



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI
O'ZBEKISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**

**II XALQARO ILMIY-AMALIY KONFRENSIYASI
"AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGI: MUAMMOLARI,
YECHIMLARI VA PROFILAKTIKASI"**

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI

**II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФЕРГАНА

**«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»**

**« AYOLLAR REPRODUKTIV
SALOMATLIGI:MUAMMOLARI,YECHIMLARI VA
PROFILAKTIKASI»**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ НАУЧНО –ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Главный редактор	Сидиков А.А.	Профессор, д.м.н., ректор ФМИОЗ
Зам.главного редактора	Кадирова М.Р.	Проректор по научной работе и инновациям, Dsc, доцент
Редколлегия	Ахмадалиев Р.У	Начальник отдела науки, инновации и научно-педагогической подготовки, к.м.н.
	Суяркулова М.Э.	Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии», к.м.н.
	Тишабаева Н. А.	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»
	Шаланкова О.Е	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»

Мухаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас Илмий
тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган
оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов конференции.

Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов.

	МУНДАРИЖА СОДЕРЖАНИЕ	
1	<i>Абдурахимова Н.А</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ, В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ.	6
2	<i>Абдурахимова Н.А.</i> НОВЫЙ ПОДХОД К СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	8
3	<i>Абдусатторова С.А., Асранкулова Д.Б.</i> ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ФОЛАТОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ	13
4	<i>Alimova I. A.</i> O‘SMIRLAR O‘RTASIDA REPRODUKTIV SALOMATLIK TARG‘IVOTI VA SOG‘LOM TURMUSH TARZINING ANAMIYATI.	15
5	<i>Асранкулова Д.Б., Наджмитдинова Д.А.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.	19
6	<i>Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.	25
7	<i>Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева</i> ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕПТИНА ОТ СТЕПЕНИ И ТИПА ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.	26
8	<i>Ахмедова Е.А.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ	28
9	<i>Ахмедова Н.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ.	33
10	<i>Akhmedova M.O., Aliyeva D.A.</i> RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CERVICAL INTRAEPHELIAL NEOPLASIA	39
11	<i>Akhmedova M.O., Aliyeva D.A.</i> A MODERN VIEW ON THE DIAGNOSIS OF CERVICAL INTRAEPHELIAL NEOPLASIA	40
12	<i>Ashurova M.D. Ibrokhimova N.P.</i>	45

	PREVENTIVE SOLUTION TO PROBLEMS RELATED TO THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN	
13	<i>Бекбаулиева Г.Н. , Тилегенов Б.М., Дусматова Д. У.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МИОМОЙ МАТКИ	47
14	<i>Bobojonova N.I.</i> IMMUNOLOGICAL SIGNIFICANCE OF VAGINAL MICROFLORA IN WOMEN WITH RUBELLA AND CYTOMEGALOVIRUS INFECTIONS	51
15	<i>Burxonova S.B., Kayumova D.T.</i> TUBO – PERITONIAL BEPUSHTLIKDA LAPAROSKOPIK USULLAR YORDAMIDA FERTILLIK FUNKSIYASINING TIKLANISHI.	53
16	<i>Ганиева Х.С., Бекбаулиева Г. Н., Раззакова Н.С.</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	55
17	<i>E.O.G'ofurxonova.</i> ANOVULYATOR BEPUSHTLIK BILAN AYOLLARNI OLIV BORISHDA TABAQALANTIRILGAN YONDASHUV.	56
18	<i>Фуломова Р. И., Саиджалилова Д.Д.</i> КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН БАЧАДОНДА ЧАНДИҚ ЕТИШМОВЧИЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ САБАБЛАРИ.	58
19	<i>G'ulotova R.I., Fayzullaeva G.B.</i> O'SMIRLARDA GINEKOLOGIK KASALLIKLAR	66
20	<i>Джаббаровва Ю. К., Абдиева С.А.,</i> РОЛЬ ДЕФИЦИТА ПРОГЕСТЕРОНА У ЖЕНЩИН С РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ	69
21	<i>Джаббаровва Ю.К., Уринбаева Н.А., Мухаммадиева С.А.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ	71
22	<i>Дустматова Д. У., Тилегенов Б.М., Бекбаулиева Г. Н.</i> АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОК С МЕНОРРАГИИ АССОЦИИРОВАННОЙ МИОМОЙ МАТКИ	73
23	<i>Жолымбетов И.П.</i>	74

