жидкости [4,5,9]. Последние десятилетия знаменательны повсеместным увеличением частоты многоплодной беременности, что связано с расширением внедрения вспомогательных репродуктивных технологий, гормональных методов лечения бесплодия, связанных

со стимуляцией овуляции. Частота многоплодия колеблется по данным разных исследователей в пределах 1.4 - 3% [4,7,11] и имеет тенденцию увеличению в течение последних 30 лет. Процент осложнений при многоплодной беременности настолько велик, что большинство исследователей расценивают ее как патологическую. Материнская смертность при многоплодной беременности, в целом, в 2,5 раза выше, чем при одноплодной [4,5,10]. Макросомия – также одна из причин перерастяжения матки, способствующая развитию гипотонических кровотечений [4,5,9]. Клинико-морфологические исследования стенки матки, проведенные Л.С. Абдуллаевой (2022) свидетельствуют о том, что характерных для приведенных трёх нозологий специфических изменений не выявляется. Происходящие процессы гипертрофии и удлинения, изменение формы и размеров ядер миоцитов, перемежающиеся с участками снижения количества миоцитов, изменения кровеносных сосудов в виде извитости их форм, стаза крови с изменением форм эритроцитов являются универсальными. Однако, автором обнаружены прямые клинико-морфологические взаимосвязи между степенью тяжести перерастяжения и выраженностью структурных изменений стенки матки. Наиболее характерными для тяжелой степени перерастяжения, наряду с перечисленными выше изменениями, являются процессы отека, снижения числа миоцитов, кровоизлияний, увеличения межмышечного пространства (рис 1.). Все выявленные структурные нарушения, безусловно, являются основополагающими факторами, приводящими к гипотонии матки и послеродовым акушерским кровотечениям.

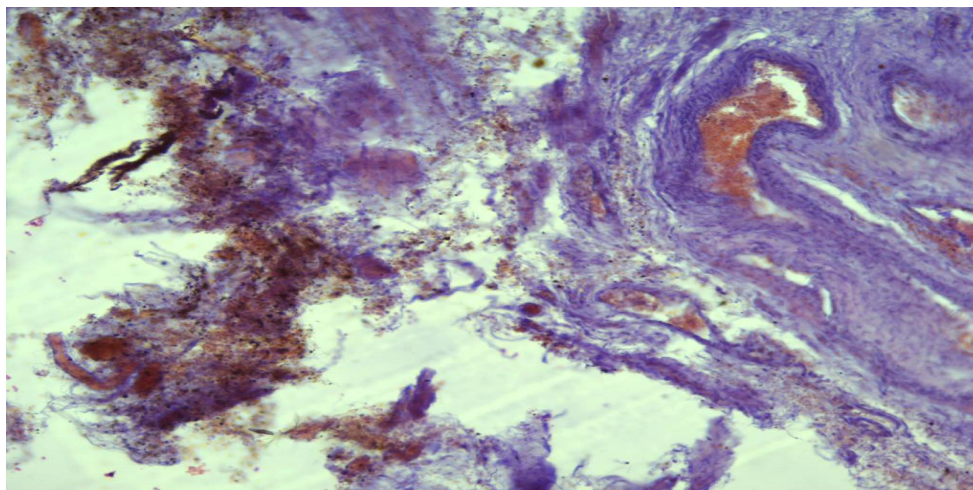


Рис. 1. Послеродовая матка. Двойня. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок. 10

Видны кровенаполненные неровные сосуды миометрия, формы эритроцитов определяются не четко. Мышечные волокна гипертрофированы, в ряде зон исследования определяется геморрагическая имbibция миометрия.

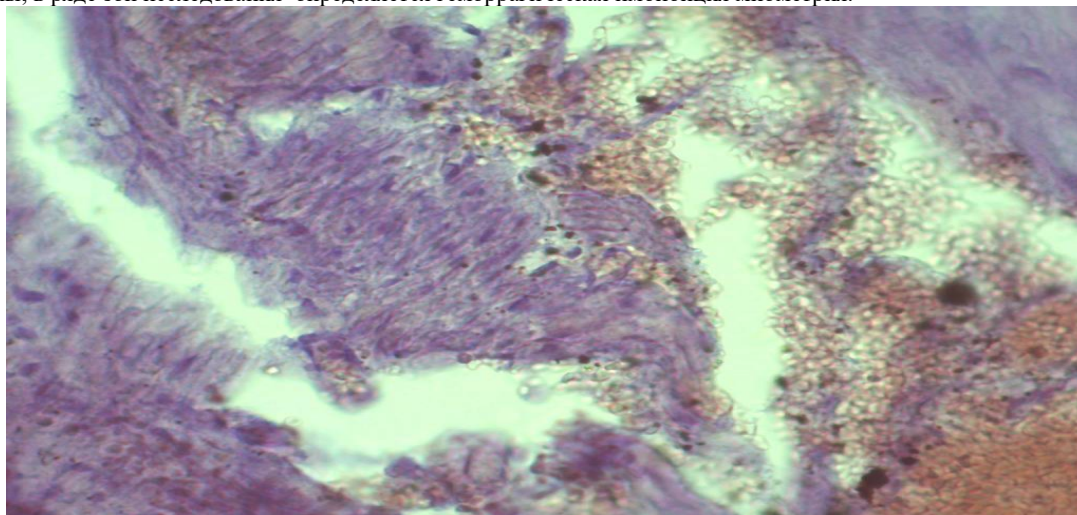


Рис. 2. Послеродовая матка. Макросомия. Окраска Гематоксилин – эозином. Об.40, ок.10.



При выраженной степени перерастяжения матки наряду с гипертрофией миоцитов отмечается снижение их количества. Ядра миоцитов чётко не прослеживаются. На рисунке 2. виден выраженный отёк миометрия и участки пропитывания (имбиции) кровью тканей миометрия. Проведенные морфометрические исследования длины и ширины миоцитов свидетельствуют о том, что с увеличением срока беременности они удлиняются и утолщаются более, чем в 1,6 раза при физиологической беременности. Аналогичные изменения происходят и при легком и среднетяжёлом перерастяжении матки. Эти явления, по-видимому, следует рассматривать как компенсаторную реакцию миометрия и подготовку к предстоящим родам. Выраженное увеличение объёма матки в связи с многоплодием, многоводием или макросомией плода приводят к срыву адаптационных механизмов, о чём свидетельствует отставание утолщения миоцитов на фоне их значительного удлинения. Гистологически эта картина подтверждается явлениями отёка тканей, снижением количества миоцитов, межмышечными кровоизлияниями и увеличением межмышечного пространства. Все перечисленные в данной главе морфоструктурные изменения свидетельствуют о функциональной неполноценности миометрия, что может явиться пусковым механизмом акушерского кровотечения. Крайне редко кровотечение при беременности возникает вследствие нарушения целостности плодных оболочек или сосудов пуповины. Также кровотечения при беременности могут быть спровоцированы причинами, которые проявляются на любом сроке эмбриогенеза. К таким причинам относятся доброкачественные новообразования – миома, полипозные разрастания в цервикальном канале и маточной полости. Часто кровотечение при беременности наблюдается у женщин с эрозией шейки матки. Иногда признак возникает вследствие усиленной циркуляции крови в органах малого таза. Риск развития синдрома также присутствует при бурных сексуальных контактах, значительных физических нагрузках, сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях, связанных с ослаблением эндотелия. Особенностью нынешнего времени является бремя гемокоагуляционных, сосудистых и эндотелиальных осложнений, связанных с перенесенной коронавирусной инфекцией. Все, приведенные выше факты свидетельствуют о возможности прогнозирования ситуаций, приводящих к акушерским кровотечениям. Как известно, все, что можно прогнозировать, можно и профилактировать.

#### **Глобальная стратегия искоренения предотвратимой материнской смертности.**

Одним из стратегических направлений ООН и ВОЗ является снижение к 2030 году материнской смертности во всех странах за счет ликвидации предотвратимых причин, к которым относят и кровотечения [3,2]. Основные причины материнской смертности как векторы направленности мер по ее предотвращению. Общемировая стратегия предотвращения МС неотрывна от учета причин МС [4,5,9,10,11]. Сегодня ВОЗ выделяет шесть групп прямых материнских причин МС: гипертензивные расстройства; кровотечение; аборт, выкидыш и внематочная беременность; затрудненные роды и разрыв матки; сепсис и другие материнские инфекции; другие материнские расстройства [49]. Действительно, в глобальном (общемировом) масштабе доминирующей причиной материнской смертности представлено акушерское кровотечение, доля которого увеличилась с 68% в 1990 году до более 80% в 2015 году. Прямые акушерские причины в целом в 2015 году обусловили около 86% всех материнских смертей, что незначительно отличалось по сравнению с 1990 годом - 87%. Для разных стран структура причин МС была иной [4,5]. Для стран Юго-Восточной Азии, Латинской Америки и Карибского бассейна, Кавказа и Центральной Азии, Восточной, Западной, Южной Азии, стран к Югу от Сахары доминирующей причиной МС было кровотечение (28%, 8, 47). Гипертензия, как прямая причина МС, была на втором месте (14,4%, 49). Частота абортотварьировала от 1% до 10%, сепсиса – от 3% до 14%. Нельзя не отметить, что второе место занимали не прямые причины МС (23,4%, 39), которые в странах к Югу от Сахары составляли 29% причин МС, что

превышает долю кровотечения – 25% [4,2]. В Японии, одной из стран с самым высоким уровнем развития, за период 2010-2012 основными причинами МС явились акушерское кровотечение (23%), заболевания головного мозга (16%), эмболия околоплодными водами (12%), сердечно-сосудистые заболевания (8%), заболевания легких (8%), инфекционные заболевания (7%), болезнь печени (2%), злокачественные заболевания (3%), травма (5%), судороги (1%), другие причины (1%) и необъяснимые причины (14%) [2,9]. В США основными причинами МС за период 1999-2014 г. были преэклампсия, эклампсия, сахарный диабет, заболевания печени, другие уточненные состояния, связанные с беременностью, антенатальное и послеродовое кровотечение, другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период, заболевания системы кровообращения [7, 8, 4]. В Федеративной Республике Нигерия основными причинами МС в 29% гипертензивные расстройства, в 24,4% акушерское кровотечение, в 19,6% неакушерские осложнения, в 14,2% инфекция, в 7% аборт, в 2,5% затрудненные роды и только в 2,4% другие причины. Основными неакушерскими (непрямыми) (non-obstetric (indirect) complications) причинами ВИЧ/СПИД/ синдром ВИЧ-инфицирования, малярия, анемия, заболевания сердца, легких, почек, онкологические заболевания, другие заболевания и состояния [48]. В РФ основными причинами МС в течение 2005-2016 гг. не прямые причины акушерской смерти (26,1%), акушерская эмболия (17%), прочие. 22 причины акушерской смерти (12,2%), отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродового периода (11,7%), сепсис во время родов и в послеродовом периоде (6,9%), кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (6,4%), кровотечения в родах и послеродовом периоде (6,4%), аборт, начатый и начавшийся вне лечебного учреждения и неустановленного характера (5,9%), медицинский аборт (3,2%), осложнения анестезии (2,1%), внематочная беременность (1,1%), разрыв матки до начала родов и во время родов (1,1%), смерть матери, наступившая в период, превышающий 42 дня, но менее 1 года после родов (поздняя материнская смерть) (0,5%) [2,5]. В сравнении с 2005 годом в 2016 году отмечено снижение абсолютного числа случаев МС вследствие внематочной беременности с 21 до 2, аборта медицинского с 16 до 6, начавшихся вне лечебного учреждения и неустановленного характера - с 46 до 11, от отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности, родов и послеродового периода с 47 до 22, от кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты с 33 до 12, от кровотечения в родах и послеродовом периоде с 30 до 12. Число случаев МС от сепсиса во время родов и в послеродовом периоде осталось сопоставимым (14 в 2005 г. и 13 в 2016 г.). Как и во всем мире, стабильно высокие показатели сохраняют не прямые причины акушерской смерти – 57 в 2005 году и 49 в 2016 [3,9]. При анализе структуры причин МС в РФ в более узком временном периоде (2016 в сравнении с 2017) отмечается то же доминирование не прямых причин акушерской смерти – 26,1% против 26,7%; уменьшение частоты МС вследствие медицинского аборта (с 3,2% до 1,3%), осложнений анестезии (с 2,1% до 1,3%), кровотечений в родах и послеродовом периоде (с 6,4% до 5,3%), сепсиса во время родов и послеродового периода (с 6,9% до 5,3%). Доля внематочной беременности в структуре причин МС в 2017 году значительно возросла по сравнению с 2016 г (с 1,1% до 8%) [2,6,7]. Демонстрируемые изменения структуры МС в кратко- и долгосрочной перспективе [4,5] отражают эффективность реализации мер по предотвращению и снижению МС. Исследования, проведенные в Узбекистане показали, что, несмотря на снижение акушерских кровотечений, в структуре снижения материнской смертности в целом, кровотечения за последние 10 лет занимают второе место, и третье - среди прямых акушерских причин МС [2022 Бабаджанова Ш.Д.].

Современные научные исследования демонстрируют возможность управления (контроля) теми или иными причинами. Аудит МС, анализ успехов и промахов в преодолении МС единодушно признаны прамбулой разработки

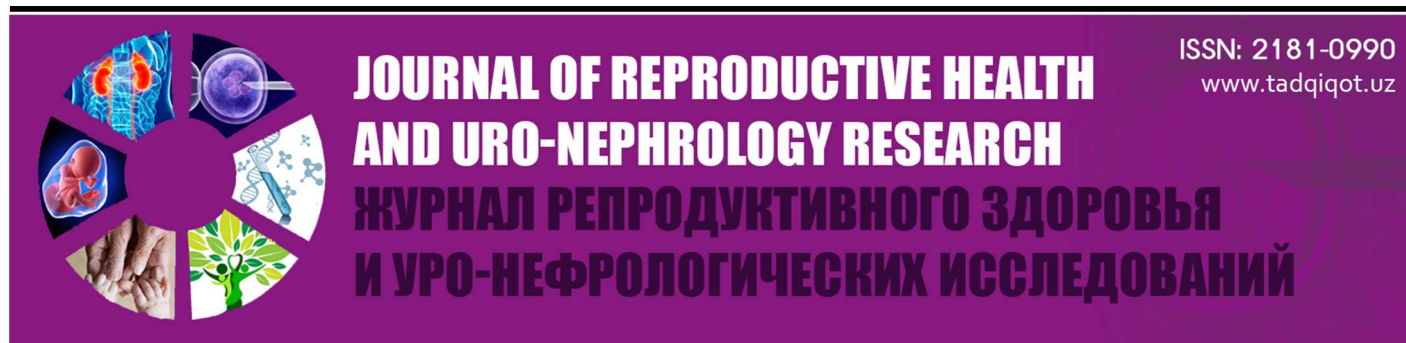
персонифицированных стратегий предотвращения МС [4,5,7,9]. Одним из основных факторов, увеличивающих процент акушерских кровотечений, на современном этапе, является увеличение процента абдоминального родоразрешения. Частота кесарева сечения колеблется в широких пределах и производится в различных учреждениях родовспоможения от 2 до 40% от общего пула родов. Этот показатель за последние 10 лет, к примеру по России, увеличился примерно в 3 раза. В то же время в ФРГ, Швеции и некоторых странах в последние годы частота абдоминального родоразрешения не превышает 10%. Научные исследования позволили достичь значительных положительных сдвигов в проблеме профилактики и лечения кровотечений. Важнейшими из них были: выявление особенностей акушерского геморрагического шока в зависимости от его причины; совершенствование интенсивной терапии, что позволило повысить эффективность лечебных мероприятий при геморрагическом шоке; широкое внедрение в клиническую практику утеротонических средств, приведшее к определенным успехам в профилактике и лечении гипотонических кровотечений; открытие и изучение механизмов развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови как компонента патогенеза множества патологических состояний в акушерстве; появились новые сведения о механизмах развития синдрома массивных трансфузий, возможности использования в акушерской практике необходимых компонентов и препаратов крови; выделены беременные высокого риска развития кровотечения во время родов [4,5]. Разрабатываются и широко внедряются новые акушерские технологии: медикаментозный аборт, эндоскопическая гинекология, органосохраняющие технологии при акушерских кровотечениях. Многочисленными исследованиями доказано, что наилучшими способами предупреждения массивной кровопотери является тщательное наблюдение в родовом периоде, современные методы диагностики и наличие квалифицированного персонала, владеющего методиками интенсивной терапии и

знающего специфику акушерской клиники [4,5]. Прогнозирование и ранняя диагностика УЖС позволяют определить стратегию максимального снижения МС. По мнению ученых, предпосылками развития осложненной беременности, зачастую являются короткая продолжительность ретроспективы, дефекты или отсутствие профилактики и лечения, прегравидарной подготовки [4,5,6].

Таким образом, за последние 30-40 лет в мире сделано очень много для снижения инвалидности, заболеваемости и МС в целом и от акушерских кровотечений, в частности. В то же время крайне мало работ касающихся изучения региональных особенностей динамики изменения показателей акушерских кровотечений и материнской смертности от них за период социально-экономических преобразований в стране, недостаточно изучены медико-социальные и медико-организационные аспекты акушерских кровотечений, не проводились исследования по оценке качества акушерских услуг с учетом их реализации, недостаточно сведений о роли материально-технической базы и качества кадрового состава учреждений родовспоможения в обеспечении результативности профилактики акушерских кровотечений; отсутствуют четкие стандарты обеспечения готовности учреждений родовспоможения к осуществлению профилактики и экстренных мероприятий по лечению кровотечений; требуют уточнения факторы риска акушерских кровотечений с учетом этапов наблюдения беременной на всех этапах гестации, а также анализ результатов внедрения алгоритмов и протоколов наблюдения женщин с риском на кровотечение семейными врачами и акушерами-гинекологами женских консультаций и семейных поликлиник. Целесообразным является, на основании комплексного социально-гигиенического исследования акушерских кровотечений и материнской смертности от них разработать предложения по оптимизации управления факторами, их определяющими.

#### Использованная литература:

1. Абдуллаева Л., Каттаходжаева М., Сафаров А., & Сулейманова Н. (2022). Clinical and morphological parallels in pregnancy complicated by polyhydramnios. in Library, 22(1), 4137–4141. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14758>
2. Бабаджанова Ш.Д. Совершенствование организационных и лечебно-диагностических технологий для снижения материнской смертности// Дисс. докт. Ташкент 2022. Стр.259
3. Башмакова, Н.В. Мониторинг акушерских «near miss» в стратегии развития службы родовспоможения / Башмакова Н.В., Давыденко Н. Б., Мальгина Г.Б. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – № 19(3). – С. 5-10.
4. Давлятова Г.К. Влияние использования аудита критических случаев на изменение некоторых показателей акушерских кровотечений / Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67 – № 1. – С. 13–19. doi: 10.17816/JOWD67113-19
5. Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67 – № 1. – С. 13–19. doi: 10.17816/JOWD67113-19.
6. Каттаходжаева М. Х., Абдуллаева Л.С., Сафаров А.Т. Клинико-морфологические параллели при синдроме перерастяжения матки // ОИИ. 2021. №6/S. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-morfologicheskie-paralleli-pri-sindrome-pererastyazheniya-matki> (дата обращения: 08.11.2022). Казанский медицинский журнал, 96 (6), 968-970.
7. Клинически значимые морфологические и иммуногистохимические особенности интактного и рубцово-измененного миометрия / Д. А. Атякшин,
8. Лебеденко, Е. Ю. Опасное прошлое, тяжелое настоящее, туманное будущее больных, переживших акушерские катастрофы («near miss») / Лебеденко Е.Ю., Михельсон А.Ф., Розенберг И.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-3. – С. 372-377.
9. Мамонтова, И. К. «Near miss» в акушерстве: место в оценке технологий здравоохранения, подходы к классификации и оценке. Фармакоэкономика. Sovremennaya farmakoe`konomika i farmakoe`pidemiologiya / Мамонтова И. К., Шевлякова Т. В., Петрова Е. И. / Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2018. – №12 (4). – С. 92-96. DOI: 10.17749/2313-7347.2018.11.4.092-096.
10. Международный и российский опыт мониторингирования критических акушерских состояний Мурашко М.А., Сухих Г.Т., Пугачев П.С. и др. // Акушерство и Гинекология. – 2021. - №3. - С. 5-11.
11. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. —М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 128 с.
12. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол лечения). — Москва, 2014. — 23 с.
13. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. — М.: Издво журнала Status Praesens, 2017. – 872 с.
14. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. – М.: Эксмо, 2009. –288 с.



УДК 618.39-089.888.14-616.36

**Азимова Шахноза Талатовна**

докторант

Самаркандский Государственный

медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный

медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТНЕРА-ХАУЗЕРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**For citation:** Azimova Shaxnoza Talatovna, Negmadjhanov Bakhodur Boltaevich, CHronic pelvic pain in adolescent girls with mayer-Rokitansky-küstner-hauser syndrome, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13348046>**Azimova Shakhnoza Talatovna**

doctoral student

Samarkand State medical university

Samarkand, Uzbekistan

**Negmadjhanov Bakhodur Boltaevich**

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**CHRONIC PELVIC PAIN IN ADOLESCENT GIRLS WITH MAYER-ROKITANSKY-KÜSTNER-HAUSER SYNDROME (LITERATURE REVIEW)****Azimova Shaxnoza Talatovna**

doktorant

Samarqand davlati tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarkand Davlat Tibbiyot Universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**MAYER-ROKITANSKIY-KYUSTNER-XAUZER SINDROMIDAGI O'SMIR QIZLARDA SURUNKALI KICHIK CHANOQ OG'RIG'I (ADABIYOTLAR TAXLILI)**

Проблема хронических тазовых болей (ХТБ) является одной из важнейших, сложных и далеко не решенных задач в гинекологии. Более 60% женщин, ежегодно обращающихся за помощью к акушеру-гинекологу, предъявляют жалобы на хроническую тазовую боль. ХТБ у женщин чаще всего является симптомом гинекологических, чем экстрагенитальных заболеваний [13].

Хроническая тазовая боль - это вторичная боль, имеющая длительное течение, трудно переносимый характер и, как всякая висцеральная боль, редко бывает локализованной. Длительная

боль приводит к снижению физического, социального, сексуального функционирования больных и развитию эмоционально-аффективных расстройств, что крайне негативно отражается на качестве жизни этих женщин [9,5].

В МКБ-10 термин «газовая боль» встречается в классе XVIII («Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»), в блоке R10-R20 (боли в области таза и промежности; боли, локализованные в других



областях нижней части живота). Боль как явление, связанное с женскими половыми органами и менструальным циклом, в МКБ-10 выделена в отдельную категорию, включающую овуляцию, дисменорею, диспареунию, синдром предменструального напряжения, вагинизм, другие уточненные и неуточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом (Класс XIV, N 94).

Хроническая тазовая боль (ХТБ) – это боль в области таза, продолжающаяся не менее 2 нед каждого месяца в течение 6 мес и более [4]. Среди локализованных болей именно тазовая боль обнаруживает максимальные гендерные различия, что позволяет рассматривать ее как исключительно женскую проблему [30]. Она возникает у 38 из 1 тыс. женщин 15–38 лет, т.е. чаще, чем мигрень (21 из 1 тыс.), и по частоте сравнима с астмой (37 из 1 тыс.) или хронической болью в спине (41 из 1 тыс.). Частота встречаемости ХТБ достигает 15% в популяции. Примерно у 4% женщин ХТБ становится причиной обращения за медицинской помощью и в гинекологической клинике определяет показания к 12% всех гистерэктомий и более 40% диагностических лапароскопий [1].

Несмотря на достаточное количество работ в отечественной и зарубежной литературе, до настоящего времени проблема диагностики и лечения ХТБ представляет чрезвычайный интерес, как с практической, так и с научной точки зрения и является одной из актуальнейших проблем современной гинекологии. Несвоевременно проведенная диагностика и нерациональное лечение ведут к углублению болевого синдрома и степени выраженности эмоционально-аффективных [99]. В последнее десятилетие появились работы, свидетельствующие о недостаточной правомерности повсеместно используемых клинических диагностических тестов в выявлении причин, вызывающих ХТБ. Патогенез боли рассматривается акушерами-гинекологами с позиций локальных морфо-функциональных изменений. Минимальная роль отводится эмоционально-аффективным нарушениям. Дискуссионным остается вопрос, являются ли выявленные психические нарушения причиной или следствием хронического болевого синдрома [136]. Обращает на себя внимание отсутствие единого мнения в отношении достаточно четко определенной дифференцированной лечебной тактики при ХТБ. В связи с этим большое значение приобретает сравнение различных терапевтических и хирургических стратегий, направленных на разнообразные патогенетические факторы ХТБ, с целью создания оптимальных лечебных программ [140]. Исследование и оценка индивидуальных психо-вегетативных расстройств, а также оценка семейной и социальной адаптированности таких больных дают возможность значительно дополнить диагностику ХТБ, выработать индивидуальную терапию и адекватно оценить результаты лечения [101]. Внедрение в клиническую практику современных лапароскопических технологий, а также вызванные этим изменения в лечебной тактике и методике операций, сделали необходимым пересмотр существующих подходов к некоторым аспектам диагностики и хирургического лечения ХТБ [141].

ХТБ может быть подразделена на следующие варианты: 1) хроническая тазовая боль, сопутствующая четко определенным гинекологическим заболеваниям; и 2) хроническая тазовая боль в отсутствие таковых. Для первого варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием»; для второго «синдром хронической тазовой боли» [3]. Причиной тазовой боли при гинекологических заболеваниях может быть механическое раздражение болевых рецепторов внутренних органов и соматических структур в результате спазмов, сдавления, растяжения, изменения кровоснабжения [135]. Хроническая тазовая боль, от которой страдает примерно каждая седьмая женщина, может привести к избыточным посещениям клиники, при этом прямые медицинские затраты на амбулаторные посещения.

К хронической тазовой боли, сопутствующую четко определенным гинекологическим заболеваниям можно отнести пороки развития матки и влагалища, которые составляют 6,5% от всей гинекологической патологии у девочек [9]. Самыми частыми

среди них являются аплазия матки и влагалища и пороки, связанные с нарушением оттока менструальной крови [112].

На сегодняшний день имеется ограниченное количество литературы, сообщающей о распространенности боли в популяциях пациентов с мюллеровыми аномалиями, такими как синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (MRKH).

Аплазия влагалища и матки (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера – СМРКХ) является крайней степенью врожденного дисморфогенеза [10] среди всех случаев врожденной патологии органов репродуктивной системы. Частота встречаемости таких пациенток составляет 1 на 4–5 тыс. новорожденных девочек [5].

Синдром MRKH получил свое название в честь четырех ученых, чьи оригинальные описания были опубликованы за период в 130 лет: немецкого анатома Августа Франца Йозефа Карла Майера (в 1829 году), австрийского анатома Карла фон Рокитанского (в 1838 году), немецкого гинеколога Германа Кюстера (в 1910 году) и швейцарского гинеколога Жоржа Андре Хаузера (в 1961 году) [61,94,50,120].

Однако первое упоминание врожденного отсутствия матки и влагалища принадлежит итальянскому анатому Реальдо Коломбо. В его работе "De Re Anatomica" 1562 года в томе 15 под названием "De iis quae raro in anatome reperiuntur" ("редкие находки в анатомии") он описал случай женщины без матки и влагалища, которая столкнулась с болями при половом акте [91]. Хотя в его описании было недостаточно деталей, это было первым упоминанием данного состояния.

Спустя столетия Майер и Рокитанский, работая независимо друг от друга, сообщили о вскрытиях двух умерших женщин, у которых были рудиментарные зачатки матки. Они описали это как "двухраздельную матку, твердую матку и твердое влагалище". Кюстер был первым, кто сообщил об этом открытии у живой пациентки, у которой он удалил вызывающие боль остатки матки [61,94]. Хаузер и Шрайнер завершили определение маточно-влагалищной агенезии у женщин с нормальными вторичными половыми признаками и нормальным женским кариотипом на основе серии из 21 случая. [126].

Все эти работы описывают случаи изолированной маточно-влагалищной агенезии без связанных с ней экстрагенитальных пороков развития, которая в современной литературе известна как синдром MPX I типа. В 1977 году Шмид-Таннвальд и Хаузер описали семь случаев пороков развития почек, которые получили название атипичного синдрома MPX [134]. Дункан и его коллеги сообщили о двух случаях тяжелого фенотипа маточно-влагалищной агенезии, связанной с пороками развития почек и скелета, и предположили наличие ассоциации MURCS (аплазия мюллерова протока, почечная аплазия и дисплазия шейно-грудных сомитов). В современной литературе эти две подгруппы объединены в синдром MPX II типа, описывающий все случаи с сопутствующими экстрагенитальными аномалиями (почечными, скелетными и т. д.). Частота синдрома MPX I и II типа составляет 56–72% и 28–44% соответственно. [123, 74, 51, 38].

Этиология синдрома MPX до сих пор остается непонятной. Формирование тканевого паттерна и морфогенез органов у эмбриона человека является сложным процессом и зависит от сочетания временных сигналов от генетических факторов, растворимых морфогенов, химических воздействий и механических сил [63]. Поэтому современные знания учитывают несколько возможных этиологий, включая моногенные, олигогенные, полигенные, многофакторные и факторы окружающей среды. Кроме того, регуляторные механизмы, такие как эпигенетические факторы, и соматические генетические события во время развития могут также играть роль. Увеличивающееся число сообщений о семейном возникновении синдрома MPX и связанных с ним аномалиях подтверждает возможную моногенную генетическую этиологию [124, 114]. Большинство родословных предполагают аутосомно-доминантное наследование с неполной пенетрантностью, особенно в случаях, когда наблюдается агрегация синдрома MPX и почечных аномалий, которые ранее назывались наследственной



урогенитальной адисплазией [125, 74, 80, 133]. Напротив, большинство случаев, возникающих спорадически, без рецидивов в исходах суррогатной беременности, а также несколько сообщений о дискордантных парах близнецов, подтверждают либо полигенную/многофакторную, либо негенетическую этиологию, такую как тератогенное воздействие внутриутробно [123, 57, 92, 36, 66].

Однако, обсуждая возможную этиологию синдрома MRKH и учитывая преобладание в основном спорадических случаев, важно помнить, что характеристики синдрома MRKH, такие как абсолютное маточное бесплодие, не позволяют вертикальную передачу признака. Следовательно, генетический вклад в синдром MRKH может быть недооценен.

У пациенток с синдромом MRKH обычно наблюдается первичная аменорея в подростковом возрасте, которая определяется как отсутствие менструальных периодов в возрасте 16 лет после нормального полового созревания и развития вторичных половых признаков. Другие жалобы при обращении включают диспареуно/апареуно и (циклические) боли в животе. Наконец, пациентки (обычно дети младшего возраста) могут быть направлены после случайного обнаружения агенезии влагалища или матки, но при обследовании с помощью визуализации в молодом возрасте такие результаты могут быть ложной интерпретацией состояния матки в препубертатном возрасте [49].

Пациенток с первичной аменореей следует направить для обследования в гинекологическое отделение или к гинекологу, обладающему опытом в детской/подростковой гинекологии или нарушениях полового развития (DSD). Проводится физическое обследование, включающее осмотр наружных половых органов и входного отверстия/влагалища в зависимости от возраста и мотивации пациента (следует избегать у подростков препубертатного возраста). Трансперинеальное или трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет выявить отсутствие матки и наличие яичников. Магнитно-резонансная томография (МРТ) внутренних половых органов считается золотым стандартом диагностики маточно-влагалищной агенезии при синдроме MPX и должна проводиться всегда, когда это возможно. МРТ является неинвазивным методом и превосходит компьютерную томографию (КТ) в детальной визуализации мюллеровых структур (остатки матки или полная агенезия), включая наличие эндометрия в остатках матки. МРТ также показывает яичники и экстрагенитальные пороки развития и имеет высокую степень соответствия с результатами лапароскопии [5, 8].

Обследование почек с помощью УЗИ/МРТ необходимо для выявления пороков развития почек, которые встречаются с распространенностью около 30%. Детальный скрининг других типичных экстрагенитальных аномалий (скелетных, ушных, сердечных и т. д.) через визуализацию и оценку оторинофарингеальной системы не проводится регулярно, но его следует учитывать в случае соответствующих жалоб или результатов физического осмотра. Дополнительные исследования все еще требуются для выработки рекомендаций по проведению полного скрининга экстрагенитальных аномалий у всех пациентов в клинической практике [123, 55].

Агенезия/аплазия матки при синдроме MRKH имеет два фенотипических проявления. Первое проявление - это две апластические зачатки матки, которые обычно находятся на боковой стенке таза и происходят из мюллеровых протоков (чаще всего наблюдаемые при типе I синдрома MRKH). Второе проявление - это полное отсутствие одного или обоих мюллеровых протоков, что чаще всего встречается при типе II синдрома MRKH и связано с ипсилатеральными пороками развития почек. При обоих вариантах зачатки матки могут сопровождаться остатками матки или фиброзной полосой по средней линии. Наличие остатков матки наблюдается у 48–95% [122, 64, 48, 128, 116] пациенток и связано с риском циклических (менструальных) болей в животе из-за наличия активного эндометрия [27]. У некоторых пациенток с эндометрием, реагирующим на циклические стероидные изменения менструального цикла, может даже

развиться гематометра из-за криптоменореи в остаточной полости [8, 9]. В случае циклических болей в животе и активности эндометрия на МРТ следует рассмотреть возможность лапароскопии и хирургического удаления остатков матки, содержащих эндометрий. Эндометриоз является еще одним признаком синдрома MRKH, особенно у пациенток с остатками матки и активным эндометрием [1,2,8]. 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 [1]. По данным инструментальных исследований, эндометрий визуализируют у 25% пациенток, а функционирующий – у 6–10% [7].

Некоторые другие диагнозы могут иметь сходство с синдромом MPX. Например, агенезию влагалища иногда ошибочно интерпретируют как неперфорированную девственную плеву или поперечную вагинальную перегородку. При таких диагнозах при УЗИ может выявляться проксимальный вагинальный канал и, возможно, гематокольпос. Подобные неверные интерпретации могут иметь печальные ятрогенные последствия [2]. Редкая форма мюллеровой агенезии у женщин связана с клинической вирилизацией/гиперандрогемией и вызвана мутациями в WNT4. Обычно это рассматривается как отдельный диагноз от синдрома MRKH [60]. Мюллерова агенезия иногда ошибочно диагностируется у женщин 46 XX и 45 X с недостаточностью яичников (дисгенезией гонад) и дефицитом эстрогенов. Однако сообщалось, что у этих пациенток экзогенное воздействие эстрогена индуцирует развитие матки, что позволяет предположить отсутствие пубертатного развития матки, а не агенезию. В целом, визуализацию матки препубертатного возраста следует интерпретировать с осторожностью из-за риска ложноположительных заключений об агенезии/аплазии [1,5].

Если планируется хирургическое лечение, это время может быть использовано для проведения дальнейших оценок. Существуют нехирургические и хирургические подходы к созданию неовагины. После установления диагноза молодые женщины часто испытывают тревогу и психологический стресс, связанный с ним. Крайне важно, чтобы врач адекватно консультировал пациента перед принятием каких-либо решений о лечении. Чувствительность и сострадание, с которыми врач относится к этим пациентам, могут оказывать долгосрочное влияние на них. Время создания неовагины является вариативным, однако лечение рекомендуется отложить до позднего подросткового возраста для обеспечения информированного согласия и соблюдения требований [6].

Сообщение о результатах механической кольпоэлонгации впервые появилось в 1832 году. Ткани вульвы обладают высокой растяжимостью, что привлекло внимание Р. Флетчера и Б. Амюсса. Они предложили метод растяжения кожи за задней связкой малых половых губ, применяя давление пальцем в течение длительного времени. В 1938 году Р. Франк предложил использовать различные протезы для углубления преддверия влагалища. В начале процедуры он использовал твердые наконечники для смещения кожи промежности в область входа во влагалище. Процедура проводилась дважды в день в течение около 18 месяцев, чтобы сформировать канал, соответствующий форме и емкости женского влагалища, между наружным отверстием уретры и задней связкой вульвы. Однако многие пациенты отказывались от этой процедуры из-за ее длительности и болезненности. Этот метод чаще всего применялся у женщин с глубокой рудиментарной частью влагалища, но он мог вызывать травмы у пациенток с незначительным углублением или строением тканей вульвы. Более поздние устройства, такие как кольпоэлонгатор Б.Ф. Шерстнева (1969 г.), были разработаны для использования под строгим врачебным контролем в медицинских учреждениях. Гинекологи предпочитают этот метод для подростков, так как он менее травматичен и позволяет постепенно удлинять влагалище. В этой процедуре используется протектор для растяжения слизистой вульвы и углубления ямки в области вульвы, что способствует растяжению влагалища до 7-8 см за месяц. Процедура безболезненна и проводится самой пациенткой под контролем

врача. Для повышения эффективности протектор смазывается индифферентной мазью с фолликулином или эстриолом. Кольпозонгацию рекомендуется проводить у девочек в возрасте 16 лет и старше.

Хронические циклические тазовые боли, длительностью 3-6 дней, вызывают у подростков раздражительность и нервное истощение. Для облегчения симптомов пациентки вынуждены принимать обезболивающие препараты (например, Ибупрофен, Диклофенак, Кетонал) в течение многих лет. Однако такой длительный прием препаратов может негативно сказаться на функции почек, надпочечников, печени и сердечно-сосудистой системы. Хроническая тазовая боль только усугубляет уже существующие проблемы социальной и сексуальной адаптации у пациентов с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузерв. Многие авторы при хронической тазовой боли рекомендуют удаление рудиментарных маточных валиков [34].

Однако такая стратегия не решает проблему, поскольку удаление маточных валиков негативно влияет на психологическую реабилитацию пациентов. Для пациенток и их родителей идея удаления матки вместе с пластом эндометрия вызывает стрессовое состояние.

Таким образом, СМРКХ – это патология со сложной и многофакторной этиологией; притом, генетические изменения, влияющие на эмбриональный профиль, вносят свой вклад в ее определение. Несмотря на достигнутые успехи в последнее

десятилетие в области генетики и эмбриологии, которые позволяют лучше выяснить этиологию и открыть новые возможные терапевтические горизонты, остается еще много этиопатогенетических вопросов, что не позволяет в настоящее время разработать профилактику синдрома [112].

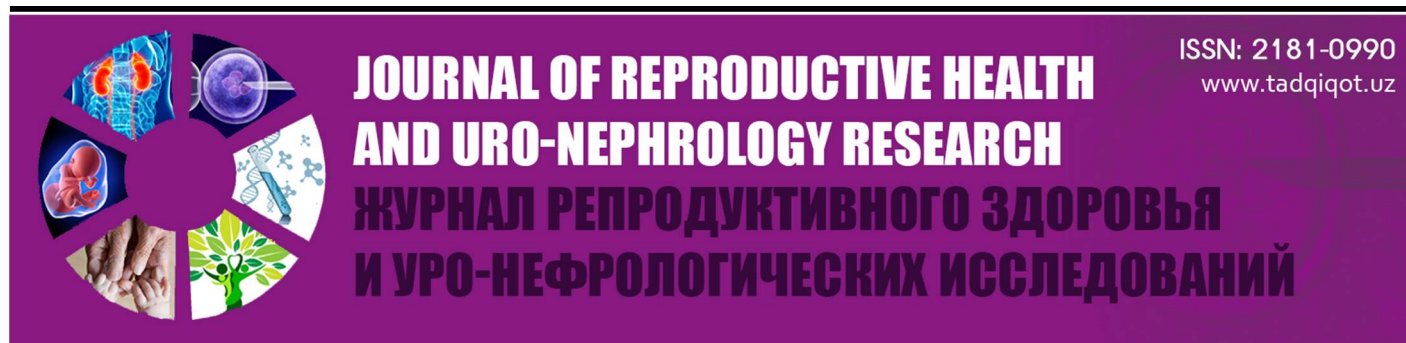
Уход за пациентами с синдромом МРКХ представляет собой сложную задачу, требующую многопрофильного подхода, ориентированного на пациента. Важно проводить тщательный диалог с пациентом, рассматривая комплексные гинекологические, сексуальные и психологические проблемы, а также проблемы бесплодия. Постоянные исследовательские усилия и сотрудничество играют ключевую роль в расширении текущих знаний о синдроме МРКХ и улучшении будущего ухода. За последние годы были достигнуты значительные успехи в различных областях, включая генетику синдрома МРКХ. Это позволило лучше понять его этиологию, улучшить методы диагностики, а также обеспечить оптимальный уход и консультирование для пациентов.

Изучая данные литературы с синдромом МРКХ мы пришли к выводу, что вопросы решенные не до конца, удаление детородного органа, пусть будет рудиментарного, отрицательно сказывается на психосоматическое состояние как пациента, так и ее близких. Это особенно важно для девочек-подросток и ее родственников с восточным менталитетом.

