

Impact Factor: 5.878

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

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор: Chief Editor:

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

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

Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

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

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

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

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

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

Агабабян Ирина Рубеновна
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского института
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute)

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

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

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

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

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

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

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

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

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

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

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

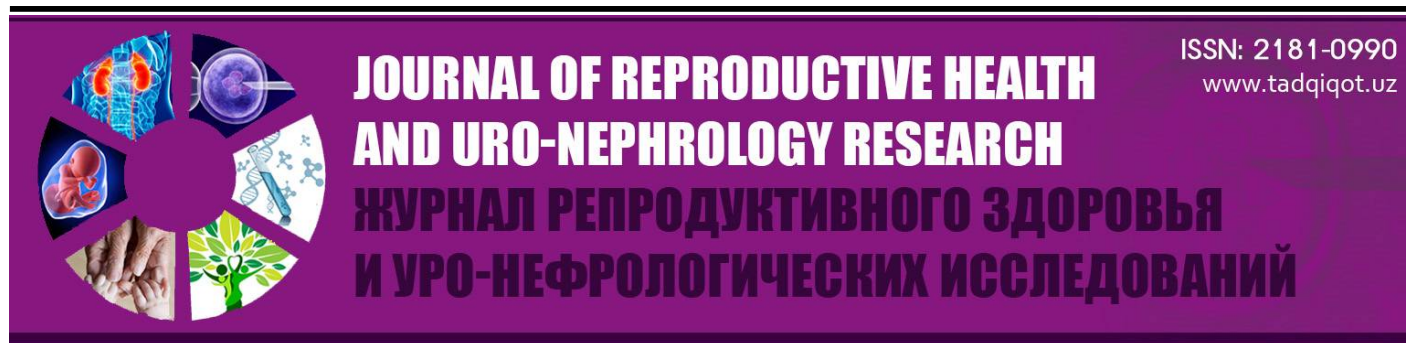
Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

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

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Аллазов С. А., Турсунов О. Б., Батиров Б. А., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А. ВАРИКОЦЕЛЕ: ВСЕГДА ЛИ ПЛАНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / VARICOCELE: IS IT ALWAYS A PLANNED DISEASE / VARIKOTSELE: DOIM HAM REJALI KASALLIKMI.....	6
2. Аллазов С. А., Аллазов И. С., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А., Негматов К.Н. ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ / RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER / PROSTATA BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH.....	10
3. Исанбаева Л. М. ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ / A PROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS/VACHADON MIOMASI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARINING ISTIKBOLL TAXLILI.....	14
4. Назарова Г. Х. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/INNOVATIVE METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA/PREEKLAMPSIYADA PROGNOSTIK MARKERLARNI DIAGNOTIKA QILISHNING INNOVATSION USULLARI	16
5. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н. Р., Жалолова И. А., Шамсиева М. Ш. КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ/CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION/JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENITAL PROLAPSANI TUZATISH.....	19
6. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г.Т., Очилова У. Т. ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ / THE COURSE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN AND DIFFERENT APPROACHES IN TREATMENT / HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNING KECHISHI VA DA'VOLASHDA TURLI YONDASHUVLAR.....	23
7. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г. Т., Омонова П. О. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ / SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA / QIN VA VACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI.....	27
8. Негмаджанов Б. Б., Зоирова Н. А., Шавкатов Х. Ш., Раббимова Г. Т. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, MODERN CLASSIFICATION OF GENITAL PROLAPSE AND MODERN CONCEPTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE / GENITAL PROLAPS ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ZAMONAVIY TASNIFI VA KASALLIKNI XIRURGIK DAVOLASHDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR.....	31
9. Нигматулина И. И., Исанбаева Л. М. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ / SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE / HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI	34
10. Раббимова Г. Т., Жумагелдиева Ю.Ш. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН / EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN / HOMILADOR AYOLLARDA O'TKIR YOG'LI GERATOZNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH.....	38
11. Юсупова Д. О., Матякубова С. А., Палванов Т. М. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ / BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY / RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI.....	41