	БАЧАДОН-ҲОМИЛА-ЙЎЛДОШ ТИЗИМИДА ҚОН АЙЛАНИШИ БУЗИЛИШИНИГ УЧИНЧИ ДАРАЖАСИДА MOD-MPI ДИНАМИКАСИ	
24	<i>Ziyayeva D.F., Suyarkulova M.E.</i> ABORTNING KEYINGI HOMILADORLIK VA TUG'RUQQA SALBIY TA'SIRINI ANIQLASH	76
25	<i>Ibrakhimova N.O., Bekbaulieva G.N.,</i> SOMATIC BACKGROUND IN ADOLESCENT GIRLS WITH DELAYED SEXUAL DEVELOPMENT	79
26	<i>Рустамова С., Иброхимова З.</i> ОВАРИАЛЬНАЯ АМЕНОРЕЯ.	80
27	<i>Isakova D.B. Farmankulova Y.R.</i> METHODS OF EARLY DIAGNOSIS OF CERVICAL DISEASES AND EVALUATION OF RESULTS.	83
28	<i>Исмаилова С.С.</i> ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И СПОСОБЫ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	88
29	<i>Исламбекова М.Х., Куллыев А.П.</i> СНИЖЕНИЕ АКУШЕРСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ЭКО: СТРАТЕГИЯ ПЕРЕНОСА ОДНОГО ЭМБРИОНА НА СТАДИИ БЛАСТОЦИСТЫ ДЛЯ ИЗБЕЖАНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.	94
30	<i>Исроилова Г.М.</i> РАЗРАБОТКА ПРИНЦИПОВ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	96
31	<i>Matajanova Sh.Q.</i> ALGODISMENOREYANI DAVOLASHDA MAGNIY PREPARATLARINING SAMARALIGINI O'RGANISH.	97
32	<i>U. Makhamatov, M. Ashurova, O. Jalolova, A. Mirkhomidov</i> PROBLEMS FACED IN GYNECOLOGY AND THEIR SOLUTIONS	101
33	<i>Маматқулова М.Т.</i> СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ТАРҒИБОТИДА ТАЪЛИМ МУАССАСАСИНИНГ РОЛИ.	104
34	<i>U.Maxamatov, N.Usupova</i> REPRODUKTIV SALOMATLIKNI SAQLASHDA SOG'LOM TURMUSH TARZINI RO'LI VA O'RNI	107
35	<i>Nadjmitdinova D.A</i> REPRODUCTIVE POTENTIAL OF WOMEN SUFFERING FROM EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS.	109

36	<i>Nargiza M.M., Dilnura S. N.</i> QOQ'ONOQ PARDASI TUG'RUQDAN OLDIN YORILGAN HOMILADOR AYOLLARDA XORIOAMNIONIT RIVOJLANISH XAVF OMILLARINI O'RGANISH	110
37	<i>Obloyorova M.I., Djuraxodjayeva G.S.</i> KESAR KESISH CHASTOTASINI ROBSON KLASSIFIKATSIYASI YORDAMIDA BAHOLASH	121
38	<i>Palvanova M.S Akhmatov B.X.</i> ERTA TUG'RUQNING XAVF OMILLARI	124
39	<i>Расулов Ф.Х.¹ Борецкая А.С.²</i> ВЛИЯНИЯ И ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ УЗБЕКИСТАНА НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ	130
40	<i>Саиджалилова Д.Д., Кузиева Ю.Х.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РЕДОКС-БАЛАНСА ПЛАЗМЫ КРОВИ И ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ	138
41	<i>Саиджалилова Д.Д., Низамова М.Ш., Аюпова Д.А.</i> ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ.	148
42	<i>Тилегенов Б.М., Бекбаулиева Г.Н., Ганиева Х.С.</i> РОЛЬ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ	150
43	<i>Н.А.Тишабаева., З.А.Иброхимова.</i> ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ.	153
44	<i>Умарова Н.М., Абдикулова Н.Х. , Нигматова Г.М.</i> РОЛЬ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.	162
45	<i>Усманова Н.Ю.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОБРАЩЕНИЙ ЗА ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД COVID-19.	163
46	<i>Усманова Н.Ю.</i> КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И	165

гемолитической анемии. Международный медицинский журнал. Россия, г.Волгаград №3(9), 2016.С.155-159.

4. Махмудова Х.Т. Тишабаева Н.А. / Заболевания эндокринной системы актуальность и показатели заболеваемости населения города ферганы //“Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней” 2022.05.18. 245-248

5. Абдувалиева Ф.Т. Азизова Ф.Л. / The role of local water sources in the centralized supply of drinking water to the population. // British medical journal Volume 2, N4., (<http://ejournals.id/index.php/bmj>). 3 knoll drive. London. N14 5LU United Kingdom. -2022.-С. 175-180 <https://ejournals.id/index.php/bmj/article/view/616> .

