

**ҚИН ВА БАЧАДОН АПЛАЗИЯСИДА ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ
КУЗАТИЛГАНДА ДАВОЛАШНИ АФЗАЛ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ****Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким,
С. Ш. Рафиков, А. Э. Абдуллаева**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: қин ва бачадон аплазияси, тухумдонлар поликистозси, неовагина, дрилляж.

Ключевые слова: аплазия влагалищной грыжи, поликистоз яичников, неовагина, дрилляж.

Key words: vaginal uterus aplasia, polycystosis of the ovaries, neovagina, drilling.

Қин ва бачадон аплазияси ҳамма ривожланиш нуқсонлари орасида 4% ни ташкил қилиб, 3,2% ҳолларда репродуктив ёшда аниқланади. Қизлар орасидаги гинекологик касалликлар орасида 6,5% аниқланади. Охириги 10 йил давомида бачадон ва қин ривожланиш нуқсонлари 10 баробар ошган бўлиб, 35-63:1000 ҳолларда генетик ўзгаришлар натижасида бўлиб, бепуштликка олиб келади. Бу ривожланиш нуқсониди тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПС) учраши адабиётларда учрамайди. ТПС репродуктив ёшдаги аёллар орасида тахминан 5%, 30% гинекологик-эндокрин бепуштлик 75% ҳолларда учрайди. Гирсутизм аёлларда эса 65-70% ҳолларда ТПС аниқланади. ТПС 35-60% инсулинрезистентлик кузатилиб, қандли диабет 4-10% ҳолларда кузатилади. 11-17% менструал сиклнинг бузилиши кузатилиб, Репродуктив ёшда ТПС 6-19,9% учраб, менструал функциянинг бузилиши 17,4- 46,4% ни ташкил қилади. Психопатологик ўзгаришлар 11,6-55,6% ҳолларда кузатилади. Буларни симултант даволашда неовагина промоториопексия ва катталашган тухумдонларни дрилляж усули энг мақбул усуллардан биридир.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ В СОЧЕТАНИИ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА****Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким, С. Ш. Рафиков, А. Э. Абдуллаева**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Среди всех пороков развития влагалища и матки аплазия выявляется в 4% случаев, в репродуктивном возрасте - в 3,2% случаев. Среди гинекологических заболеваний у девочек выявляется 6,5%. За последние 10 лет дефекты развития матки и влагалища увеличились в 10 раз в результате генетических изменений в 35-63:1000 случаев, приводящих к бесплодию. Частота возникновения синдрома поликистоза яичников (СПКЯ) при этом пороке развития в литературе не встречается. СПКЯ трем в 75% случаев гинекологического - эндокринного бесплодия примерно в 5%, 30% среди женщин репродуктивного возраста. У женщин с гирсутизмом ТПС выявляется в 65-70% случаев. СПКЯ наблюдается в 35-60% случаев резистентности к инсулину, диабет наблюдается в 4-10% случаев. Наблюдается 11-17% нарушений менструального цикла, СПКЯ 6-19,9% встречаются в репродуктивном возрасте, нарушение менструальной функции составляет 17,4 - 46,4%. Психопатологические изменения наблюдаются в 11,6-55,6% случаев. При одновременном лечении этих заболеваний неовагинальная промоториопексия и метод дренирования увеличенных яичников являются одними из наиболее оптимальных методов.

**FEATURES OF APPLICATION OF THE MOST PREFERRED METHOD OF TREATMENT WHEN
POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IS OBSERVED IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA****B. B. Negmadjanov, M. N. Adilova, G. T. Rabbimova, V. O. Kim, S. Sh. Rafikov, A. E. Abdullaeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Among all developmental defects of the vagina and uterus aplasia is detected in 4% of cases at the reproductive age, in 3,2% of cases. Among gynecological diseases in girls, 6,5% is detected. For the last 10 years, defects in the development of the uterus and vagina have increased by 10 times, as a result of genetic changes in 35-63:1000 cases, leading to infertility. The incidence of polycystosis syndrome of the ovaries (TPS) in this developmental defect is not found in the literature. TPS UCH three in 75% cases of gynecological - endocrine endocrine infertility in about 5%, 30% among women of reproductive age. In women with girsutism, TPS is detected in 65-70% of cases. TPS is observed in 35-60% of cases of insulin resistance, diabetes is observed in 4-10% cases. 11-17% of violations of the menstrual cycle are observed, TPS 6-19,9% are encountered at the reproductive age, the violation of menstrual function is 17,4 - 46,4%. Psychopathological changes are observed in 11,6-55,6% of cases. In the simultaneous treatment of these, the neovaginal promontoriopection and the method of draining the enlarged ovaries are one of the most optimal methods.