УДК 618-007(072.8)

Негмаджанов Баходур Болтаевич
 Доктор медицинских наук, профессор
 Самаркандский Государственный
 Медицинский институт Самарканд, Узбекистан
Раббимова Гульнора Тоштемировна
 Доктор философии по медицинским наукам
 Самаркандский Государственный
 Медицинский институт Самарканд, Узбекистан
Омонова Парвина Обидбоевна
 Резидент магистратуры
 Самаркандский Государственный
 Медицинский институт Самарканд, Узбекистан

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ
 ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

For citation: Negmadjanov Boxodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Omonova Parvina Obidboevna, Some features of metabolic syndrome when there is a syndrome of polycystosis of the ovaries in the vagina and uterus aplasia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 1, pp. 27-30

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426610>

Negmadjanov Boxodur Boltaevich
 Doctor of Medical science, Professor
 Samarkand State medical institute, Samarkand, Uzbekistan.
Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 Doctor of Philosophy in Medical Sciences
 Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan
Omonova Parvina Obidboevna
 Master's Resident Samarkand
 State medical institute, Samarkand, Uzbekistan.

**SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES
 IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA (LITERATURE REVIEW)**

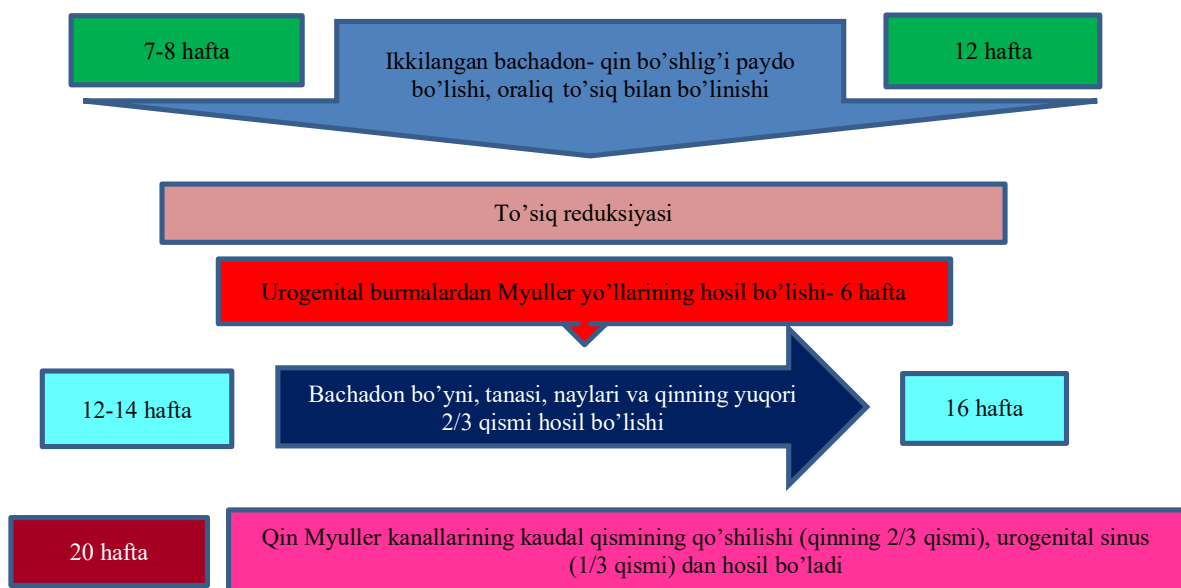
Negmadjanov Boxodur Boltaevich
 Tibbiyot fanlari doktori, professor
 Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston
Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori
 Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston
Omonova Parvina Obidboevna
 Magistratura rezidenti
 Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

**QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK
 SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Qin va bachadon aplaziyasi Mayer Rokitanskiy Kyuster Xauzer sindromi (MRKXS) hamma rivojlanish nuqsonlari orasida 4% ni tashkil qilib, 3,2% hollarda reproduktiv yoshda aniqlanadi [1,6]. Qizlar orasidagi ginekologik kasalliklar orasida 6,5% aniqlanadi. Oxirgi 10 yil davomida bachadon va qin rivojlanish nuqsonlari 10 barobar oshgan bo'lib, 35-63:1000 hollarda genetik o'zgarishlar natijasida bo'lib, bepushtlikka olib keladi. Hozirgi vaqtlarda jinsiy a'zolar rivojlanish anomaliyalari 14% oshganligi ekologik holatning yomonlashishi sabab bo'lmoqda. 24-34 % xollarda qin rivojlanish nuqsoni og'ir, aralash yoki atipik turda uchraganligi sababli diagnostik qiyinchilik tug'diradi [5]. 11-32% bemorlarda bepushtlik aniqlanib rivojlanmagan homiladorlik 23-86% tashkil qiladi [3].

MRKXS- homiladorlikning 5-6 haftasida muvaffaqiyatsiz rivojlanishi natijasida bo'lib, Myuller nazariyasiga ko'ra 4-20 hafta orasida ayollar jinsiy rivojlanish davri hisoblanadi. Mezodermadan juftlangan mezoneftral-volf kanalchalari (birlamchi buyrakning yig'uvchi kanalchalaridan) va ulardan lateral – paramezoneftral-Myuller kanalchalari (urogenital qavat epiteliysidan) hosil bo'ladi. Ayollarda

Myuller kanalchalarining kaudal yo'nalishda o'sishi va birlashishi bachadon-qin bo'shlig'ini xosil qiladi, bular to'siq yordamida bo'linadi, keyinchalik esa kranial yo'nalishda to'siqning qisqarishi sodir bo'ladi. Natijada bachadon naylari, bitta bachadon, bachadon bo'yni va qin hosil bo'ladi [2,4]. Qinning hosil bo'lishi tugallanishi embrional rivojlanishning 20 chi haftasi, urogenital sinusning (qinga kirish va qinning pastki uchdan bir qismi) va Myuller kanalchalarining kaudal qismining (yuqori 2/3 qin) birlashishi bilan tugallanadi. Kaudal yo'nalishda paramezoneftral kanalchalar o'smaganda qin va bachadon aplaziyasi hosil bo'ladi. Kanalchalarning urogenital sinus bilan birlashmaganligida qinning qisman aplaziyasi, anomaliyaning uzunligi kanalchalarning o'sishining kechikkanlik darajasiga bog'liq bo'ladi. Bachadon va qinning ikki marta uzunlashishi kanalchalarning birlashgandan keyin ularning umumiy devori erimaganda hosil bo'ladi [2]. Volf kanalchalari regressiyaga uchrab, para-va epioforon ko'rinishida bo'lib, tuxumdonning xususiy boylamida joylashadi, ba'zan esa qinning yon devorlari bo'ylab Gartner parchalari va kistalari shaklida regressiyaga uchraydi [6].



Rasm 1. 6-20 haftalikda embriogenez (M.A. Strijakova 2005).

Bachadon mezoneftral yo'llarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Qin dahlizi urogenital sinusning qismidan hosil bo'ladi. Ekologiyaning nojo'ya ta'siri natijasida bu nuqsonning uchrash chastotasi oshadi. Ona organizmida nuqsonning kelib chiqishi embrional davrda bo'lib, 2 davrga bo'linadi: 1-davr blastogenez davrida (rivojlanishning birinchi 28 kunida), 2-davr organogenez davrida (29 kundan 56 kungacha) kuzatiladi [1].