6. Абдувалиева Ф.Т. Азизова Ф.Л. / The role of water in the spread of parasitosis in noncentralized water supply facilities //“Journal of clinical and preventive medicine” (Klinik va profilaktik tibbiyot jurnali) Научный журнал №2. Фергана.-2022.-С.56-60.

7. Borshchuk E.L., Popov Yu.N., Sankov A.N. / Analysis of immunomodulators in the pharmaceutical market. //News of the Orenburg State Agrarian University. -2016.-No. 3 (59).-S.218-221.

8. Makhmudova K.T.// Social aspects of the structure and frequency of incidence of the population of ferghana// “Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней” 2022.05.18. 268-274.

*«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»
« AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGI;MUAMMOLARI,YECHIMLARI VA
PROFILAKTIKASI»*

г.Фергана 19.04.2024г.

**ИССЛЕДОВАНИЕ РЕДОКС-БАЛАНСА ПЛАЗМЫ КРОВИ И
ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ
ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

*Саиджалилова Д.Д., Кузиева Ю.Х.
Ташкентская медицинская академия*

Введение. Эндометриоз поражает примерно 10% женщин репродуктивного возраста во всем мире (ВОЗ, 2021г), до 50% женщин среди них диагностируют бесплодие. Таким образом, по оценкам ВОЗ, в настоящее время не менее 190 миллионов женщин и девочек-подростков во всем мире страдают этим заболеванием в репродуктивном возрасте, хотя некоторые женщины могут

страдать после менопаузы [1, 2, 4, 14]. Эндометриоз занимает 2-е место в структуре гинекологической заболеваемости, что, в свою очередь, закономерно оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщин [1, 3, 6, 9, 10].

Во всем мире наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) диагностируют с большим запозданием [1, 4, 8, 12, 14]. При этом первые симптомы заболевания (хроническая тазовая боль, дисменорея) появляются в раннем возрасте: до 20 лет - у 38% больных, в 20-24 года - у 21% больных [1, 14]. Согласно данным Всемирного общества по эндометриозу (World Endometriosis Society), в среднем НГЭ диагностируется спустя 6,7 года после появления первых симптомов заболевания [1, 14, 15]. Процент рецидива НГЭ сильно варьирует в различных исследованиях и колеблется от 6 до 67% [3, 5, 7]. В среднем каждая вторая женщина после хирургического лечения повторно подвергается операции [6, 13]. Вероятность повторных эпизодов эндометриоза очень высока: через 1-2 года заболевание развивается вновь у 21% пациенток, через 5 лет - почти у 47%, а после 5 лет - более чем у 55% больных [10, 11]. При этом 41% пациенток, прооперированных по поводу ассоциированного с эндометриозом бесплодия, впоследствии не могут забеременеть [10]. По данным Л.В. Адамян и соавт., без последующей гормональной терапии в течение 1 года заболевание рецидивирует у 55% женщин, а с каждым последующим годом эпизод эндометриоза повторяется у 10% больных [1, 2].

Материал и методы исследования: Были обследованы 234 женщин с бесплодием, обратившихся в частную клинику «ProfMed» города Карши, за период с 2021 по 2023 гг. Из них у 38% (n=89) диагностирован НГЭ, у 16,2% (n=38) - бесплодие трубно-перитонеального генеза (ТПБ); у 59 (25,2%) выявлено бесплодие эндокринного генеза, у 20,6% (n=48) - генез бесплодия не удалось выявить. Из 234 женщин с бесплодием в исследование были включены 89 женщин с НГЭ (основная группа) и 38 женщин с ТПБ (группа сравнения). Контролем служили 24 женщин без бесплодия с благополучным акушерско-гинекологическим анамнезом. Критериями включения пациенток в исследование явилось: женское бесплодие, ассоциированное с НГЭ, бесплодие трубно-перитонеального происхождения. Критерии исключения: пороки развития половых органов, онкологические заболевания органов малого таза (в том числе яичников), другой генез бесплодия. Всем пациенткам было проведено полное клиничко-лабораторное обследование в соответствии с исследованием женского бесплодия в амбулаторных условиях. Использовались специально разработанные карты обследования, учитывающие соматическое состояние, гинекологический и акушерский анамнез, результаты лабораторно-клинических исследований. Исследование редокс-баланса плазмы крови, перитонеальной жидкости проводили методом ИФА на анализаторе «HUMAN» (Германия).