### Использованная литература:

1. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review // *Pain Physician*. 2014. Vol. 17. P. E141–E147
2. Chen MJ, Wei SY, Yang WS, Wu TT, Li HY, Ho HN и др. Параллельное секвенирование следующего поколения, нацеленное на экзом, и массив однонуклеотидного полиморфизма для выявления причинных генетических аберраций изолированного синдрома Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера. *Хум Репрод*. 2015;30:1732–42.
3. Cosar E., Cakir Gungor A., Gencer M., Uysal A. et al. Sleep disturbance among women with chronic pelvic pain // *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2014. Vol. 126, N 3. P. 232–234.
4. Gunter J. Neurobiology of chronic pelvic pain. In: *Chronic Pelvic Pain*, ed. P. Vercellini; London, UK: Blackwell Publishing, 2011: 1–6
5. McQuillan SK, Grover SR. Dilation and surgical management in vaginal agenesis: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2013; 25 (3): 299–311. Rizzo A, Lagana AS, Sturlese E et al. Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: Embryology, Genetics and Clinical and Surgical Treatment. *ISRN Obstetr Gynecol* 2013; ID 628717: 10
6. Nakhal RS, Creighton SM. Management of vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(6):352–357
7. Reichman DE, Laufer MR. Congenital uterine anomalies affecting reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010; 24 (2): 193–208
8. Weijenberg PTM, Kluivers KB, Dessens AB, Kate-Booij MJ, Both S. Сексуальное функционирование, сексуальная самооценка, генитальная самооценка, а также психологическое и реляционное функционирование у женщин с синдромом Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера: исследование случай-контроль. *Хум Репрод*. 2019;34:1661–73.
9. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. М.: ЭликсКос, 2004.].
10. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития матки и влагалища. М.: Медицина, 1998., Мартыш Н.С. Клинико-эхографические аспекты нарушений полового развития и аномалий развития матки и влагалища у девочек. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996
11. Айттомаки К., Эроила Х., Каяноя П. Популяционное исследование заболеваемости миоллеровой аплазией в Финляндии. *Фертил Стерил*. 2001;76:624–5.
12. Аль Омари В, Хашими Х, Аль Басам М.К. Паховая матка, фаллопиева труба и яичник связаны с синдромом Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера у взрослых. *Фертил Стерил*. 2011;95:1119 e1–4.
13. Берглунд А., Берт Э., Кэмерон-Пимблетт А., Дэвис М.К., Конвей Г.С. Критическая оценка сообщений о случаях отсутствия матки у субъектов с дефицитом эстрогена. *Клин Эндокринолог*. 2019;90:822–6.
14. Биазон-Лаубер А., Де Филиппо Г., Конрад Д., Скарано Г., Наццаро А., Шенле Э.Дж. Дефицит WNT4 — клинический фенотип, отличный от классического синдрома Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера: отчет о случае. *Хум Репрод*. 2007;22:224–9.
15. Биазон-Лаубер А., Конрад Д., Навратил Ф., Шенле Э.Дж. Мутация WNT4, связанная с регрессией миоллеровых протоков и вирилизацией у женщины 46,XX лет. *N Engl J Med*. 2004;351:792–8.
16. Бин Э.Дж., Мазур Т., Робинсон А.Д. Синдром Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера: сексуальность, психологические эффекты и качество жизни. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22:339–46.
17. Блонцос Н., Иаваццо С., Воргиас Г., Калиноглу Н. Развитие лейомиомы при синдроме Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера: описание случая и обзор литературы. *Акушерская гинекологическая наука*. 2019;62:294–7.
18. Брайан А.Л., Нигро Дж.А., советник В.С. Сто случаев врожденного отсутствия влагалища. *Хирургический гинекологический акушер*. 1949;88:79–86.
19. Бурель А., Моучел Т., Одент С., Тикер Ф., Кнебельманн Б., Пеллерин И. и др. Роль генов NOXA7–NOXA13 и PBX1 в различных формах синдрома МРКХ (врожденное отсутствие матки и влагалища). *У Отрицательные результаты Биомед*. 2006;5:4.
20. Бьорсум-Мейер Т., Херлин М., Квист Н., Петерсен М.Б. Дефект позвоночника, анальная атрезия, порок сердца, трахеопищеводный свищ/атрезия пищевода, почечный дефект и связь дефекта конечностей с синдромом Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера при одновременном возникновении: два описания случаев и обзор литературы. *Журнал J Med Case Rep*. 2016; 10:374.
21. Бэхаус Б, Ханна С, Робевска Г, ван ден Берген Дж, Пелоси Э, Саймонс С и др. Идентификация генов-кандидатов синдрома Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера с использованием геномных подходов. *Секс Дев*. 2019;13:26–34.

22. Ван дер Линден П.Дж. Теории патогенеза эндометриоза. Хум Репрод. 1996; 11 (Приложение 3): 53–65.
23. ван Линген Б.Л., Рейндоллар Р.Х., Дэвис А.Дж., Грей М.Р. Дополнительные доказательства того, что ген WT1 не играет роли в развитии производных мюллера протока. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:597–603.
24. Ван М., Ли Й., Ма В., Ли Х., Хе Ф., Пу Д. и др. Анализ мутаций WNT9B у китайских женщин с синдромом Майера-Рокитанского-Кастера-Хаузера. Воспроизведение БиоМед Онлайн. 2014;28:80–5.



УДК 618.39-089.888.14-616.36-073.48

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**Доктор медицинских наук, профессор  
Самаркандский Государственный  
медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Раббимова Гульнора Тоштемировна**PhD доцент кафедры акушерства и гинекологии №2  
Самаркандский Государственный  
медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Рахмонова Парвина Фаридуновна**Резидент магистратуры  
Самаркандский Государственный  
медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИМОРФИЗМА РУДИМЕНТАРНЫХ МАТОЧНЫХ  
ВАЛИКОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**For citation:** Negmadjhanov Bakhodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Rakhmonova Parvina Faridunovna, Features of the exographdiagnosis of polymorphism of uterine valves in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13347960>**Negmadjhanov Bakhodur Boltaevich**Doctor of Medical science, Professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**PhD associate professor of the Department of  
Obstetrics and Gynaecology  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Rakhmonova Parvina Faridunovna**Master's Resident  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**FEATURES OF THE EXOGRAPHDIAGNOSIS OF POLYMORPHISM OF UTERINE VALVES IN PATIENTS WITH MAYER-  
ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME (LITERATURE REVIEW)****Negmadjanov Bahodur Boltaevich**Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarkand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasi dotsenti, PhD  
Samarkand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Raxmonova Parvina Faridunovna**



**MAYER-ROKITANSKIY-KYUSTER-XAUZER SINDROMI BO'LGAN BEMORLARDA BACHADON VALIKLARINING POLIMORFIZMINI EXOGRAFIK DIAGNOSTIKASINING XUSUSIYATLARI (ADABIYOTLAR TAXLILI)**

Синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера — это врожденный порок развития половых органов, который характеризуется врожденным отсутствием матки и влагалища или отсутствием матки и верхних 2/3 влагалища, нормально функционирующими яичниками у пациенток с женским кариотипом (46, XX) и физиологически развитыми вторичными половыми признаками (женский фенотип). [22]

Синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера для которого характерны:

- врожденное отсутствие матки и влагалища (матка обычно имеет вид одного или двух рудиментарных мышечных валиков);
- нормальная функция яичников;
- женский фенотип (нормальное развитие молочных желез, пропорциональное тело, характер оволосения и развитие наружных половых органов по женскому типу);
- женский кариотип (46, XX);
- часто встречающееся сочетание с другими врожденными пороками развития (скелета, органов мочевого выделения). [20]

Этиология синдрома изучена недостаточно, и, согласно мировой статистике, роль наследственных факторов в формировании пороков развития репродуктивной системы фиксируется в 10-25% случаев, риски профессиональных факторов в анамнезе родителей (химические вещества), специфический тератогенные факторы неоднозначны, что, в свою очередь, не позволяет разработать целенаправленные профилактические меры. Аномалии развития женских половых органов, обусловленные наследственностью, экзогенными, эндогенными и другими воздействиями, парамезонефральная недостаточность каудального отдела Мюллерова тракта, нарушения органогенеза, дефекты развития половой системы встречаются в 40% случаев аномалий мочевыделительной системы (односторонняя агенезия почек), кишечника (задняя атрезия кишечника), костей (врожденный сколиоз) и пороков сердца, этот порок развития половых органов часто возникает в период эмбрионального развития [15].

Согласно исследованиям Хашукоевой А. З., хромосомные аномалии составляют 9,4% от порока развития матки и влагалища, при аплазии влагалища и внутриматочного барьера риск наследуемости по аутосомно-рецессивному типу составляет 25%, а также есть данные о воздействии токсических веществ, таких как талидомид и диэтилstilbэстрол, на репродуктивную систему и формированию половых дефектов. [2]

Синдром Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера подразделяют на 2 типа:

- I тип — типичный (простой или изолированный), характеризуется аплазией матки и влагалища, симметричными маточными рудиментами, наличием нормальных маточных труб;
- II а тип — атипичный или сложный, характеризуется отсутствием матки, влагалища, несимметричными маточными рудиментами, гипоплазией или аплазией одной или обеих маточных труб, наличием почечной или скелетной патологии;
- II б тип — MURCS-ассоциация — синдромокомплекс, включающий аплазию мюллеровых протоков, почечную дисплазию, патологию шейно- грудного отдела позвоночника, слухового аппарата. [22]

Существуют различные классификации аномалий развития половых органов. Одна из них, классификация пороков развития матки и влагалища (Л. В. Адамян, А. З. Хашукоева, 1998):

- I. Аплазия влагалища:
  - 1. Полная аплазия влагалища и матки:
    - а) рудимент матки в виде двух мышечных валиков;
    - б) рудимент матки в виде одного мышечного валика (справа, слева,

в центре);

в) мышечные валики отсутствуют.

2. Полная аплазия влагалища и функционирующая рудиментарная матка: а) функционирующая рудиментарная матка в виде одного или двух

мышечных валиков;

б) функционирующая рудиментарная матка с аплазией шейки матки; в) функционирующая рудиментарная матка с аплазией цервикального

канала.

При всех вариантах возможны гемато- и пиометра, хронический эн- дометрит и периметрит, гемато- и пиосальпинкс.

3. Аплазия части влагалища при функционирующей матке: а) аплазия верхней трети;

б) аплазия средней трети;

в) аплазия нижней трети.

II. Однорогая матка:

1. Однорогая матка с рудиментарным рогом, сообщаемым с полостью основного рога.

2. Рудиментарный рог замкнутый.

В обоих вариантах эндометрий может быть функционирующим или нефункционирующим.

3. Рудиментарный рог без полости.

4. Отсутствие рудиментарного рога.

III. Удвоение матки и влагалища:

1. Удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови.

2. Удвоение матки и влагалища с частично аплазированным влагалищем.

3. Удвоение матки и влагалища при нефункционирующей одной матке.

IV. Двуроговая матка:

1. Седловидная форма.

2. Полная форма.

3. Неполная форма.

V. Внутриматочная перегородка:

1. Полная внутриматочная перегородка — до внутреннего зева.

2. Неполная внутриматочная перегородка.

Перегородка может быть тонкой или на широком основании, одна

гемиполость может быть длиннее другой.

VI. Пороки развития маточных труб и яичников:

1. Аплазия придатков матки с одной стороны.

2. Аплазия труб (одной или обеих).

3. Наличие добавочных труб.

4. Аплазия яичника.

5. Гипоплазия яичников.

6. Наличие добавочных яичников.

VII. Редкие формы пороков половых органов:

1. Мочеполовые пороки развития: экстрофия мочевого пузыря.

2. Кишечно-половые пороки развития: врожденный ректovesтибулярный свищ, сочетающийся с аплазией влагалища и матки; врожденный ректovesтибулярный свищ, сочетающийся с однорогой маткой и функционирующим рудиментарным рогом. Встречаются изолированно или в сочетании с пороками развития матки и влагалища. [22]

Клиника аплазии матки и влагалища. Жалобы определяются возрастом пациенток.

Первым клиническим симптомом заболевания у пациенток 12-16 лет является отсутствие менструации (первичная аменорея). Пациентки старшего возраста в первую очередь предъявляют жалобы на невозможность половой жизни, а затем на отсутствие

менструаций. Невозможность половых контактов служит неврозоподобные расстройства, депрессия, тревога, ощущение травмирующим психику фактором. У таких больных появляются собственной неполноценности.[20]

### Основные ультразвуковые маркеры аномалий развития матки и влагалища

Название порока	Влагалище	Шейка матки	Тело матки	Полость матки	Яичники	Аплазия почки
Синдром Рокитанского-Кюстера-Майера-	-	-	-	-	+	Редко
Синдром тестикулярной феминизации	+/-	-	-	-	-	
Атрезия гимена	Гематокольпос	+	+	+	+	-
Аплазия части влагалища при функционирующей матке	Гематокольпос	+/-	+	+	+	
Удвоение матки и влагалища без нарушения оттока менструальной крови	+/+	+/+	+/+	+/+	+	Редко
Удвоение матки и влагалища с частичной аплазией одного из влагалищ	Гематокольпос	+/+	+/+	+/+	+	+
Рудиментарная матка	+	+	Меньше нормы	-	Меньше нормы	
Однорогая матка	+	+	Контуры асимметричны	+	+	+
Двурогая матка	+	+	Деформация контуров	+/+	+	
Матка с рудиментарным рогом	+	+	Деформация контуров (добавочный рог)		+	
Внутриматочная перегородка	+	+	+	2 М-эхо	+	

**Примечание:** + орган визуализируется полностью; +/- визуализируется часть органа; – не визуализируется.

Клиническая картина и жалобы пациенток также зависят от формы дефекта матки и влагалища, и в 15,1% случаев боли в матке и влагалище вызваны врожденным пороком развития, а у девочек-подростков тазовые боли связаны с большими производными объема, вызванными выделением менструальной крови в 71,5% случаев. Однако у 81,3% женщин с врожденными отклонениями в развитии самые высокие показатели наблюдаются боли в матке и влагалище связаны с непроходимостью полости матки или рудиментарной валика. Первый диагноз синдрома СМРКХ ставится на основании медицинского опроса (первичная аменорея), а также клинического обследования, которое определяет отсутствие влагалища и непальпируемую матку, и для подтверждения первоначального диагноза могут быть использованы различные методы диагностики [4,6].

Основными клиническими проявлениями синдрома Майера–Рокитанского–Кюстнера–Хаузера являются: первичная аменорея, невозможность половой жизни, циклические тазовые боли (при функционирующем рудименте)

Рудименты матки могут как содержать функционирующий эндометрий, так и быть представлены мышечными валиками без полости, что подтверждено различными иммуногистохимическими и пато- морфологическими микроскопированиями биопсийного материала [15–16]. К. Ludwig [17,18] считает, что недостаточность рецепторов к эстрогенам и гестагенам в мюллеровых протоках приводит к нарушению их развития с нормальным развитием вольфовых протоков, в результате чего возникает аплазия матки с нормальным формированием маточных труб и круглых связок.

Y. Kawano и соавт. [19] описывают клиническое наблюдение больной 27 лет с МРКХ-синдромом, по- ступившей с жалобами на боль внизу живота. В результате проведенных патоморфологических и им- муногистохимических исследований биопсийного материала был обнаружен функционирующий эндометрий в рудиментах матки, а также эндометриоидная киста яичника.

Диагностика аплазии матки и влагалища.

При внешнем осмотре отмечается правильное телосложение, физическое развитие соответствует норме. При гинекологическом осмотре наружные половые органы имеют правильное развитие по женскому типу, клитор не увеличен. У трети больных наружное отверстие уретры может быть несколько расширено и смещено книзу, что нередко принимается за отверстие в девственной плеве. При наличии в анамнезе попыток половой жизни на месте входа во влагалище образуются углубление и рубцовые изменения. У некоторых пациенток в результате длительных половых сношений имеется емкое неовлагалище глубиной 10-11см, которое лишено складчатости и его стенки склонны к выпадению.[22]

При ректоабдоминальном исследовании матки не определяется, но на ее месте может определяться поперечный тяж – дубликатура брюшины, располагающаяся в поперечном направлении над мочевым пузырем или удаётся пропальпировать мышечные валики (рудименты маток) 2,5х2,5см. Придатки матки, как правило, располагаются высоко у стенок малого таза и пальпаторно не определяются.

При эхографии матка определяется в виде одного или двух мышечных валиков, расположенных в центре либо пристеночно в полости малого таза, средние размеры 3,0х2,0х1,5см, у части больных мышечные валики отсутствуют. Яичники располагаются высоко пристеночно и их размеры соответствуют возрастной норме. Необходимо проведение УЗИ органов мочевыделительной системы для выявления сопутствующих аномалий развития. В сложных случаях для уточнения диагноза необходимо выполнение МРТ или СКТ.[22]

Обязательным являются определение уровня полового хроматина и кариотипирование, так как аплазия влагалища и матки встречается при тестикулярной феминизации и дисгенезии гонад.[20]

Опыт авторов показывает, что диагностика пороков представляет значительные трудности и для выявления или уточнения аномалий часто необходимо применить другие методы исследования. Однако план обследования пациентки с пороком развития матки и/ или влагалища все равно необходимо после

гинекологического осмотра начинать с УЗ-исследования малого таза, т. к. при отсутствии прямых могут иметь место косвенные эхографические признаки той или иной аномалии развития. В некоторых случаях ведущим фактором в дифференциальной диагностике может явиться клиническая симптоматика заболевания.

Авторы встретились с трудностями диагностики такого порока развития гениталий, как полная аплазия влагалища при функционирующей рудиментарной матке. Наиболее информативно при этой патологии было клиническое обследование в сочетании с анамнестическими данными и результатами гинекологического исследования: появление интенсивных болей в пубертатном возрасте, определение при ректальном исследовании матки, расположенной пристеночно, на расстоянии 10–11 см от ануса. Сложна диагностика второй рудиментарной функционирующей матки и второго замкнутого рудиментарного влагалища. При этих аномалиях ведущей в диагностике также является клиника заболевания. На фоне клинического проявления данной патологии – прогрессирующей альгоменореи и ациклических кровянистых выделений из половых путей на эхограмме выявлялось образование, по структуре похожее на матку, интимно с ней связанное, но расположенное асимметрично по отношению к основной матке. Эти эхографические признаки указывали на наличие второй рудиментарной матки, что и подтвердилось при дообследовании у всех семи больных с этой патологией (лапароскопия, эхогистероскопия, МРТ). [21]

Методом, регулярно используемым в диагностике, является ультразвуковое исследование, которое легко указывает на высокий уровень влагалища, а также на наличие или отсутствие матки. Кроме того, это позволяет одновременно оценивать почки и мочевой пузырь на наличие аномалий, а в недавнем исследовании Дев и соавт., указывали, что МРТ-исследование очень важно при изучении расположения яичников и в 28% случаев важно при выявлении аномально расположенных яичников [14].

Ультразвуковая эхография при гинекологическом обследовании помогают поставить правильный диагноз при СМРКХ в 80% случаев, возможность изучить и диагностировать аномалии матки и влагалища благодаря специально разработанной инструкции с использованием трехмерной эхографии и МРТ. Роль сонографии в диагностике позволяет контролировать хирургическое лечение пациенток с врожденными дефектами матки и влагалища.

Исследования авторов показали, что первичная диагностика пороков развития матки и/или влагалища в большинстве случаев – 134 (91,8%) начиналась на амбулаторно-поликлиническом этапе и только 12 (8,2%) пациенток первично обследовались в стационарных условиях. Эти данные согласуются с результатами исследования других авторов (Чайка В. К., 1996; Чичерин Л. И. и соавт., 1999) и подчеркивают важность поликлинического этапа обследования. Из 146 больных, обследованных в кабинете УЗИ БАГК, первично по направлению гинекологов с амбулаторно-консультативного приема было осмотрено 32 (21,9%) человека, остальные 102 (78,1%) были выявлены при непосредственном обращении в сонографический кабинет по поводу жалоб – 17 (16,7%) человек и для профилактического осмотра (скрининговые исследования) – 85 (83,3%) человек. Проведенный сравнительный анализ информативности различных методов диагностики формы и вида порока развития матки и/или влагалища позволил выявить наиболее информативные из них и выдвинуть следующие положения:

– эхография является методом необходимого диагностического (в т. ч. скринингового) обследования больных на первом амбулаторно-поликлиническом и последующем стационарном этапах. Эхогистеросальпингоскопия применяется как современный диагностический метод только у девушек, живущих половой жизнью, и взрослых женщин;

– в сложных случаях комбинированных пороков развития матки и/или влагалища, сочетающихся с сопутствующей патологией гениталий, особенно при наличии обширного спаечного процесса, лимитирующего проведение инвазивных методов диагностики, необходимо применение таких методов медицинской визуализации, как КТ и МРТ, позволяющих практически в 100% случаев уточнить вариант порока развития и наличие сопутствующей патологии. В данной ситуации УЗИ, КТ и МРТ являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими методами диагностики у больных с пороками развития гениталий; [21]

– применение эхографии позволило практически со стопроцентной точностью выявить аплазию матки, влагалища, атрезию девственной плевы и в большинстве случаев установить удвоение матки (89,1%). Наиболее информативны эхограммы больных с наличием гематокольпоса и/или гематометры. При этом на эхограмме определяется расширенное, заполненное жидким содержимым влагалище или влагалище и матка. В этой ситуации эхография помогает поставить диагноз, своевременно оказать квалифицированную помощь, избежать осложнений (нагноение, поступление содержимого в маточные трубы и малый таз, образование свищей и пр.) и диагностировать врожденную аномалию до появления выраженной симптоматики. В связи с этим детским гинекологам при первичных осмотрах, на консультативных приемах и при профилактических осмотрах детских дошкольных учреждений и школ при подозрении на атрезию девственной плевы необходимо направлять девочек и девушек на ультразвуковое исследование;

– эхография информативна при первичной диагностике аплазии части влагалища при функционирующей матке. В наших исследованиях точность диагностики этого порока составила 89,4%. Особое значение имеет обнаружение шейки матки на эхограмме, так как отсутствие ее является показанием к удалению матки. При частичной аплазии влагалища и функционирующей матке эхография позволила определить протяженность гематокольпоса, длину аплазированного участка влагалища, что способствовало в дальнейшем правильному выбору метода оперативного лечения. Метод двойного контрастирования не только уточнял размеры аплазированного участка, но и позволил определить размеры и протяженность стриктур в послеоперационном периоде;

– при полной аплазии матки и влагалища на эхограмме матка визуализировалась в виде тяжа или в виде двух мышечных валиков, расположенных пристеночно. Яичники нормальных размеров, визуализировались высоко в полости малого таза. Точность метода эхографии при этой патологии составила 94,3%

– эхография способствовала своевременной диагностике удвоения матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища. Точность диагностики с применением эхографии составила 81,8%. При этом на эхограмме определялись 2 матки, одинаковые по акустическим свойствам. В области влагалища определялось образование с жидким содержимым – второе замкнутое влагалище. [13]

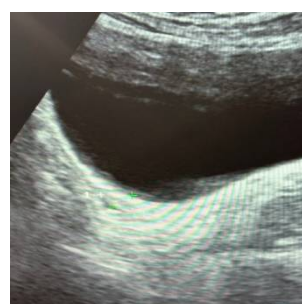
Использование УЗ-исследования в диагностике синдрома Рокитанского-Кюстера-Майера обязательно, так как при этом возможно не только диагностировать аплазию матки и влагалища, определить состояние яичников, но и выявить патологию органов мочевыделительной системы, которая часто сочетается с пороками развития женских половых органов. Результаты клинических наблюдений, согласуясь с данными других авторов (Мартыш Н. С., 1996; Озерская И. А. и соавт., 2004, и др.), позволяют считать эхографию центральным методом диагностики, использование которого позволяет в большинстве случаев выявить порок развития матки и/или влагалища и на основании полученных данных решить вопрос о необходимости дополнительных методов исследования и своевременной хирургической коррекции [14].



Пациентка 27 лет Д/з СМРКХ. Рудиментарные маточные валики

Полноценная ультразвуковая характеристика аномалий матки возможна при последовательном проведении трансабдоминального и трансвагинального исследования в режиме 2Д, с дальнейшим трансвагинальным исследованием в режимах трехмерной реконструкции (3Д и 4Д), а также с использованием обычного и трехмерного цветового доплеровского картирования. Учитывая, что аномалии развития матки часто сочетаются с аномалиями развития почек, необходимо ультразвуковое исследование почек [9].

Ультразвуковая семиотика аномалий матки (на основании классификации Американского общества фертильности, 1988) Тип I. Агенезия, гипоплазия матки Агенезия (аплазия) матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера) возникает на 4-5-й неделе эмбрионального развития вследствие прекращения

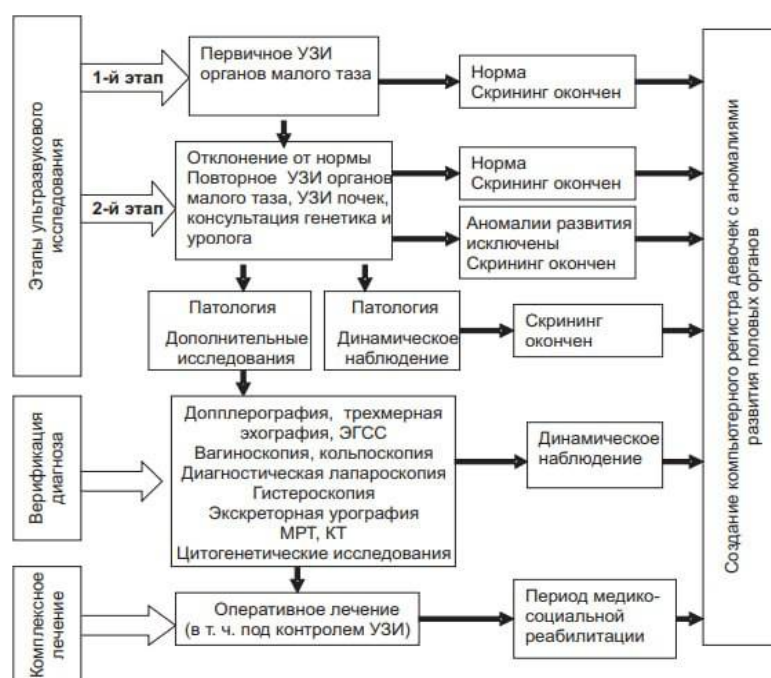


Пациентка 25 лет Д/з Аплазия матки и влагалища

развития парамезо-нефральных протоков [9-10]. Жалобы у таких пациенток возникают в основном в период 12-17 лет и сводятся к отсутствию менструаций и затруднению половой жизни. При эхографии отсутствует изображение матки и влагалища. В ряде случаев в месте обычного топографического расположения матки обнаруживаются образования типа тяжелой сниженной эхогенности размерами до 1,5 см [11]. Яичники у таких пациенток располагаются выше, ближе к стенкам таза и имеют хорошо выраженный фолликулярный аппарат. Необходимо помнить, что аплазия матки и влагалища в 10-100% случаев сочетается с аномалиями развития почек, в основном их агенезией [9].

Алгоритм ультразвукового скрининга аномалий развития матки и/или влагалища представлен на рисунке.

#### Программа ультразвукового скрининга, диагностики и лечения больных с аномалиями матки и влагалища



Из специальных методов обследования используются УЗИ, гистеросальпингография, экскреторная урография, магнитно-резонансная томография, при необходимости - диагностическая и оперативная лапароскопия. Ректоабдоминальное исследование очень важно для пациентов с болевым синдромом для выявления специфических изменений в малом тазу, дифференциальной диагностики. При изучении гормональной функции яичников было установлено, что гормональное обследование у пациенток с аплазией влагалища и матки существенно не отличается от такового у здоровых сверстниц. Метод рентгенологического

исследования при вагинальной аплазии во влагалище и прямую кишку вводят контрастное вещество в сагиттальной проекции [8].

Магнитно-резонансная томография

Диагностика аплазии матки и влагалища представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера порока [7]. Наиболее информативным методом является магнитно-резонансная томография (МРТ-диагностика), которая позволяет оценить размеры и внутреннюю структуру маточных рудиментов, уточнить наличие или отсутствие функционирующего эндометрия, а также определить морфологические варианты уроректальной перегородки (от



преддверия влагалища до нижнего края брюшины мочепузырно-прямокишечного углубления), в области которой будет производиться кольпопоз. МРТ позволяет достоверно диагностировать форму не только порока, но и сочетанных аномалий мочевой системы [3].

Методы лечения вагинальной аплазии.

Показание к операции – невозможность половой жизни.

Кольпоэлонгация. Бескровный метод по Шерстневу. Для этого предложен специальный аппарат – кольпоэлонгатор, действие которого основано на способности тканей растягиваться при постепенном регулируемом давлении. Является методом выбора для пациенток с выраженной экстрагенитальной патологией, не позволяющей проведение хирургического вмешательства ввиду высокого риска возникновения осложнений. При оценке отдаленных результатов пациентки указывают на сухость и болезненность во влагалище в течение первого года регулярной половой жизни. У трети пациенток из-за отсутствия фиксации отмечается выпадение стенок неовлагалища.

Кожный кольпопоз. Метод заключается в пересадке кожных лоскутов на ножке в сформированный тоннель между мочевым пузырем и прямой кишкой. В отдаленном послеоперационном периоде часто отмечается рубцовое

сморщивание и сужение неовлагалища, а также отсутствие точек фиксации сопровождается выпадением.

Кишечный кольпопоз. Наиболее распространенная методика кольпопоза у хирургов всего мира в различных модификациях. Является самым травматичным, требуется выполнение лапаротомии, выделение и низведение участка сигмовидной кишки в тоннель между мочевым пузырем и прямой кишкой. Учитывая большое количество осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде, метод сигмоидального кольпопоза в настоящее время должен представлять только исторический интерес.

Одноэтапный кольпопоз из тазовой брюшины с лапароскопической ассистенцией. Методика модифицирована в отделении оперативной гинекологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН им. В.И.Кулакова. Выполнение операции осуществляют две бригады хирургов: эндоскопическая и промежуточная. Одним из необходимых условий для выполнения операции является готовность пациентки к постоянной половой жизни во избежание рубцового стенозирования неовлагалища.[20]

В заключение, синдром СМРКХ, безусловно, является заболеванием, требующим междисциплинарного подхода. У

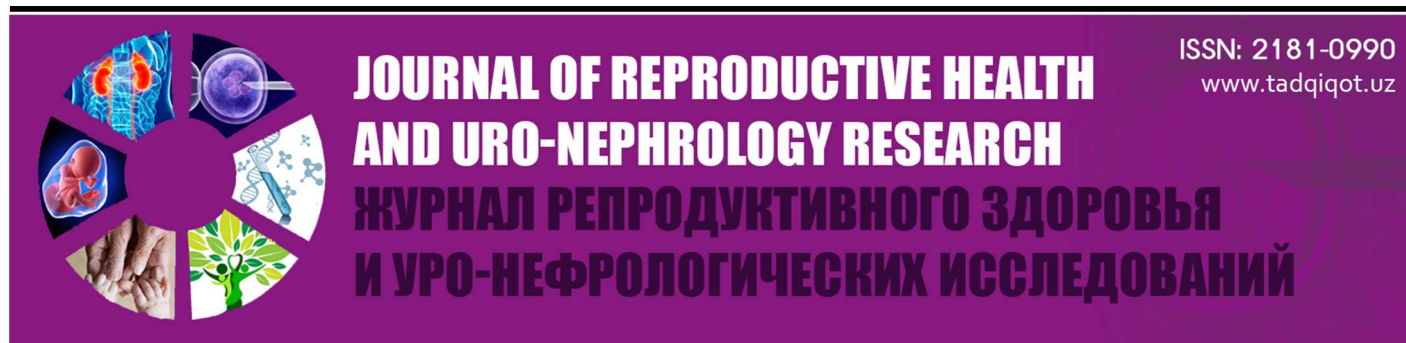
пациенток эта патология чаще всего диагностируется в подростковом возрасте. Сильный болевой синдром, нарушения дефекации и мочеотделения к моменту появления менструации являются причиной диагностической ошибки. Поскольку гормональные и вторичные половые признаки у этих пациенток в норме, диагностика в раннем детстве не проводится. Эхография является одним из ведущих методов в диагностике врожденных пороков развития матки и влагалища. Она позволяет диагностировать аномалии развития до начала их клинических проявлений и связанных с ними осложнений. Точность диагностики эхографического исследования при этих пороках развития достигает 94,3%. Информативность ультразвуковой диагностики при амбулаторных исследованиях достигает 84,8%, что делает возможным использовать эхографию как скрининговый метод исследования. УЗИ и МРТ из инструментальных методов обследования остается золотым стандартом при определении дефекта полового развития [1]. Таким образом, диагностика аномалий развития гениталий должна быть комплексной и включать в алгоритм обследования клинические, эхографические, рентгенологические, эндоскопические, медико-генетические методы исследования. Этот подход позволяет наиболее точно диагностировать клиническую форму порока развития, выявить наличие сочетанных форм, определить тип его наследования, разработать индивидуальную программу хирургического и восстановительного лечения. Это необходимо, т. к. различные формы пороков развития матки и влагалища клинически могут проявляться в пубертатном периоде, с началом половой жизни или после ее начала в связи с бесплодием, но все они требуют своевременной клинко-инструментальной диагностики и соответствующей хирургической коррекции. В то же время диагностика и лечение у этой категории больных должны проводиться индивидуально, с учетом медико-социальных и психологических проблем, возникающих у больных и серьезно влияющих на качество их жизни. [12]

Таким образом, эхография является одним из ведущих методов в диагностике врожденных пороков развития матки и влагалища. Она позволяет диагностировать аномалии развития до начала их клинических проявлений и связанных с ними осложнений. Точность диагностики эхографического исследования при этих пороках развития достигает 94,3%. Информативность ультразвуковой диагностики при амбулаторных исследованиях достигает 84,8%, что делает возможным использовать эхографию как скрининговый метод исследования.

## Использованная литература:

1. Батырова З. К. и др. Современные молекулярно-генетические представления о синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2022. – Т. 18. – №. 2 (95). – С. 25-30.
2. Давронова Л.С., Негмаджанов Б.Б. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (диагностические ошибки при ведении больных с аплазией матки и влагалища).
3. Карибаева Ш. К. и др. Аномалии развития женских половых органов в практике репродуктолога //Репродуктивная медицина. – 2023. – №. 3 (56). – С. 40-49.
4. Кузьмин А. В., Линде В. А., Ермолова Н. В. Результаты сравнительного изучения лапароскопических методов создания неовагины пациенткам с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера //Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. S. – С. 53.
5. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М. Д. Миома матки у женщин с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (клинический случай) //Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 1.
6. Политова А. К., Гайтукиева Р. А., Попова М. Н. Основные направления развития центра женского здоровья ФГБУ НМХЦ имени Пирогова //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2022. – Т. 17. – №. 4 Часть 1.
7. Гязов Д.Р и др., Лучевая диагностика в перинатологии и гинекологии (рентгенология, КТ, МРТ). – 2019.
8. Communal P. H. et al. Sexuality after sigmoid colpopoiesis in patients with Mayer RokitanskyKuster Hauser Syndrome //Fertility and sterility. – 2003. – Т. 80. – №. 3. – С. 600-606.
9. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища (клин. лекция). -М., Триада-Х, 2006. - 120 с.
10. BtrubbeE.H., Willemsen W.N., Lemmens J.A. et al. // Am. J. Roentgenol. - 1993. - Vol.160. - P.331-334.
11. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. - М.: Медика, 2005. - 2B5 с.
12. Мартыш Н. С. Клинико-эхографические аспекты нарушений полового развития и аномалий развития матки и влагалища у девочек: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1996. 38 с
13. В. И. Кулаков, Л. В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 2004. С. 3–19.

14. Озерская И. А. Ультразвуковая диагностика аномалий развития матки и яичников: Лекция / И. А. Озерская, М. И. Агеева // Ультразвуковая диагностика. 2004. No 1. С. 114–119.
15. Адамян Л.В., Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Бобкова М.В. Результаты микроскопического и иммуногистохимического исследования маточных рудиментов у пациенток с аплазией матки и влагалища. Проблемы репродукции. 2007;6:71-77.
16. Goluda M, et al. Bicornuate rudimentary uterine horns with functioning endometrium and complete cervical-vaginal agenesis coexisting with ovarian endometriosis: a case report. Fertility and sterility. 2006;86:2:462-469.
17. Ludwig KS. The Mayer-Rokitansky-Kuster syndrome. An analysis of its morphology and embryology. Part I: morphology. Archives of Gynecology and Obstetrics. 1998;262(1-2):1-26.
18. Ludwig KS. The Mayer—Rokitansky—Kuster syndrome. An analysis of its morphology and embryology. Part II: embryology. Archives of Gynecology and Obstetrics. 1998;262(1-2):27-42.
19. Yasushi Kawano, Tomoko Hirakawa, Masakazu Nishida, Akitoshi Yuge, Mitsutake Yano, Kaei Nasu and Hisashi Narahara. Functioning Endometrium and Endometrioma in a Patient with Mayer—Rokitanski—Kuster—Hauser Syndrom. Japanese Clinical Medicine 2014;5:43-45.
20. Лысяк Д.С. Врожденные аномалии развития матки и влагалища: учебное пособие – Благовещенск: 2017
21. Н. В. Наумова, Б. Г. Ермошенко, А. В. Поморцев. Программа применения ультразвуковых исследований у пациенток с аномалиями развития матки и/или влагалища 2006.
22. О. В. Дядичкина, Л. Ф. Можейко. врожденные аномалии женских половых органов. 2023



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК:618.182-089.84

Ганиев Фахриддин Истамкулович

Ассистент

Самаркандский медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Шопулатов Эркин Холтожиевич

ассистент кафедры

Самаркандский медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**For citation:** Ganiev Fakhriddin Istamkulovich, Shopulaton Erkin Kholtojieich, Simultaneous operations of uterus extraction and cholecystectomy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13348208>

## АННОТАЦИЯ

В публикации освещаются вопросы особенностей симультанных операций при лапароскопической экстирпации матки (ЛЭМ) и холецистэктомии (ЛХЭ), определение данного понятия. Приведены обоснования хирургических вмешательств на нескольких органах и принципы их выполнения. Спектр таких операций широкий и продолжает расширяться. Выявлено, что чаще всего основным хирургическим вмешательством является холецистэктомия, выполненная малоинвазивным способом.

**Ключевые слова:** симультанные операции, лапароскопической экстирпации матки (ЛЭМ) и холецистэктомии.

Ganiev Fakhriddin Istamkulovich

assistant

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Shopulaton Erkin Kholtojieich

assistant

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

## SIMULTANT JARROHLIK- BIR VAKTNI O'ZIDA BACHADONNI EKSTIRPATSIYASI VA XOLESISTEKTOMIYA

## ANNOTATSIYA

Laparoskopik bachadon ekstirpasiyasi va xolesistektomiya davomida bir vaqtning o'zida operatsiyalar xususiyatlarini o'z ichiga oladi, va bu tushunchaning bir ta'rifi. Bir nechta organlarga jarrohlik aralashuvlarning asoslari va ularni amalga oshirish tamoyillari keltirilgan. Bunday operatsiyalar doirasi keng davom etmoqda. Ko'pincha asosiy jarrohlik aralashuvi minimal invaziv usulda amalga oshiriladigan xolesistektomiya ekanligi aniqlandi.

**Kalit so'zlar:** simul'tant operatsiyalar, Laparoskopik bachadon ekstirpasiyasi va xolesistektomiya.

Ganiev Fakhriddin Istamkulovich

assistant

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

Shopulaton Erkin Kholtojieich

assistant

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

## SIMULTANEOUS OPERATIONS OF UTERUS EXTRACTION AND CHOLECYSTECTOMY

## ANNOTATION

The publication covers the peculiarities of simultaneous operations during laparoscopic hysterectomy and cholecystectomy, and a definition of this concept. The rationale for surgical interventions on several organs and the principles of their implementation are given. The range of such

operations is wide and continues to expand. It was revealed that most often the main surgical intervention is cholecystectomy, performed in a minimally invasive manner.

**Key words:** simultaneous operations, laparoscopic hysterectomy and cholecystectomy

При симультанной операции по поводу лапароскопической экстирпации матки (ЛЭМ) и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) нами использовалась стандартная методика техники лапароскопической операции: по нижнему краю пупочного кольца производился лапароцентез длиной до 1 см. Иглой Вереша в брюшную полость инфулировался CO<sub>2</sub> газ, создавался

пневмоперитонеум с доведением давления до 15 мм рт.ст., после чего игла Вереша заменялась 10 мм троакаром и вводился 10 мм лапароскоп. После вхождения в брюшную полость вводились дополнительные два 5 мм и один 10 мм троакары в правом подреберье по передней подмышечной, средней ключичной и срединной линии (рис 1).

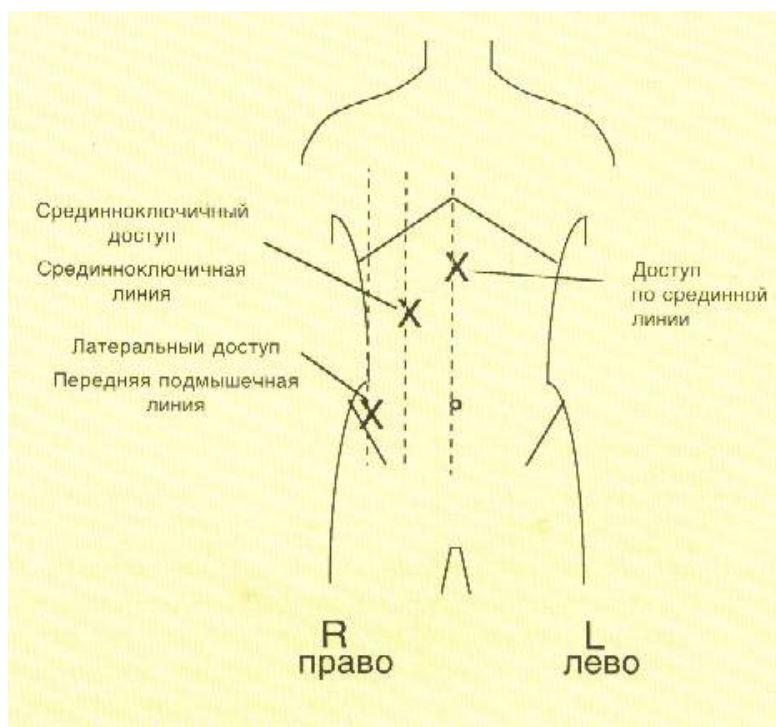


Рисунок 1. Расположение дополнительных троакар

Была произведена лапароскопическая экстирпация матки с придатками по поводу миомы в 47 наблюдениях с лапароскопической холецистэктомии. Для подобных операций подбор больных производился тщательно (размер матки, соответствующий размеру не более 12- недельного срока

беременности, наличие в анамнезе неосложненных срочных родов, отсутствие в прошлом перенесенных лапаротомий и как следствие наличие выраженного спаечного процесса, отсутствие воспалительного процесса в желчном пузыре и в органах гениталий).

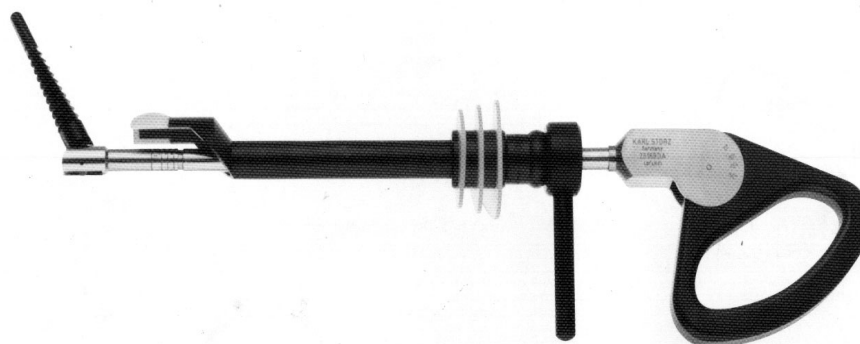


Рисунок 2. Маточный манипулятор Клермонт-Ферранд

Вводили дополнительных два 5 мм троакара в левой и правой подвздошных областях. Фиксацию шейки матки и расширение цервикального канала осуществляли при помощи маточного манипулятора Клермонт-Ферранд (который имеет «анатомическую зону» различной длины в зависимости от длины шейки матки) с целью обеспечения положения матки в anteversio и

определенного положения заднего свода влагалища между крестцово-маточными связками (рис. 2).

Транспариетально выделяли с обеих сторон мочеточники в средней части заднего листка широкой маточной связки. Это производилось с целью безопасного пересечения воронко-тазовых связок (рис.3).