Текшириш материаллари ва усуллари: Самарқанд шаҳаридаги ООО “Доктор шифо бахт” хусусий шифохонасидаги 2018-2022- йиллардаги 30 нафар қин ва бачадон аплазияли

ва уларга Майер - Рокитанский – Кюстер-Хаузер, тухумдонлар поликистози ташхисли беморлар ўрганилди. Уларга барча клиник ва инструментал текширувлар ўтказилди. Стационар шароитда беморларда сунъий сигмоидал колпопоз ва дрилляж операцияларини кечиши, операциядан кейинги давр натижалари тахлил қилинди.

Натижалар: беморлар икки гуруҳга бўлиниб ўрганилди: асосий- 15 нафар Майер-Рокитанский–Кюстер-Хаузер ва тухумдонлар поликистози ташхисли беморларда дрилляж усули қўлланилган ва солиштирма- 15 нафар Майер - Рокитанский–Кюстер-Хаузер, тухумдонлар поликистози ташхисли беморларда дрилляж усули қўлланилмаган беморлар ўрганилди. Беморларнинг ўртача ёши 22,5 ёшни ташкил қилди. Шулардан 15-20 ёш 7 нафар (30%), 21-27 ёш 23 нафар (70%) ни ташкил қилди. Беморлардан сахар ахолиси 11 нафар (36,7%), қишлоқ ахолиси 19 нафар (63,3%) ни ташкил қилди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 10 (33,3%), давлат муассаларида ишчилар- 3 (10%), талабалар- 9 (30%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 8 нафар (26,7%) ни ташкил қилди. Беморлардан олий маълумотлилар- 12 (40%), ўрта махсус- 10 (33,3%), ўрта- 8 (26,7%) ни ташкил қилди. Зарарли одатлар ва профессионал ҳолатлар оталарда 12% ни оналарда 3,3% ни ташкил қилди.

Текшириляётган беморларда аёллар жинсий гормонларининг кўрсаткичлари меъерий қийматлар доирасида бўлган (ҳайз цикли фазасидан қатъий назар). Бу МРКХС билан текширилган беморларда гипофиз-тухумдон тизимида ўзгаришлар келтириб чиқарувчи омилларнинг йўқлигини кўрсатади.

Ички жинсий органлар ултратовуш текшириш давомида нормал ўлчамли тухумдон беморларнинг барча 100% аниқланган, рудиментар бачадон 4 (13,3%) топилган ўлчами: 17мм x 8мм x 2мм, бачадон бўйни текширилган беморларда аниқланмади.