Перитонеальную жидкость аспирировали из Дугласова пространства во время лапароскопии сразу после введения дополнительных контрапертур до проведения хирургических манипуляций. Образцы центрифугировали для освобождения от клеточной фракции, затем хранили при температуре -20°C до аналитического этапа, размораживание образцов проводили при комнатной температуре.

Результаты исследований: Средний возраст пациенток с НГЭ (n=89) составил $31,2 \pm 2,9$ года, пациенток с ТПБ - $32,7 \pm 4,2$. У исследуемых женщин с НГЭ первичное бесплодие было диагностировано у 60 (67,4%) обследованных, вторичное бесплодие - у 29 (32,6%) (табл.1). Тогда как в группе женщин с ТПБ отмечалась обратная тенденция и первичное бесплодие было выявлено лишь у 15 (39,5%) женщин, а вторичное бесплодие у 23 (60,5%) женщин. При анализе акушерского анамнеза было установлено, что среди пациенток, страдающих эндометриоз-ассоциированным бесплодием у 60 (67,4%) пациенток беременность в анамнезе отсутствовала, у 17 (19,1%) наблюдаемых отмечены роды через естественные родовые пути, либо путем операции кесарева сечения, у 12 (13%) пациенток были аборт в анамнезе (у 8 - искусственный аборт и у 4 - самопроизвольный). Из 23 (60,5%) пациенток с ТПБ, имевших в анамнезе беременность, роды были отмечены у 17 (73,9%) пациенток, внематочная беременность была у 6 (26,1%) пациенток (всем пациенткам была произведена односторонняя тубэктомия), искусственный аборт по желанию пациентки был произведен в 13 (56,5%) наблюдениях, самопроизвольное прерывание беременности было у 8 (34,8%) обследованных.

При сборе гинекологического анамнеза было установлено, что как минимум однократно у 25 (28,1%) пациенток группы НГЭ врачом женской консультации устанавливался диагноз обострение хронического сальпингоофорита, основанием для диагностирования данного патологического состояния являлись жалобы на хронические тазовые боли. Второе место по частоте встречаемости занимали нарушения менструального цикла, чаще по типу ановуляторного цикла, которые наблюдались у 18 (20,2%) женщин с НГЭ. Гиперпластические процессы эндометрия (полип и гиперплазия), которые выявлялись у 13 (14,6%) пациенток. Фоновые заболевания шейки матки были отмечены в анамнезе 7 (7,9%) пациенток с НГЭ. У оставшихся 17 (19,1%) пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием гинекологический анамнез не был отягощен.

У 16 (42,1%) пациенток группы с ТПБ гинекологический анамнез был отягощен перенесенным ВЗОМТ, частой причиной которых была урогенитальная инфекция.

Таблица 1

Акушерско-гинекологический анамнез исследуемых женщин

Анамнез	Группа с бесплодием и НГЭ (n=89)		Группа с ТПБ (n=38)		Контроль (n=24)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Роды	17	19,1** ▲	17	44,7*	24	100
Самопроизвольный выкидыш	4	4,5▲▲	8	21,1* *	1	4,2
Аборт	8	9,0▲▲	13	34,2* *	2	8,3
Внематочная беременность	3	3,4*▲ ▲	6	15,8* *	0	0
Первичное бесплодие	60	67,4** ▲	15	39,5* *	0	0
Вторичное бесплодие	29	32,6** ▲	23	60,5* *	0	0
Нарушения МЦ	18	20,2* ▲	5	13,2	3	12,5
ВЗОМТ	25	28,1*	16	42,1* *	4	16,7
Гиперпластические процессы в эндометрии	13	14,6**	4	10,5* *	0	0
Миома матки	4	4,5*▲	1	2,6*	0	0
Аденомиоз	5	5,6*	0	0	0	0
Заболевания шейки матки	7	7,9*▲ ▲	7	18,4* *	1	4,2
Отсутствие гинекологических заболеваний	17	19,1**	5	13,2* *	16	66,7

Примечания: * - достоверное отличие показателей от группы контроля (*-p<0,05; **-p<0,001); ▲ - достоверное отличие показателей от группы женщин с ТПБ (▲ - p<0,05; ▲▲ - p<0,001).

Нарушения менструального цикла (МЦ), чаще в виде полименореи при овуляторных циклах, наблюдалось у 5 (13,2%) пациенток с ТПБ. У 4 (10,5%) пациенток этой группы производились гистероскопии с отдельным диагностическим выскабливанием по поводу гиперпластических процессов и полипа эндометрия. Патология шейки матки была отмечена в анамнезе у 7

(18,4%) пациенток с ТПБ. Отсутствие указаний на перенесенные гинекологические заболевания в анамнезе была выявлено у 5 (13,2%) пациенток данной группы.