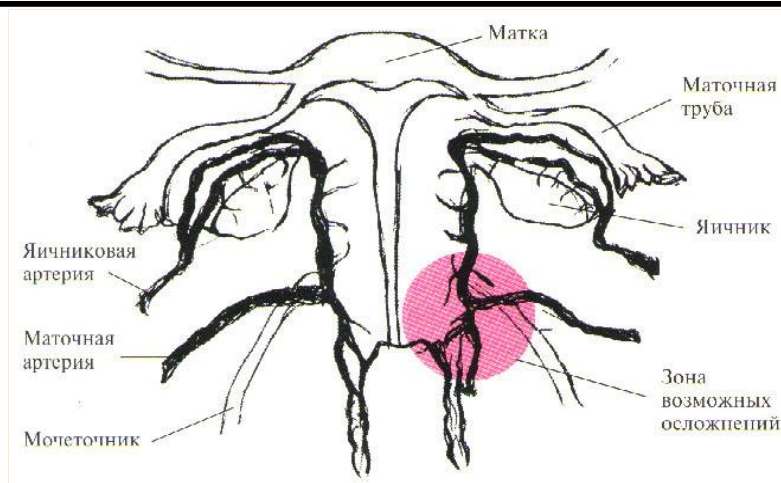


Рисунок 3. Зона возможных осложнений при выделении маточной артерии

Выделяли маточные артерии транспариетально и при помощи высокочастотного коагулятора АВТОКОН 350 монокоагуляцией в режиме «аэрозольная коагуляция». При эффекте коагуляции  $t_3$  (ступень 3) производили её коагуляцию. Пересечение круглых связок матки, воронко-тазовой и крестцово-маточной связок

выполняли также при помощи монокоагуляции. Рассечение и низведение plica vesico-uterina осуществляли острым и тупым путями ножницами до идентификации влагалища. Отсечение шейки матки от сводов влагалища производили на «анатомической зоне» маточного манипулятора Клермонт-Ферранд.

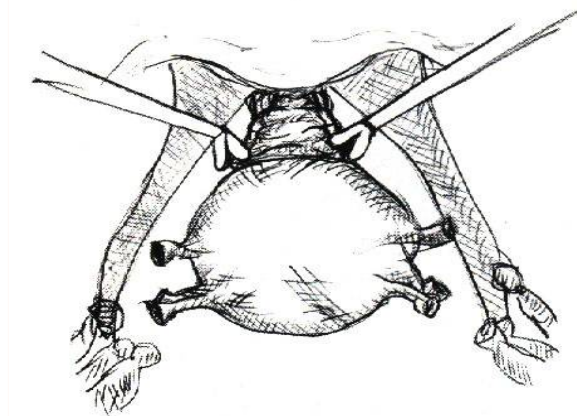


Рисунок 4. Освобождение матки от связочного аппарата.

После этого извлекали матку с придатками через влагалище и ушивали её снаружи узловыми кетгутowymi швами. Перитонизацию не производили.

Потом производили лапароскопическую холецистэктомию из стандартных точек с удалением желчного пузыря через срединный 11 мм разрез.

Выделяли L-образным монополярным коагулятором

пузырные проток и артерию, на которые накладывались титановые клипсы. Желчный пузырь выделяли полностью из ложа с помощью моно- и биполярных коагуляторов и удаляли из брюшной полости через срединный разрез. Первоначально на a.cysticus накладывали титановые клипсы, но дальнейшие наши исследования показали, что при наличии мощного коагулятора типа АВТОКОН-350 нет необходимости в её клипсировании.

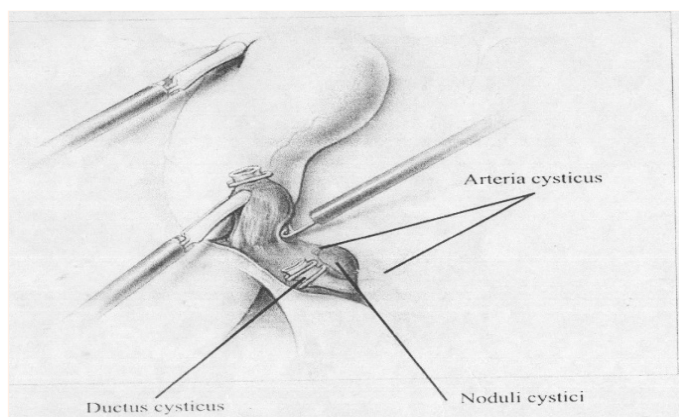


Рисунок 5. Схема обработки пузырной артерии без применения клипс

Всем больным, оперированным по поводу хронического калькулезного холецистита, после окончания основного этапа операции производилась тщательная санация и дренирование брюшной полости. Для санации брюшной полости мы использовали аспирационный наконечник. Инструмент позволяет одновременно подавать жидкость и аспирировать ее, что дает возможность размывать сгустки крови, проводить тщательную и быструю эвакуацию жидкости из брюшной полости. 10-мм наконечник позволяет эффективно аспирировать большие сгустки крови. В качестве дренажа использовали 7-10-мм силиконовую трубку с перфорациями на конце. Применение дренажей меньшего диаметра нецелесообразно. Тонкий дренаж в течение нескольких часов после операции забивается сгустками крови и фибрином и не выполняет своей функции. Необходимость дренирования брюшной полости диктуется в первую очередь мерами профилактики образования инфильтратов и абсцессов в послеоперационном периоде. Дренаж в подпечечное пространство проводился через троакар в правом подреберье. Удаление препарата производили через влагалище после удаления матки.

По окончании операции производили санацию брюшной полости, тщательный осмотр и гемостаз операционного поля, и его дренирование.

Послеоперационный период у 1 (0,5%) больной осложнился истечением желчи из культи пузырного протока. Произведена релапароскопия и наложение дополнительной титановой клипсы. Летальных исходов не было.

В приведенном примере малые размеры миомы матки позволили провести симультанный этап операции с использованием только лапароскопической технологии.

Лапаротомная экстирпация матки и минилапаротомная холецистэктомия при калькулезном холецистите была выполнена у 40 больных. Для этих операций использовался комплект хирургических инструментов, разработанный М.И. Прудковым. Набор инструментов для минилапаротомии включает: круг-опору для крепления зеркал-ретракторов (ранорасширителей), мобильные узкие зеркала, одно из которых снабжено точечным источником света, соединенным с помощью фиброволоконного световода с осветителем. В комплект инструментов входят также специально сконструированные зажимы, диссекторы и ножницы, а также другие приспособления, облегчающие манипуляции в брюшной полости через минилапаротомный доступ. Минилапаротомную холецистэктомию осуществляли с доступом через параректальный разрез, при этом длина разреза не превышала 6 см, что было достаточно для безопасных манипуляций в зоне печечно-двенадцатиперстной связки. Лапаротомная экстирпация матки осуществлялась по обычной методике разрезом по Пфанненштилю. Длительность операции увеличилась по сравнению с лапароскопической операцией на  $20 \pm 1,2$  мин. Кровопотеря была в пределах 120-150 мл, в среднем  $138,6 \pm 15,5$  мл, что достоверно не отличалось от кровопотери при лапароскопических операциях. В послеоперационном периоде у 1 (0,5%) больной имело место в раннем послеоперационном периоде кровотечение из культи влагалища. Была произведена релапаротомия – перевязка внутренних подвздошных артерий. Послеоперационный период протекал гладко. Летального исхода не было (рис. 6).



Рис. 6. Лапаротомная экстирпация матки. Пациентка С., 48 лет, и/б

В качестве иллюстрации этого раздела работы приводим следующий клинический пример.

Больная О., 42 лет, поступила 19.06.2018 г. с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, боли внизу живота, слабость.

Из анамнеза: Больной себя считает в течение нескольких месяцев. Отмечала боли в правом подреберье, боли внизу живота, нарушение менструального цикла по типу менометроррагии, но никуда не обращалась и не лечилась. Появились боли в животе, тошнота, и боль постепенно стала локализовываться в правом подреберье. Обратилась в амбулаторию по месту жительства, где после осмотра участкового врача была направлена в больницу экстренной помощи. При обследовании у больной обнаружены конкременты в желчном пузыре и миома тела матки размером, соответствующим 14-15 недельному сроку беременности. Обратилась в гинекологическое отделение родильного комплекса №3 и подготовлена в плановом порядке на оперативное лечение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. А/Д 120/80 мм рт.ст. PS-88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного

наполнения и напряжения. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Язык влажный. Живот мягкий, слегка болезнен в правом подреберье. Симптом Орнтера положительный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул и мочеиспускание в норме.

Status gynaecologicus: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах шейка матки чистая, гипертрофирована.

P.V.: Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 14-15 недельного срока беременности, безболезненное, подвижное, с четкими контурами, плотной консистенции. Область придатков свободна. Своды глубокие. Выделения слизистые.

Диагноз: Миома тела матки. Хронический калькулезный холецистит.

Больная осмотрена анестезиологом, кардиологом - противопоказаний к операции нет.

Согласие больной и родственников на операцию получено.

Планировалась плановая симультанная операция – минилапаротомная холецистэктомия+лапаротомия, экстирпация матки с придатками. Операция планировалась совместно с общим хирургом.

Операционно-анестезиологический риск II-III степени.

Под интубационным наркозом в эпигастральной области по правому краю прямой мышцы живота, отступя 1 см от края реберной дуги произведен разрез передней брюшной стенки длиной 5 см. Вскрыта брюшная полость. Установлены инструменты для минилапаротомии. Произведена типичная холецистэктомия. Подпеченочная область дренирована. Вторым этапом произведен поперечный разрез внизу живота на 3 см выше

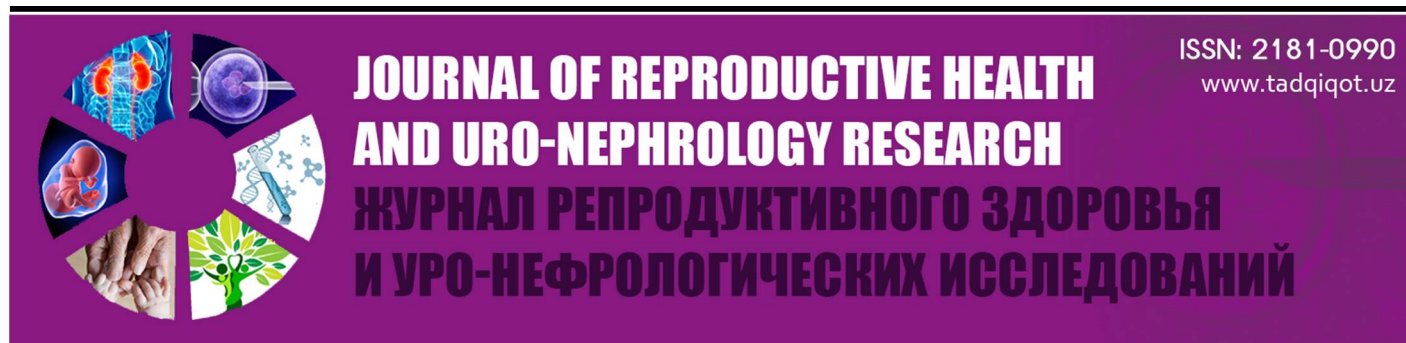
лона и брюшная полость вскрыта послойно. Обнаружена матка размером 14-15 недельного срока беременности и произведена типичная экстирпация матки с придатками, перитонизация, малый таз дренирован.

Кровопотеря общая 280 мл. Продолжительность операции. Течение послеоперационного периода гладкое. Швы сняты на 7 сутки. Выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в приведенном примере большие размеры миомы матки позволили провести симультанный этап операции с использованием лапаротомной и минилапароскопической технологии.

#### Список литературы:

1. Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А. и др. Хирургическое лечение пациентов с желчнокаменной болезнью на современном этапе // Альм. ин-та хирургии имени А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскоп. хирур. России – Москва, 17–19 февраля 2015. Тезисы 58.
2. Байгазак А.Т. Симультанные видеолaparоскопические операции в хирургии и гинекологии // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17–19 февраля 2015 г. Тезисы 327.
3. Богомолов Н.И., Томских, Н.Н. Вотьев И.В. Желчнокаменная эпидемия на рубеже веков в забайкальском крае России // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17–19 февраля 2015. Тезисы 300.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургических больных // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского № 1 2017 г. Тезисы национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017. – М., 2017. – С. 332.
5. Иванов В.В., Пучков К.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 65–69.
6. Капшитарь А.В. Плановая холецистэктомия при желчнокаменной болезни до внедрения мини-доступа // Первый съезд хирургов Приволжского федерального округа (с международным участием): сборник материалов / под ред. М.В. Кукоша и соавт. – Н. Новгород, 2016. – С. 227–228.
7. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Гордеев С.А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении осложненных форм желчекаменной болезни: 26 лет в строю // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского № 2 2017 г. Первый Съезд хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации, Рязань, 27-29 сентября 2017. – С. 584–585.
8. Муродов А.И., Коваленко З.А., Алиев З.О. Fast Track Surgery при симультанных лапароскопических операциях // Альм. института хирургии им. А.В. Вишневского № 2 2017 г. Первый Съезд хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации, Рязань, 27-29 сентября 2017. – С. 388–389.
9. Перлин Д.В., Дымков И.Н., Шманев А.О. и др. Симультанные лапароскопические операции при заболеваниях почки // Альм. института хирургии им. А.В. Вишневского № 2 2017 г. Первый Съезд хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации Рязань, 27-29 сентября 2017. – С. 424–425.
10. Протасов А.В., Шемятовский К.А., Рогачев М.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия и симультанные операции на ее основе // Альм. института хирургии имени А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17-19 февраля 2015 г. Тезисы 362.
11. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. – М., 2005. – 168 с.
12. Рахматуллаев Р.Х., Рахматуллаев А.Р., Рахматуллаева Ф.Р. и др. Лапароскопические симультанные операции: методика выбора при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Альм. института хирургии имени А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17-19 февраля 2015 г. Тезисы 108.
13. Семенов В.В., Курыгин А.А. Экономические аспекты симультанных операций большого объема на органах живота в системе ОМС // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – № 1. Тезисы национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017. Москва. – С. 1035.
15. Ганиев Ф. И. Эффективности применение гинекологических операции в практике гинекологов и хирургов //Новый день в медицине 2023г №113.



УДК 616.147.22-007.64.06-083.98

**Ибатова Шоира Мавлановна,**

кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Маматкулова Феруза Хамидовна**

ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Рузикулов Норкул Ёкубович**

ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Эргашев Абдурашид Хурсанович**

кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**For citation:** Ibatova Shoira Mavlanovna, Mamatkulova Feruza Hamidovna, Ruziqulov Norqul Yokubovich, Ergashev Abdurashid Xursandovich, Predicting outcomes of nephrotic glomerulonephritis syndrome in young children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13348358>

## АННОТАЦИЯ

В развитии хронической почечной недостаточности у детей по-прежнему значительна доля гломерулонефрита. Выявление хронической почки патологии на начальной стадии имеет важное значение для повышения эффективности профилактических и лечебных мероприятий, направленных на замедление течения прогрессирования заболевания. Обследованы больные с острым ГН (74) с нефротическим синдромом в возрасте от 2-х до 5 лет, из них 30 мальчиков и 44 девочек. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 35 больных, у которых не отмечалось рецидивов заболевания в течение двух и более лет, вторая группа больных (39) у которых полная ремиссия не была достигнута и развилась хроническая форма заболевания (ХГН). Разработка алгоритма прогноза осуществлялась методом последовательного анализа Вальда. В развитии хронической почечной недостаточности во все возрастные периоды по-прежнему значителен удельный вес гломерулонефрита (ГН).

**Ключевые слова:** гломерулонефрит, нефротический синдром, больные, течение, прогноз.

**Ibatova Shoira Mavlanovna**

tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Mamatkulova Feruza Hamidovna**

assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Ruziqulov Norqul Yokubovich**

assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Ergashev Abdurashid Xursandovich**

tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti



## YOSH BOLALARDA GLOMERULONEFRITNING NEFROTİK SINDROMI NATIJALARINI BASHORAT QILISH

## ANNOTATSIIYA

Bolalarda surunkali buyrak etishmovchiligining rivojlanishida glomerulonefritning muhim qismi saqlanib qolmoqda. Surunkali buyrak patologiyasini dastlabki bosqichda aniqlash kasallikning rivojlanishini sekinlashtirishga qaratilgan profilaktika va davolash choralari samaradorligini oshirish uchun muhimdir. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan nefrotik sindromli o'tkir GN (74) bilan og'rigan bemorlar, jumladan, 30 nafar o'g'il va 44 nafar qiz tekshirildi. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan. Birinchi guruhga ikki yoki undan ortiq yil davomida kasallikning qaytalanishi kuzatilmagan 35 bemor, ikkinchi guruhga (39) to'liq remissiyaga erishilmagan va kasallikning surunkali shakli (CHD) rivojlangan bemorlar kirdi. Prognoz algoritmini ishlab chiqish Valdni ketma-ket tahlil qilish usuli yordamida amalga oshirildi. Barcha yosh davrlarida surunkali buyrak etishmovchiligining rivojlanishida glomerulonefritning (GN) ulushi hali ham sezilarli.

**Kalit so'zlar:** glomerulonefrit, nefrotik sindrom, bemorlar, kurs, prognoz.

**Ibatova Shoira Mavlanovna**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Mamatkulova Feruza Xamidovna**  
assistant

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Ruzikulov Norkul Yokubovich**  
assistant

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

**Ergashev Abdurashid Khursandovich**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## PREDICTING OUTCOMES OF NEPHROTIC GLOMERULONEPHRITIS SYNDROME IN YOUNG CHILDREN

## ANNOTATION

The share of glomerulonephritis in the development of chronic renal failure in children is still significant. Detection of chronic kidney pathology at the initial stage is important to increase the effectiveness of preventive and therapeutic measures aimed at slowing down the course of disease progression. Patients with acute GN (74) with nephrotic syndrome at the age from 2 to 5 years, 30 boys and 44 girls were examined. The patients were divided into 2 groups. The first group included 35 patients who had no recurrences of the disease for two or more years, the second group of patients (39) in whom complete remission was not achieved and developed a chronic form of the disease (CHD). The development of the prognosis algorithm was carried out by the method of sequential Wald analysis. The specific weight of glomerulonephritis (GN) is still significant in the development of chronic renal failure in all age periods.

**Key words:** glomerulonephritis, nephrotic syndrome, patients, course, prognosis.

**Введение.** Гломерулонефрит является одной из основных причин развития хронической почечной недостаточности (ХПН). Распространенность заболевания растет во многих странах мира, в связи с чем крайне необходимым становится изучение клинического течения и прогноза почечных заболеваний [1,2,4,7]. В современной нефрологии возрастные особенности гломерулярных заболеваний рассматриваются в двух направлениях: изучаются различия между детьми и взрослыми, а также особенности у детей и взрослых в зависимости от их возраста к началу болезни [6,7,9,12]. По данным эпидемиологических исследований, структура гломерулярных заболеваний может изменяться. Развитие нефротического синдрома связано с повышением проницаемости гломерулярного фильтрационного барьера для макромолекул [14-20].

Известно, что гломерулярные заболевания могут приводить к снижению почечных функций. Длительное время нарушение функции почек может протекать латентно. Выявление хронической почечной недостаточности (ХПН) в начальной стадии важно для повышения эффективности профилактических и лечебных мероприятий, направленных на замедление прогрессирования заболевания [3,8,11].

Следовательно, прогнозирование исходов гломерулонефрита в раннем детском возрасте продолжает оставаться актуальной медико-социальной проблемой [5,10,13]. В развитии хронической почечной недостаточности во все возрастные периоды по-прежнему значителен удельный вес гломерулонефрита (ГН) [1,2,21].

**Цель исследования.** Определение диагностической значимости клинических и лабораторных показателей в

прогнозировании гломерулонефрита с нефротическим синдромом у детей раннего возраста.

**Материал и методы исследования.** Были изучены больные с острым ГН (74) с нефротическим синдромом в возрасте от 2-х до 5 лет, из них 30 мальчиков и 44 девочек. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 35 больных, у которых не отмечалось рецидивов заболевания в течение двух и более лет, вторая группа больных (39) у которых полная ремиссия не была достигнута и развилась хроническая форма заболевания (ХГН).

Разработка алгоритма прогноза проводилась методом последовательного анализа Вальда (3). Для заключения о прогнозе в качестве порога применяли «10» баллов. Заключение о высокой вероятности перехода заболевания в хронический гломерулонефрит (ХГН) определялось, если у больного было свыше 10 баллов. Разработка алгоритма последовательного анализа Вальда проводилась путем определения частоты симптомов в каждой группе в процентах. Доказательство статистической надежности различия в частоте симптомов определяется по формуле:  $t = P1 - P2 / M2^{1/2} - M2^{1/2}$ . Доказательством независимости признаков выявления прогностических симптомов было определение коэффициента корреляции для качественных признаков, который вычисляется по формуле:

$$Ч = \frac{a_0 - v_c}{(a+v) \times (c+d) \times (a+c) \times (v+d)}$$
, где буквами обозначены признаки. Коэффициент корреляции для количественных признаков, где «x'» и «y'» - средние коррелируемые признаки,  $T_x$   $T_y$  среднеквадратичное отклонение:  $Ч = (x-x') \times (y-y') / \sqrt{(T_x - T_y)}$  Определение относительной вероятности и вычисление прогностического коэффициента (ПК) проводилось по формуле:  $ПК = 10 \lg P1 / P2$ .

Показатели неблагоприятного прогноза с положительным знаком, т.к. в числителе частота симптомов, характерных для группы с сформировавшимся ХГН, а в знаменателе симптомы характерные для группы ОГН с длительной клинико-лабораторной ремиссией. Принимая во внимание гипотезу о нормальном распределении была рассчитана информационная мера по формуле Кульбаха (2). По степени информативности были отобраны следующие признаки перечисленные в таблице №1, где ПК- прогностический коэффициент, J( xi) –информативность.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Сравнительная оценка наследственной отягощенности позволило выявить, что прогностически неблагоприятным признаком хронизации явилось наличие в родословной заболеваний почек у родственников прогностический коэффициент при этом составил (ПК) 9,9 и значимо информативность +1,65. Из анамнестических данных - были частые ангины (ПК=15,3) при самой высокой информативности среди всех остальных признаков (6,12). Пищевая и медикаментозная аллергия, паразитарные инвазии, ПК=5,2 и 6 с информационной значимостью соответственно 1,35 и 1,02. Таким образом, если сумма баллов превышает пороговую единицу «10», больной имеет неблагоприятный прогноз и относится к группе высокого риска, требующий соответствующей терапии.

Из лабораторных исследований наиболее прогностически неблагоприятным признаком было парциальное нарушение функции почек: гипо- и гиперкалиемия, протеинурия более 3 г/л в сутки. По данным коагулограммы - была толерантность плазмы к гепарину (ПК=7,6). По данным анализа экскреторной урографии - неблагоприятными факторами хронизации были увеличение размеров почек (ПК=17), информативность 1,76, увеличение нефрографического эффекта (ПК=12) при информативности 1,24.

В генезе повреждения почечных структур при остром гломерулонефрите (ОГН) установлена высокая информативность

малонового диальдегида при увеличении его от 6,8-8,4 нмоль/мг/липидов в клеточной мембране. Несмотря на незначительную разницу в показателях фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина, лизофосфатидилхолина в мембранах эритроцитов при ОГН и ХГН по сравнению с показателями у контрольной группы их информативность высокая -96, 88, 21 соответственно.

Исследование функции щитовидной железы у больных ОГН с длительной ремиссией, уровень тироксинсвязанного глобулина (ТСГ)  $-0,52 \pm 0,086$  нмоль/л, трийодтиронина  $1,32 \pm 0,15$  нмоль/л, тироксина  $99,96 \pm 7,13$  нмоль/л достоверной разницы у больных ОГН и ХГН не выявлено. Однако если учесть что сумма прогностических коэффициентов достоверна при значении 19,5, то выявляется существенная разница между больными обеих групп.

Следующим этапом исследования был анализ информативности, который отражает степень приближения диагноза к правильному диагностическому порогу. Информативная мера более 3 была признана высоко информативной, но не менее 1, т.к. 3-4 таких признака достаточны для достижения порога +10, т.е. обеспечивающих не более 10% ошибок. Такими признаками, например, были снижение альфа глобулина, увеличение гамма глобулина, гиперлипидемия, увеличение холестерина. Такие признаки как гиперкоагуляция, снижение эндогенного креатинина, на фоне наследственной отягощенности по патологии почек, увеличение малонового диальдегида и лизофосфатидилхолина, снижение фосфатидилэтаноламина и фосфатидилхолина были прогностически неблагоприятными показателями. Эти показатели характеризуют высокую активность перекисного окисления липидов, приводящие к дестабилизации цитомембран и формированию прогностически неблагоприятного течения нефротического синдрома у больных гломерулонефритом.

Таблица 1

Прогностические коэффициенты и информативность у больных гломерулонефритом

№	Данные параметры	Прогностический коэффициент	Информативность
1	Отягощенность родословной патологией почек	9,9	1,65
2	Частые ангины	15,3	6,12
3	Пищевая и медикаментозная аллергия	5,2	1,35
4	Паразитарная инвазия	6,0	1,02
5	Стигмы дизэмбриогенеза: эпикант, широкая переносица	6,4	2,22
6	Плоскостопие	5,8	1,36
7	Гиперпигментация	4,4	1,2
8	Гипертрихоз	6,9	1,87
9	Неправильный прикус	6,0	1,8
10	Отеки более 14 дней	6,0	2,2
11	Сужение артерий глазного лна	1,25	9,7
12	Гепатомегалия	10,7	4,06
13	Тахикардия	6,0	2,05
14	Депрессия интервала зубца Т	6,0	2,05
15	Протеинурия более 3 г/л	6,0	2,3
16	Парциальное нарушение функции почек	7,5	1,97
17	Гипокалиемия менее 3,7 ммоль/л	19,5	2,01
18	Увеличение почек	17,0	1,76
19	Усиление нефрографического эффекта	12	1,24
20	Увеличение толерантности плазмы к гепарину	7,5	1,97
21	Гипергаммаглобулинемия стабильная	2,81	2,37
22	Лечение хлорбутином	4,1	0,75

**Выводы**

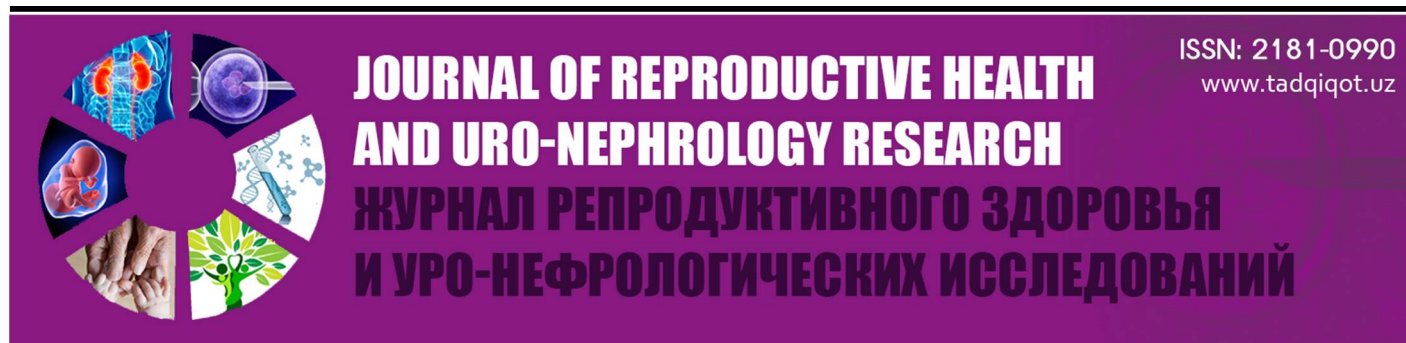
1. Особенность течения гломерулонефрита у детей раннего возраста в том, что она развивается на фоне наследственной предрасположенности.

2. Хронизация патологического процесса обусловлена нестабильностью цитомембран на фоне повышенной активности перекисного окисления липидов.

3. В связи с установленными фактами необходима своевременная диагностика факторов хронизации, профилактика формирования нестабильности цитомембран и иммунологический контроль.

**Список литературы:**

1. Вознесенская Т.С., Сергеева Т.В. Особенности течения и факторы риска прогрессирования идиопатической IgA-нефропатии у детей // Российский педиатрический журнал. – 2012. – №3, – С. 28-34.
2. Ибатова Ш.М., Рузикулов Н.Е., Маматкулова Ф.Х. Сравнительные показатели клеточного и гуморального факторов иммунитета при заболеваниях почек обменного генеза. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. №3.1 (том II) 2021. -С.111-113.
3. Ш.М.Ибатова, Ф.Х.Маматкулова, Н.Б.Абдукадилова, Х.М.Облокулов, Ф.А.Ачилова. Эффективность применения абрикосового масла у детей с рахитом. //Научно-практический журнал «Вопросы науки и образования», Москва, 2019, №27 (76), – С.40-46.
4. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации-общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза / Н.А. Мухин// Терапевтический архив-2007. – 6. –С.5-10.
5. Шутов А.М. Скорость оседания эритроцитов и артериальная податливость у больных с додиализной хронической почечной недостаточностью / А.М. Шутов, Н.И. Кондратьева, В.П. Мухорин, Т.Н. Ивашкина // Нефрология: Научно – практический журнал. – СПб. Эскулап – 2003. – N1 – С. 62-66.
6. Цыгин А.Н., Тимофеева А.Г., Вознесенская Т.С., Панкратенко Т.Е. Нефротический синдром // В кн.: Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Под ред. Баранова А. А., книга I.-М, 2007, – С. 1024-1026.
7. Тареева И.Е., Шилов Е.М., Краснова Т.Н. Лечение гломерулонефритов. Москва, 2000. -С.51-55.
8. Ibatova Sh.M., Islamova D.S., Goyibova N.S. Studying the level of immunoglobulins in the blood serum of children in depending on feeding. Eurasian journal of medical and natural sciences. Том 3 № 4 (2023): P. 10-14.
9. 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.
10. Ibatova Sh. M., F. Kh. Mamatkulova, N. B. Abdulkadirova, Yu. A. Rakhmonov, M. M. Kodirova. Risk Factors for Development of Broncho-Ostructive Syndrome in Children. International Journal of Current Research and Review. Vol 12. Issue 23 December 2020. P. 3-6.
11. 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.
12. 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.



УДК 618.15-089.844

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

Д.м.н., профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт

**Кодинова Зебинисо Нуриддиновна**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

**Каршиева Элеонора Эльбековна**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

**For citation:** Kattaxodjaeva Maxmuda Hamdamovna, Kodirova Zebiniso Nuriddinovna, Karshieva Eleonora Elbekovna, Results of assessment of psycho-emotional status of women with chronic pathological vaginal discharge syndrome, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13348464>

### АННОТАЦИЯ

Несмотря на значительные успехи развития медицины и фармацевтической промышленности на сегодняшний день инфекционно-воспалительные заболевания влагалища составляют до 70% всех заболеваний женских половых органов и являются наиболее частой причиной визитов к врачам женщин всех возрастных категорий женщин [1, 2, 4]. Необходимо отметить, что в последние десятилетия в связи с внедрением в медицинскую практику новых препаратов возросла роль оппортунистических инфекций, все больше возрастает роль условно-патогенных микроорганизмов, устойчивых к воздействию лекарственных препаратов.

**Ключевые слова:** бактериальный вагиноз, патологические выделения, воспалительные заболевания, качество жизни, микробиота влагалища, психоэмоциональный статус

**Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna**

Doctor of medical sciences, professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Kodirova Zebiniso Nuriddinovna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Karshieva Eleonora Elbekovna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

## RESULTS OF ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF WOMEN WITH CHRONIC PATHOLOGICAL VAGINAL DISCHARGE SYNDROME

### ANNOTATION

Despite significant progress in the development of medicine and pharmaceutical industry, today infectious and inflammatory diseases of the vagina account for up to 70% of all diseases of the female genital organs and are the most frequent cause of visits to doctors for women of all age categories of women [1, 2, 4]. It should be noted that in recent decades, due to the introduction of new drugs into medical practice, the role of opportunistic infections has increased, and the role of opportunistic pathogenic microorganisms resistant to the effects of drugs is increasing.

**Key words:** bacterial vaginosis, pathological discharge, inflammatory diseases, quality of life, vaginal microbiota, psycho-emotional status

**Kattaxodjaeva Maxmuda Hamdamovna**

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Kodirova Zebiniso Nuriddinovna**

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston



Karshieva Eleonora Elbekovna  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

## SURUNKALI PATOLOGIK VAGINAL AJRALMALAR SINDROMI BO'LGAN AYOLLARNING PSIXO-EMOTSIONAL HOLATINI BAHOLASH NATIJALARI

### ANNOTASIYA

Tibbiyot va farmatsevtika sanoati rivojlanishidagi sezilarli muvaffaqiyatlarga qaramay, bugungi kunda vaginal yuqumli va yallig'lanish kasalliklari ayol jinsiy a'zolarining barcha kasalliklarining 70% ni tashkil qiladi va barcha yoshdagi ayollar shifokorlariga tashrif buyurishning eng keng tarqalgan sababidir [1, 2, 4]. Ta'kidlash joizki, so'nggi o'n yilliklarda tibbiyot amaliyotiga yangi dori vositalarining kiritilishi munosabati bilan opportunistik infeksiyalarning roli oshdi va dori vositalarining ta'siriga chidamli opportunistik mikroorganizmlarning roli tobora ortib bormoqda.

**Kalit so'zlar:** bakterial vaginoz, patologik oqindi, yallig'lanish kasalliklari, hayot sifati, vaginal mikrobiota, psixo-emotsional holat

**Актуальность.** Наиболее частыми (до 60%) причинам патологических выделений из влагалища являются: бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, урогенитальный трихомониаз (трихомонадный вульвовагинит) и кандидозный вульвовагинит, цервицит. В связи с появлением длительных хронических процессов (более 3-5 лет), протекающих с частыми рецидивами (более 4 раз в год), на современном этапе жизни эти заболевания вышли из разряда только чисто медицинской и приобрели характер социально-экономической проблемы. Характерным является обнаружение БВ среди пациенток с патологическими белями в 60-87% случаев, среди с заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП) у 24-37% [6, 7]. Установлено, что от 10 до 46% беременных также имеют БВ [1, 8, 9]. Особенно большой проблемой КГ, БВ и АВ являются в периоде гестации в связи с тем, что они увеличивают частоту различных осложнений антенатального периода и родов, способствуя увеличению частоты самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита и плацентита, рождению маловесных детей. При этом риск преждевременных родов у женщин с БВ повышается в 2,6-3,8 раза, а гнойно-воспалительные осложнения у родильниц с БВ возникают в 3,5-5,8 раз чаще. Беременность способствует возрастанию частоты ГК до 20%. При этом высока вероятность инфицирования как плода, так и новорожденного [1,3,6]. Все перечисленные состояния и осложнения, в основном, происходят в активном репродуктивном возрасте женщин и значительно ухудшают качество жизни. Все перечисленное оказывает влияние на психоэмоциональный статус больных, качество их жизни и доверие к предлагаемым методам терапии.

**Цель исследования.** Оценка психоэмоционального статуса женщин с синдромом рецидивирующих патологических

влагалищных выделений, изучение качества их жизни и отношения к данной патологии, а также -отношения к результатам лечения.

**Методы исследования.** Проведение психологического теста основывалось на ответах пациенток по специально составленному вопроснику (модифицированному вопроснику Ханина - Спилберга), позволяющему выявить эмоциональный статус женщин, связанный с синдромом рецидивирующих влагалищных выделений. Вопросник включает 20 вопросов с 4 градациями ответов. **К примеру:** Я спокойна

1. Нет, не так
2. Относительно правильно
3. Думаю, что правильно

4. Абсолютно правильно

Суммирование баллов и применение специальной формулы позволяет провести оптимальную оценку состояния тревожности пациенток. При сумме баллов менее 30 баллов - респондент в данное время не испытывает тревожности. Показатели 31-45 баллов означают наличие тревожности неудовлетворенности. При сумме баллов, превышающих 46 - женщина ощущает высокий уровень тревожности и беспокойства.

**Группы исследования.** Тестирование проводилось до начала терапии и через 6 и 12 месяцев после лечения. 115 пациенток получили трехэтапную комплексную терапию БВ и вагинита с применением ультразвуковой кавитации и 59 женщин получали традиционную терапию, предусмотренную национальными стандартами. Основную группу исследования составили 174 пациентки в возрасте 22 до - 43 лет, страдающие хроническим рецидивирующим бактериальным вагинозом (ХРБВ) и хроническим рецидивирующим вагинитом (ХРВ). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин сопоставимого возраста.

Таблица 1.

Распределение по возрасту исследованных женщин и социальная занятость пациенток с БВ и вагинитом

Возрастные категории	Основная группа n= 174		Контрольная группа n= 30	
	Абс.число	%	Абс.число	%
До 25 лет	18	10,4	3	10,1
25- 30 лет	63	36,2	12	38,9
31- 40 лет	67	38,5	11	36,7
Старше 40 лет	26	14,9	5	15,7
<b>Социальная занятость</b>				
Домохозяйки	86	49,7	15	51,3
Рабочие	33	18,7	7	23,9
Служащие	55	31,8	8	25,1

Таким образом, при колебаниях в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст основной группы составил 29, 5± 5,7 лет. При этом, возрастная градация по сравнению с контролем не имела достоверных различий. Основной контингент обследованных в основной и в контрольной группе составили домохозяйки (49,7 и 51,3%, соответственно). На втором месте по численности были служащие (31,8 и 25,1%, соответственно). Среди пациенток также были и женщины с

рабочей специальностью, но в меньшей мере. В ходе выполнения диссертационной работы нами было изучено качество жизни женщин с частым рецидивированием БВ и вагинита на основе изучения составленной нами модифицированной анкеты Ханина-Спилберга. Было проведено анкетирование 174 пациенток проспективной группы- основной (115 чел.) и группы сравнения (59 чел) до начала терапии, через 6 и 12 месяцев после терапии.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что почти все пациентки обеих групп имели состояние тревожности и

недоверия к планируемой терапии в связи с неудачами после предыдущих лечений.

Таблица 2.

Отношение пациенток к планируемой терапии

Показатели		Основная (n=115)%	Группа сравнения (n= 59)%
Отношение пациенток к лечению	положительное	62,0	59,1
	Недоверие(отрицательное)	26,2	35,7
	Затрудняется отвечать	11,9	6

Как видно из анализа анкетирования- каждая 3-4 пациентка имеет состояние тревожности и недоверия к очередному курсу лечения. На вопрос о состоянии в связи с заболеванием 85-94% женщин из обеих групп ответили о том, что встревожены и имеют плохое настроение. Почти все опрошенные отметили чувство нервозности, плохого настроения и неуверенности в сексуальной жизни и в общем самочувствии. 96% респондентов отметили тревогу в связи с ожиданием неудачи от лечения, возможным рецидивом и состоянием нервозности. Анкетирование было проведено нами до начала лечения и в динамике- через 6 и 12

месяцев после лечения. По полученным данным- чувство удовлетворенности от результатов лечения в основной группе и через 6 месяцев и через год после терапии были значительно выше, чем в группе сравнения (таб.5.2). В группе сравнения в первые 6 месяцев после лечения рецидив повторился у 7 пациенток (11,9%). От 6 месяцев до 1 года рецидивы имели место у 12 женщин (20,3%), т.е. у каждой пятой пациентки. За этот период лишь у 2 пациенток основной группы наблюдались рецидивы патологических влагалищных выделений, что воздействовало на их психо-эмоциональный статус.

Таблица 3.

Динамика отношения к лечению у пациенток проспективной группы

Показатель		Основная (n=115)%	Группа сравнения (n= 59)%
Отношение к эффективности терапии	До лечения	62,0	59,1
	Через 6 месяцев	95%↑	86%↑
	Через 12 месяцев	98%↑	82%↑

Примечание: процентное соотношение относительно состояния до начала лечения.

Как видно из таблицы, повышение доверия в результативность терапии заболевания напрямую связано со снижением или полным отсутствием клинических симптомов БВ или вагинита, нормализацией общего самочувствия, отсутствием проблем в функционировании органов малого таза и проблем сексуальной жизни, появлением большей уверенности в себя. При этом, показатель уверенности и удовлетворенности возрастал у пациенток основной группы с увеличением ремиссии ближе к 1 году. Однако, в группе сравнения, по мере увеличения сроков

после лечения этот показатель снижался почти у каждой 5 пациентки.

Нами была проведена оценка в баллах параметров модифицированного вопросника Ханина-Спилберга. Ранжирование по сумме баллов менее 30 баллов означало, что респондент в данное время не испытывает тревожности; показатели 31-45 баллов означают наличие тревожности и неудовлетворенности. При сумме баллов, превышающих 46 – женщина ощущает высокий уровень тревожности и беспокойства.

Таблица 4.

Результаты тестирования по модифицированной анкете Ханина -Спилберга в динамике лечения среди исследованных групп

Показатель	Время исследования	Основная (n=115)%	Группа сравнения (n= 59)%
До 30 баллов	До лечения	54/46,6±4,8	29/ 48,7±4,9
	Через 6 месяцев	93/81,0,0 ↑	44/74,9±3,5 ↑
	Через 12 месяцев	114/99,2±4,3 ↑	54/91,3±4,3 ↑
31-45 балл	До лечения	/39,1±4,3	24/ 40,3±4,9
	Через 6 месяцев	10/9,5±1,2	9/15,1±3,5 ↓
	Через 12 месяцев	9/9,1±4,3 ↔	11/17,7±4,3 ↓
Более 45 баллов	До лечения	18/ 15,6±2,2↓	9/14,8±2,1
	Через 6 месяцев	13/11,0±0,6 ↓	9/ 15,1
	Через 12 месяцев	1/1,4↓	8/12,8

Примечание: в числителе абсолютные числа, в знаменателе-% показатели; ↑, ↓ и ↔ - показатели относительно начала терапии (повышение, понижение, отсутствие достоверной разницы).

Анализ, представленный в таблице 4 показывает, что к началу лечения лишь только около половины пациенток обеих групп имели психоэмоциональный статус менее 30 баллов, т.е. не испытывали особой тревожности. Неудовлетворенность от качества жизни и обеспокоенность (31-45 баллов) ощущали 39-40% пациенток обеих исследованных групп. Особое внимание заслуживали около 15-16% женщин обеих групп, имевших высокий уровень тревожности и недоверия к лечению. При этом

необходимо отметить, что исходный уровень психо-эмоционального статуса был почти одинаковым в обеих исследованных группах. В динамике, через 6 месяцев после лечения уровень тревожности значительно снизился, более выражено в основной группе 81%. против 74% группы сравнения, но все же 11,0% пациенток основной группы и 15% из группы сравнения продолжали оставаться крайне тревожными и обеспокоенными. Выраженные изменения в психосоматическом

состоянии в обеих группах наблюдались через 12 месяцев после курса терапии. Через 12 месяцев по окончании лечения лишь у 1 женщины основной группы наблюдалась повышенная тревожность (1,4%), при этом данный показатель группы сравнения был в 10 раз выше (12,8%). По-видимому, на параметры психоэмоционального статуса пациенток группы сравнения оказали влияние имевшие место за этот период рецидивы синдрома патологических влагалищных выделений.