Bir necha genlarning mutatsiyalari (WT1, RAX2, NOXA7-NOXA13, RVX1, va WNT4) ham bu sindrom kelib chiqish sababi bo'lishi mumkin. Zamonaviy tadqiqotchilar genetik kelib chiqish gipotezasini tasdiqlaydi, bu kasallik autosom-dominant xolda rivojlanadi. Aniqlanganki NOXA10 geni bachadon rivojlanishiga, NOXA11 bachadon va bachadon bo'yni pastki segmenti rivojlanishiga va qin xosil uchun HOXA13 geni javobgar; bu genlarning buzilishi MRKXS kelib chiqishiga olib kelishi mumkin [2]. Ba'zi mualliflar ushbu patologiyaning rivojlanishida TCF2 (HNF1B) va LHX1 genlarining rolini ko'rsatadilar. Boshqalar esa WNT4 genini ayollar jinsiy a'zolarining embrional evolyusiyasida eng asosiy rolini aytadi [3].

MRKXS da pubertat davrgacha hech qanday shikoyatlar bo'lmay, pubertat davrda birlamchi amenoreya, og'riq sindromi, jinsiy hayotning bo'lmasligiga shikoyat qiladi. Bolalik va o'smirlik davrda qin rivojlanish nuqsoni bor qizlar ginekologik stasionarga funksional bachadonning menstrual qonning chiqishida bog'liq bo'lgan buzilishlar gematometr, gematosolpinks kabi o'zgarishlar bilan shifokorga

murojaat qiladi. Jinsiy anomaliyalar xayot uchun xavfli emas balki ma'lum bir psixoseksual buzilishlar keltirib chiqaradi [4]. Qin nuqsonli qizlarda kuchli og'riq sindromi, defekatsiya va siydik ajratishning buzilishi ko'pincha diagnostik xatoga sababchi bo'ladi. Klinik tekshiruv umumiy ko'rik, tana tuzulishini baholash, konstitusional tipi, tuklanish darajasi, birlamchi va ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanishi, ko'krak bezlarining xolati, yurak qon-tomir, nafas, ovqat hazm qilish, nerv, siydik ajratuv va endokrin sistemalar xolati baholanadi [2,6].

Qin aplaziyasida qo'llaniladigan metodlar:

- bemor shikoyatlari va kasallik anamnezi.
- umumiy ko'rik (fizik va jinsiy rivojlanishini baxolash).
- ginekologik ko'rik (tashqi jinsiy a'zolar, uretra, qizliq pardasi, qin ko'rigi).
- qin uchun vaginoskopiya qo'llash [3].

Qin aplaziyasini davolashning jarrohlik va jarrohsiz usullari mavjud. Xozirgi vaqtadagi konservativ usul yuqori effektiv bo'lib, qonsiz kolpopoez usuli yordamida sun'iy qin yaratishdir. Jinsiy rivojlanish anomaliyalari tufayli menstrual qonni chiqishining buzilishi natijasida 80% xollarda kichik chanoq a'zolarida chandiqli o'zgarishlar va endometrioz kuzatiladi [1,5].

Hozirgi kunda qo'llanilayotgan eng keng tarqalgan jarrohlik usullari "Frank kengaytirish usuli" ni o'z ichiga oladi, eng ko'p qo'llanilayotgan jarrohlik usullari yesa Makindoye, Uilyams, Vekkiyetti, Davidov va Bolduin tomonidan ishlab chiqilgan. Davolashning xirurgik kamchiligi

asoratini paydo bo'lishi (siydik qopi va to'g'ri ichakni jarohatlanishi) va davolashning samarasizligi (chandiqli torayish va neoqin qisqarishi sodir bo'ladi) [5].