Клиническая картина НГЭ характеризовалась разнообразием симптомов заболевания. Наиболее выраженным клиническим признаком эндометриоза у женщин было присутствие болей за день до начала менструаций и в последующие дни менструального цикла. Боли также локализовались в нижней части живота, пояснице с выраженным проявлением в период самой менструации. Жалобы на диспареунию предъявляли в 5,6% случаев. Преимущественно у женщин определялась средняя степень выраженности болевого синдрома (59,6%), легкая степень составила 19,1%, соответственно в 21,3% случаев - тяжелая. Следует учитывать, что степень выраженности болевого синдрома носил субъективный характер. Психологическая составляющая оценки болей во многом связана с психоэмоциональным состоянием самой женщины, которое могло быть не связано с действительным повреждением тканей эндометриозом. Зачастую объем поражения тканей эндометриозом, определенный в дальнейшем при лапароскопии, не соответствовал течению патологического процесса и выраженности клинической симптоматики. В некоторых случаях при больших размерах эндометриоидных кист болевой синдром мог присутствовать в минимальных значениях, а при незначительном распространении эндометриоидных очагов на брюшную поверхность крестцово-маточных связок и прямокишечно-влагалищную перегородку мог сопровождаться выраженным болевым синдромом.

Проведение УЗИ органов малого таза позволило уточнить локализацию, размеры эндометриоидных кист, но не позволил выявить поверхностные имплантаты, определенные в дальнейшем при лапароскопии. На УЗИ эндометриоидные кисты яичников представляли собой круглые овоидные образования, причем в большинстве случаев выявлялись кисты размером до 5,0 см, у которых в 71,9% (n=64) случаев выявлялся двойной контур, при котором толщина внутреннего слоя соответствовала в среднем 0,12-0,13 см, но толщина капсулы составляла 0,2-0,4 см. Зачастую при надавливании датчиком киста поддавалась смещению. В половине случаев кисты были однородной консистенции в виде мелкодисперсной не смещаемой взвеси, в некоторых случаях имелись утолщенные образования, преимущественно овальной формы, и представляли собой кровяные сгустки. Ультразвуковая картина ретроцервикального эндометриоза характеризовалась образованием плотной консистенции с расположением в позадишеечной ретровагинальной клетчатке, с локализацией, как под шейкой матки, так и над и сбоку шейки.

На 2 этапе исследования было проведено лапароскопическое исследование. Среди женщин основной группы (наружный генитальный эндометриоз) наличие

эндометриоидных кист отмечались у 89 женщин (100%), которые преимущественно находились в I и II стадиях распространения (рис.1). В этой группе в 40,5% случаев (n=36) диагностирована I стадия, для которой характерно было наличие мелких точечных образований на поверхности яичников, а также образований, включающих брюшину прямокишечно-маточного пространства, но кистозных образований при этом не отмечалось.