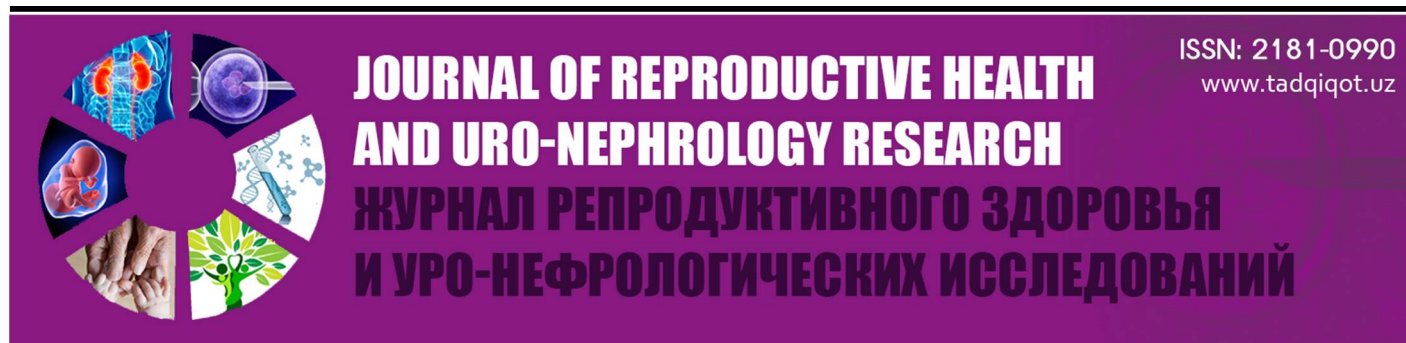
**Выводы.** Таким образом, проведение тестирования женщин по модифицированной анкете Ханина-Спилберга

свидетельствуют о выраженном влиянии синдрома патологических вагинальных выделений на качество жизни и психо-эмоциональный статус пациенток.

Применение комплексной терапии с использованием кавитированных растворов способствовало как полному излечиванию или длительной ремиссии процесса, так и улучшению качества жизни, появлению уверенности в себя и в результаты терапии.

#### Список литературы:

1. Боровиков, И.О. Предгравидарная подготовка женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом с использованием топической иммуно- модулирующей терапии / И.О. Боровиков // Российский вестник акушера- гинеколога. - 2007. - Т. 7, № 6. - С. 59-65.
2. ВОЗ. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем. 2016–2021. (Электронный ресурс). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09-rus.pdf>. Дата обращения: 12.09.2020. [WHO. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections. 2016–2021. (Electronic resource). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09-rus.pdf>. Access date: 12.09.2020 (in Russ.)].
3. Доброхотова Ю. Э. Смешанный вагинит в современных условиях: особенности течения и выбор подходов к лечению / Ю. Э. Доброхотова, Э. А. Маркова // Проблемы репродукции : научно-практический журнал / Общество репродуктивной медицины и хирургии, Российская Ассоциация Репродукции Человека, Ассоциация гинекологов-эндокринологов России. - Москва : Издательство Медиа Сфера, 2022. - Том 28 N 4. - С. 137-144
4. Ю. А. Зайцев, А. А. Хван. Стандартизация методик диагностики тревожности Спилбергера-Ханина и Дж. Тейлор // Психологическая диагностика, 2011. №3
5. Каттаходжаева М.Х., Енькова Е.В., Ихтиярова Г.А., Рахманова Н.Х., Каршиева Э.Э., Кодирова З.Н. Современные аспекты диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий у женщин //Тиббиётда янги кун .2022.- №8 (46). Б. 541-545.
6. Каттаходжаева М.Х., Амонова З.Д., Каршиева Э.Э., Сулейманова Н.Ж. Современные взгляды на роль генитальной папилломавирусной инфекции в развитии предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2021. № 1-2.С. 38-42
7. .International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. Int J STD AIDS. 2018;29(13):1258–1272. DOI: 10.1177/0956462418785451.
8. Valladales-Restrepo LF, Ospina-Cano JA, Londoño-Serna MJ, Machado-Alba JE. Characterization of sexually transmitted infections, their pharmacological treatment, and recurrence in a Colombian population. Biomedica. 2021 Oct 15;41(Sp. 2):130-139. doi: 10.7705/biomedica.5872. PMID: 34669284; PMCID: PMC8686826.
9. Sénat MV, Anselem O, Picone O, Renesme L, Sananès N, Vauloup-Fellous C, Sellier Y, Laplace JP, Sentilhes L. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 May;224:93-101. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.011. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29571124.



УДК 618.15-089.844

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Маматкулова Мохигул Джахангировна**

PhD, ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Шопулатов Эркин Холтожиевич**

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

## ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОЛАПСЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА

**For citation:** Negmadjanov Bakhodur Boltaevich, Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna, Shopulatov Erkin Xoltojievich Operative tactics for prolapse of artificial vagina after sigmoidal colpoptosis, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13358643>

### АННОТАЦИЯ

Хирургическое лечение этой группы пациенток представляет собой серьезную техническую проблему, результат которой влияет как на физическое, так и на психосоциальное здоровье пациенток. Идеальная реконструктивная процедура должна обеспечивать влагалище подходящей длины и требовать минимального расширения, если оно вообще требуется. При вагинопластике не должны оставаться рубцы, возникать стенозы или пролапс, операция должна иметь хороший косметический результат.

**Ключевые слова:** синдром Майера Рокитанского-Кустера-Хаузера, пролапс искусственного влагалища, сигмоидальный кольпопоз.

**Negmadjanov Bakhodur Boltaevich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State medical university

Samarkand, Uzbekistan

**Mamatkulova Mokhegul Jahangirovna**

Assistant, PhD

Samarkand State medical university

Samarkand, Uzbekistan

**Shopulatov Erkin Xoltojievich**

Assistant

Samarkand State medical university

Samarkand, Uzbekistan

## OPERATIVE TACTICS FOR PROLAPSE OF ARTIFICIAL VAGINA AFTER SIGMOIDAL COLPOPOIESIS

### ABSTRACT

Surgical treatment of this group of patients represents a serious technical challenge, the outcome of which affects both the physical and psychosocial health of the patients. The ideal reconstructive procedure should provide a vagina of suitable length and require minimal, if any, dilatation. Vaginoplasty should not leave scars, cause stenosis or prolapse, and the operation should have a good cosmetic result.

**Key words:** Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, prolapse of the artificial vagina, sigmoid colpoptosis.

**Negmadjanov Baxodur Boltaevich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston



**Mamatkulova Moxigul Jahangirovna**  
Assistant, PhD  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston  
**Shopulatov Erkin Xoltojievich**  
Assistant  
Samarkand State medical university  
Samarkand, Uzbekistan

## SIGMOIDAL KOLPOPOEZDAN SO'NG SUN'IY QINNING PROPASI BO'YICHA OPERATIV TAKTIKA

### ANNOTATSIYA

Bemorlarning ushbu guruhini jarrohlik yo'li bilan davolash jiddiy texnik muammo bo'lib, uning natijasi bemorlarning jismoniy va psixologik salomatligiga ta'sir qiladi. Ideal rekonstruktiv protsedura mos uzunlikdagi vaginani ta'minlashi va minimal, agar mavjud bo'lsa, kengayishni talab qilishi kerak. Vaginoplastika chandiq qoldirmasligi, stenoz yoki prolapsa olib kelmasligi kerak va operatsiya yaxshi kosmetik natijaga ega bo'lishi kerak.

**Kalit so'zlar:** Mayer-Rokitanskiy-Kuster-Hauzer sindromi, sun'iy qinning prolapsasi, sigmasimon kolpopoez.

**Актуальность.** Синдром Рокитанского-Кюстнера – врожденная патология, по данным литературы встречающаяся с частотой 1 на 4000-5000 родившихся девочек [1; с.54-60, 2; с.701, 3; с.2272-2276, 4; с.17]. Удельный вес больных с пороками мюллеровых производных составляет 2,7 в структуре гинекологических заболеваний детей и подростков [1; с.54-60, 14; с. 56-60; 5; с.4014-4022]. Учеными высказываются мнения, как за наследственную природу заболевания, так и за сочетанное воздействие генетических и экзогенных факторов. В основе синдрома Рокитанского-Кюстнера лежат моногенные мутации с высоким риском наследования [6; с.533-535, 7; с.347-352, 8; с.80-85, 4; с.17, 9; с.274-280].

Из 35 обследованных пациенток с пролапсом неовлагалища после сигмоидального кольпопоза: пролапс слизистой неовлагалища диагностирован у 28 (80%) пациенток; апикальный пролапс неовлагалища у 7 (20%).

W Kondo et al., (2012) представили литературный обзор в базе MEDLINE данные с 1978 по 2011г, и пришли к выводу, что сакропексия является лучшим вариантом лечения пролапса сигмовидной кишки неовагины [10; с.176-182]. Альтернативным методом лечения они считают подвешивание неовагины к связке Купера. Лучшим доступом они рекомендуют лапароскопический доступ. Также они описывают случай пролапса неовлагалища женщины 34 лет с аплазией влагалища после вагинопластики с использованием сигмовидной кишки. Спустя почти 6 лет после первой операции она начала жаловаться на ощущение давления вниз и обильные выделения из влагалища. Она перенесла две абдоминальные операции и одну операцию вагинальным доступом для лечения пролапса, но безуспешно. Четвертая операция была выполнена лапароскопическая промонтопексия с помощью сетки. Послеоперационное наблюдение через 40 дней, 3 месяца и 6 месяцев не выявило рецидивов пролапса (рис. 1 а, б, в, г, д).



Рис. 1 (а). Вагинальное исследование, демонстрирующее выпадение сигмовидной кишки неовагинального типа (Kondo W, 2012).



Рис. 1 (б). Рассечение мыса крестца (Kondo W, 2012).

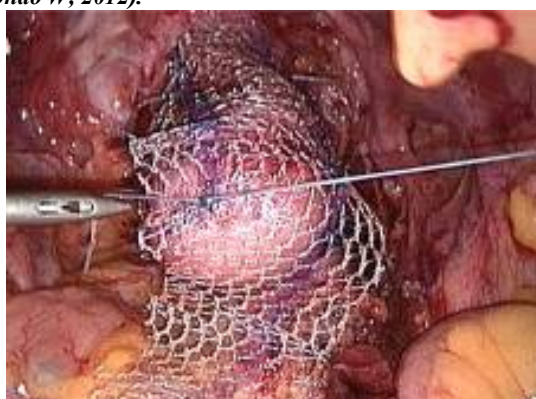


Рис. 1 (в). Наложение сетки на переднюю стенку неовагины (Kondo W, 2012).



Рис. 1 (з). Подшивание сетки к мысу крестца (Kondo W, 2012).



Рис. 1 (д). Послеоперационный Результат (Kondo W, 2012).

Интересные данные предоставил Carolyn W. Swenson (2014) пациент - женщина 56 лет с синдромом МРКХ (кариотип 46, XX), в 17 лет была выполнена вагинопластика из сигмы. За это время 4 раза перенесла хирургическую коррекцию по поводу рецидивирующего пролапса неовлагалища, три из которых были первые 16 месяцев после ее первой операции. В первый раз была выполнена диагностическая лапаротомия с подшиванием неовлагалища к круглой связке матки с двух сторон и маточно-яичниковой связке; вторая процедура – вагинально иссечение избыточной ткани неовлагалища; третья – диагностическая лапаротомия кольпопексия брюшно-крестцового отдела с использованием аутологичной фасции прямой мышцы живота и наконец четвертая – вагинальная

пластика с полной резекцией неовлагалища сигмы [11; с.1593-1595].

Ученые из Японии, (2021) описывают клинический случай применение лапароскопической сакрокольпопексии (ЛСК) у 59-летней женщины с вагинопластикой сигмовидной кишки в анамнезе, которой была выполнена по поводу пролапса культи сигмовидной кишки IV степени. Этот клинический случай показывает возможность применения ЛСК в качестве хирургического лечения пролапса культи сигмовидной кишки у пациенток с СМРКХ [12; с.48-52, 13; с.30].

Средний возраст исследованных больных составило 30 лет $\pm$ 1,68, а возрастной диапазон колебался от 17 до 40 лет и патология часто выявлялась в возрастной группе от 21 до 30 лет (рис.2).

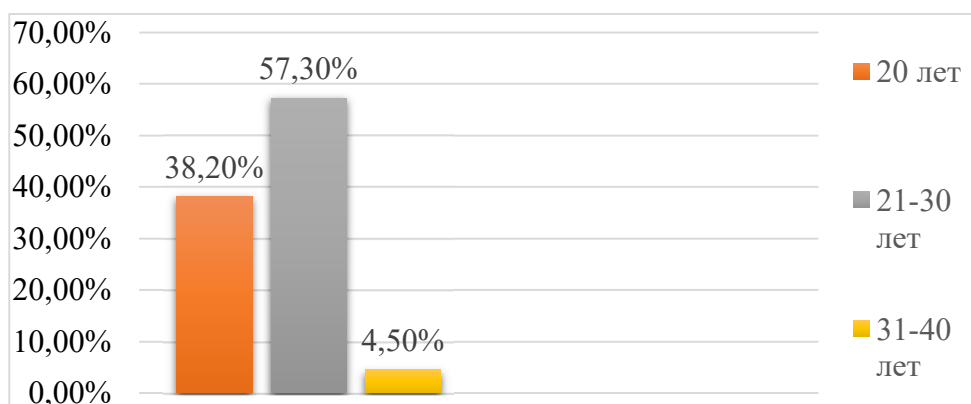


Рис. 2. Возрастной диапазон исследованных больных, %.

Установлено, что операция по поводу аплазии влагалища и матки проводится чаще всего в возрасте около 30 лет по причине позднего обращения. Это свидетельствует о низкой медицинской культуре нашего населения и недостаточной работе первичного звена здравоохранения, когда ни родители, ни сами девочки не обращаются к врачу по поводу отсутствия менструации, а обращаются в большинстве наблюдений только после замужества в связи с невозможностью сексуальных отношений.

При поступлении с пролапсом неовагины 35 пациенток отмечали чувство инородного тела и ощущение дискомфорта. Ка при пролапсе слизистой так и при апикальном пролапсе у большинства пациенток жалобы были одинаковы. Диспареуния встречалась в 10 (28,57%); обильные слизистые выделения в 6 (17,1%); чувство инородного тела в 28 (80%) и в 11 (31,43%) случаях были жалобы на тяжесть внизу живота. Боль при половом

акте отмечали в основном больные с апикальным пролапсом, чем больные с пролапсом слизистой. Это состояние было связано с тем, что пациенты в меньшей степени не живут половой жизнью.

Этиологически значимые причины пролапса артифициального влагалища среди обследованных пациенток: идиопатический пролапс у 12 (34%), большие физические нагрузки в настоящее время или в прошлом у 10 (29%), хронические запоры у 9 (26%) и хронический кашель у 5 (11%).

По нашим данным из 35 больных у 80% обнаружен пролапс слизистой искусственного влагалища, этой категории больным произведено удаление лишней ткани. У 20% больных этой группы определяли пролапс свода неовлагалища, которым выполнена промونتопексия лапаротомно (рис 3.). И занимательным явилось то, что в этой категории больных мы не наблюдали послеоперационных осложнений.

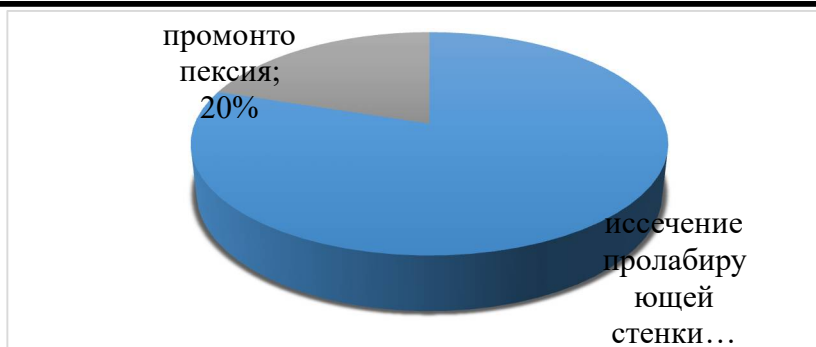


Рисунок 3. Виды хирургического лечения пролапса искусственного влагалища (n=35), %.

Этот раздел работы оформлен в виде: “Программы для определения тактики ведения пациенток с пролапсом искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза”. Получено свидетельство от 26/01/2021 DGU 10060 (рисунок 4).



Рисунок 4. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 10060 Программа для диагностики и выбора тактики ведения пациенток с пролапсом искусственного влагалища.

Программа предназначена для определения тактики ведения пациенток с пролапсом искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза. На основании полученных данных

программа позволяет подобрать наиболее оптимальный метод ведения пациенток и тем самым, улучшить результаты лечения (таблица 1).

Таблица 1.

Бальная оценка выбора оперативного лечения у женщин с пролапсом неовлагалища

	Метод исследования	Результаты исследований	Баллы
Проплапс искусственного влагалища после сигмоидального влагалища	Жалобы	Дискомфорт в области половых органов	2
		Чувство инородного тела	2
		Обильные выделения	2
		Тяжесть в области половых органов	3
	Степени пролапса	I степень	1
		II степень	2
		III степень	3
		IV степень	4
	Встречаемость	Впервые	1
		Рецидив	4
	Время возникновения	Первые 6 месяцев после операции	1
		Год после операции	2
		До 5 лет	3
		Больше 5 лет	4

Программу можно использовать в практической медицине, в частности, в гинекологии для улучшения состояния пациенток с пролапсом искусственного влагалища и повышения качества жизни с учетом индивидуальных особенностей организма.

На основании полученных данных балльной оценки нами определена тактика ведения у 20 женщин.

- До 11 баллов–хирургическое-иссечение слизистой неовлагалища;

- 11-15 баллов – хирургическое-иссечение стенки неовлагалища;
- Выше 15 баллов – хирургическое-промонтопексия неовлагалища.

Среди пролапсов неовагины после СК апикальный пролапс был диагностирован в 20% случаев. По степени POP-Q IV степень была выявлена у 7 (20%) пациенток. Нами внедрен усовершенствованный метод лечения апикального пролапса, который приведен ниже.

Наша практика показывает, что при возникновении пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза необходимо учитывать несколько сложных аспектов.

Недооценка этих моментов привела к многократному рецидиву пролапса. Наша пациентка перенесла хирургическую коррекцию пролапса неовлагалища неоднократно. Наш опыт в этом вопросе идентичен с данными других авторов [90, С.2087-2091].

Таким образом, плановое катamnестическое наблюдение, преследующее цель своевременного обнаружения и коррекции послеоперационных осложнений, позволило улучшить результаты лечения больных после вагинопластики и тем самым способствовать их полноценной реабилитации.

## Список литературы

1. Адамян Л.В, Бобкова М.В. и др. Аплазия влагалища и тазовая дистопия почки-тактика ведения и возможности хирургической коррекции порока развития половых органов.//Российский медицинский журнал Том 24, №4 (2018) С.54-60
2. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. – СПб., 2009. – 701 с.
3. Allen L, Lucco KL, Brown CM, Spritzre RF, Kives S (2010) Psychosexual and functional outcomes after creation of a neovagina with laparoscopic Davydoff in patients with vaginal agenesis. *FertilSteril* 94:2272–2276
4. Угрюмова Л.Ю. Клиническая оценка эффективности различных методов кольпопоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 17 с
5. Wang Y. et al. Typical and atypical pelvic MRI characteristics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a comprehensive analysis of 201 patients //European radiology. – 2020. – Т. 30. – С. 4014-4022.
6. Gatti M. et al. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome and 16p11. 2 recurrent microdeletion: a case report and review of the literature //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2018. – Т. 31. – №. 5. – С. 533-535.
7. Tian W. et al. A genotype-first analysis in a cohort of Mullerian anomaly //Journal of Human Genetics. – 2022. – Т. 67. – №. 6. – С. 347-352.
8. Wang M. et al. Analysis of WNT9B mutations in Chinese women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome //Reproductive biomedicine online. – 2014. – Т. 28. – №. 1. – С. 80-85.
9. Кирпатовский И.Д., Угрюмова Л.Ю, Уварова Е.В. Формирование искусственного влагалища из сигмовидной кишки // Вестн. РУДН. Серия «Медицина». -2007. - № 5. - С. 274-280.
10. Kondo W, Ribeiro R, Tsumanuma FK, Zomer MT. Laparoscopic promontofixation for the treatment of recurrent sigmoid neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(2):176–182. doi:10.1016/j.jmig.2011.12.012
11. Swenson CW, DeLancey JO, Schimpf MO. Left-sided sacrospinous ligament suspension for treating recurrent sigmoid neovagina prolapse. *Int Urogynecol J.* 2014;25(11):1593–1595.
12. Негмаджанов Б. Б., Маматкулова М. Д. Оперативное лечение пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза //Проблемы современной науки и образования. – 2022. – №. 2 (171). – С. 48-52.
13. Yadav M., Hayashi T., Krisna R. et al.: Laparoscopic sacrocolpopexy in patient with vault prolapsed of the sigmoid stump after vaginoplasty in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: A case report. *J Case Reports in Women's Health* 30(2021) e00313
14. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Останакулова Ф.Б. Усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз у пациенток с синдромом Майера-Рокитанского // Ж. Ежемесячный НМЖ Достижения науки и образования. Том 5. №59, с.56-60





UDK 616-08-039.75:616-053.3

**Axmedov Yusufjon Maxmudovich**Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Mirmadiyev Mirfozil Shokirovich**Assistent  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Axmedov Islom Yusufjonovich**Assistent, PhD  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**BOLALARDA TUG'MA DIAFRAGMA CHIRASINI ERTA TASHHIS QO'YISH VA DAVOLASHDAGI YUTUQ VA KAMCHILIKLAR****For citation:** Akhmedov Yusufjon Makhmudovich, Mirmadiyev Mirfozil Shokirovich, Akhmedov Islomjon Yusufjonovich, Achievements and disadvantages in early diagnosis and treatment of congenital diaphragmal hernia in children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13360047>**ANNOTATSIIYA**

Tug'ma diafragma churrasi - og'ir jarrohlik patologiyasi bo'lib, unda yangi tug'ilgan chaqaloqlar sog'ligining og'ir holatlarini, hayoti uchun xavfli bo'lgan holatini boshdan kechiradilar. Chaqaloqlarning o'lik holda tug'ilishning keng tarqalgan sabablaridan biri bo'lib tug'ma diafragma churrasi nuqsonlari tashkil etadi va bu holat har 2000-4000 tirik tug'ilgan chaqaloqning 1 tasida aniqlanadi, ko'pincha boshqa malformatsiyalar bilan qo'shilib, barcha irsiy va disembrionetik anomaliyalarning 8% ni tashkil qiladi [1,5]. Diafragma churrasi pleвроperitoneal membrananing to'liq qo'shilmasligi va natijasida qorin bo'shlig'i tarkibiy qismining ko'krak bo'shlig'iga siljishi hisoblanadi [2,10]. Ko'pincha ingichka va yug'on ichaklar, oshqozon va taloq churra tarkibi sifatida topiladi. Shu bilan birga, qorin bo'shlig'ining boshqa har qanday organlari jarayonda ishtirok etishi mumkin [3],[6]. Barcha churralarning 80-90% i chap pleвra bo'shlig'ida joylashgan buladi [4,18]. Churraning eng jiddiy oqibatlari o'pkaning siqilishi va gipoplaziyasidir. Kasallikning oqibatlari yomon, o'lik tug'ilish darajasi 35% gacha, umumiy o'lim esa 50% ga yetadi [5,17].

**Kalit so'zlar:** Tug'ma diafragma churrasi (TDCh), o'pka gipoplaziyasi, pnevmotoraks, gemotoraks, TDCh qaytalanishi.**Ахмедов Юсуфжон Махмудович**доктор медицинских наук, профессор  
Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
Самарканд, Узбекистан**Мирмадиев Мирфозил Шокирович**Ассистент  
Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
Самарканд, Узбекистан.**Ахмедов Исламжон Юсуфжонович**Ассистент, PhD  
Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
Самарканд, Узбекистан.**ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ****АННОТАЦИЯ**

Врожденная грыжа диафрагмы – тяжелая хирургическая патология, при которой у новорожденных наблюдается тяжелое состояние здоровья с угрозой для жизни. Врожденные грыжевые дефекты диафрагмы являются одной из распространенных причин мертворождения, выявляются у 1 из 2000–4000 живорожденных младенцев, часто сочетаются с другими пороками развития, составляют до 8% всех наследственных и дизэмбриогенетических аномалий [1,5]. Диафрагмальная грыжа является следствием неполного сращения

плевроперитонеальной мембраны и смещения содержимого живота в грудную полость [2,10]. Наиболее часто в качестве грыжевого содержимого обнаруживаются тонкий и толстый кишечник, желудок, селезенка. Однако в процесс могут быть вовлечены и любые другие органы брюшной полости [3],[16]. Около 80-90 % всех грыж располагаются в левой плевральной полости [4,18]. Наиболее серьезными последствиями грыжи являются сдавление и гипоплазия легких плода. Прогноз заболевания плохой, частота мертворожденных около составляет до 35 %, а общая смертность достигает до 50% [5,17].

**Ключевые слова:** Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ), гипоплазия легких, пневмоторакс, гемоторакс, Рецидив ВДГ.

**Akhmedov Yusuffjon Makhmudovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Mirmadiyev Mirfozil Shokirovich**

Assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Akhmedov Islomjon Yusufjonovich**

Assistant, PhD

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

## ACHIEVEMENTS AND DISADVANTAGES IN EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL DIAPHRAGMAL HERNIA IN CHILDREN

### ABSTRACT

Congenital diaphragmatic hernia is a severe surgical pathology in which newborns experience a serious health condition that is life-threatening. Congenital hernia defects of the diaphragm are one of the common causes of stillbirth, detected in 1 out of 2000-4000 live births, often combined with other malformations, and account for up to 8% of all hereditary and dysembryogenetic anomalies [1,5]. Diaphragmatic hernia is a consequence of incomplete fusion of the pleuroperitoneal membrane and displacement of the abdominal contents into the chest cavity [2,10]. Most often, the small and large intestines, stomach, and spleen are found as hernial contents. However, any other organs of the abdominal cavity may be involved in the process [3,6]. About 80-90% of all hernias are located in the left pleural cavity [4,18]. The most serious consequences of a hernia are compression and hypoplasia of the fetal lungs. The prognosis of the disease is poor, the rate of stillbirths is up to 35%, and overall mortality reaches up to 50% [5,17].

**Key words:** Congenital diaphragmatic hernia (CDH), pulmonary hypoplasia, pneumothorax, hemothorax, CDH recurrence.

**Kirish.** Bolalarda uchraydigan tug'ma diafragma churrasi og'ir jarrohlik patologiyasi bo'lib, bunda yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayoti uchun xavfli bo'lgan jiddiy salomatligining buzilishi holatini boshdan kechiradilar. So'ngi yillardagi ma'lumotlarga ko'ra bolalarda TDCh bilan tug'ilishlar soni har 2000-4000 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlardan bittasida kuzatiladi. Bolalarda uchraydigan TDChning bu ko'rsatkichi barcha tug'ma nuqsonlarning 8% ni tashkil qilmoqda [1,5].

Bolalarda uchraydigan tug'ma diafragma churrasi (TDCh)ning nuqsonli rivojlanishlari plevro-peritoneal kanalning yopilishi jarayonining buzilishi natijasida sekinlashishi va diafragma mushaklarining yetishmovchiligi natijasida yoki qorin bo'shlig'ida joylashgan diafragma mushaklarining innervatsiyasining buzilishi natijasida kelib chiqadi. [2,10]. TDCh kasalligining ayrim holatlarida tug'ma nuqson orqali ko'krak qafasi bo'shlig'iga oshqozon osti bezi va buyraklarning ham o'tish holatlari kuzatiladi [3,6]. Hozirgi vaqtda bolalarda uchraydigan tug'ma diafragma churrasi (TDCh) ning eng keng tarqalgan turi bo'lib chap tomonlama diafragma churrasi 80-90% ni tashkil qilmoqda [4,18]. Bugungi kunga kelib chaqaloqlar o'limi muammolarining dolzarbligi asosan 70-90% holatlarida bolalarda uchraydigan tug'ma nuqsonlar sababli kelib chiqmoqda. [5,17]. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda TDCh kasalligi tufayli kelib chiqadigan o'limlarning asosiy sabablari bo'lib o'pka gipoplaziyasi hamda o'pkada qon aylanishi sistemasidagi gipertenziya hisobiga nafas olish yetishmovchiligi hamda organizmda kislorod miqdorining yetishmovchiligi natijasida yuzaga keladi. [6,7].

TDCh kasalligi bilan tug'ilgan bolalarda nafas olish mexanizmida faol ishtirok etishi kerak bo'lgan muhim organ diafragma mushaklari qisqarmaydi, natijada chaqaloq tug'ulganidan so'ng darhol nafas olishida va o'pkalariga havo kirishida qiynaladi. [7,8]. Bundan tashqari qorin bo'shlig'idan ko'krak qafasiga TDCh nuqsoni orqali siljib o'tgan organlar hisobiga ko'krak qafasida joylashgan organlar qarama-qarshi tomonga siljiydi va natijada ikkala o'pka ham siqiladi. [9,10,11]. TDChda organizmda kislorod yetishmovchiligi natijasida markaziy asab sistemasi faoliyati hisobiga bolalar ko'p miqdorda havoni yuta boshlashadi, bu esa oshqozon-ichak traktida ko'p miqdorda havo to'planishiga olib keladi, natijada tananing qorin qismi diafragmani ko'krak qafasiga ko'proq siqib boradi va diafragmaning erkin

harakatlanishiga to'sqinlik qila boshlaydi, oqibatda o'pkalarning yanada siqilishiga sababchi bo'ladi. [11,13]. Bulardan ko'rinadiki TDChda hatto normal rivojlangan o'pkada ham churraning o'zi nafas yetishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin. [14,15,16]. TDChda bemor ahvolining sezilarli darajada yomonlashishiga o'pka gipoplaziyasining nafaqat nuqson tufayli zararlangan tomonda bo'lishi, balki ba'zan qarama-qarshi tomonda ham mavjud bo'lishi oqibatida kelib chiqishi mumkin. [17,18]. O'pka gipoplaziyasining har qanday darajasida organizm oksigenatsiyasida va karbonat anhidrid ajralishining jiddiy buzilishlariga olib keladi [18,19]. O'pka gipoplaziyasida kapillyar qon tomirlar va alveolar yuzasi kamayadi, natijada o'pkalardagi gazlar almashinuvi ham sezilarli darajada kamayadi [19,20]. Bunday o'pkalar to'qimalari qattiqlashgan va to'g'irlanishi qiyin kechadi. O'pka arteriyasining shoxlari sonining kamayishi tufayli o'ng qorincha qonni kichik qon tomirlar tizimidan ham itarishga majbur bo'ladi, buning oqibatida o'pka arteriyasining kengayishi va yurakning o'ng kameralarida bosimning oshishiga olib keladi. O'pka arteriyasida g'ayrioddiy silliq mushak tolalari mavjud bo'lib, ular distal tomondan terminal bronxiolalargacha cho'zilgan bo'ladi. [14,16,21]. Bu mushak tolalari vazokonstrikt mediatorlariga ayniqsa sezgir hisoblanadi. Natijada o'pka gipertenziyasi, o'ng qorincha yetishmovchiligi, gazlar almashinuvi va o'pkada qon aylanishining jiddiy buzilishlari rivojlanadi. [1,5,8,11]. Arterial qon oqimi va qonning oval teshikdandan o'tishi buzilishi natijasida tizimli gipoksiya, giperkapniya va atsidozni kuchaytiradi va o'pkada qon tomirlarining torayishi kuchayishiga olib keladi. Agar klinik jihatdan o'pka gipertenziyasi aniqlansa, bunday holatda bemorga darhol faol davolashni boshlash kerak buladi. [4,9,14].

TDCh kasalligi bilan tug'ulgan bemorlarda erta tashxis qo'yishning sezilarli darajada oshishi, kasallikning rivojlanish omillari haqida umumiy nuqtai nazarining yo'qligi, tashxisotning turli xil usullaridan foydalanish, davolashda operativ usullarining ko'pligi, davolash jarayonlarida qoniqarsiz natijalarning ko'pligi va yangi istiqbolli davolash algoritmlarini ishlab chiqish zarurati bu anomalionalarni bolalar jarrohligidagi dolzarb muammoga aylantiradi.

**Maqsad.** TDCh kasalligi bilan tug'ulgan bemor bolalarda erta tashxislashni o'rganish, bolaning yosh davriga doir TDCh turlarining

uchrashi va davolash xususiyatlarini o'rganib chiqish hamda bolalar xirurgiyasining ixtisoslashtirilgan bosqichida kasallikni erta tashxislash va samarali davolash usullarini joriy etish.

**Materiallar va usullar.** Tadqiqotning asosi sifatida Samarqand VBKTTMning neonatal jarrohlik va jarrohlik bo'limlarida 2000 yildan 2024 yilga qadar statsionar tarzda davolangan va davolanayotgan 66

nafar TDCh bilan kasallangan bolalarning tashxisoti va davolash metodlarini tahlil qilindi.

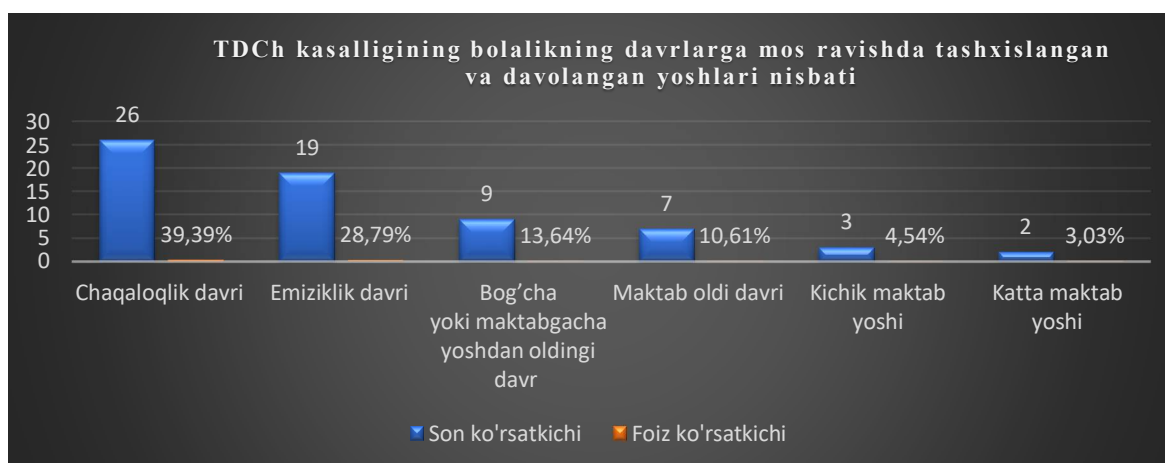
**Natijalar va muhokamalar:** Tadqiqot davomida o'rganilgan 66 nafar TDCh bilan kasallangan bolalarning 35 (53,03 %) nafarini o'g'il bolalar, 31 (46,97 %) nafarini qiz bolalar tashkil etdi. O'zaro nisbat taqriban 1.13:1 ga teng bo'ldi.



**Diagramma №1.** Tadqiqot natijalariga ko'ra o'rganilgan bemorlardagi jinslar nisbati

Bolalikni davrlarga bo'lish N.P.Gundobin taklif etgan va A.F.Tur qo'shimcha qilgan bolalik davrlari sxemasi asosida hisoblandi: Chaqaloqlik davri - hayotining birinchi to'rt haftasi 28 kunlikgacha - 26 (39.39%), Emiziklik davri - hayotining 29-kunidan boshlab bir

yoshgacha - 19 (28.79%), Bog'cha yoki maktabgacha yoshdan oldingi davr 3 yoshgacha - 9 (13.64%), Maktab oldi davri 3-7 yoshgacha - 7 (10.61%), Kichik maktab yoshi 7-11 yoshgacha - 3 (4.54%), Katta maktab yoshi 11-18 yoshgacha - 2 (3.03%) tashkil etdi.



**Diagramma №2.** TDCh kasalligida bolalik davrlariga mos yosh strukturasi

Tadqiqot davomida bemorlar Doletskiy S.Ya. tasnifiga ko'ra 1960 y.y. tasniflandi: I. Xususiy diafragma churrallari: 43 (65,15%), shundan I a: diafragmaning yupqalashgan qismining relaksatsiyalari (chin churralar): 7 (10,61%). Bular: 3-diafragmaning o'ng tomonlama relaksatsiyasi (4,54%), diafragmaning chap tomonlama relaksatsiyasi 4 (6,06%), I b. Diafragma nuqsonlari (soxta churralar) 36 (54,54%). Bular: chap tomonlama chin diafragma churrasi 2 (3,03%), chap tomonlama soxta diafragma churrasi 26 (39,39%), o'ng tomonlama diafragma churrasi 4 (6,06%), turli xildagi diafragma relaksatsiyalari

bilan chap tomonlama diafragma churrasi 2 (3,03%), diafragma relaksatsiyasi bilan o'ng tomonlama diafragma churrasi 1 (1,51%), chap tomonlama diafragma aplaziyasi bilan chap tomonlama paraezofageal churrasi 1 (1,51%). II. Qizilo'ngach teshigi churrallari (chin churralar) 21 (31,82%). Bular: birlamchi paraezofageal churralar 18 (27,27%), retsidiv paraezofageal churrallari 3 (4,55%). III. Diafragma oldingi qismining churrallari 2 (3,03%): o'ng tomonlama shakllangan parasternal churra 2 (3,03%) lar aniqlandi.

**Jadval №1**

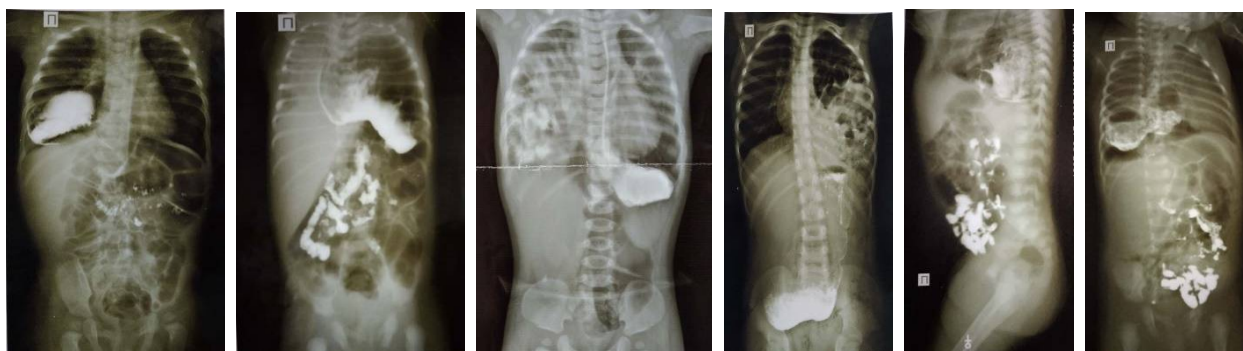
**Doletskiy S.Ya. tasnifiga ko'ra TDCh klassifikatsiyasi**

I. Xususiy diafragma churrallari	43 (65,15 %)	I a: diafragmaning yupqalashgan qismining relaksatsiyalari (chin churralar)	7 (10,61%)
		I b. Diafragma nuqsonlari (soxta churralar)	36 (54,54%)
II. Qizilo'ngach teshigi churrallari	21 (31,82%)	Paraefozageal churralar	21 (31,82%)
III. Diafragma oldingi qismining churrallari	2 (3,03%)	Parasternal churralar	2 (3,03%)



TDCh ni tashxislashda bemorning anamnezi hamda umumiy klinik tekshiruvlardan foydalaniladi, shuningdek ko'krak qafasining va qorin bo'shlig'ining rentgenografiyasi, kontrastli gastroenterografiya, UTT,

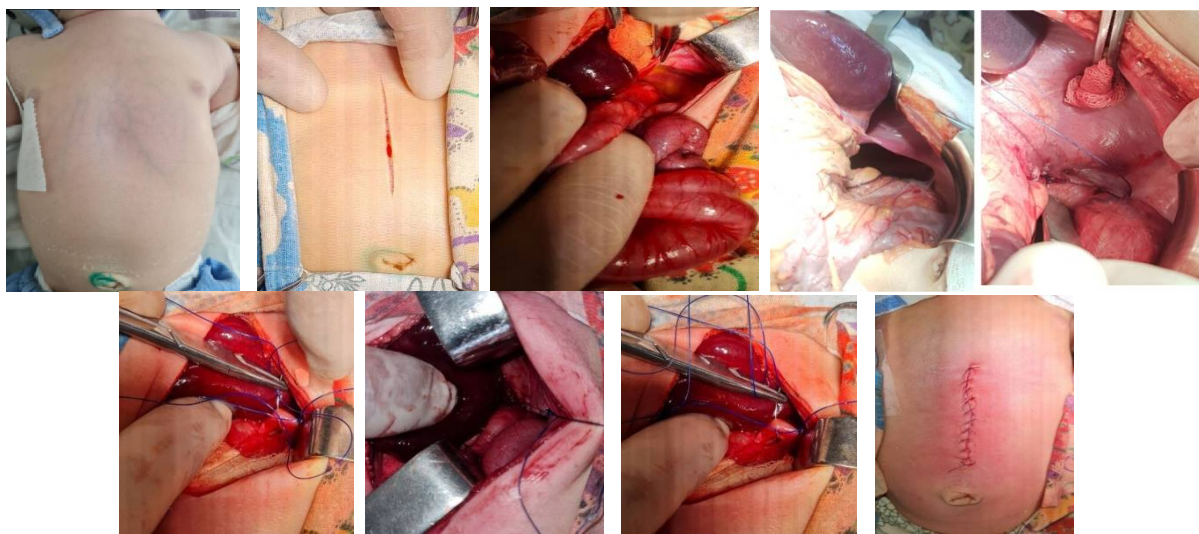
MRT va KT, hamda qondagi kislorodning parsial bosimi asosida va qondagi karbonat angidrid gazlari hisobiga tashxis qo'yiladi.