Жинсий ривожланиш барча беморларда деярли ёшига мос эди. Гормоник бачадон ва тухумдон ривожланиши 27 нафар (90%) кузатилиб, дисгормоник ривожланиш 3 нафар (10%) беморда кузатилди. Бу беморларнинг барчасида сигмоидал колпопоз промоториопексия операцияси қўлланилди. 15 нафар беморларда дрилляж усули қўлланилди. Тухумдонлардаги андроген гормонлари лютеин тўқима томонидан ишлаб чиқарилади. Дрилляж тўқима ҳажмини камайтириш орқали андроген гормонларини камайтириш. Дрилляж атамаси инглизча сўздан келиб чиққан бўлиб, таржимада "бурғулаш" деган маънони англатади. Ушбу амалиёт жинсий безларга кичик тешикларни қўллаш орқали аёлнинг мустақил тухум чиқиш имкони бўлмаганда ва бошқа даволаш усуллари ижобий натижа бермаганда қўлланилади. 3 ойдан кейинги қайта кўриқда беморлар гуруҳини текширганимизда асосий гуруҳ беморларда УТТ текширувида ТПС аниқланмади ва гиперандрогения, себорея, акне белгилари бутунлай йўқолди. Солиштирма гуруҳ беморларда бу ўзгаришлар сақланди. Қорин бўшлиғидаги операциядан кейинги чокни қиёсий баҳолаш иккала гуруҳда қиндан ажралма тахлили ҳеч қандай фарқ қилмади: операциядан кейинги даврнинг 5-кунида 27 (90%) асосий ва 26 (86,7%) назорат гуруҳининг қиндан ажралма кам, кам миқдорда эди. Ҳар икки гуруҳда ҳам операциядан кейин 5 кун қорин олд деворининг тери устида чок йўналиши бўйлаб ҳеч қандай фарқлар йўқ эди. Операциядан кейинги 7 кунда чоклар теридан олиб ташланди, иккала гуруҳда ҳам чоклар яхши битган эди. Шундай қилиб, қин аплазияси бўлган беморларда тухумдонлар поликистози кузатилганда қўлланилган сигмасимон колпопоз ва тухумдонларни дриллаш операция вақтини узайтирмайди (асосий гуруҳда $70,5 \pm 4,9$ мин, таққослаш гуруҳида назорат гуруҳида $58,3 \pm 5,5$ мин давом этган) операциядан кейинги қон йўқотиш деярли бир хил бўлган. операциядан кейинги даврнинг учинчи кунига келиб, асосий гуруҳ беморларининг умумий оғриғига жавоб бериш назорат гуруҳи беморларининг оғриғига жавоб беришдан фарқ қилмади.

Хулоса: МРКХС ва тухумдонлар поликистози биргаликда учраганда қўлланилган сигмоидал кольпопоз ва тухумдонни дрилляж усулли оператив даво беморларда даво усулининг энг мақбул томони бўлиб, аёлларда ановуляция, ва тухумдонлар поликистози натижасидаги метаболик синдром, акне, себорея, гиперандрогенияни даволашга ёрдам беради, лекин операция, қон йўқотиш ва операциядан кейинги давр албатта давомийлигини

таъсир қилмайди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Адамян Л.В., Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Бобкова М.В. «Результаты макроскопического и иммуногистохимического исследования маточных рудиментов у пациенток с аплазией матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера)» // Проблемы репродукции, 2017, №6, с.71-77.
2. Адамян Л.В., Киселев СИ., Макиян З.Н., Осипова А.А. «причины нарушения репродуктивной функции у женщин с аномалиями матки». Материалы международного конгресса «Технологии XXI века в гинекологии», Москва, 2018,с. 150.
3. Бобкова М. В., Баранова Е.Е., Адамян Л.В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения. Проблемы репродукции. 2015; 21(3): 10-15.
4. Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Бобкова М.В. «Причины аплазии матки у пациенток с синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера». Материалы Первого международного конгресса по репродуктивной медицине, Москва, 2016, с. 92.
5. Боровая Т.Г., Адамян Л.В., Макиян З.Н. Гистохимические особенности рудиментов матки у девочек с синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера. // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя», Москва, 2015, с. 336.
6. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
7. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва баҷадон аплазиясида тухумдонлар поликистозиди синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
8. Окулов А.Б., Боровая Т.Г., Макиян З.Н., Киселев СИ., Степанян А.А., Бобкова М.В. «Клинико-морфологические особенности аномалий матки и влагалища» Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», Москва, 2015, с. 185-187.
9. Baber R.J., Panay N., Fenton A.; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016; 19(2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166.
10. Fauser B.C., Tarlatzis B.C., Rebar R.W. et al. Consensus on women’s health aspects of polycystic ovary syndrome // Акушерство и гинекология. Спецвыпуск «Актуальные вопросы эндокринной гинекологии» (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group // Fertil. Steril. 2012. Vol. 97. № 1. P. 28–38.
11. Lizneva D., Suturina L., Walker W., Brakta S., Gavrilova-Jordan L., Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertil. Steril. 2016; 106(1): 6–15. DOI: 10.1016/j. fertnstert.2016.05.003
12. Mani H., Levy M.J., Davies M.J. et al. Diabetes and cardiovascular events in women with polycystic ovary syndrome: a 20-year retrospective cohort study // Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2013. Vol. 78. № 6. P. 926–934.
13. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F., Dokras A., Laven J., Moran L. et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum. Reprod. 2018; 33(9): 1602–18. DOI: 10.1093/ humrep/dey256.