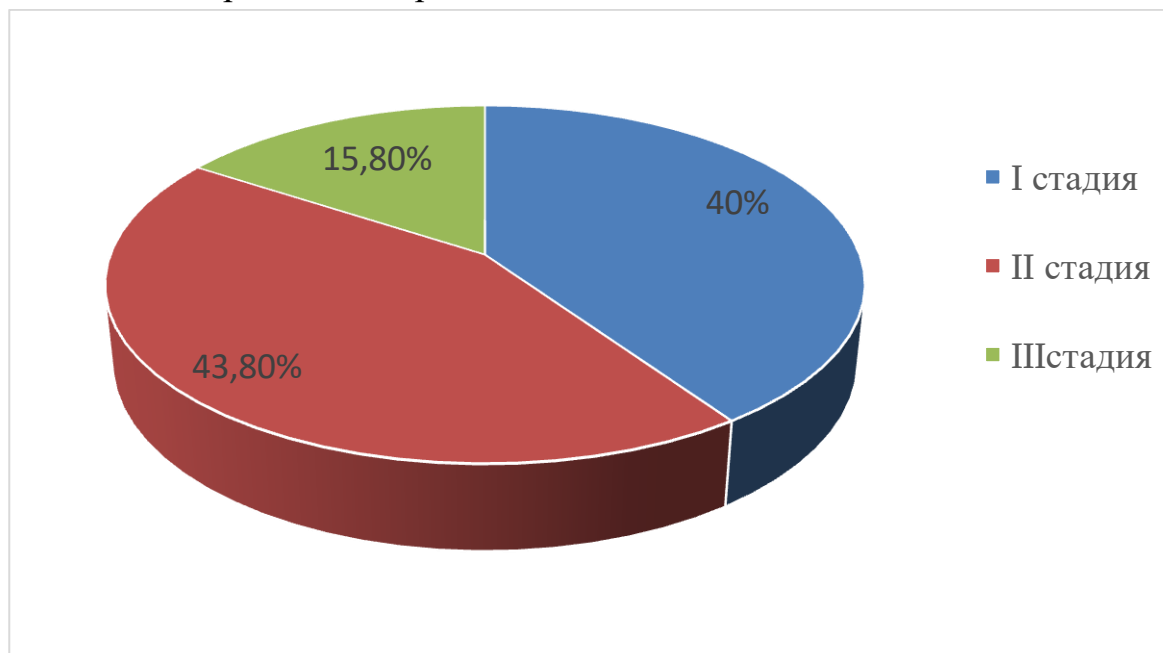


Рис.1. Распределение женщин с эндометриоидными кистами яичников по стадиям.

В 43,8% случаев (n=39) поставлен диагноз второй стадии развития эндометриоза яичников, при этом размеры образованных кист яичников в большинстве случаев составляли 3-4 см ($3,4 \pm 1,2$ см), с присутствием мелкоточечных образований на брюшинной ткани малого таза. Имелись также единичные спаечные включения вокруг яичников и маточных труб, без вовлечения ткани кишечника. В 15,7% случаев (n=14) диагностирована III стадия распространения эндометриоза яичников, при этом размеры кист в среднем составляли $5,11 \pm 0,2$ см. У данных пациенток отмечен выраженный спаечный процесс в области придатков матки и частично на области кишечника. Наличие IV стадии развития эндометриоидных кист яичников в наших исследованиях не наблюдалось, т.е. женщины с такой стадией развития при диагностических мероприятиях отсутствовали.

Точность лапароскопической диагностики эндометриоидных кист составило 100%. Недостаточностью лапароскопических манипуляций была трудность установления границ разрастаний при инфильтративных процессах очагов эндометриоза. В трудно-диагностируемых случаях диагноз эндометриоза подтверждался на основании гистологического исследования полученного биоптата или удаленных эндометриоидных очагов.

Для изучения взаимосвязи между НГЭ и редокс-балансом в развитии бесплодия нами проведены исследования показателей перекисного окисления липидов и системы их детоксикации у исследуемых женщин. Как было указано выше, проблема развития НГЭ с патофизиологической точки зрения носит многокомпонентный механизм, в который вовлекаются многие системы. Это диктует необходимость поиска механизма патогенетических изменений при НГЭ, ведущих к бесплодию. Такой системой в некоторой степени может служить определение интенсивности процессов липоперекисидации и системы антиоксидантной защиты. Для определения взаимосвязи степени тяжести НГЭ и процессами ПОЛ и АОС, мы 89 женщин с НГЭ разделили на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 75 женщин с НГЭ I-II степени; 2 подгруппа – 14 женщин с НГЭ III степени.

Изучение показателей процессов ПОЛ в плазме крови между основными подгруппами и группой сравнения женщин с ТПБ показало достоверное увеличение содержания диенкетонных (ДК) ($P<0,01$), а остальные показатели, как нейтральные липиды (НЛ), гидроперекись липидов (ГПЛ) не имели достоверных изменений ($P>0,05$).

Из представленных данных в таблице 2 видно, что в группах женщин с НГЭ I-II степени в показателях процессов ПОЛ в перитонеальной жидкости прослеживается значительная интенсификация относительно группы сравнения, которая проявляется в повышении НЛ ($P<0,01$), ГПЛ ($P<0,001$), ДК ($P<0,001$), ОИ ($P<0,01$). В группе женщин с НГЭ III степени относительно значений группы сравнения, значения ГПЛ увеличивается в 5,1 раз ($P<0,001$), а ДК – в 6,4 раз ($P<0,001$), при меньшем увеличении НЛ в 2,1 раза ($P<0,01$), приводит к повышению величины окислительного индекса (ОИ) в 2,5 раза ($P<0,001$). Значения группы женщин с ТПБ были максимально приближены к референсным значениям лаборатории.

Таблица 2.