**Rasm №1.** TDCh diagnostikasida kontrastli gastroenterografiyadan namunalar

TDCh kasalligining asosiy davolash usuli bu nuqsonni operatsiya yo'li bilan bartaraf etishdir. Jarrohlik yondashuvlari bilan o'rganilgan bemorlarning 55 tasida laparotomiya usuli bilan, 4 ta bemorda o'ng tomonlama torakotomiya usullari bilan, shuningdek bugungi kunga kelib 6 nafar bemorlarimizda laparoskopik usullar bilan churra nuqsonlari bartaraf etilgan. Chap tomonlama diafragma churrasi bo'lganda xirurgik aralashuv chap qovurg'alar yoyi ostidan laparotomiya yo'li orqali amalga oshiriladi. O'ng tomonlama diafragma churralari uchun ham laparotomiya usullaridan, ham o'ng tomonlama torakotomiya usullaridan foydalanilgan operatsiyalar amalga oshiriladi. Operatsion dostupni tanlashda ko'krak qafasi bilan qorin bo'shlig'i orasidagi to'siq nuqsonining tabiati va hajmi haqidagi dastlabki tekshiruv ma'lumotlaridan foydalaniladi. Qorin bo'shlig'i laparotomiya qilinib, churra maxsulotlarining tarkibini tekshirgandan so'ng,

diafragmadagi nuqson orqali plevra bo'shlig'iga kateter kiritiladi va kateter orqali 40-60 ml havo plevra bo'shlig'iga yuboriladi. Ko'krak qafasiga o'tib qolgan qorin bo'shlig'i a'zolarini ehtiyotkorlik bilan tortib qorin bo'shlig'iga tushiriladi. A'zolari ajratish to'mtoq va o'tkir usullar yordamida amalga oshiriladi. Diafragmadagi nuqson orqali plevra bo'shlig'i hamda o'pkalar tekshiriladi. Churra qopi (chin churralarda) aniqlangan holatlarda u qorin bo'shlig'iga olib tushiladi va kesib ochiladi hamda o'pka va plevra bo'shlig'i tekshiriladi. Keyin churra qopi kesilib, diafragmoplastika o'tkaziladi. Agar mushak qismi yetarli bo'lsa nuqson U shaklidagi choklar yoki tugunli choklar bilan tikiladi. Diafragma relaksatsiyasida dublikatsiyali diafragma gumbazining plastik operatsiyasi amalga oshiriladi. Diafragma markazidagi katta teshikli nuqsonlar uchun to'rli allotransplantatlar ishlatilgan.



**Rasm №2.** TDCh kasalliklarining operativ davolash jarayonlaridan fototasvirlar

TDCh bilan davolangan barcha bemorlarda diafragma plastik operatsiyasi tugagandan so'ng, plevra bo'shlig'idagi havo punktsiyalar yordamida yoki plevra bo'shlig'ining orqa-yon devori bo'ylab plevra gumbaziga V - VI qovurg'alararo bo'shliqqa drenaj qo'yish orqali evakuatsiya qilingan. Bunda drenajlarning diametri 2 - 5 mm-ligidan foydalanilgan, ular elastik nok tipidagi rezervuarga, elektr so'rgichlarga ulangan yoki Byulau bo'yicha passiv drenajlar qo'yilgan. Ba'zi holatlarda drenajni olib tashlangandan so'ng ham qo'shimcha terapevtik davo choralari talab qilinadi. 27 kishida plevral punktsiyalari qo'llanilgan bo'lsa 20 nafar bolalarda plevra bo'shlig'ining Byulau bo'yicha passiv drenaji qo'yilgandi. Jarrohlik usullarining va texnologiyasining takomillashganligiga qaramay, operativ davolash ko'pincha turli xil asoratlarni rivojlanishi bilan birga keladi, bularga: pnevmotoraks, gemotoraks, jarohat choklarining ochilib ketishi tufayli kasallikning qaytalanishi 3 nafar bemorda uchraydi. 2 nafar bemorlarda

gemotoraks va 4 nafarida pnevmotoraks holatlari ham kuzatilib kelgan. Bolalardagi tug'ma diafragma churralarini tibbiyotdagi va davolash uslublaridagi yutuqlarga qaramay kasallikni ma'lum bir algoritmli davolash usullarining yo'qligi tufayli bu kasallik bolalar xirurgiyasining murakkab tarmog'i bo'lib qolmoqda.

**XULOSA:** 1. Anamnez yig'ish va umumiy klinik tekshiruvlardan tashqari, TDChni o'rganishning asosiy usullariga ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining kontrastli rentgenografiyasi va ko'krak qafasining polipozitsion kompyuter tomografiyasi usullari ko'p information usul bo'lib qolmoqda.

2. Tibbiyot va jarrohlik sohalaridagi ko'p sonli yutuqlarga hamda operativ usullarning va davolash metodlarining takomillashishiga qaramay kasallikning asoratlari soni va salbiy oqibatlari ko'rsatkichlari yuqoriligidan qolmoqda.

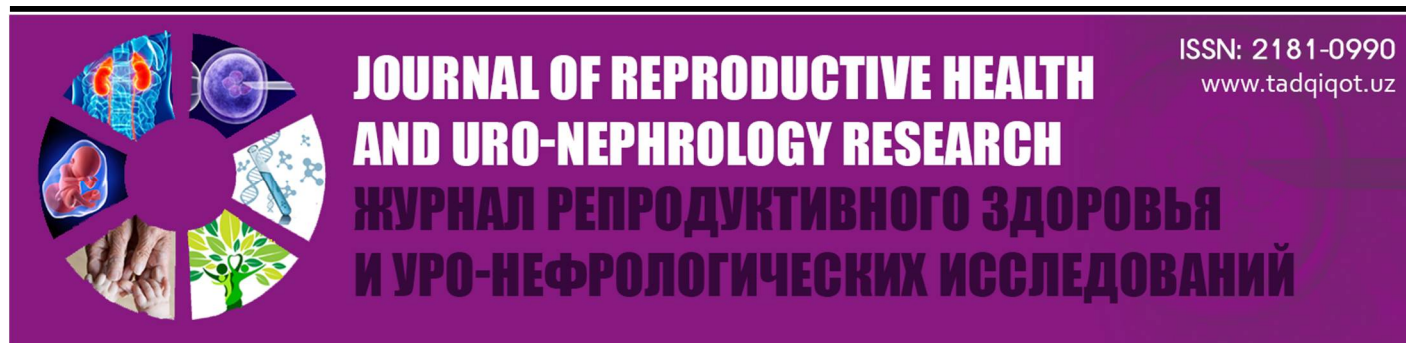


3. Operativ davolash usullarining aniq bir o'ziga xos taktikasi va muddatlariga aniq yondashuvning yo'qligi asoratlarni keltirib chiqaradi va bemorlar uchun nojo'ya oqibatlariga olib keladi.

4. Bu omillarning barchasi bolalarda TDChni erta tashxislash va jarrohlik davolashning yangi, samaraliroq usullarini izlashni va qo'shimcha mulohazalarni talab qiladi.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Асилова С.У., Тургунова Г.И., Рахбарова Д.А. Экспериментальное обоснование применения хитозана при посттравматических остеопорозах. Конференция травматологов и ортопедов международным участием/ Узбекистан, Хива, 5 ноября 2010 г. С.130
2. Асилова С.У., Тургунова Г.И., Назирова М.У., Юсупова К.А., Назаров Ж.Х., Милушева Р.Ю. Влияния модифицированного хитозана на формирование костной ткани. Вестник ташкентской медицинской академии 2012г, №1, с-24-29
3. Асилова С.У., Югай А.В., Нуримов Г.К., Давлетов С.И., Турдибеков Б.С. Экспериментальное исследование с применением хитозана и модифицированного хитозана ожинская Л.Я., Белая Ж.Е. Достижения и перспективы в лечении остеопороза // Профилактическая медицина, 2009.- №6. С.21-26
4. Рубашек И.А., Невмержицкая И.Ю. Скринирующая анкета по остеопорозу // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005.- № 4 (42). -С. 175.
5. Асилова С.У., Умарова Г.Ш. Изучения влияния хитозана и модифицированного хитозана в процессе регенерация костный ткани в эксперименте. Сборник тезисов "Актуальные вопросы травматологии и ортопедии" VIII съезд травматологов ортопедов Узбекистана, Андижан, 2013 г, с-121
6. Асилова С.У., Назарова Н.З., Умарова Г.Ш., Нуримов Г.К. "Ангиометрическое исследование при остеопорозе костей в экспериментальных условиях". Медицинский журнал Узбекистана, г. Ташкент, 2013 г, №3, с-145-147
7. С.У.Асилова, А.В.Югай, Б.С.Турдибеков, Б.Ш. Убайдуллаев, Г.Ш.Умарова Биохимические исследования крови лабораторных животных при посттравматическом остеопорозе в условиях эксперимента. Медицинский журнал Узбекистана. №3, 2014. С-92-93.
8. Асилова С.У., Рашидова С.Ш., Убайдуллаев Б.Ш., Юсупова К.А., Умарова Г.Ш., Нуримов Г.К., Вахидова Н.Р. Морфологические исследования при остеопорозе костей в экспериментальных условиях научно практическая конференция «Wykszatlaczenie I nauka bez granic-2014» Vol 22, С 19. Польша
9. Асилова С.У. Biochemical indications at posttraumatic osteoporosis in experimental conditions. 35th SICOT Orthopaedic World Conference, Бразилия. 2016
10. Асилова С.У., Убайдуллаев Б.Ш., Юсупова К.А., Югай А.В., Максудов Ш.А. Определение кальция и щелочной фосфатазы в крови при посттравматическом остеопорозе костей в экспериментальных условиях II конгресс травматологов-ортопедов. Травматология и ортопедия столицы. Настоящее и будущее. Сборник тезисов., г.Москва, 2014 г., с-23-24
11. Белая Ж.Е., Bilezikian John P., Ершова О.Б., Лесняк О.М., Маорченкова Л.А., Родионова С.С., Рожинская Л.Я., Торопцева Н.В., Юренина С.В. Возможности длительной терапии постменопаузального остеопороза: обзор результатов клинических исследований деносуема и резолюция совета экспертов Российской ассоциации по остеопорозу // Остеопороз и остеопатии, 2018.-№1.- Т.21.-С.17-222.
12. M.Abdieva .D.Saidjalilova, S.Asilova Calcium intake and risk of fracture during the premenopause periods World science №12(28) Vol.4. December 2017
13. Asilova S., Saliev S. Development of evaluation and treatment methods in patients with dysplastic hip arthritis depending on bone mineral density. MPH, MD 34th SICOT Orthopaedic World Conference, Hyderabad, India, 2013 г. 17-19 October 2013
14. Asilova S., Yugay A. Morphological parameters of influence of chitosan and modified chitosan on the regeneration of bone tissue in the experiment. 34th SICOT Orthopaedic World Conference, Hyderabad, India, 2013 г. 17-19 October 2013
15. Asilova S., Biochemical indications at posttraumatic osteoporosis in experimental conditions. 35th SICOT Orthopaedic World Conference, Бразилия. 2016
16. Asche C; Nelson R; McAdam-Marx C; Jhaveri M; Ye X. Predictors of oral bisphosphonate prescriptions in post-menopausal women with osteoporosis in a real-world setting in the USA // Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA [Osteoporos Int] 2010 Aug; Vol. 21 (8), pp. 1427-36.
17. Nazirova M.U. prof. Kattakhodjaeva M.Kh. prof. Asilova S.U. The state of bone mineral density of women in the perimenopausal period. British Medical Journal/ Volume 3, №1, January 2023. P.48-54
18. Каттаходжаева М.Х., Абдусаматова М.Х. Обмен NO у женщин с патологическим климактерием и его коррекция препаратом Симвастатин// Материалы науч.- практ. Конференц. «Актуальн. Вопросы клинич. И эксперм. медицины», Санкт-петербург 2005, стр. 228-229.
19. Каттаходжаева М.Х., Абдусаматова М.Х., Сулейманова Н.Ж. Липид корригирующая эффективность Симвастатина при проведении заместительной гормональной терапии климактерических расстройств в перименопаузе// Журнал Новости Дерматовенерологии и репродукт. Здоровья, Ташкент, 2006, №1, стр. 72-76
20. Лукьянчикова Н.С., Шарапова Е.И. Комплексный подход к реабилитации пациентов с остеопорозом // Остеопороз и остеопатии, 2017.-№1.- Т.20.-С.39-43



UDK - 616.6-07

**Axmedov Yusufjon Maxmudovich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor  
2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri  
Samarqand davlat tibbiyot instituti  
Samarqand, O'zbekiston.

**Yatsyk Sergey Pavlovich**

Rossiya Fanlar akademiyasining muxbir a'zosi,  
tibbiyot fanlari doktori, professor  
Rossiya Federatsiyasi Bolalar milliy markazining  
Bolalar xirurgiyasi ilmiy-tadqiqot instituti direktori  
Moskva, Rossiya.

**Axmedov Islomjon Yusufjonovich**

2-sonli bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti,  
tibbiyot fanlari nomzodi  
Samarqand davlat tibbiyot instituti  
Samarqand, O'zbekiston

**Axmedova Dilbar Yusufjonovna**

1-pediatrya va neonatologiya kafedrası assistenti,  
Samarqand davlat tibbiyot instituti  
Samarqand, O'zbekiston

**Qayumova Amira Temurovna**

Davolash fakulteti 4-kurs talabasi  
Samarqand davlat tibbiyot instituti  
Samarqand, O'zbekiston

**OBSTRUKTIV UROPATİYASI BOLGAN BOLALARNING FENOTIPIK XUSUSIYATLARI**

**For citation:** Akhmedov Yusufjon Maxmudovich, Yatsyk Sergey Pavlovich, Akhmedov Islomjon Yusufzhonovich, Akhmedova Dilbar Yusufzhonovna, Kayumova Amira Temurovna, Phenotypical features of children with obstructive uropathy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024 vol 5 issue 2, pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364222>**ANNOTATSIYA**

Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan og'rigan bolalarning fenotipik xususiyatlarini aniqlash uchun surunkali obstruktiv pielonefrit bilan og'rigan 283 nafar bola tekshirildi, shu jumladan gidronefroz (GN) bilan 101 bemor, megaureter (MG) bilan kasallangan 71 bola va qovvuq-siydik nayi refluksi - 111 bemor. Quyidagilar batafsil tahlil qilindi: surunkali obstruktiv pielonefritli onalar va bolalarning akusherlik va oilaviy tarixi, bolalarning antropometrik ko'rsatkichlari - tug'ilishdagi vazni va uzunligi, ABO va Rh qon guruhlari, oldingi yuqumli va yallig'lanish kasalliklari.

**Kalit so'zlar:** obstruktiv uropatiya; surunkali obstruktiv pielonefrit; gidronefroz; megaureter, vesikoureteral reflyuks, homiladorlik.

**Ахмедов Юсуфжон Махмудович**

доктор медицинских наук, профессор  
Заведующий кафедрой детской хирургии №2  
Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Узбекистан.

**Яцык Сергей Павлович**

Член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор  
Директор НИИ Детской хирургии НЦЗД РФ  
Москва, Россия.

**Ахмедов Исламжон Юсуфжонович**

PhD, ассистент кафедры детской хирургии №2  
Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Узбекистан

**Ахмедова Дилбар Юсуфжоновна**

ассистент кафедры 1-педиатрии и неонатологии

Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Узбекистан  
**Каюмова Амира Темуровна**  
Студентка 4 курса лечебного факультета  
Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Узбекистан

## ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

### АННОТАЦИЯ

С целью определения фенотипических особенностей детей с хроническим обструктивным пиелонефритом, обследовано 283 ребенка с хроническим обструктивным пиелонефритом из них в том числе - с гидронефрозом (ГН) был 101 больной, мегауретером (МГ) - 71 ребенок и с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) - 111 больных.

Проанализированы подробно: акушерский и семейный анамнез матерей и детей с хроническим обструктивным пиелонефритом, антропометрические показатели детей-масса и длина тела при рождении, группы крови ABO и Rh, предшествующие инфекционно-воспалительные заболевания.

**Ключевые слова:** обструктивные уropатии; хронический обструктивный пиелонефрит; гидронефроз; мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, беременность.

**Akhmedov Yusufjon Makhmudovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Head of the Department of Pediatric Surgery No. 2  
Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan.

**Yatsyk Sergey Pavlovich**

Corresponding Member of the  
Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Director of the Research Institute of Pediatric Surgery of the  
National Center for Children of the Russian Federation  
Moscow, Russia.

**Akhmedov Islomjon Yusufzhanovich**

PhD, assistant at the Department of Pediatric Surgery No. 2  
Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan

**Akhmedova Dilbar Yusufzhanovna**

assistant at the Department of Neonatology and Pediatric No. 1  
Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan

**Kayumova Amira Temurovna**

4th year student of the Faculty of Medicine  
Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Uzbekistan.

## PHENOTYPICAL FEATURES OF CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE UROPATHY

### ABSTRACT

In order to determine the phenotypic characteristics of children with chronic obstructive pyelonephritis, 283 children with chronic obstructive pyelonephritis were examined, including 101 patients with hydronephrosis (GN), 71 children with megaureter (MG), and vesicoureteral reflux (VUR) - 111 patients. The following were analyzed in detail: obstetric and family history of mothers and children with chronic obstructive pyelonephritis, anthropometric indicators of children - weight and length at birth, blood groups ABO and Rh, previous infectious and inflammatory diseases.

**Key words:** obstructive uropathy; chronic obstructive pyelonephritis; hydronephrosis; megaureter, vesicoureteral reflux, pregnancy.

**Kirish.** Siydik chiqarish yo'llari rivojlanishining tug'ma anomaliyalari bolalik davridagi bemorlarda surunkali buyrak kasalligi (SBK) rivojlanishining xavf omillari va sabablari orasida etakchi o'rinni egallaydi [1, 2]. Obstruktiv uropatiya (OUP) fonida nefroskleroz (NS) malformatsiyani tuzatishga qaramay, kasal bolalarning 30-60 foizida hosil bo'ladi [3] va 25-60% hollarda surunkali buyrak etishmovchiligining (CBE) terminal bosqichining rivojlanishiga olib keladi [4, 5]. NS shakllanishiga olib keladigan omillarni predispozitsiya qiluvchi va ishlab chiqarishga bo'lish mumkin. Predispozitsiya qiluvchi omillarga homiladorlik paytida onaning tanasiga mumkin bo'lgan salbiy ta'sirlar, oilaviy tarix, kasal bolalarda yuqumli kasalliklar kiradi. Ishlab chiqaruvchi omillarga siydik yo'llari infeksiyalari va intralokanal bosimning oshishi kiradi. Bolalarning fenotipik ko'rsatkichlarini o'rganish ushbu toifadagi bemorlarda rivojlanish uchun xavf omillarini aniqlash.

**Maqsad.** OUP bilan kasallangan bolalarning fenotipik ko'rsatkichlarini o'rganish

**Materiallar va usullar.** Surunkali obstruktiv pielonefritli bolalarning fenotipik xususiyatlarini aniqlash uchun surunkali obstruktiv pielonefrit bo'lgan 283 bola tekshirildi, shu jumladan - gidronefroz (GN) bilan 101 bemor, megaureter (MG) - 71 bola va vesikoureteral refluks (VUR) bilan-111 bemor kafedra bazasida diagnostika va davolashda bo'lgan. Samarqand davlat tibbiyot universitetining 2-sonli bolalar jarrohligi va Rossiya federatsiyasi NTSD bolalar jarrohligi ilmiy-tadqiqot instituti.

Batafsil tahlil qilingan: surunkali obstruktiv pielonefritli onalar va bolalarning akusherlik va oilaviy tarixi, bolalarning antropometrik ko'rsatkichlari-tug'ilish paytida tana vazni va uzunligi, AVO qon guruhi va Rh, o'tkazgan yuqumli va yallig'lanish kasalliklari.

**Natijalar va muhokama:** surunkali obstruktiv pielonefrit (XOP) bilan kasallangan bolalar onalarining akusherlik tarixini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, homiladorlik vaqtida, yoki undan oldin kasbiy zararlari (zararli moddalar bilan kontaktda bo'lish, kimyoviy sohalarida ishlash va boshqalar) onalar orasida kasallik guruhlarini bo'yicha qayd etilgan -

GN bo'lgan bolalarning onalarida 22,8%; MG bilan -15,4%; va PMR bilan -10,4% (1-jadval).

Jadval 1.

## Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan kasallangan bolalarda onasining akusherlik tarixi

№	Homiladorlik paytida onaning kasalliklari tug'ruq aralashuvi	Obstruksiyaning klinik turlari						Jami n-141	
		1 GN n-35		2 MG n-39		3 VUR n-67			
		abc.	%	abc.	%	abc.	%	abc.	%
1	Homiladorlik paytidagi professional zararli holatlar	8	22.8	6	15.4	7	10.4	21	14.8
2	O'tkazilgan yuqumli va yallig'lanish kasalliklari	3	8.6	5	12.8	9	13.4	17	12.0
3	Homiladorlik paytida dori vositalarini qabul qilish	3	8.6	10	25.6	12	17.9	25	17.7
4	Homiladorlik paytidagi toksikozlar: I yarmida II yarmida	8	22.8	6	15.4	25	37.3	39	27.6
		2	5.7	4	10.2	4	5.9	10	7.1
5	Tug'ruqning qo'zgatuvchilar bilan boshqarilishi	6	17.1	5	12.8	6	8.9	17	12.1
6	Homilani saqlash (tushish havfi bo'lganda)	3	8.6	2	5.1	3	4.4	8	5.6
7	Kesarcha kesish	2	5.7	1	2.5	1	1.5	4	2.8

Homiladorlik paytida kuzatilgan bemorlarning onalarining yuqumli va yallig'lanish kasalliklari chastotasi quyidagicha taqsimlandi: PMR bo'lgan bolalarning onalarida-13,4%, MG - 12,8% va GN bilan - 8,6% holatlar bo'lgan. Homiladorlik paytida dori - darmonlarni qabul qilish MG - 25,6% bo'lgan bolalarning onalari tomonidan qayd etilgan; PMR bilan - 27,9% va GN bilan-8,6% holatlar. Homiladorlik paytida toksikoz asosan uning birinchi yarmida qayd etilgan - 27,6% yoki undan kam, ular homiladorlikning ikkinchi yarmida kuzatilgan - 7,1% hollarda, barcha turdagi obstruksiyasi bo'lgan bolalarning onalarida deyarli teng miqdorda. Homiladorlik paytida aralashuvlar: onalar o'rtasida o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra uni saqlab qolish 8,6% ni tashkil

etdi; GN, MG va PMR bo'lgan bolalarning onalarida mos ravishda 6,1% va 4,4%. Stimulyatsiya bilan tug'ilish GN 17,1%, MG 12,8% va PMR 8,9% bo'lgan bolalarning onalarida qayd etilgan. Sezaryen 5,7%, MG - 2,5% va vesikoureteral reflyuksi-1,5% bo'lgan bemorlarning onalarida amalga oshirildi.

1-rasmdan ko'rinib turibdiki, antropometrik xususiyatlarni tahlil qilishda: og'irlik ko'rsatkichlari va tana uzunligi o'quv mashg'ulotlari bo'lgan bolalar tug'ilganda, hn, MG va PMR bo'lgan bolalarda quyidagi taqsimot aniqlandi. Ushbu taqsimotlarning asosiy statistik parametrlari 2-jadvalda keltirilgan.

Jadval 2

## Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan kasallangan bolalarning tug'ilgandagi tana vazni va bo'y uzunligi

Belgi	Statistik ko'rsatkichlar	Tekshirilgan bolalar			Sog'lom bolalar	Farqlar ishonchliligi, P
		1 GN	2MG	3 VUR		
Tug'ilganda tana vazni, g	M+m	3209.0±60.3	3426.8±49.1	3366.9±52.6	3458.0±21.0	P1-4< 0.05 < 0.05
	γ	635.0	444.3	585.8	428.0	P2-4 >0.05>0.05
	η	111	82	124	396	P3-4< 0.05 > 0.05
Tug'ilganda tana uzunligi	M+m	49.80±0.36	51.20±0.29	50.60±0.29	51.56±0.09	P1-4< 0.001< 0.001
	γ	3.64	2.50	3.05	1.89	P2-4 < 0.05>0.05
	η	102	74	112	396	P3-4< 0.05 > 0.05

M-belgining o'rtacha qiymati, m-uning xatosi, γ - standart og'ish η-tekshirilganlar soni Jadvaldan ko'rinib turibdiki, hn bilan og'rigan bemorlarda tug'ilish vazni me'yordan ancha past bo'lgan, MG va PMR bo'lgan bolalarda ishonchli farqlar aniqlanmagan. Hn va PMR bo'lgan bolalarda tug'ilish vaznining o'zgarishi sezilarli darajada yuqori edi. Tug'ilganda tana uzunligi hn va PMR bo'lgan bolalarda me'yordan ancha past edi. MG bo'lgan bolalarda ishonchli farq yo'q edi. Biroq, tug'ilish paytida tana uzunligining o'zgarishi barcha o'rganilgan

guruhlarda ancha yuqori edi. Holbuki, sog'lom bolalarning nazorat guruhida vazn va tana uzunligi bo'yicha taqsimot normal taqsimot qonuniga amal qiladi va hop bo'lgan bolalarda bu ko'rsatkichlar shunday deformatsiyalanganki, xususiyatlarning haddan tashqari qiymatlari sohasida chastotalar to'planadi. Hn, MG va PMR bo'lgan bolalar va sog'lom bolalarda tana massasi va uzunligining qo'shma taqsimlanishini taqqoslashda bir nechta zonalar ajratilgan (3-jadval)



Jadval 3

## Surunkali obstruktiv piyelonefriti bo'lgan va sog'lom bolalarning antropometrik belgilar bo'yicha taqsimlanishi

Tekshirilgan bolalar		Antropometrik belgilar sinfi										Ishonchlilik	
		M <sup>0</sup>	M <sup>+</sup>	M <sup>-</sup>	M <sup>0</sup> /M <sup>-</sup>	M <sup>0</sup> /M <sup>+</sup>	M <sup>-</sup> /M <sup>0</sup>	M <sup>+</sup> /M <sup>0</sup>	M <sup>-</sup> /M <sup>+</sup>	M <sup>+</sup> /M <sup>-</sup>			
GN	n %	30	10	34	13	4	2	7	1	0	101	X <sup>2</sup> =38.2	P4-1<0.001
		29.70	9.90	33.66	12.87	3.96	1.98	6.93	0.99	-	100		
MG	n %	22	12	9	9	7	2	9	0	1	71	X <sup>2</sup> =22.2	P4-2<0.001
		30.98	16.90	12.67	12.67	9.85	2.81	12.67	-	1.4	100		
VUR	n %	38	16	23	11	6	5	12	0	0	111	X <sup>2</sup> =56.0	P4-3<0.001
		34.23	14.41	20.72	9.90	5.40	4.50	10.81	-	-	100		
Sog'lom bolalar	n %	140	93	40	48	13	2	18	2	0	356		
		39.33	26.12	11.24	13.48	3.65	0.56	5.06	0.56	0	100		

bu erda M - "adaptiv norma" zonasiga to'g'ri keladi, unga ikkita belgi bo'yicha o'rtacha ko'rsatkichlarga ega bolalar kiradi (M+1/2 b - tana uzunligi 50-52 sm, o'g'il bolalar uchun tana vazni 3250-3700 g, qizlar uchun 3200-3650 g). M zonasi-katta vazn-o'sish ko'rsatkichlari bo'lgan bolalarni, m zonasi past vazn-o'sish ko'rsatkichlari bo'lgan bolalarni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, oltita qo'shimcha zonalar (M/m, M/M, M/M, m/M, m/M) ajratilgan bo'lib, ular tug'ilish vazni va tana uzunligi o'rtasidagi bog'liqlik buzilgan bolalarni o'z ichiga oladi. Har bir taqsimotning o'zi, shuningdek, "adaptiv norma" zonasiga va ekstremal xususiyatlarga ega zonalar kiradigan shaxslarning ulushi guruhni patologiya bilan yuklanishiga nisbatan umuman tavsiflashi mumkin.

Shunga ko'ra, bolalarning ajratilgan zonalar bo'yicha taqsimlanishi ham farq qiladi. Bemorlarning barcha guruhlarida - hn, MG va PMR

bilan, o'g'il bolalarda ham, qizlarda ham morfologik o'rtacha ko'rsatkichlar nazorat guruhiga qaraganda ancha past.

Belgilarning haddan tashqari qiymatlari (M) bo'lgan va ayniqsa massa va uzun tana o'rtasidagi munosabatlar buzilgan bolalarning ulushi sezilarli darajada oshdi. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning barcha guruhlarida katta bolalar ulushining sezilarli darajada pasayishi kuzatiladi. Oddiy bo'yli va kam vaznli tug'ilgan bolalarning ulushi barcha guruhlarda nazorat guruhidagi kabi edi. Oila tarixini (bobo, bobo, ona, ota, aka-uka va opa-singillar) yig'ishda ular ko'pincha yurak-qon tomir tizimi kasalliklaridan teng miqdorda azob chekishlari aniqlandi: o'rtacha 26,4%, 27,7%, 26,1% mos ravishda hn, MG va PMR. (4-jadval).

Jadval 4

## Surunkali obstruktiv piyelonefriti bo'lgan bolalarning oilaviy tarixi

№	Qarindoshlardagi kasalliklar	Obastuksiyaning klinik koʻrinishi						Jami n - 112	
		1 FH    n - 34		2 MГ    n - 36		3 ПМП   n - 42			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Yurak qon-tomir tizimi kasalliklari	9	26.4	10	27.7	11	26.1	30	26.7
2	Buyrak kasalliklari:piyelonefrit внефрита siydik-tosh kasalligi	4	11.7	5	13.8	9	21.4	18	16.1
3	Yomon sifatli oʻsmalar	3	8.8	6	16.6	5	11.9	14	12.5
4	Gipertoniya kasalligi	4	11.7	4	11.1	6	14.3	14	12.5
5	Jigar va oʻt pufagi kasalliklari	6	17.6	3	8.3	4	9.5	13	11.6
6	Oshhqozon va 12- barmoqli ichakning yara kasalligi	3	8.8	4	11.1	3	7.1	10	8.9
7	Oʻpka sili	3	8.8	2	5.5	-	-	5	4.5
8	Qandli diabet	2	5.8	2	5.5	4	9.5	8	7.1

Siydik chiqarish tizimi kasalligi-pielonefrit PMR bilan kasallangan bolalarning qarindoshlari 21,4%, MG -13,8% va hn bilan - 11,7% hollarda azoblanadi. Malign neoplazmalar hn - 8,8%, MG - 16,6% va PMR - 11,9% bo'lgan bolalarning qarindoshlarida qayd etilgan. Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan og'rigan bolalarning qarindoshlari gipertoniya bilan og'rigan uchta guruhda ham teng miqdorda azob chekishgan (mos ravishda hn, MG va PMR 11,7%, 11,1% va 14,3%).

Hn bilan kasallangan bolalarning qarindoshlarida jigar va o't pufagi kasalliklari-17,6%, MG bilan - 8,3% va PMR bilan-9,5% holatlar.

Oshhqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi asosan MG - 11,1% bo'lgan bolalarning qarindoshlarida va kamroq darajada hn - 8,8% va PMR - 7,1% bo'lgan bolalarning qarindoshlarida kuzatilgan. O'pka tuberkulyozi hn - 8,8% va MG - 5,5% bo'lgan bolalarning qarindoshlari o'rtasida o'tkazilgan so'rovda aniqlandi. Qandli diabet hn bilan kasallangan bolalarning qarindoshlarida - 5,8%, MG - 5,5% va PMR bilan - 9,5% holatlarni tashkil etdi.

Abo qon tizimlarining fenotiplari chastotasi bo'yicha o'rganilgan guruhlarining genetik tarkibini ko'rib chiqishda hn, MG va PMR bilan

og'rigan bemorlar va sog'lom bolalarning nazorat guruhi o'rtasida ishonchli farqlar aniqlanmadi (5-jadval). Jadval 5. Surunkali obstruktiv pielonefrit va sog'lom bolalarda Abo va Rh tizimlarining qon guruhlari.

Jadval 5

Surunkali obstruktiv piyelonefriti bo'lgan va sog'lom bolalarning ABO tizimi bo'yicha qon guruhi va rezus omili

ABO va rezus omili	Obstruksiyaning klinik turi						Sog'lom bolalar		Farqlar ishonchliligi	
	1 GN		2 MG		3 VUR		4			
	aбс.	%	aбс.	%	aбс.	%	aбс.	%		
O	45	35.10	22	31.42	38	36.50	176	33.40	X <sup>2</sup> =3.07	P4-1>0.05
A	45	35.10	25	35.72	40	38.50	201	38.14	X <sup>2</sup> =0.98	P4-2>0.05
B	32	25.00	15	21.43	19	18.30	107	20.30	X <sup>2</sup> =1.16	P4-3>0.05
AB	6	4.80	8	11.43	7	6.70	433	8.16		
Jami	128	100	70	100	104	100	527	100		
Rh+	119	94.40	65	94.20	89	84.76	423	82.46	X <sup>2</sup> =11.3	P4-1<0.001
Rh-	7	5.6	4	5.80	16	15.26	90	17.54	X <sup>2</sup> =6.19	P4-2<0.05
Jami	126	100	69	100	105	100	513	100	X <sup>2</sup> =0.32	P4-3>0.05

Nazorat guruhi bilan taqqoslaganda GN, MG bo'lgan bolalarning RH omilining genetik tarkibida ishonchli farqlar mavjud (5-jadval). GN va MG bilan og'rigan bemorlar orasida RH salbiy qon guruhi bo'lgan bolalarning ulushi sezilarli darajada kamayadi. Ikki lokusning fenotipik birikmalarini o'rganishda GN bilan kasallangan bemorlar va nazorat guruhidagi bolalarning genetik tarkibida ishonchli farq aniqlanadi (6-jadval). O'rganilgan lokuslar bo'yicha GN va MG bilan og'rigan bemorlar o'rtasida genetik farq yo'q edi.

Jadval 6

Surunkali obstruktiv piyelonefriti bo'lgan va sog'lom bolalarning qon guruhining ikki tizimi fenotipi bo'yicha taqsimlanishi

Fenotip	Obstruksiyaning klinik turi						Sog'lom bolalar		Farqlar ishonchliligi	
	1 GN		2 MG		3 VUR		4			
	aбс.	%	aбс.	%	aбс.	%	aбс.	%		
A Rh+	42	33.30	23	33.30	33	31.70	160	31.19	X²=16.6	P4-1>0.01
O Rh+	43	34.10	21	30.40	34	32.70	138	26.90	X²=7.5	P4-2>0.05
B Rh+	28	22.20	14	20.30	15	14.40	90	17.54	X²=4.8	P4-3>0.05
AB Rh+	6	4.80	7	10.10	7	6.70	35	6.82		
A Rh-	3	2.40	2	2.90	7	6.70	35	6.82		
O Rh-	0	0	1	1.50	4	3.90	34	6.82		
B Rh-	4	3.20	0	0	4	3.90	13	2.53		
AB Rh-	0	0	1	1.50	0	0	8	1.56		
Jami	126	100	69	100	104	100	513	100		

Ular 0 Rh fenotiplarining ko'payishi va a RH, 0 Rh, B Rh, AB Rh ning kamayishi bilan tavsiflanadi. PMR bilan og'rigan bemorlarning fenotiplarining tarqalishi nazoratdan farq qilmadi, ammo GN va MG bilan og'rigan bemorlarning tarqalishidan farq qildi. Shuningdek, biz hop bilan og'rigan bemorlar tomonidan o'tkazilgan mikrobial-yallig'lanish va virusli infeksiyalarni tahlil qildik (7-jadval). Jadval 7. Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan og'rigan bolalar tomonidan yuqadigan yuqumli va yallig'lanish kasalliklari.

Jadval 7

Bolalrda surunkali obstruktiv piyelonefrit oqibatida o'tkazgan infeksiyon-yallig'lanish kasalliklari

O'tkazilgan infeksiyon-yallig'lanish kasalliklari	Obstruksiyaning klinik turi					
	ГН n-78		МГ n-61		ИМП n-96	
	aбс.	%	aбс.	%	aбс.	%
A. Mikrobli -yallig'lanish kasalliklar						
1.Angina	13	16.6	5	8.2	8	8.3
2. Pnevmoniya kasalligi	6	7.7	2	3.3	3	3.1

3. Yiringli-septik kasalliklar	6	7.7	6	9.8	2	2.1
4. Bronxit	2	2.6	2	3.3	1	1.0
5.Oshqozon-ichak kasalliklari	2	2.6	3	4.9	2	2.1
6.Ko'kyo'tal	0	1.3	1	1.6	3	3.1
7.Skarlatina	0	0	2	3.3	1	1.0
Bir nafar bolaga nisbatan kasalliklar soni	0.38		0.34		0.21	
<b>B. Virusli kasalliklar</b>						
1. Suvchechak	16	20.5	12	19.7	21	21.9
2.Epidemik parotit	9	11.5	3	4.9	7	7.3
3. Qizilcha	8	10.3	4	6.6	8	8.3
4. Qizamiq	5	6.4	3	4.9	7	7.3
5. Virusli gepatit	4	5.1	0	0	2	2.1
Bir nafar bolaga nisbatan kasalliklar soni	0.54		0.36		0.47	

HS bilan kasallangan bolalar 0,38% hollarda mikrob-yallig'lanish kasalliklari, 0,34% MG va kamroq PMR bilan kasallangan bolalar - 0,21%, shu bilan birga virusli etiologiya kasalliklari bilan kasallangan bolalar 0,54%, 0,36% MG va 0,47% hollarda PMR bilan kasallanganligi aniqlandi. Surunkali obstruktiv pielonefrit bilan og'rigan bolalarda virusli etiologiya kasalliklari mikrobial-yallig'lanish kasalliklariga qaraganda 1,5 baravar ko'p ekanligi aniqlandi. Ko'pincha gidronefroz va megaureter bilan kasallangan bolalar vesikoureteral refluksli bemorlarga qaraganda mikrobial yallig'lanish kasalliklariga gidronefroz bilan kasallangan bolalar esa bolalar virusli infeksiyalariga duch kelishadi.

Xulosalar. Shunday qilib, GN va MG bilan og'rigan bemorlarning genetik tarkibidagi aniqlangan farqlar ushbu tug'ma patologiyaning genezisida genetik omillarning rolini ko'rsatadi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, sog'lom bolalar va GN, MG va vesikoureteral refluks bilan og'rigan bemorlar o'rtasidagi farqlar tug'ilish paytida antropometrik belgilar bo'yicha GN va MG bilan og'rigan bemorlarda PMR bo'lgan bolalarga qaraganda ko'proq namoyon bo'ladi. Bu ushbu bolalarning normal prenatal ontogenezinin buzilishini ko'rsatadi. Keyinchalik hop bilan kasallangan bolalar tarixida yuqumli va yallig'lanish

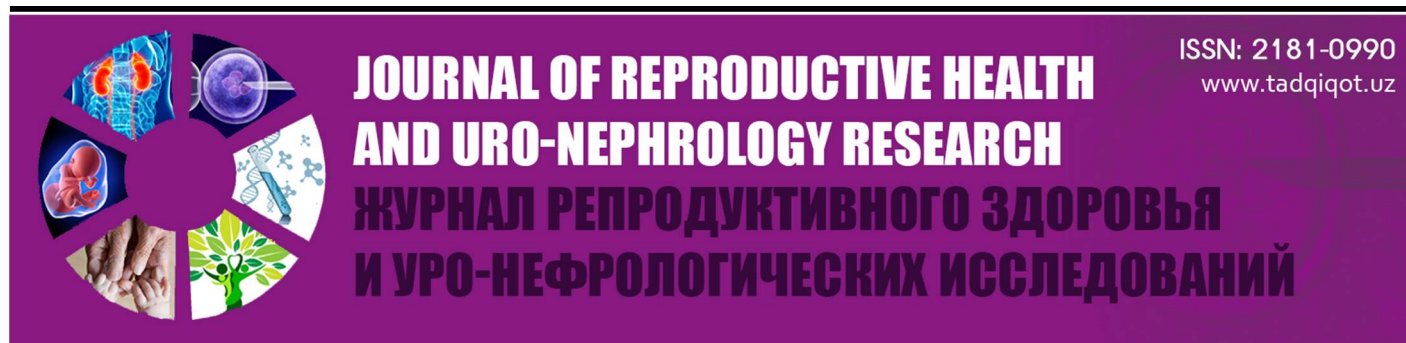
kasalliklarining chastotasi ushbu xulosani qo'llab-quvvatlaydi, bu ham hop bilan kasallangan bolalarda immunitet tizimi va mudofaaning mukammalligini ko'rsatadi. Buni bunday bemorlarning immunitet holatini, shuningdek siydik yo'llari mikroflorasining xususiyatlarini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar tasdiqlaydi.

Gidronefroz, megaureter va vesikoureteral refluksdagi surunkali obstruktiv pielonefrit genetik tarkibiy qisMGa ega, bu 0rh+ fenotipi bo'lgan bemorlarning ustunligi va arh -, BRh -, 0rh -, ABRh-salbiy RH fenotipi bo'lgan bemorlarning ulushining pasayishi, shuningdek bemorlarda tana massasi va tana uzunligining haddan tashqari qiymatlari mavjudligi va ularning buzilishi. tug'ilish paytidan boshlab bolalarning xavf guruhlarini shakllantirishga imkon beradigan nisbatlar.

Obstruktiv uropatiyasi bo'lgan bolalarni erta aniqlash va dispanserizatsiya paytida bemorlarning ushbu kontingentining fenotipik xususiyatlarini hisobga olgan holda obstruktiv pielonefrit belgilarining xarakterli klinik ko'rinishi va yosh dinamikasiga e'tibor berish kerak (tana massasi va uzunligining haddan tashqari qiymatlari, ularning nisbatlarining buzilishi, RH salbiy qon guruhi bo'lgan bolalar ulushining sezilarli darajada pasayishi, fenotipning oshishi. fenotiplar ARh-, BRh-, 0Rh-, ABRh-).

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Вьялкова А.А. Материалы Международной школы и научно-практической конференции по детской нефрологии «Актуальные проблемы детской нефрологии». Оренбург: Печатный дом Димур, 2010: 63–76.
2. Harnabat J, van Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ. Epidemiology of chronic kidney disease in children. *Pediatr. Nephrol.* 2012; 27 (3): 363–373.
3. Khalil BA, Goyal A, Dickson AP. Surgical intervention in children with vesicoureteric reflux: are we intervening too late? *Pediatr. Surg. Int.* 2010; 26 (7): 729–731.
4. Рябцева А.В., Фомин Д.К., Яцык С.П. и др. Исторические аспекты изучения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. *Педиатрическая фармакология.* 2008; 5 (6): 67–75.
5. Chertin B, Abu Arafah W, Kocherov S. Endoscopic correction of complex cases of vesicoureteral reflux utilizing Vantris as a new non-biodegradable tissue-augmenting substance. *Pediatr. Surg. Int.* 2014; 30 (4): 445–448.
6. Hahn H. Genetics of kidney development: pathogenesis of renal anomalies. *Korean J. Pediatr.* 2010; 53 (7): 729–734.
7. Паунова С.С., Петричук С.В., Кучеренко А.Г. и др. Медиаторы воспаления и фиброгенеза у детей с инфекцией мочевой системы. *Педиатрия.* 2008; 87 (3): 17–22.
8. Lee JH, Son CH, Lee MS, Park YS. Vesicoureteral reflux increases the risk of renal scars: a study of unilateral reflux. *Pediatr. Nephrol.* 2006; 21 (9): 1281–1284.