Tuxumdonlar polikistoz sindromi (TPS)- ayollarning reproduktiv yoshida endokrin metabolik o'zgarishlar bilan xarakterlanadigan geterojen kasallik bo'lib, menstrual siklning buzilishi, bepustlik, girsutizm, metabolik sindrom, giperqlikemiya rivojlanishi, dislipidemiya, giperandrogeniya, lyutenlovchi gormonning doimiy yuqori miqdori, tuxumdonlar morfologiyasida polikistozli o'zgarishlar bilan xarakterlanadigan kasallik [7]. TPS reproduktiv yoshdagi ayollar orasida taxminan 5%, 30% ginekologik- endokrin endokrin bepustlik 75% xollarda uchraydi. Girsutizmli ayollarda esa 65-70% hollarda TPS aniqlanadi. TPS 35-60% insulinrezistentlik kuzatilib, qandli diabet 4-10% xollarda kuzatiladi. 11-17% menstrual siklning buzilishi kuzatilib, Reproaktiv yoshda TPS 6-19,9% uchrab, menstrual funksiyaning buzilishi 17,4- 46,4% ni tashkil qiladi [9,11]. Psixopatologik o'zgarishlar 11,6-55,6% xollarda kuzatiladi. Giperandrogeniya 82% xollarda uchrab, anovulyator bepustlik 55-91% ni tashkil qilib, bepust juftliklar orasida 5-6-o'rinni egallaydi. TPS homiladorlikka salbiy ta'sir qilib, muddatdan oldingi tug'ruq 2 marta, preeklampsiya va gestatsion gipertenziya kelib chiqishi 3-4 marta oshadi. 60-70% TPS da semizlik kuzatiladi. Glyukozaga tolerantlik 23-35% xollarda kuzatilib, qandli diabetning II tipi 4-10% bemorlarda uchraydi [8].

Homiladorlik davrida homila tuxumdonlari androgenlarning zaxirasi normal, nofaol bo'lib, onadan ko'p miqdorda chiqqan XGCh gormonining ta'siri natijasida androgenlar ko'p miqdordda ishlab chiqariladi va TPS ga tug'ma moyil qilib qo'yadi. TPS ning kelib chiqishida Barker gipotezasi muxim ahamiyatga ega bo'lib, ayollarda androgenlarning yuqori miqdori homila ichi rivojlanish bosqichida, pubertat davrida TPS kelib chiqishida moyil faktorlardan biri hisoblanadi. TPS geterojen va irsiy ifodalangan kasallik bo'lib, hayz buzilishi, surunkali anovulyasiya, giperandrogenizm, tuxumdonlarning kattalashishi va ularning morfologik tuzilishining xususiyatlarining o'zgarishlari: tuxumdonlarning ikki tomonlama kattalashishi 2-6 marta, stroma va teka hujayralar giperplaziyasi, diametri 5-6 mm bo'lgan kistoz ko'rinishidagi follikullar to'plami, tuxumdonlar kapsulaning qalinlashishi kuzatiladi [9]. Asosiy etiologik faktorlaridan endokrin patologiya, genetik moyillik va insulinrezistentlik muxim ahamiyatga ega. FSG ning sekresiyasining pasayishi, LG ning bazal sekresiyasining oshishi, gipofizning gonadotrop funksiyasining pasayishi asosiy sabablardan biri hisoblanadi.

2003-yil Rottendam konsensusda TPS ning 3 asosiy kriteriyalari [12]:

- Surunkali anovulyasiya oligomenoriya yoki amenoreya
- Giperandrogeniya (klinik yoki bioklinik)
- Tuxumdonlar polikistozni exografik belgilari.

Xayz siklining buzilishi — oligomenoreya turi bo'yicha ayollarning aksariyati (70%), kamroq bachadon qon ketishi (7-9%) kuzatiladi. Polikistik tuxumdonlar uchun exoskopik mezonlar:

- tuxumdon hajmi 8 sm³ dan katta;
- giperexogen stroma maydoni;
- diametri 10 mm gacha bo'lgan anexogen follikulalari soni o'ndan kam emas;

TPS bilan kasallangan bemorlarni davolash [10]:

- tana vazni va metabolik kasalliklar normallashtirish;
- ovulyasion hayz sikllarini tiklash;
- generativ vazifasini tiklash;
- endometrial giperplastik jarayonlarni bartaraf etish;
- giperandrogenizmning klinik ko'rinishlarini bartaraf etish-girsutizm, husnbuzar.

TPS ning anovulyator turida bepustlikni davolashda birinchi navbatda tana massasini kamaytirish kerak, 5-10% tana massasi kamayganda menstrual funktsiya normallasadi. Jarrohlik davolashda laparoskopik kirish tomonidan ovulyasiya rag'batlantirish klomifenga

chidamli bemorlarda eng mashhur davolash usulidir. Bundan tashqari, laparoskopiya afzalliklari tuxumdonlar rezistentlik sindromi xavfi yo'q, ko'p homiladorlik va bepustlikning peritoneal faktorlarini bartaraf etish imkoniyati bo'ladi [8,11].