Значения продуктов ПОЛ в перитонеальной жидкости в исследуемых группах женщин ($M\pm m$)

Показатели ПОЛ	1 подгруппа с НГЭ I-II (n=75)	2 подгруппа с НГЭ III (n=14)	Группа сравнения с ТПБ (n=38)
НЛ, ед.оп.пл./мл	1,724 $\pm$ 0,161	2,93 $\pm$ 0,21*▲	1,374 $\pm$ 0,143
ГПЛ, ед.оп.пл./мл	0,721 $\pm$ 0,097	2,713 $\pm$ 0,371**▲▲	0,537 $\pm$ 0,083

ДК, ед.оп.пл./мл	0,193±0,029*	0,421±0,089**▲▲	0,066±0,011
ОИ	0,431±0,081	0,906±0,105*▲	0,369±0,069

Примечание: * - достоверное отличие от показателей группы с ТПБ (* - $p < 0,01$; ** - $< 0,001$); ▲ - достоверное отличие показателей от группы женщин с НГЭ 1-2 степени (▲ - $p < 0,01$; ▲▲ - $p < 0,001$).

Активация процессов липоперекисления непосредственно связана с изменением функционирования антиоксидантной системы (АОС), которая взаимосвязана со степенью выраженности клеточных механизмов воспалительных реакций. Если в группе сравнения общая антиоксидантная активность (АОА) в перитонеальной жидкости, активность каталазы и концентрация средне-молекулярных пептидов (СМП) не имеют статистических различий ($P > 0,05$), то в основной исследуемой группе женщин с НГЭ общая АОА и активность каталазы имеют достоверно низкие значения ($P < 0,01$; $P < 0,05$), а концентрация СМП в меньшей степени увеличивается, но также достоверно ($P < 0,05$).

Таблица 3.

**Показатели системы АОС в исследуемых группах женщин
группах женщин ($M \pm m$)**

Показатель и ПОЛ	1 подгруппа с НГЭ I-II (n=75)	2 подгруппа с НГЭ III (n=14)	Группа сравнения с ТПБ (n=38)
АОА, %	22,4±1,05	16,6±0,84**▲	25,1±0,97
Каталаза, мкат/л	20,7±1,3	15,9±0,93*▲	22,35±1,03
СМП, ед./л	0,23±0,022	0,286±0,024*▲	0,221±0,028

Примечание: * - достоверное отличие от показателей группы с ТПБ (* - $p < 0,05$; ** - $< 0,01$); ▲ - достоверное отличие показателей от группы женщин с НГЭ 1-2 степени ($p < 0,05$).

Определение интенсивности процессов ПОЛ у женщин с НГЭ показало, что, несмотря на тенденцию к увеличению интенсивности липоперекисления в зависимости от степени тяжести заболевания, эти значения не достигают значимых изменений при I-II степени ($p > 0,05$), и значимо увеличены при НГЭ III

степени ($p < 0,01$). Со стороны показателей АООС у женщин с эндометриозными кистами в зависимости от стадии заболевания отмечается снижение общей АООА и активности каталазы при II и III стадиях, по сравнению с данными при I стадии ($p < 0,05$). Значение СМР не достигают значимых изменений в зависимости от стадии ($p > 0,05$).

Таким образом, исследования женщин с НГЭ и бесплодием показали, что, несмотря на наличие довольно четкой клинической симптоматики эндометриоза, женщины отличаются друг от друга стадией и глубиной поражения, что, несомненно, требует дополнительных диагностических мероприятий, а в дальнейшем и тактики лечения. Также необходимо отметить, что при развернутой клинической картине заболевания качество жизни пациенток существенно снижается, репродуктивная функция становится нарушенной, что не дает в полной мере осуществить женщине свой репродуктивный потенциал. Представленные данные показывают, что у женщин с НГЭ происходит развитие окислительного стресса в результате изменения функционирования между процессами пероксидации липидов и системой АООЗ, с преобладанием процессов образования радикалов над процессами их ингибирования. Причинами этого являются активный воспалительный процесс в эндометриозных очагах, брюшине, органах малого таза. Возможности системы АООЗ при НГЭ недостаточны, чтобы ограничить окислительные процессы при длительной ее выраженности. Все это создает дополнительные условия для поддержания окислительного стресса, из-за нарушения регуляции липидов системой АООЗ и положительной обратной связью функционирования патологического цикла между окислительным фосфорилированием и степенью активности ПОЛ.

Следовательно, у женщин с НГЭ различные этиологические факторы вызывают повышенную секрецию медиаторов воспаления липидной природы и при недостаточности системы АООЗ развивается воспалительный процесс в эндометриозных очагах, брюшине и органах малого таза. По всей видимости, при коротких интервалах между менструальными циклами для воздействия перекисных радикалов создаются благоприятные условия, при которых иммунная система организма женщин не справляется утилизировать менструальный материал, который воздействует и разрастается на придатках матки, брюшине и других тканях.