ISSN: 2181-0990  
www.tadqiqot.uz

UDK 618.1-002.18-007.61-08-084

**Askarova Zebo Zafarovna**

PhD, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Alieva Dिल्фуза Abdullayevna**

Tibbiyot fanlari doktori, professor

“Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bolalikni  
muhofaza qilish ilmiy-amaliy tibbiyot markazi”

Toshkent, O'zbekiston

### **SURUNKALI TUBULOINTERSTITIAL NEFRITGA CHALINGAN BOLALARDA OQSILLAR METABOLIZMI BUZILISHINING KLINIK-DIAGNOSTIK AHAMIYATI**

**For citation:** Askarova Zebo Zafarovna, Alieva Dिल्фуза Abdullayevna, Hyperplastic processes of endo-and/or myometria in combination with breast disease diagnostic possibilities, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364297>

#### **ANNOTATSIYA**

Endo/miyometriyning giperplastik jarayonlarga ega bo'lgan 220 nafar ayollarda sut bezlarining yaxshi sifatli displaziyasi bo'lgan, perimenopauzal yoshdagi ayollar tekshirildi. Klinik variantni hisobga olgan holda barcha bemorlar 3 guruhga bo'lingan: 1-guruh - perimenopauzal davrda endometriy va/yoki miyometriy giperplaziyasi aniqlangan lekin sut bezlari to'liq tekshiruvdan o'tganda patologiya aniqlanmagan 120 nafar bemorlar, 2-guruh: Endo- va/yoki miyometriy giperplaziyasi va sut bezlari yaxshi sifatli kasalliklari tashxisi qo'yilgan 100 nafar perimenopauzal yoshdagi bemorlar. 3-guruh: Ginekologik kasalliklari bo'lmagan 90 nafar perimenopauzal yoshdagi ayollar. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, miyometriy patologiyasi bo'lmagan endometriyal giperplaziyasi bo'lgan ayollarda diffuz tolali mastopatiya aniqlangan - 9%. Bachadon miomasi bilan xastalangan bemorlarda endometriy giperplaziya bilan birgalikda diffuz fibroz mastopatiya tez-tez aniqlanadi - 18%. Adenomiyozi va EGP bilan xastalangan bemorlarda ham ko'pincha tolali mastopatiya bor edi, ammo boshqa bemorlardan farqli o'laroq, ular ko'pincha sut bezi kistasi ham aniqlangan - 3%. Adenomiyozsiz bemorlarda sut bezi kistalari kuzatilmadi.

**Kalit so'zlar:** yaxshi sifatli sut bezlari displaziyasi, bachadon miomasi, endometriy giperplaziyasi, endometriozi, exografiya

**Аскарлова Зебо Зафаровна**

PhD, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан.

**Алиева Дилфуза Абдуллаевна**

доктор медицинских наук, профессор

«Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр здоровья матери и ребенка»

Ташкент, Узбекистан.

### **ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДО-ИЛИ МИОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

#### **АННОТАЦИЯ**

Проведено обследование 220 женщин, с гиперпластическими процессами эндо/миометрия в сочетании с доброкачественной дисплазией молочных желез, перименопаузального возраста. С учетом клинического варианта все больные были разделены на 3 группы: 1 группа 120 пациенток с верифицированным диагнозом гиперплазия эндометрия и /или миометрия в период перименопаузы у которых произведено тщательное обследование молочных желёз, при котором патологии не выявлено. 2 группа 100 пациенток в периоде перименопаузы у которых выявлена гиперплазия эндо-и/ или миометрия и доброкачественные заболевания молочной железы. 3 группа 90 женщин в периоде перименопаузы без гинекологических заболеваний. Проведённое исследование показало, что при гиперплазии эндометрия без патологии миометрия в основном выявлено диффузная фиброзная мастопатия -9%. У пациенток, с миомой матки в сочетании с гиперплазией эндометрия, часто выявлено диффузная фиброзная мастопатия -18%. Пациентки с аденомиозом и ГПЭ также часто выявлено фиброзная мастопатия, но в отличии от других пациенток у них часто встречалось киста молочной железы-3%. У пациенток без аденомиоза кисты молочных желёз не наблюдались.



**Ключевые слова:** доброкачественных дисплазии молочных желёз (ДДМЖ), миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз, эхография.

**Askarova Zebo Zafarovna**

PhD, associate professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan.

**Alieva Dilfuza Abdullaevna**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
"Republican Specialized Scientific and Practical Medical  
Center for Maternal and Child Health"  
Tashkent, Uzbekistan.

## HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDO-AND/OR MYOMETRIA IN COMBINATION WITH BREAST DISEASE DIAGNOSTIC POSSIBILITIES

### ABSTRACT

A survey of 220 women with endo/myometrial hyperplastic processes in combination with benign mammary dysplasia, perimenopausal age, was carried out. Taking into account the clinical variant, all patients were divided into 3 groups: Group 1 - 120 patients with a verified diagnosis of endometrial and/or myometrial hyperplasia during perimenopause, who underwent a thorough examination of the mammary glands, in which no pathology was detected. Group 2: 100 perimenopausal patients who were diagnosed with endo- and/or myometrial hyperplasia and benign breast diseases. Group 3: 90 perimenopausal women without gynecological diseases. The study showed that with endometrial hyperplasia without myometrial pathology, diffuse fibrous mastopathy was mainly detected - 9%. In patients with uterine fibroids in combination with endometrial hyperplasia, diffuse fibrous mastopathy is often detected - 18%. Patients with adenomyosis and GPE also often had fibrous mastopathy, but unlike other patients, they often had a breast cyst - 3%. In patients without adenomyosis, breast cysts were not observed.

**Key words:** benign mammary dysplasia (BMD), uterine fibroids, endometrial hyperplasia, endometriosis, echography.

**Kirish.** So'nggi yillarda ginekologik patologiyasi bo'lgan bemorlarda sut bezlarining yaxshi sifatli displaziyasini (SBYSD) aniqlanishining ko'payishiga e'tibor qaratilmoqda [1,4]. Bunday holda, ko'pincha sut bezlari patologiyasi bo'lgan bemorlarda ichki jinsiy a'zolarining giperplastik jarayonlari (bachadon miomasi, endometriyal giperplaziya, endometriozi) ham aniqlanadi [5].

Bachadon va sut bezlarining giperplastik kasalliklarining tez-tez kombinatsiyalanishi, ushbu kasalliklar uchun bir xil xavf omillarining mavjudligi, hujayralarning proliferativ faolligini oshirish, o'sish omillarining intensiv ifodasi, apoptozning pasayishi va neoangiogenezi jarayonining faollashishi bilan bog'liq.

Endometriy va sut bezlarining patologik jarayonlarining kombinatsiyasi 76 - 97,8% da topilgan. Umuman olganda, giperplastik kasalliklarning yig'indisi haqidagi ma'lumotlar, shuningdek, ushbu maqsadli organlardagi patologik o'zgarishlarning ustuvorligi masalasi munozarali bo'lib qolmoqda [11].

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra [5], SBYSD ning eng og'ir shakllari bachadon miomasi, adenomiyoz va bachadon giperplastik jarayonlari (BGJ) bo'lgan ayollarda shakllanadi. Boshqa tadqiqotchilar sut bezlari shikastlanishining ustuvorligini reproduktiv tizimda paydo bo'ladigan keng tarqalgan kasalliklar belgisi sifatida ko'rib chiqishni taklif qilishadi [7].

Tos a'zolari va sut bezlarining ultratovush tekshiruvi (UTT) ginekologiyada barcha instrumental tadqiqot usullaridan eng keng tarqalgani hisoblanadi. Diagnostika algoritmidagi har qanday qo'shimcha qadam singari, exografiya ham anamnez yig'ilgandan va klinik ginekologik tekshiruvdan so'ng amalga oshirilishi kerak [12].

Ultratovush tekshiruvdan maksimal ma'lumot olishda muvaffaqiyat ayol tanasining anatomiyasi va fiziologiyasini bilishga bog'liq, chunki bachadon va tuxumdonlarning hajmi va tuzilishi yoshga, hayz davrining kuniga yoki postmenopauzal davrning davomiyligiga bog'liq. Ushbu omillarni hisobga olmasdan, ultratovush diagnostikasi shifokori oldida turgan birinchi muammoni hal qilish mumkin emas [10,11].

**Maqsad.** Bachadon va sut bezlarining giperplastik jarayonlari bilan birga kelish hollarini o'rganish..

**Materiallar va metodlar.** Oldimizga qo'yilgan maqsaddan kelib chiqib, biz 2022 yildan 2024 yilgacha SamDTU ko'p tarmoqli klinikasining ginekologiya bo'limida davolangan endo va / yoki miyometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan 220 nafar perimenopauzal yoshdagi bemorlarni tekshirdik. Tekshiruvdan o'tgan ayollar uch guruhga bo'lingan: I-guruh - perimenopauzal davrda endometriy va/yoki miyometriy giperplaziyasi aniqlangan lekin sut bezlari to'liq tekshiruvdan o'tganda patologiya aniqlanmagan 120 nafar

bemorlar, 2-guruh: Endo- va/yoki miyometriy giperplaziyasi va sut bezlari yaxshi sifatli kasalliklari tashxisi qo'yilgan 100 nafar perimenopauzal yoshdagi bemorlar. 3-guruh - nazorat guruhi: Ginekologik kasalliklari bo'lmagan 90 nafar perimenopauzal yoshdagi ayollardan iborat edi.

Sut bezlarining va tos a'zolarining holatini ultratovushli baholash Aplio 500 ultratovush apparati (Toshiba) yordamida 7,5 MGts chastotali chiziqli sensor yordamida amalga oshirildi. Sut bezlari to'qimalarining tuzilishi sonografik jihatdan baholandi - yog'li, bezli va tolali komponentlarning nisbati. Devorlarning qalinlashishi va notekisligi, kanallar cho'ntakdek kengayishi va parenximaning exogenligi qayd etildi. Exografik jihatdan o'zgartirilgan hududlarning mavjudligi, ularning o'lchamlari, exogenligi, chegaralari va lokalizatsiyasi aniqlandi. Shakllanishlarni aniqlashda tarkibning tuzilishi, devor qalinligi va parietal shakllanishlar mavjudligi baholandi. Tekshiruv qo'ltiq osti, subklavia va parasternal sohalarida limfa drenajining mintaqaviy zonalarini o'rganish bilan yakunlandi va limfa tugunlarining hajmi, tuzilishi va lokalizatsiyasi baholandi. Tos a'zolari standratga ko'ra tekshirildi va baholandi. Mammografiya natijalari BI-RADS reyting toifasiga ko'ra baholandi.

**Natijalar:** Bemorlarning yoshi 43 yoshdan 51 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $46,9 \pm 1,6$  yoshni tashkil etdi. Endo- va/yoki miyometriyning giperplastik jarayonlari bilan xastalangan bemorlar Samarqand tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasining ginekologiya bo'limiga murojaat qilishgan va 2022-2024 yillar ichida kuzatuvda bo'lishgan.

Ikkala asosiy guruhdagi bemorlarning shikoyatlarini tahlil qilganda, klinikaga yotqizilganida, tekshirilganlarning ko'pchiligi - I guruhdagi 78 ( $65 \pm 4,3\%$ ) va 70 ( $70 \pm 4,6\%$ ) II guruh bemorlarda turli intensivlikdagi qon ketishi qayd etilganligi aniqlandi. Kasalxonaga yotqizilishdan oldin qon ketishining o'rtacha davomiyligi I guruhda  $22,6 \pm 3,6$  kun, II guruhda esa  $35,1 \pm 3,6$  kunni tashkil qilgan. Tekshiruvning muhim bosqichi diagnostik gisteroskopiya va bachadon bo'shlig'ining kyuretajidan oldin ham, operatsiyadan keyin ham davolash va kuzatish paytida tos a'zolarini transvaginal UTTdan o'tkazish edi. Exografiyani o'tkazishda bachadonning o'lchami, miyometriy, endometriy va tuxumdonlarning strukturaviy xususiyatlari baholandi, o'rtacha bachadon exogenligining tuzilishiga, staturalariga va hajmiga alohida e'tibor berildi; Siklning I-bosqichida standartlarga muvofiq barcha bemorlar uchun ultratovush tekshiruvini (UTT) o'tkazishning iloji yo'qligini hisobga olib, ultratovush hayz ko'rishning kechikishi fonida, qon ketishi fonida va qon ketishidan keyin darhol amalga oshirildi.

Sikl buzilishlarini tahlil qilganda, asosiy guruhdagi bemorlarda 90 nafarida ( $60,8 \pm 4,0\%$ ) (1-jadval) da 26 dan 45 kungacha davom etadigan qon ketish kuzatilganligi aniqlandi.

Jadval 1.

## Endometriy patologiyasining ultratovush belgilari bo'lgan bemorlar soni (M±m)

Ko'rsatkichlar	ABQK bo'lgan bemorlar, n=148	Hayz kechikishi kuzatilgan bemorlar, n=72	I va II guruh, n=220
Endometriy qalinligi 7 dan 20 mm gacha bo'lgan bemorlar soni	90(60,8±4,0%)	44(61,1±5,7%)	134(60,9±3,3 %)
Endometriy polipli aniqlangan bemorlar	17(11,4±2,6%)	18(23,0±4,9%)	35(15,9±2,5%)
Endometriy qalinligi 1 dan 4 mm gacha bo'lgan bemorlar soni	-	10(13,9±4,0%)	10(4,5±1,4%)

Hayz ko'rishning 30 dan 65 kungacha kechikishi 44 ta (61,1 ± 5,7%) ayollarda qayd etilgan. Endo- va miometriy holatini baholash uchun barcha bemorlar ultratovush tekshiruvidan o'tdi. Qon ketishi bilan xastalangan bemorlarda M-exo 1 dan 15 mm gacha o'zgarib turdi, o'rtacha I guruhda 10,96 ± 5,6 mm, II guruhda esa 11,7 ± 4,5 mm.

Qon ketishi bo'lgan 148 kishining 90 tasida (60,8±4,0%) M-echo 7 dan 20 mm gacha edi, 17 tasida (11,4±2,6%) endometriy polipi tashxisi qo'yildi.

44 (61,1±5,7%) bemorlarda hayz ko'rish kechikishida M-exo 10 dan 20 mm gacha, o'rtacha 16,0±3,7 mm, 18 (23,0±4,9%) nafarda - ultratovush tekshiruvida endometriy polip aniqlangan, qolgan 10 tasida (13,9±4,0 %) endometriy atrofiyasi bor edi ya'ni uning qalinligi 1 dan 4 mm gacha.

Jadval 2

## Ультразвуковые признаки патологии эндометрия, M±m

УЗИ признаки патологии эндометрия	I группа, n=120	II группа, n=100	I и II группы, n=220
Толщина эндометрия от 1 до 4 мм	3(2,5±1,4%)	7(7,0±2,5%)*	10(4,5±1,4%)
Толщина эндометрия от 7 до 20 мм	92(76,7±3,9%)	42(42,0±4,9%)*	134(60,9±3,3 %)
Размеры полипа эндометрия от 10 мм до 20 мм	8(6,7±2,3%)	11(11,0±3,1%)	19(8,6±1,9%)
Размеры полипа до 10мм	5(4,2±1,8%)	11(11,0±3,1%)	16(7,2±1,7%)

Eslatma:

\* -p <0,05 I va II guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi

Guruh bo'yicha endometriy patologiyasining ultratovush belgilarini ko'rib chiqishda (2-jadval) quyidagilar aniqlandi: 1 dan 4 mm gacha bo'lgan endometriy qalinligi 2 guruhda I guruhdagi chastotasiga nisbatan 3 baravar ko'p edi (p<0,05). Asosiy guruhdagi jami 3 nafar (2,5±1,4%) bemorda ingichka endometriy bor edi. 92 (76,7 ± 3,9%) va 42 (42,0 ± 4,9%) (p <0,05) nafar bemorlarda endometriy qalinligi 7 dan

20 mm gacha bo'lgan bemorlarning soni bo'yicha I va II guruhlar orasida sezilarli farqlar mavjud edi.

I va II guruhlardagi endometriy poliplar 13 (10,8 ± 2,8%) va 22 (22,0 ± 4,1%) bemorlarda kuzatilgan, bu I guruhga nisbatan II guruhda sezilarli darajada ko'proq uchradi.



Rasm 1. Bezli-kistoz endometriy giperplaziyasining UTT da ko'rinishi



Rasm 2. Endometriy giperplaziyasining UTT da ko'rinishi

Endo/miometriy giperplastik jarayonlari bilan xastalangan bemorlarning har uchdan birida ( $32,5 \pm 4,3\%$ ) ultratovush tekshiruvida bachadon miomasining turli xil variantlari aniqlangan. Bachadon miomasining aniqlangan variantlari FIGO tasnifiga ko'ra taqsimlangan

(3-jadval, miomalarning chastotasi guruhlar o'rtasida farq qilmadi, bundan tashqari, miomaning intramural varianti II guruhdagi bemorlarda ultratovush tekshiruvi bilan ko'proq tashxis qo'yilgan - 13 ( $10,8 \pm 2,8\%$ ), I guruhdagi 23 ( $23 \pm 4,2\%$ ) ga nisbatan,  $p < 0,05$ ).

Jadval 3

FIGO tasnifi bo'yicha miomali bemorlarni taqsimlanishi,  $M \pm m$ 

Miomalar turi	I guruh, n=120	II guruh, n=100	I va II guruhlar, n=220
<b>Submukoz mioma</b>	<b>4(<math>3,3 \pm 1,6\%</math>)</b>	<b>6(<math>6,0 \pm 2,4\%</math>)</b>	<b>10(<math>4,5 \pm 1,4\%</math>)</b>
0 tip. Oyoqchadagi o'sma	2( $1,7 \pm 1,2\%$ )	-	2( $0,9 \pm 0,6\%$ )
tip. $<50\%$ intramural	3( $2,5 \pm 1,4\%$ )	3( $3,0 \pm 1,7\%$ )	6( $2,7 \pm 1,1\%$ )
2 tip. $>50\%$ intramural	-	3( $3,0 \pm 1,7\%$ )	3( $1,4 \pm 0,8\%$ )
3 tip. 100% intramural-submukoz	-	-	-
4 tip. Intramural	13( $10,8 \pm 2,8\%$ )	23( $23 \pm 4,2\%$ )*	36( $16,4 \pm 2,5\%$ )
5 tip. Subseroz $>50\%$ intramural	10( $8,3 \pm 2,5\%$ )	5( $5,0 \pm 2,2\%$ )	15( $6,8 \pm 1,7\%$ )
6 tip. Subseroz $<50\%$ intramural	7( $5,8 \pm 2,1\%$ )	-	7( $3,2 \pm 1,2\%$ )
7 tip. Subseroz oyoqchadagi o'sma	5( $4,4 \pm 1,9\%$ )	-	4( $1,8 \pm 0,9\%$ )
<b>Jami</b>	<b>39(<math>32,5 \pm 4,3\%</math>)</b>	<b>40(<math>40 \pm 4,9\%</math>)</b>	<b>79(<math>35,9 \pm 3,2\%</math>)</b>

Shu bilan birga, eng katta tugunning o'lchami 31 mm diametrlil, har ikkala guruhdagi miyomatoz tugunning o'rtacha hajmi 17,0 ( $12,0-20,0$ )

mm. Miyometriyning ultratovush rasmining xususiyatlari ham o'rganildi (4-jadval).

Jadval 4

Miometriyning exografik ko'rinishi asosida guruhlar taqsimlanishi,  $M \pm m$ 

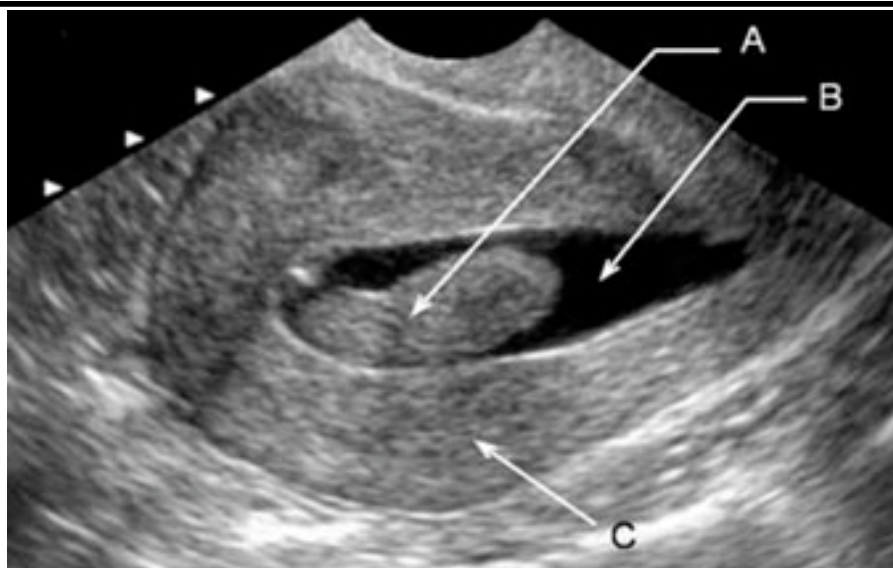
Miometriy patologiyasi	I guruh, n=120	II guruh, n=100	Nazorat guruhi, n=90
Mioma	39( $32,5 \pm 4,3\%$ )	40( $40,0 \pm 4,9\%$ )	5( $5,5 \pm 2,4\%$ )^^
Adenomioz	34( $28,3 \pm 4,1\%$ )	26( $26,0 \pm 4,4\%$ )	6( $6,7 \pm 2,6\%$ )^^
Adenomiz+mioma	10( $8,3 \pm 2,5\%$ )	9( $9,0 \pm 2,8\%$ )	-
Miometriy visual patologiyasi aniqlanmagan bemorlar	37( $30,8 \pm 4,2\%$ )	25( $25,0 \pm 4,3\%$ )*	79( $87,7 \pm 3,4\%$ )^^

Izoh:

* -p	$<0,05$	I va II guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
** -p	$<0,001$	I va II guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
^ -p	$<0,05$	Asosiy va nazorat guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
^^ -p	$<0,001$	Asosiy va nazorat guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi

Ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra miyometriyal patologiyaning tuzilishi 4-jadvalda keltirilgan. Jadvaldan ko'rinish turibdiki, eng keng tarqalgan miyometriy patologiyasi I va II guruh bemorlar orasida 39 ( $32,5 \pm 4,3\%$ ) va 40 ( $40,0 \pm 4,9\%$ ) nafar ayollarda bachadon miomasi edi. Nazoratda 5 ( $5,5 \pm 2,4\%$ ) nafarga nisbatan II guruhlar,  $p < 0,001$ . Chastotadagi ikkinchi aniqlangan patologiya adenomiyoz edi - 34 ( $28,3 \pm 4,1\%$ ) va 26 ( $26,0 \pm 4,4\%$ ) guruh I va II bemorlarga nisbatan nazoratda 6 ( $6,7 \pm 2,6\%$ ),  $p < 0,001$ . 19 nafar

bemorlarda bachadon miomasi va adenomiyozning kombinatsiyasi mavjud edi. Bundan tashqari, shuni ta'kidlash kerakki, faqat endo-/miometriy giperplaziyasi bilan kasallangan har uchinchi bemor va perimenopauzal yoshdagi endo-/miometriy giperplaziyasi bilan hamda yaxshi sifatli sut bezi shakllanmalari bilan kasallangan har to'rtinchi bemorda miyometriyal patologiya tashxisi qo'yilmagan - 37 ( $30,8 \pm 4,2\%$ ) va 25 ( $25,0 \pm 4,3\%$ ). nazorat guruhida ularning ko'pchilik edi - 79 ( $87,7 \pm 3,4\%$ ),  $p < 0,001$ .



Rasm 3. Endometriy polipining UTT da ko'rinishi



Rasm 4. Submukoz miomatoz tugunning UTT dagi ko'rinishi

Jadval 5

Adenomiozning darajasining exografik ko'rinishi, M $\pm$ m

Adenomiozning sonografik darajalari	I guruh, n=120	II guruh, n=100	Nazorat guruhi, n=90
<b>Mioma va adenomiozning birga kelishi</b>			-
I daraja	10(8,3 $\pm$ 2,5%)	9(9,0 $\pm$ 2,8%)	-
II daraja	7(5,8 $\pm$ 2,1%)	1(1,0 $\pm$ 1,0%)	-
III daraja	3(2,5 $\pm$ 1,4%)	2(2,0 $\pm$ 1,4%)	-
	-	6(6,0 $\pm$ 2,4%)	-
<b>Adenomioz</b>	<b>34(28,3<math>\pm</math>4,1%)</b>	<b>26(26,0<math>\pm</math>4,4%)</b>	<b>6(6,7<math>\pm</math>2,6%)<sup>^^</sup></b>
I daraja	27(22,5 $\pm$ 3,8%)	12(12,0 $\pm$ 3,2%)	6(6,7 $\pm$ 2,6%) <sup>^</sup>
II daraja	6(5,0 $\pm$ 1,9%)	5(5,0 $\pm$ 2,2%)	-
III daraja	1(0,8 $\pm$ 0,8%)	7(7,0 $\pm$ 2,5%)*	-

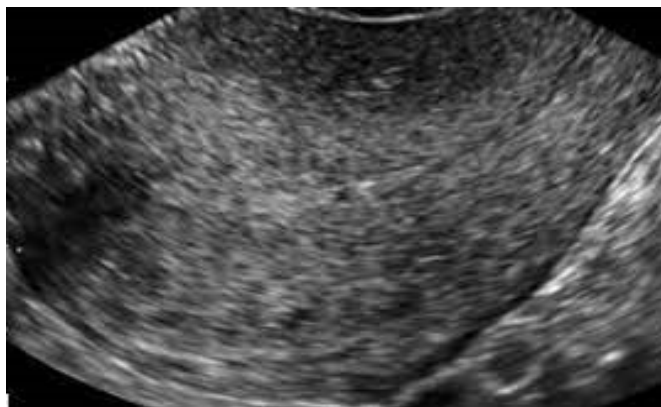
Eslatma:

* -p	<0,05	I va II guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
** -p	<0,001	I va II guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
<sup>^</sup> -p	<0,05	Asosiy va nazorat guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi
<sup>^^</sup> -p	<0,001	Asosiy va nazorat guruhlar orasidagi farqlarning ishonchliligi



Bachadon miomasi bilan birgalikda adenomiyoz I guruhdagi 10 ( $8,3 \pm 2,5\%$ ) va II guruhdagi 9 ( $9,0 \pm 2,8\%$ ) nafar bemorlarda sonografik tarzda aniqlangan. Adenomiyozning o'zi I guruhdagi 34 ( $28,3 \pm 4,1\%$ ) va II guruhdagi 26 ( $26,0 \pm 4,4\%$ ) nafar bemorlarda aniqlangan. Shuni

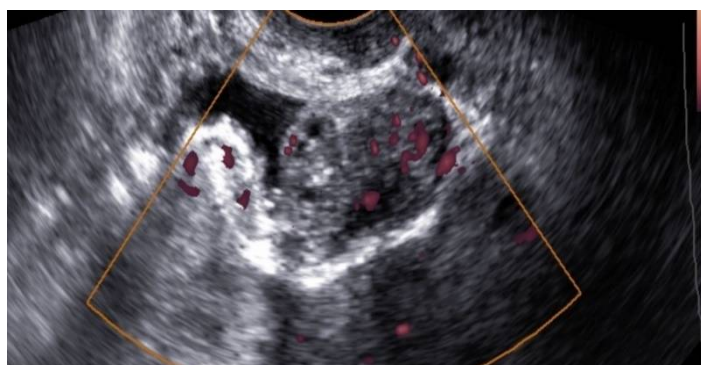
ta'kidlash kerakki, adenomiyoz darajasi har ikkala patologiya bilan xastalangan bemorlarda sezilarli darajada ko'proq uchraydi - 7 ( $7,0 \pm 2,5\%$ ),  $p < 0,001$ .



Rasm 5. Adenomiozning I darajasini exoko'rinishi



Rasm 6. Adenomiozning II darajasini exoko'rinishi



Rasm 7. Adenomiozning III darajasini exoko'rinishi

Jadval 6

BI-RADS bo'yicha mammografiya natijalariga ko'ra bemorlar toifalanishi

BI-RADS bo'yicha toifalar	Mazmuni	Tavsiya	Bemorlar ulishi
Toifa 0	Qo'shimcha vizualizatsiya talab qilinadi	Tekshiruvni takrorlang	0%
Toifa 1	Hech qanday o'zgarish yo'q	Muntazam kuzatuv	6%
Toifa 2	Yaxshi sifatli o'zgarishlar	Muntazam kuzatuv	56%

Toifa 3	Ehtimol, yaxshi sifatli o'zgarishlar	6 oydan keyin qayta tekshirish	29%
Toifa 4	Saraton kasalligiga shubha	biopsiya	9%
Toifa 4A		Kam shubhali o'zgarishlar	7%
Toifa 4 B		Shubhali o'zgarishlar	1%
Toifa 4 C		Juda shubhali o'zgarishlar	1%

Bachadon va sut bezlarining giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni BI-RADS toifasi bo'yicha taqsimlashda, exografik mezonlar odatda 2-toifa - 56% ga to'g'ri kelishi aniqlandi. Bemorlarning 29 foizida exotasviri 3-toifaga, 9 foizi esa 4-toifaga to'g'ri keldi. BI-RADS

toifasi 4-toifaga to'g'ri kelgan bemorlar keyingi tekshirish uchun onkologga yuborildi.

Mammologik patologiyaning korrelyatsiya bog'liqligi endo- va / yoki miyometriyning giperplastik jarayonlarining turlariga qarab o'rganildi (7-jadval).

Jadval 7

Aniqlangan mammologik patologiyaga muvofiq endo va / yoki miyometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni taqsimlanishi

Ginekologik patologiya	MAstopatiyaning diffuz shakli (%)			Mastopatiyaning tugunli shakli (%)		
	Fibroz-kistali	Fibroz	kistali	tugun	fibroadenoma	Sut bezi kistasi
Endometriy giperplaziyasi (n=25)	4	9	5	5	2	-
mioma+ EG (n=40)	3	18	4	12	3	-
adenomioz+ EG (n=26)	5	7	3	5	3	3
mioma+ adenomioz+ EG (n=9)	1	2	-	3	2	1

Miyometriy patologiyasiz endometriyal giperplaziya bo'lsa, diffuz tolali mastopatiya asosan aniqlandi - 9%. Bachadon miomasi endometriy giperplaziyasi bilan birlashtirilgan bemorlarda diffuz fibroz mastopatiya ham tez-tez aniqlangan - 18%. Adenomiyoiz bilan

xastalangan bemorlarda ko'pincha tolali mastopatiya bor edi, ammo boshqa bemorlardan farqli o'laroq, ularda sut bezi kistasi ham aniqlandi - 3%. Adenomiyoizsiz bemorlarda ko'krak kistalari kuzatilmadi.

Jadval 8

Sut bezlari elastografiyasi

Elastografiya bo'yicha turi	Ma'nosi	Bemorlar ulushi (%)
Tur 1	Yaxshi sifatli	18
Tur 2	Yaxshi sifatli	44
Tur 3	Ehtimol, yaxshi sifatli o'zgarishlar	32
Tur 4	Yomon sifatli	1
Tur 5	Yomon sifatli	1
Tur (RGB) Qizil Yashil Ko'k	Yaxshi sifatli / kista	4

**XULOSA:** Shunday qilib, endo- va / yoki miyometriumning giperplastik jarayonlari va sut bezlarining yaxshi sifatli displaziyasini ultratovush diagnostikasi tekshirishning eng samarali usuli bo'lib, bu bizga to'g'ri tashxis qo'yish, organing shikastlanish darajasini aniqlash va tana, bu kasallikni davolashning to'g'ri taktikasini tanlash hamda qaytalanishlar, yomon sifatli o'sma kasalliklariga o'tishlarning oldini olish imkonini beradi.

Bachadon va sut bezining giperplastik jarayonlari, ginekologik holat va ultratovush tekshiruvi ma'lumotlari bo'lgan bemorlarning shikoyatlarini tahlil qilish tanlangan guruhlarini quyidagi ko'rsatkichlar bo'yicha solishtirish mumkinligini ko'rsatdi:

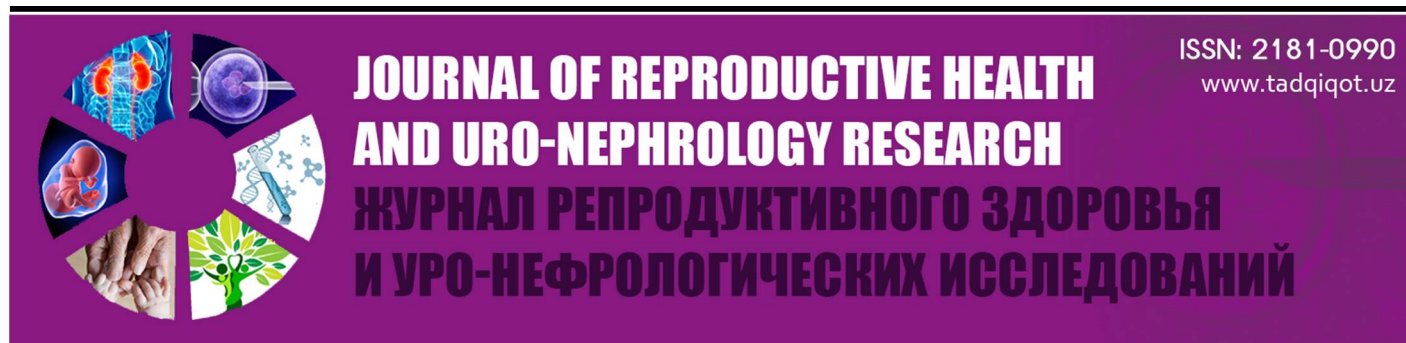
- giperplastik jarayonlar bilan xastalangan bemorlarning deyarli yarmi og'ir va uzoq muddatli bachadon qon ketishidan shikoyat qildilar va nazorat guruhiga nisbatan qorinning pastki qismida sakkiz marta ko'p ko'rsatilgan og'riqlar;
- EGP bilan xastalangan bemorlarda endometriy qalinligini ultratovush tekshiruvi paytida, EGP bilan birgalikda sut bezlari yaxshi

sifatli o'zgarishlari bo'lgan guruhda yupqa endometriy sezilarli darajada ko'p kuzatilgan;

- EGP bilan xastalangan bemorlarning har uchdan birida ultratovush tekshiruvi vaqtida bachadon miomasi aniqlangan. SBYSO' kombinatsiyasi bo'lgan bemorlarda miomaning intramural turi sezilarli darajada ko'p uchraydi;
- BI-RADS toifasi bo'yicha bachadon va sut bezlarida giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni exografiya qilishda exografik mezonlar odatda 2-toifa - 56% ga to'g'ri kelishi aniqlandi. Bemorlarning 29 foizida 3-toifaga, 9 foizi esa 4-toifaga to'g'ri keldi. BI-RADS toifasi 4-toifaga to'g'ri kelgan bemorlar keyingi tekshirish uchun onkologga yuborildi.
- Boshqa bemorlardan farqli o'laroq, adenomiyoizli bemorlarda sut bezi kistalari ko'proq aniqlandi - 3%. Adenomiyoizsiz bemorlarda ko'krak kistalari kuzatilmadi.

## Adabiyotlar ro'yxati:

1. Алиева, А.С. Абляция эндометрия при гиперпластических процессах у женщин перименопаузального возраста: дис. ... канд. мед. наук / А.С. Алиева. — М., 2018.-121с.
2. Аскарлова З. ЧАСТОТА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 180-185.
3. Аскарлова З. З., Алиева Д. А. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
4. Аскарлова З. З. Частота патоморфологических изменений эндо-и миометрия в развитии аномальных маточных кровотечений у женщин в перименопаузе //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 2 (56). – С. 113-116.
5. Аскарлова З., Рахимова А. АДЕНОМИОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ //Естественные науки в современном мире: теоретические и практические исследования. – 2024. – Т. 3. – №. 5. – С. 18-20.
6. Берштейн Л.М., Иевлева А.Г., Мухина М.С. Связь гормон-ассоциированных свойств и пластичности оментального жира с клинико-морфологическими особенностями рака эндометрия у больных с различным фенотипом ожирения // Вопросы онкологии. - 2016. - N 1. - С. 79-84.
7. Доброкачественная дисплазия молочной железы : клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация «Российское общество онкомаммологов», ООО «Российская Ассоциация Маммологов», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». 2020.
8. Есенева Ф.М, Шалаев О.Н., Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., Киселев В.И., Салимова Л.Я. Влияние эпигенетических процессов на экспрессию генов стероидных рецепторов при миоме матки. // Трудный пациент №1-2. Том 15. 2017. С. 23-26.
9. Трубникова Л.И., Вознесенская Н.В., Таджиева В.Д., Корнилова Т.Ю., Албутова М.Л., Тихонова Н.Ю. // Актуальные вопросы гинекологии. Учебно-методическое пособие. Ульяновск - 2019. 266 с.
10. Тоджиева Н.И., Худоярова Д.Р., Базарова З.З. Совершенствование методов лечения гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе-Профессионал года. 2018. 81-84с
11. Askarova Z. Z., Faizullaeva N. A., Kurbanliyazova M. Z. IMPORTANCE OF ECHOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ADENOMYOSIS //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 415-420.
12. Askarova Z. Z. THE IMPORTANCE OF EMBRYOTROPIC AUTOANTIBODS IN THE ASSESSMENT OF THE IMMUNE SYSTEM OF WOMEN WITH ADENOMYOSIS //World Bulletin of Public Health. – 2024. – Т. 30. – С. 101-104.
13. Grady D. Clinical practice management of menopausal symptoms. N Engl J Med. 2018; 355: 2338-2347.
14. Goldstein SR, Lumsden M.A. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. Climacteric. 2017;414-420.
15. Rivard A. B., Galarza-Paez L., Peterson D. C. Anatomy, Thorax, Breast / StatPearls. 2022.



UDK: 578.834.11 618.3. 576.8.097.34

**Rustamova X.YE.**Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent. O'zbekiston**Kattaxodjayeva M.X.**Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent. O'zbekiston**Tursunkulova M.E.**Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent. O'zbekiston**MUDDATIDAN OLDIN TUG'ILISH ONA VA BOLA SALOMATLIGI MUAMMOSINING MUHIM JIHATI SIFATIDA**

**For citation:** Rustamova X.YE., Kattaxodjayeva M.X., Tursunkulova M.E., Premature birth as an important aspect of the problem of maternal and child health, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364358>**ANNOTASIYA**

Muddatidan oldin tug'uruqlar ona va bola salomatligini muxofaza qilishda asossiy muammolaridan biridir. BJSST ma'lumotlariga ko'ra, xar yili 15 millionga yaqin chaqaloq muddatidan oldin tug'iladi va bu raqam o'sib bormoqda. Erta tug'ilishlar perinatal o'limning asosiy sababi bo'ladi, erta neonatal o'limning 60-70% va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'limining 65-75% aynan muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarga to'g'ri kelar ekan.

**Kalitli so'zlar.** Erta tug'ruqlar, xomiladorlik, xavf omillari, chaqaloqlar

**Рустамова Х.Е.**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент. Узбекистан**Каттаходжаева М.Х.**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент. Узбекистан**Турсункулова М.Е.**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент. Узбекистан**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА****АННОТАЦИЯ**

Преждевременные роды являются одной из основных проблем охраны здоровья матери и ребенка. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 15 миллионов детей рождаются преждевременно, и это число растет. Преждевременные роды являются основной причиной перинатальной смертности, 60–70% случаев ранней неонатальной смертности и 65–75% смертей в возрасте до одного года.

**Ключевые слова.** Преждевременные роды, беременность, факторы риска, недоношенные дети

**Rustamova X.YE.**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent. Uzbekistan**Kattaxodjayeva M.X.**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent. Uzbekistan**Tursunkulova M.E.**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent. Uzbekistan**PREMATURE BIRTH AS AN IMPORTANT ASPECT OF THE PROBLEM OF MATERNAL AND CHILD HEALTH**



## ANNOTATION

Premature birth is one of the main problems of maternal and child health. According to the World Health Organization, about 15 million babies are born prematurely every year, and this number is growing. Premature birth is the leading cause of perinatal mortality, accounting for 60–70% of early neonatal deaths and 65–75% of deaths under one year of age.

**Key words.** Premature birth, pregnancy, risk factors, premature babies

Vaqtidan oldi tug'uruqlar ona va bola salomatligini muxofaza qilishda asosiy muammolaridan biridir. Erta neonatal o'limning 60-70% va bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'limining 65-75% muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarga to'g'ri kelar ekan. Muddatidan oldin bo'lgan tug'uruqlarda o'liq tug'ilgan chaqaloqlar soni o'z vaqtida bo'lgan tug'ruklarga nisbatan 8-13 barobar ko'roq uchraydi. Perinatal o'lim erda tug'ilgan chaqaloqlar orasida vaqtida tug'ilganlarga nisbatan 33 barobar yuqoriroq [1,2,3].

Erta tug'ilish deb xomiladorlikning 28tadan 37 haftagacha bo'lgan davrda xomila og'irligi 1000g. va undan yuqori bo'lgan tug'ilishga etiladi. BJSST tavsiyalariga ko'ra erda tug'ilish xomiladorlikning davriga ko'ra juda erda (22-27 hafta), erda (28-33 hafta), muddatidan oldin tug'ilish (34-37 hafta). Buning sababi, erda tug'ilishning etiologiyasi, uni boshqarish xususiyatlari va natijalari ushbu bosqichlarda xar xil bo'lganligi.

Masalan, 22-27 haftalik xomiladorlik davrida xomilani to'xtalish asosiy sabalariga amniotik suyuqlikning muddatidan oldin yorilishi, infeksiya va istmik-servikal yetishmovchilik kiradi. Boshqa sabab bu aynan 22-24 haftada aniqlanadigan xomilaning rivojlanish nuqsonlari. Respirator sindromni oldini olish ishlarni 27 haftadan so'ng olib borish maqsadga muvofiqdir, chunki aynan shu davrda pnevmotsitlar faol sufraktant moddasini ishlab chiqarishni boshlaydi.

Erta va kam vazn bilan to'g'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish juda qiyin va qimmat ishdir. Tadqiqotlar natijalariga ko'ra Amerika Qo'shma Shtatlarida kam vazn (1500 grammgacha) bilan tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishiga yilida 6 milliard dollar sarflanar ekan, bu esa barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun ajratilgan byudjetning 35% ni takshil qiladi [3]. Muddatdan oldin tug'ilishlarning yana bir juda muxim jixati bor, ya'ni parvarishning uzoq muddatli natijalari. Erta tug'ilishlar bo'yicha yetakchi mutaxassilaridan biri, professor YE. Popernik 20 yil vaqt sarflab Fransiyada erda va kam vazn bilan tug'ilgan chaqaloqlarga g'amxo'rlik qilish tizimini tashkil etib perinatal o'limni kamaytirishga sazovor bo'ldi. Lekin, hozirgi paytda o'zi yaratgan tizimni qanchalik to'g'ri ekanligiga gumonsirab qolgan, chunki kuzatuvlar natijasi bo'yicha qanchalik perinatal o'lim kamaysa shunchalik bolalikdan nogironlik ko'paymoqda [9,10].