Metabolik sindrom- kompleksli metabolik, gormonal va ularning buzilishi natijasida kelib chiqadigan insulinrezistentlik, uglevodlar almashinuvining buzilishi, arterial gipertenziya va dislipidemiya va ateroskleroz bilan xarakterlanadigan o'zgarishlar yig'indisi. Bu yurak qon- tomir kasalliklari va qandli diabetning 2 tipining asosiy sababchisidir [13]. Reproaktiv yoshda metabolik sindrom progressivlangan semizlik va diensefal simptomatika natijasida reproduktiv funksiyaning buzilishi kuzatiladi. Umumiy ayollarda uchrash chastotasi 15-20% bo'lib, 30-35% reproduktiv funksiyaning buzilishi uchraydi, 70% ayollarda endometriyning retsidivlanuvchi giperplastik o'zgarishlarida homila yo'qotish xavfi 35% gacha oshadi [17].

Metabolik sindromning asosida ma'lum faktorlarning ta'siri psixik o'zgarishlar, neyroinfeksiya, operatsiyalardan keyin, travma, tug'ruq, abortlardan keyin, gipotalamik va ekstragipotalamik sistemalarning orttirilgan funksional labilligida kuzatiladi. Birinchi gipotalamik sistemada neyroendokrin regulyatsiyaning buzilishi kuzatilib, ko'plab diensefal simptomlar (uyqu buzilishi, ishtaha buzilishi, bosh aylanishi, bosh aylanishi, gipertenziya), bu neyroendokrin mediatorlar almashinuvining buzilishi bo'lib, endorfin va dofamin ishlab chiqarilishining pasayishi kuzatiladi. Buning natijasida AKTG ko'p ishlab chiqarilib, bu es gonadoliberinlar, prolaktin ajralishining sirxoral ritmiga ta'sir qiladi. Androgendan hosil bo'lgan estron gipofizning gonadoliberinga sezuvchanligini oshirib, gipotalamo-gipofiz-tuxumdon funksiyasiga yanada ta'sir qilib ikkilamchi tuxumdonlar polikistozini hosil qiladi [14].

Giperkortisizm rivojlanib visseral semirish kuzatilib, elka-kamar, qorin va ichki organlarning mezenterial sohasidagi yog' to'qimalarining qatlami ko'paydi. Visseral semizlikda giperinsulinemiya rivojlanadi va bu insulinrezistentlikka olib keladi. Qonning lipid spektrining buzilishi (dislipidemiya) kuzatilib, aterogen omillar (trigliseridlar, past zichlikli lipoproteinlar, juda past zichlikdagi lipoproteinlar) darajasining oshishi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlarning kamayishi ateroskleroz va arterial gipertansiyaga olib keladi. metabolik kasalliklarning rivojlanish ketma-ketligi kasallikning davomiyligiga mos keladi. Metabolik sindromni tashxislash klinik va fenotipik belgilarga ko'ra menstrual siklning buzilishi, muddatiga yetmagan homiladorlik, bepustlik, ortiqcha tuklanish, semizlik va turli "diensefal shikoyatlar" ga asoslanadi [17].

Fizikal tekshiruvda- tana massa indeksleri semirishga mos keladi va 30 dan yuqori bo'lib, dumba va bel nisbati visseral semirishni ko'rsatib 0,85 dan yuqori chiqadi. Teri turi "nigroid akantoz" ga o'zgarib, ishqalanish va burmalar joylarida qo'pol pigmentatsiya o'choqlari paydo bo'ladi [13].