Выводы:

1. Частота наружного генитального эндометриоза в структуре бесплодия составила 38%.
2. Важным звеном патогенеза наружного генитального эндометриоза является активация перекисного окисления липидов и локальной антиоксидантной функции, которая зависела от степени тяжести патологии. Показатели

антиоксидантного профиля перитонеальной жидкости в 1,5 раза выше при наружном генитальном эндометриозе I-II степени тяжести, чем при III стадии.

3. Всем женщинам с НГЭ в комплексе с гормональной и хирургической терапией необходимо включить антиоксидантную терапию для снижения рецидивов развития патологии.

Литература:

1. Адамян А.В., Мартиросян Я.О., Асатурова А.В. Этиопатогенез эндометриоз- ассоциированного бесплодия (обзор литературы) // Проблемы репродукции. - 2018. - №2. - С.28-33.
2. Адамян Л.В., Логинова О.Н., Соснова М.М., Арсланян К.Н. Антиоксидантная защита у больных наружным генитальным эндометриозом // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2018. - №3. - С.18-21
3. Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А. и др. Эффективность комбинированного лечения эндометриом яичников // Эндоскопическая хирургия. - 2019. - №2. - С.35-39.
4. Борисова А.В., Козаченко А.В., Франкевич В.Е., Чаговец В.В. Факторы риска развития рецидива наружного генитального эндометриоза после оперативного лечения: проспективное когортное исследование // Медицинский совет. - 2018. - №7. - С.32-38.
5. Волгина Н.Е., Щипицына В.С., Хилькевич Е.Г. и др. Исследование роли окислительного стресса и уровня IL-6 в перитонеальной жидкости в развитии эндометриоза // Иммунология. - 2016. - №3. - С.182-184.
6. Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Таирова М.Б. Эндометриоидные кисты яичников: обоснование послеоперационной гормональной терапии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2019. - №2. - С. 122-128.
7. Дубинская Е.Д., Дутов А.А. Отдаленные результаты лечения пациенток с бесплодием и эндометриоидными кистами яичников // Тенденции развития науки и образования. - 2018. - №4. - С.52-56.
8. Караченцева И.В., Логачева Т.М., Кашоян А.Р. Ранние диагностические признаки эндометриоза // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. - №3. - С.152-156.
9. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Эффективность лечения бесплодия, обусловленного рецидивирующим наружным генитальным эндометриозом // Гинекология. - 2019. - Т. 21, №1. - С.38-43.
10. Папышева Е.И., Коноплянников А.Г., Караганова Е.Я. Значимость преграви- дарной подготовки в повышении эффективности экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2019. - №19. - С.29-37.
11. Покаленьева М.Ш., Нестерова А.М., Соснова Е.А., Проскурнина Е.В.

Оксидативный статус плазмы крови при привычном невынашивании беременности // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. - 2017. - №4. - С.214-220.

12. Соломатина А.А., Стрыгина В.А., Хамзин И.З. и др. Ультразвуковые индикаторы овариального резерва при впервые выявленных и рецидивирующих эндометриоидных образованиях яичников // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2017. - №4. - С.43-48.

13. Alammari R., Lightfoot M., Hur H.-C. Impact of Cystectomy on Ovarian Reserve: Review of the Literature. // J. Minim. Invasive Gynecol. - 2017. - Vol. 24, N 2. - P.247-257.

14. Asghari S., Valizadeh A., Aghebati-Maleki L. et al. Endometriosis: Perspective, lights, and shadows of etiology. // Biomed. Pharmacother. - 2018. - Vol. 106. - P.163-174.

15. Broi M.G. Da, Navarro P.A. Oxidative stress and oocyte quality: ethiopathogenic mechanisms of minimal/mild endometriosis-related infertility // Cell Tissue Res. - 2016. - Vol. 364, N 1. - P.1-7.

*«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»
«AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGI: MUAMMOLARI, YECHIMLARI VA
PROFILAKTIKASI»*

г.Фергана 19.04.2024г.

**ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДАХ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ.**

*Саиджалилова Д.Д., Низамова М.Ш., Аюпова Д.А.
Ташкентская медицинская академия.*

Резюме: Изучены показатели плазменно-коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза у беременных с преждевременными родами. Система гемостаза у женщин с ПР в III триместре характеризовалась активацией тромбоцитарного гемостаза за счет увеличения числа тромбоцитов, усилением коагуляционного потенциала за счет повышения прокоагулянтной активности факторов свертывания и значительного расширения пула фибриногена в плазме, в