BJSST ma'lumotlariga ko'ra, xar yili 15 millionga yaqin chaqaloq muddatidan oldin tug'iladi va bu raqam o'sib bormoqda [1].

Ushbu ko'rsatkich xar xil davlatlarda xar xil va 4%dan 16%gacha uchramoqda. Eng yuqori erda tug'ilishlar ko'rsatkichi - Malavi 18%, Kongo 16,7%, Zimbabve 16,7 %, Ekvatorial Gvineya 16,5%, Pokistan 15,8% va boshqa Markaziy Afrika va Sharq Osiyo davlatlariga xosdir. AQShda xam erda tug'ilishlar 12%gacha yetib borgan. Erta tug'ilishlar soni nisbatan kam bo'lgan davlatlarga Belarus (4,1%), Latviya – 5,1%, Finlyandiya va Xorvatiya 5,5%dan, Litva va Estoniya (5,7%dan), Yaponiya va Shvetsiya (5,9%dan) kabi davlatlar kiradi [1].

Bugungi kunda erda tug'ilish muammosi tibbiy va ijtimoiy xususiyatga ega, chunki erda tug'ilgan chaqaloqlarning neonatal o'limga qo'shgan xissasi 70% ni, kasallanishga esa 75% ni tashkil qiladi [4,5,7,8].

BJSST ma'lumotlariga ko'ra, yuqori darajada rivojlangan malakatlarda erda tug'ilish xolatlar sonining ko'payishi ko'p jixatdan kech davrda onalik, bepustlikka dori darmonlarni ko'p qo'llanilishi, asossiz tug'ruqni erda davrda chaqirish va kesareva kesish usulini tez tez qo'llash bilan bog'liq. Rivojlanish darajasi past bo'lgan malakatlarda esa infeksiya va erda xomiladorlik ko'proq uchrashi bilan [7,12].

Erta tug'ilishning yana bir keng tarqalgan sababi ekstrogenital somatik patologiya bo'lishi mumkin. Xomiladorlikdan oldin ko'pchilik ayollarda xar xil somatik kasalliklar qayid qilingan: 4,3% xollarda gipertonianing og'ir shakli bilan og'rgan; 3% da semizlikdan aziyat chekkan; 10,1% TOKSI-infeksiyalari tashuvchilari; 14,5% ayollarda suniy abort va 7,5%-da xomilani o'z o'zidan tushib qolish xolatlar qayid qilingan. Juda kam tana vaznli (JKTV) chaqaloqlar tuqqan xamma ayollarda turli sabalarga ko'ra og'irlashgan xomiladorlik (o'z

o'zidan abort xavfi, og'ir gestoiz, fetoplatsentari yetishmovchiligi, platsentani patologik joylashuvi va xaq.) kuzatilgan [2,3,4,5,9,13].

Keyingi yillarda mamlakatimiz axolisiga tibbiy xizmat sifatini oshirish, ayniqsa, reproduktiv yoshdagi kasalliklarga erda tashxis qo'yish va asoratlarni kamaytirish borasida keng qo'llamli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda [6,8]. Shu munosabat bilan sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha quyidagi "...oila salomatligini mustaxkamlash, onalik va bolalikni muxofaza qilish, onalar va bolalarni sifatli tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish, ularga ixtisoslashtirilgan va yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish va bolalar o'limini kamaytirish" kompleks chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi [6,11].

Respublkada onalik va bolalikni muxofaza qilish sohasidagi ustivor vazifalardan biri tibbiy xizmat sifatini yangi bosqichga ko'tarish, ayniqsa, erda tug'ilish xavfini barvaqt tashxislash, xomiladorlik muddatini uzaytirish bo'yicha yangi yondashuvlarni ishlab chiqishdan iborat [6,8,15].

O'zbekiston Respublikasida oxirgi yillar muddatidan erda tug'ilishlarga bag'ishlangan bir qator tadqiqotlar olib borilmoqda. [2,3,4,9]. Xomiladorlikni muddatigacha yetib bormasligiga olib keladigan aniqlangan omillar shartli ravishda quyidagi guruxlarga birlashtirilishi mumkin. Ijtimoiy (ta'lim darajasi, ovqatlanish, zarali omillar bilan bog'liq ish va xaq.), tibbiy-biologik (xomilador ayolning yoshi, muddatidan oldin bo'lgan tug'raqlar avval bo'lganligi, murakkab akshurlik anamnezi, streyeslar, zarali odatlarni borligi va xaq.), ekstragenital patologiyaning mavjudligi, hozirgi xomiladorlikning asoratlar.

**Tadqiqot maqsadi.** Respublikamiznig chekka joylashgan xududlarida xomilador ayollarda muddatidan erda tug'ilishning asosiy xavf omillarini aniqlash.

**Tadqiqot usullari va materiallari.** Qarshi shaxar perinatal markazida tug'ilgan, shuningdek yaqin joylashgan xududlardagi tug'ruqxonalardan kam vaznli bolalarni parvarish qilish bo'limi va Qarshi shaxridagi yangi tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga yotqizilgan 236 nafar bolaning tug'ilish tarixlari retrospektiv taxlil qilindi.

Qiyosiy taxlil qilish uchun 2 gurux olindi:

1 - nazorat guruxi 146 o'z muddatida tug'ilgan bolalardan iborat edi.

2 – asosiy gurux, turli darajadagi erda tug'ilgan 90 chaqaloqlardan iborat edi.

44 nafari (48,9%), vazni taxminan 2001-2500 g, 35-37 haftalik xomiladorlik davrida I darajali erda tug'ilganlar; II darajali xomiladorlik davri 32-34 hafta, vazni taxminan 1501-2000 g - 28 (31,1%), III darajali bilan xomiladorlik davri 29-31 hafta vazni taxminan 1001-1500 g - 14 (14,4%) va IV darajali xomiladorlik davri 29 haftadan kam, vazni 1000 g dan kam - 5 (5,6%).

Tadqiqot davrida xar bitta muddatidan erda tuqqan ayol uchun uning biologik va ijtimoiy xususiyatlari, ushbu xomiladorlik davrida onaning sog'lig'ini baxolaydigan karta to'ldirildi.

**Tadqiqot natijalari.** Xomiladorlik va tug'ruqlar xolati o'rganilganda, asosan birinchi marta 30 yoshdan oshganda tuqqan, somatik va ginekologik kasalliklari bor ayollar tashkil qilishgan, shuningdek 4 dan ortiq xomiladorlik va ular orasidagi vaqt oralig'i qisqa bo'lgan ayollar xam borligi kayd etildi. Ushbu xolat ayolning reproduktiv tizmining zaxira imkoniyatlari kamayishiga va chaqaloqlarni muddatidan oldin tug'ilishlarga olib keladi. Bolalarning erda tug'ilishida oldingi xomiladorlikning kechishi, uning natijasi, ayniqsa o'z o'zidan xomila tushishi muxim rol o'ynaydi. O'tqazilgan taxlil xomiladorlik davridagi kasalliklar, ayniqsa yuqumli kasalliklar, xomiladorlikni kechishini og'irlashtiradi va xomilani infitsirlanish va erda tug'ilish xavfini keltirib chiqaradi degan xulosaga kelishga imkon beradi. Muddatidan oldin tuqqan deyarli xar uchinchi xomilador ayol yuqumli kasallikka, asosan ikkinchi trimestrda duchor bo'lgan, bu esa

ayolning axvolining yomonlashishiga olib kelgan va chaqaloqning erta tug'ilishiga sabab bo'lgan.

Xomiladorlik davrida ayolda bor bo'lgan somatik kasalliklarning kuchayishi xam bo'lajak ona va xomilaning xolatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bu bizning tadqiqot natijalarimizda xam tasdiqlandi. Shunday qilib, muddatidan oldin tuqkan ayollarda surunkali piyelonefrit, yuqori nafas olish yo'llarining surunkali kasalliklari, gipertoniya, surunkali oshqozon-ichak kasalliklari o'z muddatida tuqkan ayollarga nisbatan mos ravishda 2,6; 3,0; 3,2; 4,5 barobar ko'p kayd qilingan. Muddatidan erta tug'ruqlarning yuqori nisbiy xavfiga ko'psuvlilik (OR – 3,2) va xomila tushish xavfi (OR – 2,3) xam kiradi. Muddatidan oldin tug'ruqning sababi xomiladorlik davrida ayolning qorin bo'shlig'ida jarroxlik amaliyoti o'tqazganligi xam bo'lishi mumkin.

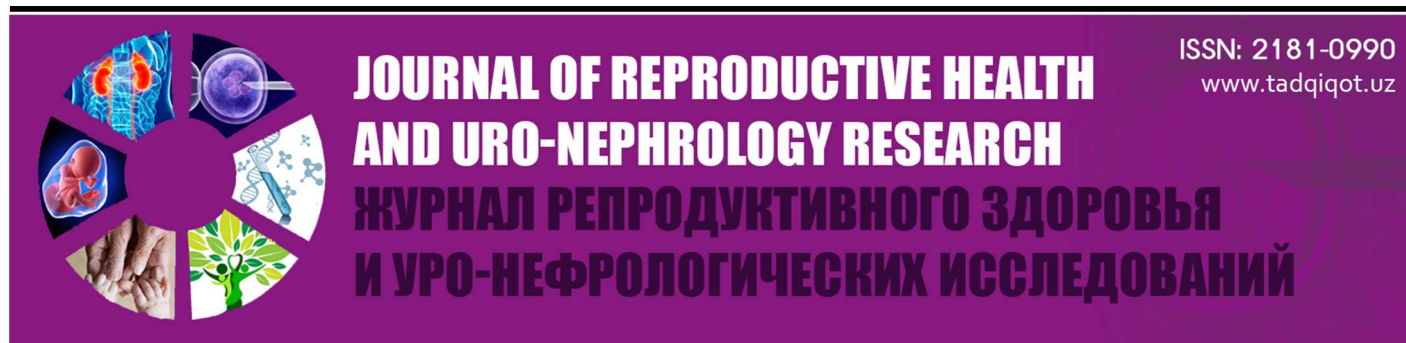
Shunday qilib, muddatidan oldin tug'ruqlar bo'yicha o'tqazilgan taxlil asosiy xavf omillarni aniqlashga va kuyidagi xulosa chiqarishga

imkon berdi, erta tug'ilishlar bu polietilogik muammodir. Muddatiga yetmagan bola tug'ilishiga olib keluvchi xavf omillar: onada bolani oziqlanishini davomli buzilishiga olib keluvchi surunkali kasalliklar va holatlar, somatik kasalliklar, jinsiy yo'llar infeksiyasi (xlamedioz, trixomoniaz, kandidoz va boshq.), surunkali fetoplatsentar yetishmovchilik, rezus nomutanosiblik, qisqa intergenetik davr, anemiya, bundan tashqari muddatdan oldingi tug'ruqlar o'sish tendensiyasi, ya'ni ko'p homilali tug'ruqlarning oshishi, yordamchi reproduktiv texnologiyalarni keng qo'llanilishi, muddatdan oldingi tug'ruqqa ruxsat uchun akusherlik ko'rsatmalarining kengayishi va x.k.

Shuni ta'qidlash kerakki, aksariyat xollarda erta tug'ilishga olib keladigan mexanizmni aniq belgilash mumkin emas. Demak, oilaviy shifokorlar muddatidan oldin tug'ruqlarga olib keluvchi xavf omillarni bilishi ushbu xolatlarini oldini olishga va xavf omillari bor xomilador ayollarni barvaqt nazoratga olib muntazam ravishda kuzatib borishga imkon beradi.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Абдуллаева, Л., Каттаходжаева, М., Сафаров, А., & Гайилов, С. (2020). Прогнозирование и профилактика акушерских и перинатальных осложнений при многоплодной беременности. Журнал вестник врача, 1(1), 110-113.
2. Бабаджанова Г.С., Ан А.В., Алишера М.Б. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ //International journal of scientific researchers (IJSR) INDEXING. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 128-131.
3. Каттаходжаева М. Х. Исход беременности и родов при многоводии различной этиологии //Беременность и экстрагенитальная патология. Ташкент. – 1981. – С. 39-41.
4. Каюмов Х. Н., Туксанова З. И., Рустамова Х. Е. Некоторые аспекты протекания беременности и родов после прерывания предыдущей беременности //Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. – 2020. – С. 38-39.
5. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 07.12.2018 г. № УП-5590 (Национальная база данных законодательства, 07.12.2018 г.).
6. Рузиева Н. Характеристика некоторых предикторов невынашивания беременности //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 2. – С. 89-92.
7. Рустамова Х. Е., Стожарова Н. К. Вопросы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан //Организация и управление здравоохранением. – 2016. – №. 3. – С. 52.
8. Рустамова Х. Е., Стожарова Н. К., Турсункулова М. Э. Факторы риска и распространенность преждевременных родов //биология ва тиббиёт муаммолари problems of biology and medicine проблемы биологии. – С. 255.
9. Рустамова Х. Е., Турсункулова М. Э. Муддатида эрта туғилганликнинг тиббий-ижтимоий муаммолари. – 2017.
10. Рустамова Х. Е., Нурматова К. Ч., Машарипова Р. Некоторые аспекты состояния здоровья населения Узбекистана //ББК. – Т. 51. – С. 118.
11. Саиджалилова Дилноза Джавдатовна, Эрматова Хулкар Ахмаджон Кизи Некоторые аспекты развития преждевременных родов // Биология и интегративная медицина. 2016. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-razvitiya-prezhdevremennyh-rodov> (дата обращения: 15.03.2024.)
12. Сувонов К. Ж., Рустамова Х. Е. Социально-гигиенические аспекты стоматологической патологии у беременных. Стоматология детского возраста и профилактика //Москва. – 2009. – Т. 1. – С. 64-66.
13. Youssef A., Lashley L., Dieben S. et al. Defining recurrent pregnancy loss: associated factors and prognosis in couples with two versus three or more pregnancy losses. Reprod Biomed Online. 2020;41(4):679–685. DOI: 10.1016/j.rbmo.2020.05.016.
14. The healthcare system of the republic of uzbekistan and bioethics: problems and perspective. S Narkulov, K Rustamova, M Khodjaeva, S Massavirov... - Systematic Reviews in Pharmacy, 2020



UDK: 616.6-053.2

**Xudoykulova Zuxra Sobir qizi**Magistratura rezidenti  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Negmadjanov Baxodur Boltayevich**Professor  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**PhD, dotsent  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**O'SMIR QIZLARDA UCHRAYDIGAN MENSTRUAL SIKL BUZILISHLARINI O'RGANISH****For citation:** Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Negmadjanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Study of the menstrual cycle disorders in adolescent girls, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364475>**ANNOTATSIYA**

O'smir qizlarda uchrashi mumkin bo'lgan menstrual sikl buzilishlari va reproduktiv kasalliklarni oldini olish, ularning reproduktiv salomatligini aniqlash uchun 2022-2023-yilgacha Samarqand bolalar ko'p tarmoqli markaziy shifoxonasiga hayz siklining o'zgarishi bo'yicha murojaat qilgan 100 nafar o'smir qizlar o'rganildi. Tadqiqod prospektik va retrospektik usulda amalga oshirildi. Bemorlarning ijtimoiy-demografik ma'lumotlaridan yoshi, ma'lumoti, yashash joyi, ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli, qilingan shikoyatlar turi, hayz ko'rish muammosi turi va boshqaruv ma'lumotlari olingan. Tashrif buyurgan 13 yoshdan 19 yoshgacha bo'lgan barcha o'smir qizlar hayz ko'rish muammolari bo'yicha bo'limga qabul qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 14-17 yosh bo'lib, o'rtacha 14,2 yoshni tashkil qildi. O'tkazilgan tadqiqotga ko'ra 72% o'smir qizlar anemiya bilan kasallangan. Shuning uchun odamlarga dietaning ahamiyati haqida ma'lumot berish, anemiyaning oldini olish va davolash juda muhimdir.

**Kalit so'zlar:** o'smir qizlar, menstrual sikl, menarxe, gipermenoreya, algodismenoreya**Худойкулова Зухра Собир кизи**Резидент магистратуры  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Негмаджанов Баходур Болтаевич**Профессор  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Раббимова Гулнора Тоштемировна**PhD, доцент  
Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ****АННОТАЦИЯ**

В целях профилактики возможных нарушений менструального цикла и репродуктивных заболеваний у девочек-подростков, определения их репродуктивного здоровья в Самаркандской многопрофильной центральной детской больнице до 2022-2023 года были обследованы 100 девочек-подростков, обратившихся в Самаркандскую многопрофильную центральную больницу по поводу изменения менструального цикла. Исследование было проспективным и ретроспективным. На основе социально-демографических данных пациентов были получены данные о возрасте, образовании, месте жительства, социально-экономическом статусе, типе поступающих жалоб, типе менструальной проблемы и лечении. Все девочки-подростки в возрасте от 13 до 19 лет были приняты в отделение по проблемам менструального цикла. Средний возраст пациентов составлял 14-17 лет, в среднем 14,2 года. Согласно проведенному исследованию, 72 процента девочек-подростков страдают анемией. Вот почему так важно информировать людей о важности диеты для профилактики и лечения анемии.

**Ключевые слова:** девочки-подростки, менструальный цикл, менархе, гиперменорея, альгодисменорея**Khudoykulova Zuhra Sobir qizi**

Master's resident

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Negmadjanov Bakhodur Boltayevich**

Professor

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**

PhD associate Professor

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

**STUDY OF THE MENSTRUAL CYCLE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS****ABSTRACT**

In order to prevent possible menstrual disorders and reproductive diseases in adolescent girls, to determine their reproductive health, 100 adolescent girls who applied to the Samarkand Multidisciplinary Central Hospital for menstrual cycle changes were examined in the Samarkand Multidisciplinary Central Children's Hospital until 2022-2023. The study was prospective and retrospective. Based on the socio-demographic data of patients, data on age, education, place of residence, socio-economic status, type of complaints received, type of menstrual problem and treatment were obtained. All teenage girls between the ages of 13 and 19 were admitted to the menstrual cycle department. The average age of the patients was 14-17 years, with an average of 14.2 years. According to the study, 72 percent of teenage girls suffer from anemia. This is why it is so important to inform people about the importance of diet for the prevention and treatment of anemia.

**Key words:** adolescent girls, menstrual cycle, menarche, hypermenorrhea, algodysmenorrhea

**Dolzarbliqi.** Hozirgi vaqtda ginekologik patologiyalar sonida o'sish kuzatilmoqda, o'smir qizlarda menstrual sikl buzilishlar chastotasi 2-3 marta oshgan [1].

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 [2].

Yuqorida aytib o'tilganidek, qizlarda o'smirlik davridagi o'zgarishlar balog'at davrining boshlanishidan darak beradi. Menarxe-bu birinchi hayz ko'rish bo'lib, o'smirlik davrida sodir bo'ladi va bu ayol hayotida muhim ahamiyatga ega bo'lgan fiziologik va rivojlanish hodisasidir. Bu 10 yoshdan 16 yoshgacha sodir bo'ladi. Bu o'sishning murakkab jarayonining muhim jihati bo'lib, u bilan bog'liq muammolar tufayli alohida e'tiborni talab qiladi. O'sishning ushbu bosqichida qizlar birinchi navbatda hayz ko'rish va shu bilan bog'liq muammolarni boshdan kechirishadi. Ushbu davr mobaynida yoshlar jinsiy zo'ravonlikka duch kelishi mumkin. Ko'pgina yoshlar jinsiy rivojlanish haqida aniq ma'lumotga ega emaslar [3].

So'nggi yillarda reproduktiv salomatlikning tobora yomonlashishi va o'smir qizlarning ginekologik kasallanishining ko'payishi kuzatilmoqda, ularning tarkibida hayz ko'rish funksiyasining buzilishi yetakchi o'rinni egallaydi. Yosh qizlarda ikkilamchi amenoreyaning tarqalishi 2,6-8,5% ni, noregulyar menstrual sikl aniqlangan o'smir qizlar - 11,3 - 26,7% tashkil qiladi [4].

Hayz ko'rish-bu siklik namoyon bo'ladigan fiziologik, bachadondan qon ketishi. Menarxe 11-15 yoshlar orasida uchraydi. O'smir qizlarda hayz ko'rishni boshdan kechirish juda muhimdir. Hayz paytida izolyatsiya va cheklovlar oilada: qizlarda ijtimoiy sotsial jihatdan hayz gigienasini boshqarishda qiyinchiliklarga duch kelishi aniqlangan. Ayollar va o'smir qizlar menstrual qonni so'rish yoki to'plash uchun toza material va vositalar, yuvish uchun sovun va suvdan foydalanish, hayz davrining davomiyligiga o'z ta'sirini ko'rsatmay qolmaydi. Hayz

ko'rish gigienasi yosh qizlar hayotidagi muhim jihatdir. Hayz ko'rish va gigienik amaliyotlar va hayz paytida idrok etish haqidagi bilimlar o'smir qizlar uchun zarurdir [5].

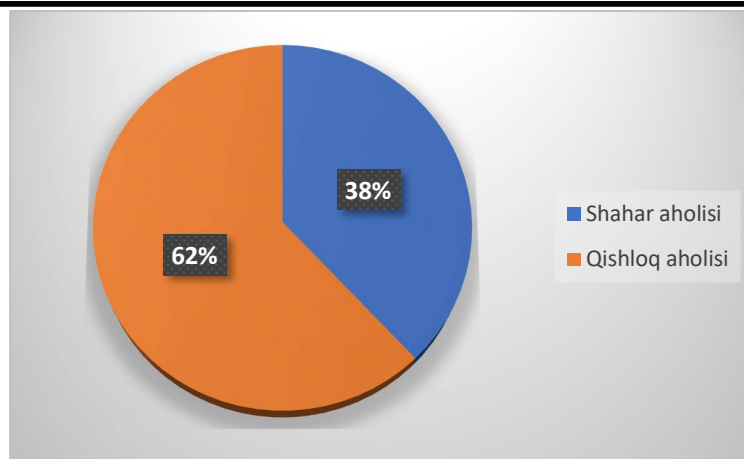
Bugungi kunda butun sivilizatsiyalashgan dunyoda yosh avlod salomatligi ijtimoiy qadriyat ekanligi va har qanday davlatning reproduktiv, iqtisodiy, ijtimoiy kelajagini belgilab berayotgani haqidagi tushuncha keng tarqalmoqda. JSST dunyo aholisining reproduktiv salomatligini muhofaza qilishni o'z faoliyatining ustuvor yo'nalishi deb e'lon qildi va barcha mamlakatlar hukumatlarini aholining barcha qatlamlari, shu jumladan o'smirlar va yoshlar salomatligi, uni saqlash va mustahkamlash dasturlarini joriy qilmoqda [6].

**Tadqiqot maqsadi:** O'smir qizlarda menstrual sikl va uning buzilishlarini o'rganish va tahlil qilish. Hamda hayz ko'rish bilan bog'liq muammolarga duch kelgan o'smir qizlarning ijtimoiy-demografik xususiyatlarini va bu muammolarning tabiatini va ularni qanday hal qilishini baholash.

**Material va tadqiqot metodlari:** O'smir qizlarda uchrashi mumkin bo'lgan menstrual sikl buzilishlari va reproduktiv kasalliklarni oldini olish, ularning reproduktiv salomatligini aniqlash uchun 2022-2023-yilgacha Samarqand bolalar ko'p tarmoqli markaziy shifoxonasiga hayz siklining o'zgarishi bo'yicha murojaat qilgan 100 nafar o'smir qizlar o'rganildi. Umumiy klinik, UTT, qonning bioximik analizi, koagulogramma, bachadon ultratovush tekshiruvi. Tadqiqot prospektik va retrospektik usulda amalga oshirildi. Bemorlarning ijtimoiy-demografik ma'lumotlaridan yoshi, ma'lumoti, yashash joyi, ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli, qilingan shikoyatlar turi, hayz ko'rish muammosi turi va boshqaruv ma'lumotlari olingan. Tashrif buyurgan 13 yoshdan 19 yoshgacha bo'lgan barcha o'smir qizlar hayz ko'rish muammolari bo'yicha bo'limga qabul qilindi. Boshqa ginekologik muammolari bo'lgan o'smirlar joriy tadqiqotdan chetlashtirildi. Yig'ilgan ma'lumotlar tavsiflovchi elementlar sifatida taqdim etildi.

**Tekshiruv natijalari:** O'smir qizlarda uchrashi mumkin bo'lgan menstrual sikl buzilishlari va reproduktiv kasalliklarni oldini olish, ularning reproduktiv salomatligini aniqlash uchun 2022-2023-yilgacha Samarqand bolalar ko'p tarmoqli markaziy shifoxonasiga hayz siklining o'zgarishi bo'yicha murojaat qilgan 100 nafar qizlar o'rganildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 14-17 yosh bo'lib, o'rtacha 14,2 yoshni tashkil qildi. Shunday bo'lsada asosiy qismini 15 yoshdagi qizlar tashkil qildi. Bemorlarning yashash joyi bo'yicha shahar aholisi 38 nafar 38%, qishloq aholisi 62 nafar 62% ni tashkil qilib, asosiy bemorlar qishloq aholisi edi (1-rasm).

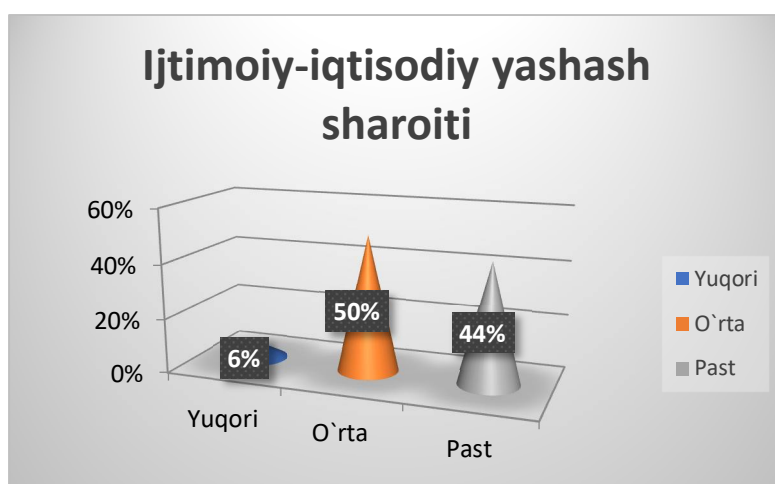




1-rasm. Bemorlarning yashash joyi bo'yicha taqsimlanishi.

Hayz ko'rish bilan bog'liq muammolarni boshdan kechirayotgan o'smirlarning nisbati yuqori ijtimoiy-iqtisodiy guruhlarda 6% dan o'rta

ijtimoiy-iqtisodiy sinflarda 50% ga, Past ijtimoiy-iqtisodiy sharoitda yashovchi bemorlar 44%ga tengligi aniqlandi (2-rasm).

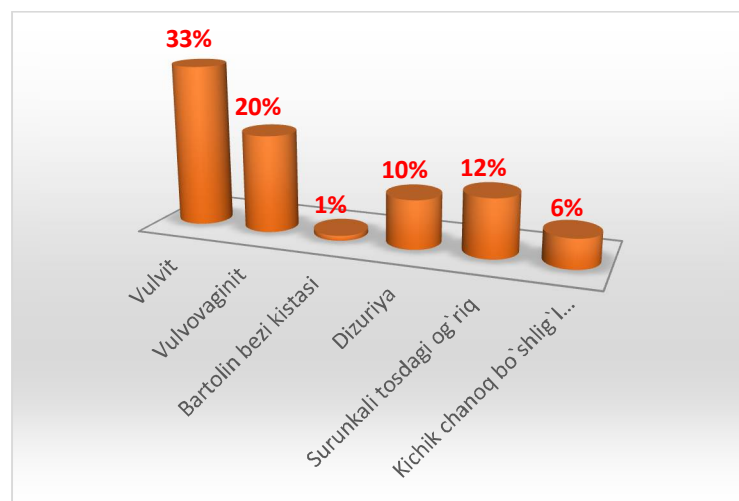


2-rasm. Bemorlarning ijtimoiy-iqtisodiy yashash sharoiti bo'yicha taqsimlanishi.

Barcha bemorlarda hayz sikli o'rtacha 12-13 yoshdan boshlangan. Hayz siklining erta boshlanishi 12%ni tashkil qildi. Hayz siklining kech boshlanishi 10% o'smir qizlarda uchradi.

Menstrual siklning muntazamligi ushbu tekshiruv davomida 3%ni tashkil qildi. Hayz funksiyasi o'rtacha 3-5 kunni tashkil qildi. Anamnezida gipomenoreya 2% bemorda kuzatildi. Gipermenoreya 30%ni tashkil qildi. Algodismenoreya 40% o'smir qizlarda aniqlandi.

Bemorlarda uchragan ginekologik kasalliklardan vulvit- 33 nafar(33%), vulvovaginit - 20 nafar (20%), bartolin bezi kistasi- 1 nafar (1%), dizuriya - 10 nafar (10%), surunkali tosdagi og'riq - 12 nafar (12%), kichik chanoq bo'shlig'i yallig'lanishi- 6 nafar (6%) ni tashkil qildi (3-rasm).



3-rasm. Bemorlarda uchragan ginekologik kasalliklar.

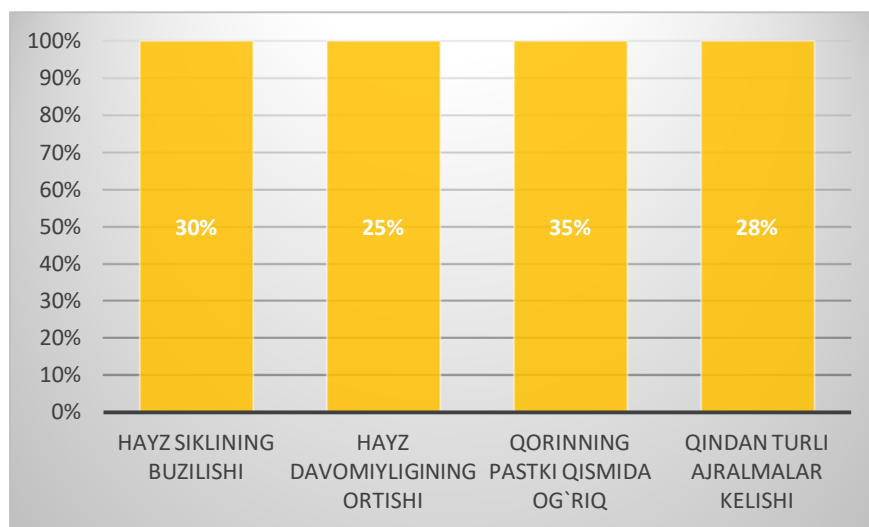
O'tkazilgan tadqiqotga ko'ra 72% o'smir qizlarda kamqonlik aniqlandi.

Qon guruhlariga ko'ra: I - 50 (50%), II - 25 (25%), III - 20 (20%), IV - 5 (5%) ni tashkil qildi.

Menstrual siklning muntazamligi ushbu tekshiruv davomida 80% ni tashkil qildi. Hayz funksiyasi o'rtacha 7-8 kun bo'lib, 3- guruh

bemorlarida 3-4 kunni tashkil qildi. Hayz siklining davomiyligi 47 - 60 kunni tashkil qildi. Anamnezida gipomenoreya 2% bemorda kuzatildi. Algodismenoreya 12 nafar qizlarda aniqlandi.

Bemorlarning shikoyatlari hayz siklning buzilishi 30%, hayzning davomiyligini ortishi 25%, qorinning pastki qismida og'riq 35%, qindan turli ajralmalar kelishi 28% kabilarni tashkil qilishdi (4-rasm).



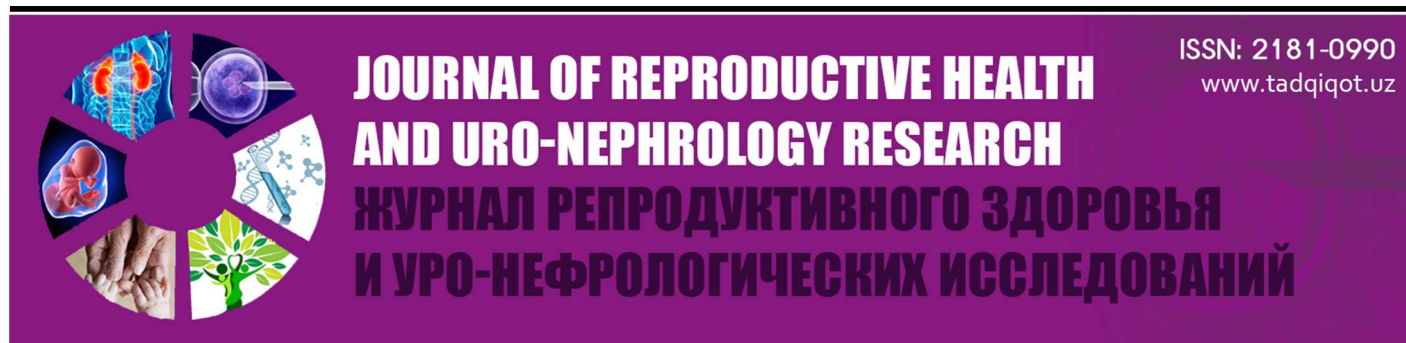
4-rasm. Bemorlarning shikoyatlari tahlili.

**Xulosa:** Bir nechta o'smirlar hali ham kattalar ambulatoriyasiga borishdan tortinadi va ikkilanadi. O'smirlar maslahati va sog'lomlashtirish klinikalari ularning talablarini qondirishga yordam beradigan maxsus muassasalardir. O'zbekistonning davlat va xususiy tizimlarida o'smirlar uchun qulay tibbiy yordam ko'rsatishga harakat qilingan va qisman rivojlangan. Shu sababli, mavjud sog'liqni saqlash

va tibbiy yordam ko'rsatuvchi tizimlar o'smirlarning hayz ko'rishi bilan bog'liq muammolarni hal qilishi uchun maslahat berish va boshqarishni taklif qilishlari kerak. Hozirgi tadqiqotlarga ko'ra, o'smirlarning aksariyati kamqonlik bilan kasallangan. Shuning uchun odamlarga dietaning ahamiyati haqida ma'lumot berish, anemiyaning oldini olish va davolash juda muhimdir.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. A. T. Raisova, R. G. Nurxasimova, A.J Zulpuxarov, D. S. Junisov, Sh.Sh.Sadikova, K. J. Riskuldieva
2. Syakova A.T., Beyshenbiyeva G.J., Isakova J.K., 2018
3. Khan M., Maqbool M., Mohammad M., Adesina M.A., Fekadu G. 2019; Demisheva S.G., 2021
4. Kashkald D. A., Verchoshanova O. G. 2020
5. Wagh R. V., Upadhye A. J., Upadhye J. J., 2018
6. Hay J.E. Liver disease in pregnancy // Hepatology. – 2018. – Vol. 4, № 3. – P. 1067-1076.
7. Joshi D., James A., Quaglia A. et al. Liver disease in pregnancy // Lancet. – 2020. – Vol. 375, № 13. – P. 594 - 605.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Obstetric cholestasis. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) // Guideline. – 2016. – P. 10-43



UDK 616:617:618.

**Shopulatov E.X.**

assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Ganiev F.I.**

assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**JINSIY A'ZOLARNING NOTO'G'RI RIVOJLANISHDA FEMENIZASIYALOVCHI JARROXLIK AMALIYOTINI  
TAKOMILLASHTIRISH**

**For citation:** Shopulatov E.X., Ganiev F.I., Improving the practice of feminizing surgery in the development of genital organs, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364636>**ANNOTATSIYA**

Jins rivojlanishda yuzaga keladigan nuqsonlarni davolashda erishilgan yutiklarga qaramasdan rivojlanish nuqsonlarini to'g'irlashdagi ko'pgina aspektlar baxs va muzokarali bo'lib qolmoqda. Shu jumladan ularni feminizatsiyalovchi rekonstruktiv plastik operatsiyalarining uslublari tuliq yechilmagan. Quyidagi keltirilgan maqolada qiz bolalarda uchraydigan jinsiy a'zolar shakillanishidagi nuqsonlarning bir necha turlarining klinik ko'rinishlari keltirilgan.

**Kalit so'zlar:** buyrak usti bezi, jinsiy a'zolar rivojlanish nuqsonlari, Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasi.

**Шопулатов Э.Х.**

ассистент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Самарканд, Узбекистан

**Ганиев Ф.И.**

ассистент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Самарканд, Узбекистан

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ****АННОТАЦИЯ**

Несмотря на прогресс, достигнутый в лечении нарушений формирования пола, многие аспекты врожденных дефектов остаются спорными и дискуссионными. В том числе не до конца решены методы реконструктивно-пластических операций, феминизирующих их. В следующей статье представлены клинические проявления нескольких видов дефектов формирования половых органов у девочек.

**Ключевые слова:** надпочечники, пороки развития половых органов, врожденная гиперплазия надпочечников.

**Shopulatov E.X.****Ganiev F.I.**

assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Ganiev F.I.**

assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**IMPROVING THE PRACTICE OF FEMINIZING SURGERY IN THE DEVELOPMENT OF GENITAL ORGANS**

## ANNOTATION

Despite the progress made in the treatment of disorders of sex development, many aspects of birth defects remain controversial and controversial. In particular, the methods of reconstructive plastic surgery that feminize them have not been fully resolved. The following article presents the clinical manifestations of several types of defects in the formation of the genital organs in girls.

**Key words:** adrenal glands, malformations of the genital organs, congenital adrenal hyperplasia.

**Mavzuning dolzarbligi.** Hammamizga ma'lumki, so'ngi yillarda tibbiyotimizning barcha sohalarida zamonaviy tekshirish va davolash usullari tadbiq etilishiga qaramasdan, qiz bolalar o'rtasida uchraydigan jinsiy a'zolar rivojlanishining nuqsonni kasalliklarini davolash masalasi bolalar ginekologiyasini dolzarb muammolaridan bo'lib qolmoqda. Jins shakllanishi buzilishi kasalliklarni davolashda erishilgan yutiq'larga qaramasdan rivojlanish nuqsonlarini to'g'irlashdagi ko'pgina aspektlar baxs va muzokarali bo'lib qolmoqda. Shu jumladan ularni feminizatsiyalovchi rekonstruktiv plastik operatsiyalarining uslublari to'liq yechilmagan

Jinsiy a'zolar rivojlanishining (shakllanishining) buzilishlari (JAShB) maishiy va ma'naviy jihatdan shaxsga jamiyat orasida o'ziga xos muammo tug'diradi. JAShB xar 5000-10000 tug'ilganlarda 1 ta uchraydi. Irsiy jihatdan bunday kasalliklar 20-25% gacha bitta oiladi takrorlanishi aniqlangan. JSST ma'lumotiga ko'ra interseksual rivojlanish har 1000000 tug'riqa 1 ta to'g'ri keladi. Ammo postnatal davrda ham ushbu patologiya ortib borishi kuzatiladi.

Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasining har qanday shaklining sababi kortizol sintezida ishtirok etadigan fermentlar yoki transport oqsillari sintezi uchun mas'ul bo'lgan genlardagi mutatsiyalardir. Eng ko'p uchraydigan sabab - 21-gidroksilaza fermentining etishmasligi, bu barcha holatlarning 95% ni tashkil qiladi, bu CYP21 genidagi mutatsiyalar tufayli yuzaga keladi; Keyin 11-b-gidroksisteroid degidrogenaza etishmovchiligi va 3b-gidroksisteroid degidrogenaza etishmovchiligi keladi. Ular 4% ni tashkil qiladi, qolganlari alohida holatlardir.

Buyrak usti bezi gormonlariga mineralokortikoidlar (aldosteron), glyukokortikoidlar (kortizol) va jinsiy steroidlar (testosteron va estrogen) kiradi. Sindrom ferment etishmovchiligi glyukokortikoidlarning buyrak usti bezi qobig'ida sintezini pasayishiga olib kelganda paydo bo'ladi. Buyrak usti bezi qobig'i gormonlarining gipofiz beziga ta'siri kamayadi, shuning uchun adrenokortikotrop

gormon (AKTG) sintezi va sekretiysasi salbiy qayta aloqa mexanizmi orqali ortadi.

Jins shakllanishining buzilishiga olib keluvchi kasalliklardan adrenogenital' sindrom (AGS), (buyrak usti bezi qobig'i tug'ma giperplaziyasi), Testikulyar feminizatsiya (TF), (Morrisa sindromi) asosiy sabab bo'lib qolmoqda. Bunga misol AGS va TF kasalliklarini kech aniqlanishi yoki bemorlarning usmirlik davrida murojat etishi mintaqamizda ko'p uchraydi. Afsuski bu muammoga qaratilgan ilmiy fundamental ishlar amaliy jihatdan topilmaydi. Bu esa tibbiyotda jinsiy a'zolar rivojlanish nuqsonlarini erta diagnostikasi va davolash muammolarini yanada qiyinlashtiradi.

Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasining 3 turi mavjud:

Tuzni yo'qotish sindromi (sol'teryayushiy tip) bilan 21-gidroksilaza etishmovchiligi; kasallikning eng keng tarqalgan shakli. Bu tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqson bilan ifodalanadi. Bu diareya, ko'ngil aynishi, tutqonoq va yurak-qon tomir tizimidagi buzilishlar ko'rinishidagi somatik kasalliklar sifatida namoyon bo'ladi.

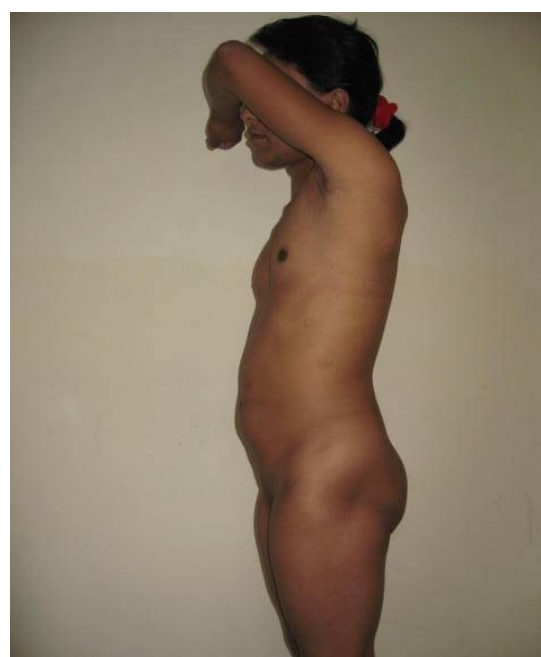
Oddiy viril shakli ((Prostoy viril'niy.) to'liq bo'lmagan 21-gidroksilaza etishmovchiligi); qizlarda erkak jinsiga xos rivojlanishi bilan birga. "Ayol" genetik to'plamiga qaramay, tug'ilgan qizlarning tashqi jinsiy a'zolari erkaklarnikini ko'proq yoki kamroq eslatadi. Bu soxta ayol germafroditizmi deb ataladi.

Klassik bo'lmagan shakl (Pubertal va post-pubertal).