Davolashning asosiy maqsadi tana vaznining normallashtirish, metabolik va gormonal gomeostazni tiklashdir. Bu nafaqat generativ funktsiyani amalga oshirishga, balki sog'liq uchun xavfni kamaytirishga, uzoq muddatli hayot sikliga ham yordam beradi. Ratsional ovqatlanishda yog'lar, uglevodlar tufayli energiya qiymatini kamaytirishni nazarda tutadi [16].

Neyrotransmitter preparatlaridan sibutramin — MNS selektiv sinapslarda serotonin va noradrenalin so'rilishini bloklovchi ingibitori hisoblanadi. Bu to'yinganlik tuyg'usini kuchaytiradi va uzaytiradi. Ishtahani pasayishi simpatik asab tizimini rag'batlantiradi, energiya sarfini oshiradi. Kuniga 10-15 mg dan buyuriladi [13,17].

Orlistat- oshqozon ichak lipaza ingibitori bo'lib, yog'larning so'rilishini pasaytiruvchi preparatlarni o'z ichiga oladi. Orlistat tana vaznining pasayishiga yordam beradigan oziq-ovqat bilan ta'minlangan yog'larning 30% qismini so'rilishini oldini oladi. Kunlik optimal dozasi 360 mg. Ovqat paytida yoki ovqatdan 1 soatdan kuniga 120 mg dan 3 mahal buyuriladi [14].

Adabiyotlar:

1. Кругляк Д. А. и др. Аплазия влагалища и матки (синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера): этиология, патогенетические аспекты и теории формирования порока (обзор литературы) //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2.

2. Аракелян А. С., Попрядухин А. Ю., Карапетян Э. А. Генетические факторы развития синдрома Май ера—Рокитанского—Кюстера—Хаузера (аплазии матки и влагалища) //Problemy Reproduktsii. – 2020. – Т. 26. – №. 5.
3. Мартыш Н. С. Клинико эхографические особенности аномалий развития матки и влагалища //Sono Ace International. – 2000. – №. 6. – С. 60.
4. Бобкова М. В. и др. Аплазия влагалища и матки и тазовая дистопия почки-тактика ведения и возможности хирургической коррекции порока развития половых органов //Российский медицинский журнал. – 2018. – Т. 24. – №. 4.
5. Адамян Л. В., Фархат К. Н., Макиян З. Н. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом //Проблемы репродукции. – 2016. – Т. 22. – №. 3. – С. 84-90.
6. Адамян Л. В., Аракелян А. С., Попрядухин А. Ю. Современные подходы к лечению больных с аплазией матки и влагалища методом брюшинного кольпопоза //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2021. – Т. 21. – №. 4.
7. Наделяева Я. Г., Сутурина Л. В. Синдром поликистоза яичников и менопауза //Доктор. Ру. – 2018. – №. 10. – С. 47-50.
8. Усеинова А. Н. и др. Основные направления и перспективы в терапии синдрома поликистоза яичников //Сибирский научный медицинский журнал. – 2021. – Т. 41. – №. 6. – С. 18-29.
9. Гонян М. М. и др. Бесплодие при поликистозе яичников //Современные вопросы морфологии эндокринной системы. – 2018. – С. 47-52.
10. Духанина Е. С. и др. ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ВЫЗВАННЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ //АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. – 2015. – С. 26.
11. Гулламахмудова Д. В. Клиническое течение синдрома поликистоза яичников у женщин репродуктивного возраста //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2015. – №. 2.
12. Панасюк А. М. и др. СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ //MODERN SCIENCE. – С. 94-101.
13. Беленков Ю. и др. Метаболический синдром: история развития, основные критерии диагностики //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – №. 5.
14. Кузьмина-Крутецкая С. Р., Репина М. А. Метаболический синдром у женщин. – 2019.
15. Хакимов Н. С. и др. КРИТЕРИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА //Новый день в медицине. – 2019. – №. 4. – С. 332-334.
16. Вербовой А. Ф., Вербовая Н. И., Долгих Ю. А. Ожирение-основа метаболического синдрома //Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 18. – №. 2. – С. 142-149.
17. Бабенко А. Ю. и др. Метаболический синдром. – 2020.