

Impact Factor: 6.145

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

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 4,
ISSUE 1 **2023**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2023

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

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

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

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

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

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

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

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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



УДК 618.14-002.27.618.56. 618.2-06

Юлдашев Санжар Келдиярович
PhDРеспубликанский специализированный
научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии
Ташкент, Узбекистан**Хикматуллаева Малика Рахимжоновна**
Резидент магистратуры кафедры
акушерства и гинекологии №2
Ташкентской медицинской академии
Ташкент, Узбекистан**ИСТОЦЕЛЕ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Yuldashev Sanjar Keldiyarovich, Khikmatullaeva Malika Rakhimjonovna, Istmocele and fertility. a modern solution to the problem (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7698676>**Yuldashev Sanjar Keldiyarovich**
PhDRepublican Specialized Scientific and Practical
medical center of obstetrics and gynecology
Tashkent, Uzbekistan**Khikmatullaeva Malika Rakhimjonovna**
Master student ofthe department of obstetrics and gynecology №2
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan**ISTMOCELE AND FERTILITY. A MODERN SOLUTION TO THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)****Yuldashev Sanjar Keldiyrovich**Tibbiyot fanlari nomzodi,
Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Toshkent, O'zbekiston**Xikmatullaeva Malika Rahimjonovna**Toshkent tibbiyot akademiyasi
2-son akusherlik va ginekologiya kafedrası
Magistratura rezidenti
Toshkent, O'zbekiston**ISTMOSELE VA FERTILLIK. MUAMMONING ZAMONAVIY YECHIMI (ADABIYOTLAR TAHLILI)**

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

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

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

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

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

Факторы риска влияющие на нижний сегмент.

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

Уровень разреза на матке.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Беременность. Беременность может имплантироваться в нишу с риском разрыва.

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

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

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

Акушерские осложнения при предстоящей беременности.

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

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

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

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

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

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

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

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

Тактика ведения с истмоцеле. Показания к лечению:

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

Варианты лечения истмоцеле матки, следующие:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Использованная литература:

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

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

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 4, HOMEP 1

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 4, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000