Pubertal shakl o'smirlarda o'zini namoyon qiladi. Qizlarda sut bezlarining rivojlanmaganligi, klitorisning kattalashishi, birinchi hayzning kech boshlanishi, hayz davrining uzayishi, girsutizm, akne paydo bo'lishi kuzatiladi.

Postpubertal shakl ayollarda, ko'pincha to'xtatilgan homiladorlikdan keyin ortirilgan adrenogenital' sindrom shaklida rivojlanadi. Hayz sikl uzayadi, hayz ko'rish qisqaradi. Girsutizm.

21-gidroksilaza genining buzilishi turiga qarab (mutatsiya holati, mutatsiyalar soni, zigotlik) turli darajadagi ferment faolliginingyo'qolishi kuzatiladi



*Oddiy viril shakli*



**Oddiy viril shakli****tuzni yo'qotish sindromi**

Testikulyar feminizatsiya (TF), (Morrisa sindromi)ning feminizatsiya sindromi, to'liq shakli (TTFp) androgenga befarqlik sindromi bo'lib, soxta erkak germafroditizmining eng keng tarqalgan turi hisoblanadi. Umumiy populyatsiyada 1:20 000-1: 60 000 chastotada

uchraydi [4]. Bemorlarda erkak jinsiy bezlar va 46,XY kariotipi mavjud bo'lgan ayol fenotipi xarakterlidir. Tashqi jinsiy a'zolar ayollarga xos, qin qisqargan, tumtoq tugaydi, jinsiy tuklar yo'q; Balog'at yoshida sut bezlari shakllanishi ortda qoladi va birlamchi amenoreya rivojlanadi.

**Testikulyar feminizatsiya****Testikulyar feminizatsiya**

Izlanishning maqsadi. Bolalar va usmirlarda uchraydigan jins shakllanishida feminizatsiyalovchi buzilishlarning jarroxlik usulida davolash usullarini tanlash va mukamallashtirish.

Tekshirish materiallari va usullari. Tekshirishlarni biz 3-son tugruk majmuasi ginekologiya bulimida va BKTMM endo-ginekologiya bulimida 2015-2023 yillarda 5 yoshdan 31 yoshgacha davolangan 45 ta

bemorlarda utkazdik. Tekshirishlar retrospektiv va prospektiv ravishda olib borildi. Quyidagi tekshirish usullaridan foydalanildi.

Jadval №1.

1. umumiy qon taxlili.	45	100%
2. umumiy siydik taxlili	45	100%
3. qon bioximik taxlili va koagulogramma	45	100%
4. umumiy fizikal tekshiruv	45	100%
5. sistoskopiya	-	-
6. rentgen tekshirish	-	-
7. mutaxassislar ko'rigi	45	100%
8. UTT (kichik chanoq a'zolari, buyrak)	45	100%
9. EKG	45	100%
10. qin surtmasi bakteriologik tekshirishi	45	100%
11. gormonal	38	- -
12. kariologik	38	
13. komp'yutr tomografiya	1	
Jami:		

Tekshirish davomida bemorlarning hozirgi vaqtdagi xayz ko'rish funksiyalari o'rganib chiqildi. Bunga ko'ra 21 ta xolatda bemorlarning xayz ko'rish faoliyati 12-13 yoshda boshlangan bo'lib muntazam saqlangan 12ta bemorda 14-15yoshida gormonal preparatlardan so'nggina xayz ko'rish faoliyati boshlangan bo'lib nomuntazam kechadi. 12 ta bemor bizga murojat qilishiga sabab xayz ko'rish faoliyatining yo'qligi bo'lgan.

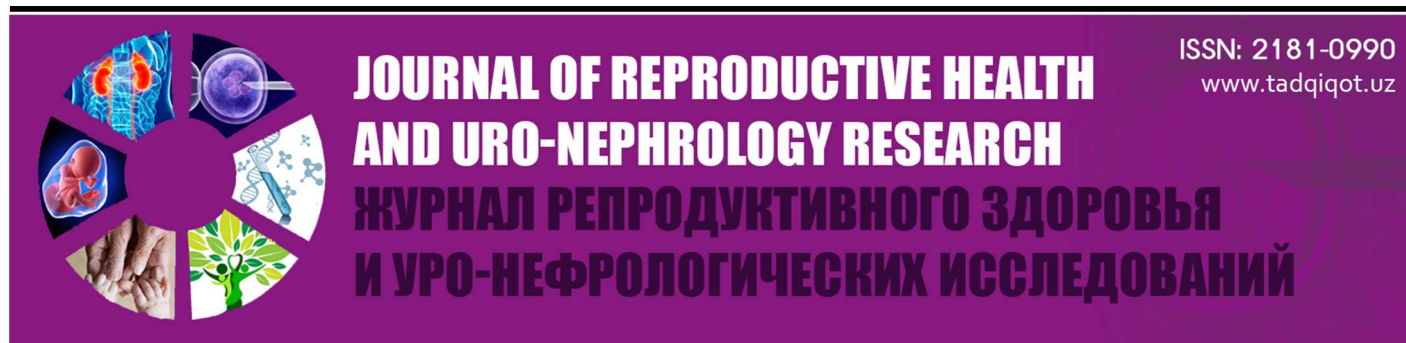
Kasallik sabablarini aniqlashda anamnez ma'lumotlaridan foydalanildi.

Tekshirish natijalari. Bizning tekshirishlarimizga ko'ra biz izlanish olib borayotgan 45 nafariga bemorlarning 39tasi adrenogenital sindrom diagnozi quyilgan bo'lsa, 6 nafariga testikulyar feminizatsiya diagnizi ko'yilgan.

Izlanishimiz natijasida shu narsa anik bo'ldiki, bemorlarda oldin yoshiga mos dozalarda gormonal terapiya o'tkazilganlagiga qaramasdan jinsiy a'zolar anatomiyasi saqlab qolish imkonini bermagan. qupol genital virilizatsiyada plastik operatsiyalari o'tkaziladi: penissimon klitorni olib tashlash, urogenital sinus old devor kesish va qinga kirish qismini shakllantirish. Bemor yoshidan qat'iy nazar diagnoz quyilgandan penissimon klitorni olib tashlanadi. Qin kirish qismini shakllantirishga qaratilgan plastik operatsiyalar 10-11 yoshgacha o'tkazilishi kerak, glyukokortikoid bilan davolash bemorlarga buyining usishiga va urogenital sinus yumshoq tuqimalarining rivojlanishiga, qin kirish qismining ma'lum darajada shakllanishini va siydik chiqarish kanalini jaroxatlanish xavfni kamaytiradi.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Айламазян Э.К. Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей. СПб.-2010
2. Апокина А.Н. Прогнозирование эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Автореф. дисс.жанд. мед.наук,- Москва, 2012
3. Ганиев Ф. И. и др. Гинекологическое Здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 10 (51). – С. 83-87.
4. Гаврилюк ВП, Костин С В., Статина МИ, Северинов ДА, Агеева ЭО. Синдроме оф комплете инсенсивитит то андрогенс оф тхе 4-еарс-олд чилд. Русс Ж Педиатр Сургерй, Анестх Интенсиве Саре. 2020;10(1):89-94. хттпс://дои.орг/10.17816/псаис566
5. Павлов СЙМВН, Папоян АО, Давидович МГ, Ласйнова ГХ. А слинисал сасе оф тхе фамилий вариант оф тхе фулл форм оф фалсе. 2021;3(93):72-76
6. Сидакова З.А., Баранова А.А., Грицай А.Н., Ефремов Г.Д., Любченко Л.Н. Клинический случай экстрагастроинтестинальной стромальной опухоли в сочетании с синдромом тестикулярной феминизации (синдром Морриса). Сибирский онкологический журнал. 2023;22(4):142-148.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ  
УДК: 618.2/4-053.7

**Мухаммедова Фариза Фарходовна**

Резидент магистратуры  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

Д.м.н, профессор  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Маматкулова Мохигул Джахонгировна**

PhD, ассистент  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Хамроева Лола Каххоровна**

Доцент  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

## МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ КАК РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ (Клинический случай)

**For citation:** Mukhammedova Fariza Farxodovna, Negmadjanov Bakhodur Boltaevich, Mamatkulova Mokhigul Jahangirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna, Multiple pregnancies as a risk of premature birth in young first-time mothers (Clinical case), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13364673>

**Mukhammedova Fariza Farxodovna**

Resident of the magistracy  
Samarkand State Medical university  
Samarkand, Uzbekistan

**Negmadjanov Bakhodur Boltaevich**

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Samarkand State medical university  
Samarkand, Uzbekistan

**Mamatkulova Mokhigul Jahangirovna**

PhD, Assistant  
Samarkand State medical university  
Samarkand, Uzbekistan

**Khamroeva Lola Kaxxorovna**

Associate Professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## MULTIPLE PREGNANCIES AS A RISK OF PREMATURE BIRTH IN YOUNG FIRST-TIME MOTHERS (Clinical case)

**Mukhammedova Fariza Farxodovna**

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

**Negmadjanov Baxodur Boltaevich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston  
**Mamatkulova Moxigul Jahangirovna**  
PhD, Assistant  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston  
**Khamroeva Lola Kaxxorovna**  
Docent  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,  
Samarqand, O'zbekiston

## КО'П НОМИЛАДОРЛИК YOSH TUG'UVCHI AYOLLARDA ERTA TUG'ILISH XAVFI SIFATIDA (Klinik holat)

Подростковая беременность и деторождение остаются широко распространенной проблемой здравоохранения с потенциальными краткосрочными и долгосрочными последствиями [1].

Юная беременность является глобальной проблемой общественного здравоохранения и социальной защиты, которая затрагивает как развитые, так и развивающиеся страны. Сокращение подростковой беременности имеет решающее значение для достижения целей устойчивого развития. Примерно 3,9 миллиона девочек-подростков во всем мире делают небезопасные аборт, что является важной причиной материнской смертности и заболеваемости [2].

Беременность у подростков, обычно определяемая как беременность у женщин в возрасте от 13 до 19 лет, встречается примерно у 13% населения США и примерно у 25% женщин во всем мире. Несмотря на высокий уровень, этот показатель неуклонно снижается в течение последних 15 лет, благодаря поддержке образования, контрацепции и других стратегий предотвращения беременности [3].

Подростковый возраст — это критический период, когда происходят значительные изменения в физическом, социальном, психологическом и репродуктивном здоровье. Этот период времени знаменует начало трансформаций сексуального и репродуктивного здоровья, включая начало половой жизни, брак и рождение первого ребенка [2].

Под подростковой беременностью понимают беременность у женщин в возрасте от 13 до 19 лет, которые забеременели до завершения соматического развития. Подростковая беременность часто бывает незапланированной и считается наиболее неблагоприятным исходом сексуальной активности подростков. Во всем мире у девочек-подростков в возрасте 15–19 лет рождается около 16 миллионов детей. По оценкам, в странах с низким и средним уровнем дохода среди женщин в возрасте до 19 лет происходит 21 миллион беременностей, при этом ежегодно рождается 777 000 (6,48%). Распространенность подростковой беременности в странах с низким и средним уровнем дохода составляет 6,48%, при этом в Восточной и Юго-Восточной Азии — 7,1% и 33% соответственно [4].

По данным Международной Федерации планирования семьи ежегодно в мире рожают более 15 млн женщин-подростков, что составляет 2–4,5% от общего количества родов, а еще 5 миллионов вынуждены прибегать к прерыванию беременности. Доля рожающих в возрасте 15–19 лет, проживающих в наименее развитых странах, составляет 76%, т.е. ежегодно — 13 миллионов. Доля рожающих в возрасте до 20 лет колеблется в этих странах от 8% (Восточная Азия) до 55% (Западная Африка), что в среднем составляет 33%. В более развитых странах к 20-летнему возрасту рожают около 10% женщин. Так, число беременных среди несовершеннолетних в Аргентине и Бразилии составляет 16,8–17,5%, в Шотландии — 7,0–12,5%, в Румынии, Болгарии, России — 7,0–10,0%, в США — 7,0–9,8%, в Австралии, Новой Зеландии, Канаде — 4,0–6,9%, в Японии, Германии, Франции — 4,0%, в Нидерландах — 1,2% [5].

По данным World Atlas, африканские страны лидируют в мире по подростковой беременности. В Мали, Анголе, Мозамбике, Гвинее, Чаде, Малави и Кот-д'Ивуаре этот показатель составил 175, 167, 143, 142, 137, 137 и 135 на 100 000 рождений в год соответственно [2].

Подростковая беременность является распространенной проблемой, которая с большей вероятностью затрагивает уязвимые группы населения из-за таких факторов, как бедность, неграмотность и отсутствие перспектив трудоустройства. Она продолжает оставаться существенным фактором детской и материнской смертности, а также межпоколенческих циклов болезней и бедности. Было показано, что случаи подростковой беременности в основном вызваны отсутствием образования, отсутствием доступа к контрацепции и информации о здоровье, а также независимостью в принятии решений. На подростковую беременность в значительной степени влияют ранние браки, изнасилования или сексуальное насилие над замужними или незамужними женщинами. Нежеланные роды и распространение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), способствуют отказу или сопротивлению партнера использовать любые виды контрацепции [7].

С подростковой беременностью связано множество предрасполагающих факторов, некоторые из них связаны с личной уязвимостью, семейным контекстом, отсутствием информации в области сексуального и репродуктивного здоровья, плохим доступом к противозачаточным средствам, насилием в окружающей среде, тяжелым социально-экономическим контекстом, вооруженными конфликтами, религия и культурное происхождение. Однако в большинстве случаев подростковая беременность является результатом отсутствия информации и плохого доступа к противозачаточным средствам [6].

Беременные подростки с меньшей вероятностью получают родовую помощь, поскольку они могут не знать о своей беременности или не знать о ней достаточно, чтобы обратиться за ней до третьего триместра. Во всем мире у матерей-подростков чаще возникают преждевременные роды и низкий вес при рождении из-за неадекватного родового ухода. Девочки в возрасте до 14 лет более подвержены риску медицинских проблем, поскольку незрелый таз может затруднить роды. У молодых женщин в возрасте до 20 лет чаще возникают затрудненные роды, которые, при отсутствии кесарева сечения, могут привести к образованию акушерской фистулы — разрыва родовых путей, из-за которого моча и/или экскременты вытекают наружу. В слаборазвитых странах основными причинами смертности девочек в возрасте от 15 до 19 лет являются осложнения, связанные с беременностью и родами [7].

Неадекватные методы питания, типичные для подросткового возраста, такие как попытки похудеть с помощью диет и пропусков еды, перекусов и употребления фаст-фуда, делают многих беременных подростков уязвимыми к недостаточности питания. Анемия в основном вызвана плохим питанием и неадекватным родовым уходом. Молодые мамы подвергаются повышенному риску преждевременных родов, детей с низкой массой тела при рождении, преэклампсии, эклампсии, преждевременного разрыва плодных оболочек, гестационного сахарного диабета, гипертонии, вызванной беременностью, инфекций мочевыводящих путей и геморрагических синдромов [7].

Преждевременные роды новорожденных также имеют опасные для жизни заболевания и смертность, которые включают задержку внутриутробного развития (ЗВУР), некротизирующий энтероколит, респираторный дистресс-синдром, бронхолегочную дисплазию и ретинопатию недоношенных.



Подростковая беременность может привести к недостаточности таза, затрудненным родам, детской смертности или материнской смертности. Поскольку архитектура таза еще не полностью развита и не готова к родам, ДЦП является типичной проблемой во время родов у подростковой беременности. В дальнейшем это может привести к более длительным и затрудненным родам.

Течение беременности и родов у юных беременных характеризуется наличием ряда осложнений по сравнению с женщинами репродуктивного возраста. Так, например, беременность у подростков чаще всего осложняется анемией, угрожающими преждевременными родами, рвотой беременных и т.д. В родах возможно развитие аномалий родовой деятельности, функционально узкого таза, гипоксии плода, кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах, инфекционных заболеваний. Согласно данным статистического бюро ООН и рекомендациям ВОЗ, оптимальным возрастом для рождения детей является период 20-35 лет, однако на фоне снижения общих показателей фертильности женщин в мире продолжает расти частота беременностей среди подростков и юных [5].

Клинический случай.

Пациентка Муродкулова А. (номер истории 924/336). Поступила с жалобами на боли внизу живота и в пояснице, учащенное мочеиспускание. Диагноз: Беременность I недель 25,3 Роды I. Многоплодная беременность. Осложненный пиелонефрит. Анемия средней степени.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: Нб- 74,0 г/л; эритроциты –  $2,7 \times 10^{12}/л$ ; ЦП-0,8; лейкоциты –  $8,1 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные нейтрофилы -2%; сегментоядерные нейтрофилы – 70%; СОЭ-28 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 40,0 мл; цвет – соломенно-желтый; белок-0,132%; эпителий – 5-6 в поле зрения; лейкоциты-5-6 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74,0 г/л; глюкоза – 3,7 ммоль/л; мочевины – 7,0 ммоль/л; креатинин – 72,8 мкмоль/л; гематокрит-30%. Группа крови A(II), резус (+) положительный.

Ультразвуковое исследование почек: Эхокартина двустороннего пиелонефрита. Уретерогидронефроз 1-2 степени с правой стороны.

Ультразвуковое исследование матки: Беременность 25,3 недель. Двойня. Диамниотическая монохориальная беременность. Острое многоводие. По доплерометрии выявлено нарушение плацентарно-плодового кровотока артерии пуповины и СМА у одного плода. В артерии пуповины наблюдается реверсионный кровоток.

Получила улучшающую фетоплацентарную систему терапию и была выписана. Через день появились острая боль в животе, после чего она обратилась в областной перинатальный центр, где в результате обследования было выявлено отсутствие сердцебиения у 1-го плода. Было решено произвести операцию малое кесарево сечение. Был извлечен 1-й плод мертворожденный, 2-й плод девочка 5-6 баллов по шкале Апгар, которая скончалась через пол часа после рождения. Роженица выписана на 5-е сутки без осложнений.

Таким образом, юный возраст повышает риск преждевременных родов и влечет за собой множество осложнений. Беременность у подростков следует рассматривать как беременность высокого риска. Необходимо подчеркнуть важность комплексного дородового наблюдения за беременными детьми-подростками, поскольку недостаточный дородовой уход может нанести вред как матери, так и ее плоду. Содействие раннему и тщательному дородовому уходу является ключевой стратегией для улучшения исходов подростковой беременности. Решение проблемы подростковой беременности также требует серьезных усилий со стороны семей, поставщиков услуг, школ, религиозных и общественных организаций, центров отдыха, политиков и молодежи. Подростки должны быть информированы о негативных последствиях подростковой беременности, особенно их родителями и в школе.

## Список литературы

1. Vieira Martins M, Karara N, Dembiński L, Jacot-Guillarmod M, Mazur A, Hadjipanayis A, Michaud PA. Adolescent pregnancy: An important issue for paediatricians and primary care providers-A position paper from the European academy of paediatrics. *Front Pediatr*. 2023 Feb 7;11:1119500. doi: 10.3389/fped.2023.1119500. PMID: 36824647; PMCID: PMC9941531.
2. Alukagberie, M.E., Elmusharaf, K., Ibrahim, N. *et al*. Factors associated with adolescent pregnancy and public health interventions to address in Nigeria: a scoping review. *Reprod Health* 20, 95 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01629-5>
3. Heidi K. Leftwich, Marcus Vinicius Ortega Alves, Adolescent Pregnancy, *Pediatric Clinics of North America*, Volume 64, Issue 2, 2017, Pages 381-388, ISSN 0031-3955, ISBN 9780323524216, <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>.
4. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzik P, Houžvičková A, Argalášová E. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 25;20(5):4113. doi: 10.3390/ijerph20054113. PMID: 36901128; PMCID: PMC10002018.
5. Т. М. Ларюшева, Т. Б. Лебедева, А. Н. Баранов, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН. Журнал акушерства и женских болезней ТОМ LXI ВЫПУСК 1/2012. С 106-112
6. Vieira Martins M, Karara N, Dembiński L, Jacot-Guillarmod M, Mazur A, Hadjipanayis A and Michaud P-A (2023) Adolescent pregnancy: An important issue for paediatricians and primary care providers—A position paper from the European academy of paediatrics. *Front. Pediatr*. 11:1119500. doi: 10.3389/fped.2023.1119500.
7. Chakole S, Akre S, Sharma K, Wasnik P, Wanjari MB. Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review. *Cureus*. 2022 Dec 18;14(12):e32662. doi: 10.7759/cureus.32662. PMID: 36686124; PMCID: PMC9848684.



УДК 616.01

**Супанкулов Мизроб Усманкулович**

К.м.н. уролог-андролог

Репродуктивный центр «Доктор-М»

Самарканд, Узбекистан

**Усманкулова Хабиба Мизробжоновна**

репродуктолог

Репродуктивный центр «Доктор-М»

Самарканд, Узбекистан

**Махмудова Севара Эркиновна**

PhD, репродуктолог

Репродуктивный центр «Доктор-М»

Самарканд, Узбекистан

**Эргашева Парвина Дилшодовна**

репродуктолог

Репродуктивный центр «Доктор-М»

Самарканд, Узбекистан

# ВНУТРИМАТОЧНАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (Клинический случай)

**For citation:** Supanqulov Mizrob Usmonqulovich, Usmonqulova Xabiba Mizrobjonovna, Maxmudova Sevara Erkinovna, Ergasheva Parvina Dilshodovna, Intrauterine insemination in the treatment of male impotence: experience of application and clinical recommendations (Clinical Case), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 2 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13371093>
**Supanqulov Mizrob Usmonqulovich**

t.f.n. urolog-androlog

Reproduktiv markaz «Doktor-M»

Samarqand, O'zbekiston

**Usmonqulova Xabiba Mizrobjonovna**

reproduktolog

Reproduktiv markaz «Doktor-M»

Samarqand, O'zbekiston

**Maxmudova Sevara Erkinovna**

PhD, reproduktolog

Reproduktiv markaz «Doktor-M»

Samarqand, O'zbekiston

**Ergasheva Parvina Dilshodovna**

reproduktolog

Reproduktiv markaz «Doktor-M»

Samarqand, O'zbekiston

# ERKAKLAR BEPUSHTLIGINI DAVOLASHDA BACHADON ICHI URUG'LANISHNING QO'LLANISH TAJRIBASI VA KLINIK TAVSIYALAR (KLINIK HOLAT)

**Supankulov Mizrob Usmankulovich**

Candidate of medical sciences, urologist andrologist

Reproductive Centre 'Doctor-M'

Samarkand, Uzbekistan

**Usmankulova Habiba Mizrobjonovna**

reproductologist

Reproductive Centre 'Doctor-M'

Samarkand, Uzbekistan  
**Makhmudova Sevara Erkinovna**  
PhD, reproductiveologist  
Reproductive Centre 'Doctor-M'  
Samarkand, Uzbekistan  
**Ergasheva Parvina Dilshodovna**  
reproductologist  
Reproductive Centre 'Doctor-M'  
Samarkand, Uzbekistan

## INTRAUTERINE INSEMINATION IN THE TREATMENT OF MALE IMPOTENCE: EXPERIENCE OF APPLICATION AND CLINICAL RECOMMENDATIONS (Clinical Case)

В Узбекистане за последние годы отмечено двукратное увеличение числа мужчин с бесплодием [1]. Тенденцию к снижению количества сперматозоидов в эякуляте обнаружили исследователи в разных странах мира [2]. Несмотря на совершенствование диагностических методов, не всегда удается установить причину снижения репродуктивной функции мужчин и назначить им лечение в соответствии с этиологией и патогенезом заболевания. Нередко эффективность лечения оказывается недостаточной для достижения спонтанной беременности, особенно если одновременно имеют место женские факторы снижения фертильности. В этих случаях можно рассматривать вероятность дополнительного применения процедуры искусственной инсеминации (ИИ). ИИ — это способ лечения бесплодия, при котором в перiovуляторном периоде сперматозоиды через специальный катетер вводят в полость влагалища или в цервикальный канал (внутришеечная/интрацервикальная инсеминация), или непосредственно в полость матки (внутриматочная инсеминация — ВМИ). Для ИИ применяют сперму мужа. Впервые такой метод был применен в 1784 году итальянцем Лазаро Спалаци на своей собаке. В результате такого оплодотворения собака родила троих здоровых щенят, ничем не отличающихся от питомцев, зачатых естественным путем. В Узбекистане принят закон о проведение ИИ «Об охране репродуктивного здоровья граждан» был подтвержден Законодательной палатой 15 февраля 2019 года, Одобрен Сенатом 28 февраля 2019 года [3].

В зависимости от причин бесплодия и схем стимуляции овуляции вероятность беременности и родов повышается при внутриматочной инсеминации (ВМИ) в 1,6—4,5 раза относительно выжидательной тактики и стимуляции овуляции в естественном цикле [5—7]. Принято считать, что наиболее эффективна ИИ при цервикальном факторе, нарушении овуляции (при использовании стимулированного цикла) и умеренных нарушениях качества спермы; неэффективна — при установленной двусторонней непроходимости маточных труб и эндометриозе III—IV стадии [6—12]. По данным метаанализа, выполненного R. Ayeleke и соавт., вероятность живорождения с ВМИ в стимулированном цикле составляет в среднем от 17 до 36% [6]. При этом беременность, достигнутая с помощью ВМИ у женщин в возрасте до 37 лет, наступает преимущественно в течение первых 3—4 циклов лечения [13, 14]. По данным R. Dickey и соавт., выполнивших анализ 3 381 цикла со стимуляцией кломифеном, после 4 циклов ВМИ совокупная частота наступления беременности составила 46% у пациенток с овuляторной дисфункцией, 38% у пациенток с цервикальным фактором, мужским фактором и бесплодием неясного генеза, 34% у пациенток с эндометриозом и 26% у пациенток с трубным фактором (односторонний процесс); после 6 циклов — увеличилась до 65% при овuляторной дисфункции и до 35% при эндометриозе, но осталась неизменной при другой патологии [15]. По другим данным, после 6 циклов ВМИ (анализ 613 циклов) кумулятивная частота наступления беременности составила 84% у пациенток с овuляторной дисфункцией, 57% у пациенток с необъяснимым бесплодием, 38% у пациенток с эндометриозом и 20% у пациенток с трубной недостаточностью [16]. Результаты еще одного большого исследования [17] продемонстрировали аналогичную тенденцию: частота наступления беременности на

пару составила 47,4% при овuляторной дисфункции и 55,6% при бесплодии с цервикальным фактором, но отмечена более низкая частота наступления беременности у пациенток с эндометриозом (10,7%) в течение различного количества циклов (от 1 до 9). При мужском факторе, по данным М.А. Шаховой и соавт. (341 пара, получавшая лечение методом ВМИ), кумулятивная частота наступления беременности и родов при проведении ВМИ в зависимости от номера попытки составила: 1-я попытка — 16,7% (15,2%), 2-я — 30,4% (27,6%), 3-я — 42,3% (39,2%) и 4-я — 50,1% (46,6%) соответственно [9]. Авторы отметили, что частота наступления беременности при проведении первых трех попыток ВМИ оставалась практически на одном уровне и только при четвертой попытке снизилась на 1,4—1,6% по сравнению с первыми попытками.

### Описание клинического случая

Пациентка Д., 36 лет, в 2024 г. обратилась в репродуктивный центр «Доктор-М» с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Из анамнеза: менструации с 13 лет, цикл регулярный, по 5 дней через 22—24 дня, с периодами нарушения овuлярально-менструального цикла. Половая жизнь с 32 лет, брак первый, брак не родственный. У пациентки отмечается избыточная масса тела, на момент обращения индекс массы тела 25,1 кг/м<sup>2</sup> (рост 167 см, масса тела 70 кг). С 18 лет наблюдалась у гинеколога с диагнозом аднексит, медикаментозной терапии не получала. По данным гистеросальпингографии, маточные трубы проходимы. В анамнезе одна беременность в 2021 г., завершившаяся самопроизвольным прерыванием в сроке 4 нед гестации (кариотип абортуса неизвестен). При проведении ультразвукового исследования органов малого таза на этапе предгравидарной подготовки: тело матки размером 52×42×50 мм, миометрий однородный, эндометрий соответствует дню менструального цикла, М-эхо 7 мм, яичники правый размеры: 25×26, АФ 3-4 до 4 мм, левый яичник 18×13, АФ 1-2 до 6 мм фолликулярный аппарат обеднен. (исследование проводилось на 11-й день менструального цикла). Супругу 35 лет, для супруга данный брак первый. Соматически здоров, по данным спермограммы — астенотератозооспермия III (a+b=7,9), тератозооспермия III степени, морфологически нормальные сперматозоиды 1%, левостороннее рецидивирующее варикоцеле III степени, правостороннее варикоцеле II степени, хронический орхоэпидидимит, хронический простатит. Кариотипирование по лимфоцитам периферической крови отклонений не выявило: жена 46, XX; муж 46, XY. Мужу была проведена операция по Мармару варикоцелеэктомия с обеих сторон, было назначено консервативное лечение после операции. Учитывая вторичное бесплодие, обусловленное мужским фактором, низкий овuляральный резерв, для достижения беременности было проведено лечение бесплодия методом ЭКО/ИКСИ по модифицированному протоколу «Банкинг ооцитов». Первая стимуляция была проведена препаратом перговерис 150 ME+75 ME (Merck Serono International S.A.), Триггер овуляции был назначен при достижении лидирующих фолликулов диаметром 19 мм - овитрель 250 мкг п/к (Industria Farmaceutica Serono S.p.A). При пункции были получены 2 ооцита. Вторая стимуляция проводилась препаратами фоллиграф 750 ME (Ltd Bharat Serums and Vaccines Индия) и IVF-M п/к 1050 ME (LG Chem, Ltd, Корея). Триггер овуляции овитрель 250 мкг п/к (Industria Farmaceutica

Serono S.p.A). При пункции были получены 2 ооцита. 3-стимуляция проводилась препаратами Гонал-Ф 450 ME (MERCK SERONO, S.p.A., Италия) п/к и IVF-M п/к 900 ME (LG Chem, Ltd, Корея). Триггер овуляции овитрель 250 мкг п/к (Industria Farmaceutica Serono S.p.A). При пункции были получены 2 ооцита. Четвертая стимуляция проводилась препаратом перговерис 1050 ME (Merck Serono International S.A.). Триггер овуляции овитрель 250 мкг п/к (Industria Farmaceutica Serono S.p.A). При пункции был получен 1 ооцит. Длительность стимуляции 3 месяца. При трансвагинальной пункции яичников аспирировано 9 ооцит-кумулюсных комплексов, все клетки зрелые, на стадии метафазы II. Эмбриологический этап проводили на культуральных средах Cook (Австралия). Условия культивирования: мультигазовая смесь с пониженным содержанием кислорода (5,5% CO<sub>2</sub>, 5% O<sub>2</sub>, остаточный N<sub>2</sub>). Все полученные ооциты при их оценке на световом уровне (×400) после очищения от клеток кумулюса с помощью энзимной денудации (гиалуронидаза, «Cook», Австралия) имели выраженную деструкцию структуры зоны пеллюцида, резкое ее истончение, дебрис в гипертрофированном перивителлиновом пространстве, один ооцит зоны пеллюцида не имел. Оплодотворение проводили методом ИКСИ (Sperm Slow, Origio, Дания). Ооциты фиксировали о край капли в чашке для ИКСИ, без использования микропипетки holding. Из 9 зрелых ооцитов оплодотворение произошло в 5, 2 ооцита не оплодотворились, 2 дегенерировали. Ооцит без зоны пеллюцида оплодотворился. Оценка эмбрионов на 3-й день культивирования: 8а — 2 эмбриона, 8в — 3 эмбриона. В последующем проводилась противовоспалительная, противовирусная терапия в течение одного месяца. Первый перенос эмбрионов в полость матки осуществляли на 5-й день культивирования. Качество переносимых эмбрионов, согласно классификации по Гарднеру, 6АА (эмбрион сформировался без зоны пеллюцида), 4ВА. Были криоконсервированы 2 эмбриона на стадии бластоцисты, 5-го дня культивирования, качества 6АВ, 4ВА. Но к сожалению беременность не наступила. Второй криоперенос эмбрионов в полость матки осуществляли через месяц после первой попытки переноса. Качество переносимых эмбрионов, согласно классификации по Гарднеру, 6АВ, 4ВА, но опять же, к сожалению, беременность не наступила.

Но данная пара не сдалась и через год после неудачных попыток программы ЭКО/ИКСИ обратились в наш репродуктивный центр «Доктор-М». Было проведено минимально количество обследований данной пары и был предложен метод внутриматочной инсеминации. Стимуляция функции яичников проводилась препаратом клостилбегит 50мг с 4-го дня менструального цикла (Эгис ЗАО, Венгрия) в сочетании с препаратом Лензетго (препарат для системной заместительной терапии эстрогенами Гедеон Рихтер Румыния А.Т.), длительность стимуляции 5 дней. Далее на 9 день МЦ в левом яичнике ДФ-11,2 мм, 17,9мм, 11,1мм и правом яичнике ДФ 12,4мм. Было решено стимулировать дальше препаратом Хумог 75 мг (менотропин) еще 3 дня. (Бхарат Лимитед, Индия). На 12 день МЦ толщина эндометрия составила 9,6 мм, ДФ слева 22,4мм, 20,4мм, справа ДФ 19,2мм. Двойным триггером для финального созревания ооцитов

были - Хуког 5000 ЕД, (МЭЗ; Завод-производитель: Мэз ПАО, Россия) + Декапептил 0,1 (FERRING, GmbH, Германия). Через 36 ч после введения двойного триггера на 13 день цикла была произведена внутриматочная инсеминация.

Процедура выполняется в амбулаторных условиях, в рамках естественного или стимулированного женского цикла. Предварительно обязательно осуществляется полное обследование партнеров. При необходимости проводится лечение и коррекция выявленных нарушений. Выделяют несколько основных этапов внутриматочной инсеминации спермой. Процедура является безболезненной и длится около 2-3 минут. Инсеминацию проводят в обычном гинекологическом кресле без применения наркоза. Предварительно область шейки матки осматривают и при необходимости удаляют излишки секрета (слизи).

Концентрат сперматозоидов вводят в шейку матки при помощи тонкого гибкого катетера, соединенного со шприцем, который за счет своего минимального диаметра беспрепятственно проникает в канал шейки матки. Затем женщине необходимо побыть в горизонтальном положении около получаса. При этом всегда обеспечивается контроль за ее состоянием. Это позволяет предотвратить негативные реакции со стороны организма и быстро устранить их. Через 10-14 дней после процедуры пациентке рекомендовано сдать кровь на хорионический гонадотропин (ХГЧ). Повышение концентрации этого гормона свидетельствует о наступлении беременности.

Предназначенная для внутриматочной инсеминации сперма в обязательном порядке проходит небольшую подготовку. Процесс длится не более 3 часов и заключается в очищении биоматериала и выделении фракции наиболее активных сперматозоидов.

Важно! Обязательным этапом является оценка количества и качества сперматозоидов перед процедурой для уточнения перспективности их использования. Подготовка спермы проводится по технологии центрифугирования в градиенте плотности:

- В процессе центрифугирования сперматозоиды с максимальной подвижностью оказываются на дне пробирки в виде осадка, а семенная плазма, лейкоциты, эпителиальные клетки и неподвижные сперматозоиды задерживаются в верхних слоях раствора
- Осадок переносится в чистую пробирку и дважды центрифугируется с питательной средой для очищения от остатков градиента плотности
- К очищенным сперматозоидам добавляют небольшой объем свежей культуральной среды, обычно около 0,5 мл, и полученную суспензию повторно анализируют, оценивая количество и подвижность сперматозоидов

Такая методика обеспечивает максимально полное удаление семенной плазмы. Только в этом случае можно гарантировать безопасность процедуры для женщины и отсутствие рисков развития у нее анафилактического шока и иных негативных реакций организма.

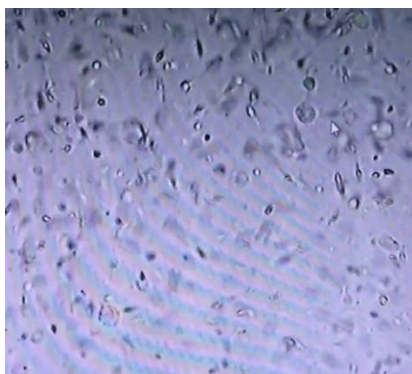


Рис. 1 Сперма мужа до промывки

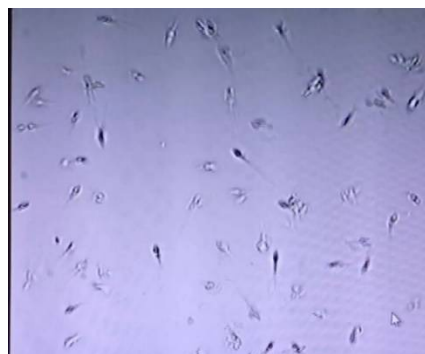


Рис. 2 Сперма мужа после промывки



Важно! Вместе с семенной плазмой во время подготовки из спермы удаляются белки – антигенные протеины и простагландины, а также бактерии, лейкоциты, примесные эпителиальные клетки, незрелые и неподвижные сперматозоиды.

Благодаря грамотной подготовке повышается эффективность технологии внутриматочной инсеминации. Это обусловлено тем, что на данном этапе спермии защищаются от образующихся свободных радикалов кислорода, сохраняют стабильность. Через 16 дней после внутриматочной инсеминации у нас наступила долгожданная беременность двойней. Беременность прогрессирует.

**ВЫВОДЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:** С клинко-экономических позиций внутриматочная инсеминация является эффективным средством лечения мужского и сочетанного бесплодия. В зависимости от причин бесплодия и схем стимуляции овуляции вероятность беременности и родов повышается при внутриматочной инсеминации в 1,6— 4,5 раза относительно выжидательной тактики и стимуляции овуляции в естественном цикле. Эффективность внутриматочной инсеминации зависит от качества спермы и репродуктивного здоровья женщины. В свою очередь репродуктивный статус женщины определяется: 1) возрастом, 2) основным диагнозом — причиной бесплодия, 3) сопутствующими заболеваниями. Вероятность наступления беременности после внутриматочной инсеминации повышается при стимуляции овуляции с помощью гонадотропинов, кломифена или летрозола (в России не зарегистрирован для данных задач). Кломифен и летрозол приводят к схожей частоте наступления беременности, родов и многоплодной беременности, и эти методы лечения рекомендуются вместо гонадотропинов в связи с высокой частотой наступления многоплодной беременности при их применении. Показанием к внутриматочной инсеминации при мужском факторе бесплодия следует считать соответствие следующим критериям: 1) отсутствие инфекционно-

воспалительного процесса в органах репродуктивного тракта; 2) отсутствие субклинического носительства половых инфекций (хламидия, гонококки, микоплазма гениталиум, трихомонада); 3) расчетное количество прогрессивно подвижных сперматозоидов в нативном эякуляте не менее 5 млн; 4) расчетное количество прогрессивно подвижных сперматозоидов в отмытом образце спермы не менее 1 млн; 5) доля нормальных сперматозоидов (по строгим критериям) в нативном эякуляте не менее 4% (требуется уточнения); 6) доля сперматозоидов с признаками фрагментации ДНК в нативном эякуляте не более 15—26% (требуется уточнения); 7) АСАТ на подвижных сперматозоидах после отмывки не более 10—20% (требуется уточнения). Женщина должна соответствовать следующим критериям: 1) возраст моложе 38 лет; 2) отсутствие инфекционно-воспалительного процесса в органах малого таза; 3) отсутствие трубного фактора бесплодия; 4) отсутствие эндометриоза III—IV стадии; 5) установленное нарушение овуляции и/или цервикальный фактор; 6) идиопатическое женское бесплодие (требуется уточнения); 7) наличие ответа яичников на применение кломифена или летрозола (в России для этих целей не зарегистрирован); 8) отсутствие аномалий половой системы, соматических и психических заболеваний, являющихся противопоказанием к плановой беременности. Внутриматочное введение спермы следует проводить через 24—40 ч после инъекции хорионического гонадотропина человека или через 24 ч после «всплеска» уровня лютеинизирующего гормона в естественных циклах. Большинство беременностей наступает в течение первых 4 циклов ВМИ, после которых следует рассмотреть возможность ЭКО. Ограничениями к проведению ИИ являются неудачные повторные попытки ИИ (>3). На многие обсуждаемые вопросы пока нет однозначных ответов. Требуются дальнейшие исследования для повышения эффективности лечения бесплодия с помощью ВМИ.

## Литература

1. Лебедев Г.С., Голубев Н.А., Шадеркин И.А., Шадеркина В.А., Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А. Мужское бесплодие в Российской Федерации: статистические данные за 2000— 2018 годы. Экспериментальная и клиническая урология. 2019; 4:4-12. Lebedev GS, Golubev NA, Shaderkin IA, Shaderkina VA, Apolihin OI, Sivkov AV, Komarova VA. Male infertility in the Russian Federation: statistical data for 2000—2018.
2. Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2019;4:4-12. (In Russ.). <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2019-11-4-4-12> 2. Levine H, Jørgensen N, Martino-Andrade A, Mendiola J, WekslerDerri D, Mindlis I, Pinotti R, Swan SH. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. Human Reproduction Update. 2017;23(6):646-659. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022>
3. Закон Республики Узбекистан, от 11.03.2019 г. № ЗРУ-528
4. Wang R, Danhof NA, Tjon-Kon-Fat RI, Eijkemans MJ, Bossuyt PM, Mochtar MH, van der Veen F, Bhattacharya S, Mol BWJ, van Wely M. Interventions for unexplained infertility: a systematic review and network meta-analysis. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;9(9):CD012692. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012692.pub2>
5. Ayeleke RO, Asseler JD, Cohlen BJ, Veltman-Verhulst SM. Intrauterine insemination for unexplained subfertility. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;3(3):CD001838. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001838.pub6>
6. Starosta A, Gordon CE, Hornstein MD. Predictive factors for intrauterine insemination outcomes: a review. Fertility Research and Practice. 2020;6(1):23. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00092-1>
7. Назаренко Т.А., Квашнина Е.В., Перминова С.Г., Дуринян Э.Р., Абубакиров А.Н. Оценка эффективности метода внутриматочной инсеминации в лечении бесплодных супружеских пар. Проблемы репродукции. 2007;13(2):13-17. Nazarenko TA, Kvashnina EV, Perminova SG, Durinyan ER, Abubakirov AN. Evaluation of the effectiveness of the method of intrauterine insemination in the treatment of infertile married couples. Problemy reprodukci. 2007;13(2):13-17. (In Russ.).
8. Шахова М.А. Программа внутриматочной инсеминации у бесплодных пар с изолированным мужским фактором. Нижегородский медицинский журнал. 2006;6:174-176. Shahova MA. The program of intrauterine insemination in infertile couples with an isolated male factor. Nizhegorodskij medicinskij zhurnal. 2006;6:174-176. (In Russ.).

# ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 5, HOMEP 2

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND  
URO-NEPHROLOGY RESEARCH

VOLUME 5, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000