

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки яке аз омилҳои асосии НШГ-и қўдакон, ки 55% (79)-ро ташкил медиҳад, механизми пререналӣ ба ҳисоб меравад. Дар натиҷаи муолиҷаи маҷмӯии интенсивӣ (детоксикация, энтеросорбция, ба ислоҳ овардани ихтилолоти метаболӣ, дасткориҳои муосири ҷарроҳӣ) ҳангоми ИШГ фавтнокӣ то 24% (аз 79 бемор 19

нафар фавтид) коҳиш ёфт.

Хулоса. Сари вақт ба амал овардани усулҳои комплекси клиникӣ-лабораторӣ ва абзорӣ бо истифода аз технологияи муосир барои ташҳиси барвақтии иллатҳои шадиди гурда маълумотҳои бештаре дода метавонад.

Калимаҳои калидӣ: иллатҳои шадиди гурда, ориза, қўдакон, таҳҳис, муолиҷа, пешгирий.

УДК 316.36; 618.51:616-089.844

Ф.Б. Аминова¹, Д.А. Ходжамуродова^{1,2}, Ф.О. Косимова¹, Ф.И. Ибрагимова¹

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН В РОДСТВЕННОМ БРАКЕ

¹*Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»*

²*Отделение эндокринной гинекологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»*

Ходжамуродова Джамиля Амоновна – д.м.н., доцент, заведующая отделением гинекологической эндокринологии ГУ «Таджикский научно – исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», тел: +(992)918246195

Цель исследования. Изучить особенности врожденных пороков репродуктивных органов у девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста в родственном браке.

Материалы и методы исследования. За период 2015-2018 гг. в отделении гинекологической эндокринологии ГУ «НИИАГиП» обратились 182 пациентки с изолированными и сочетанными врожденными аномалиями развития репродуктивных органов и мочевыделительной системы.

Результаты исследований и их обсуждение. В настоящей статье определена частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов в родственном браке, которая составила 39,0%. Диагностирован высокий удельный вес (70,4%) врожденных аномалий репродуктивных органов в близкородственных брачных союзах. Частота врожденных пороков репродуктивных органов не зависит от количества родов и акушерского анамнеза. Но выявлена зависимость от очередности родов: при рождении первого ребенка частота аномалий составила 42,3% случаев, второго ребенка 30,2%, третьего 15,4%, четвертого 7,1%.

Заключение. Высокая частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов наблюдается в 39,0% в родственном браке. Диагностирован высокий удельный вес 70,4% врожденных аномалий репродуктивных органов в близкородственных брачных союзах. Определена зависимость от очередности родов.

Ключевые слова: родственный брак, врожденные аномалия развития шейки и тела матки, перегородка влагалища, гематокольпос, нарушение идентификации пола.

F.B. Aminova, D.A. Khojamurodova, F.O. Kosimova, F.I. Ibragimova

FEATURES OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF REPRODUCTIVE ORGANS AMONG WOMEN IN CONSANGUINEOUS MARRIAGE

Department of Obstetrics and Gynecology, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

Department of Endocrine Gynecology, State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology”

Khojamurodova Dzhamilya Amonovna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Gynecological Endocrinology, State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics - Gynecology, and Perinatology”, tel: + (992) 918246195

Aim. To study features of congenital malformations of reproductive organs among women in consanguineous marriage

Material and methods. Patients with isolated and combined congenital malformations of reproductive and urinary organs admitted to the department of gynecological endocrinology in the number of 182 during 2015-2018.

Results and discussion. The rate of congenital malformations of reproductive organs among women in consanguineous marriage in the current study was 39, 0%. The density of congenital malformations was 70, 4%. The rate of congenital malformations of reproductive organs did not correlate with the number of deliveries and obstetric anamnesis. However, a relation to the sequence of childbirths was found: the number of anomalies among firstborn children made 42,3%, second-born children 30, 2%, third-born children 15,4%, fourth-born children 7,1%.

Conclusion. A high rate of congenital malformations of reproductive organs is observed in 39,0% of consanguineous marriages. The study also shows a high density of congenital malformations of reproductive organs 70, 4% in this group. Additionally, the relation of congenital malformations to the sequence of childbirths was found.

Keywords: consanguineous marriage, congenital malformation of cervix and body of the uterus, hematocolpos, gender identification disorder.

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается увеличение числа случаев пороков развития, в том числе и аномалии развития органов репродуктивной системы у женщин. Это может быть обусловлено как усовершенствованием и внедрением современных методов исследования, так и усугублением состояния экологии, и возрастанием числа родственных браков.

Пороки развития матки наблюдаются в 1 на 1000 случаев среди девочек-подростков при перинатальном вскрытии девочек-подростков, а также встречаются в 3,2% случаев среди женщин репродуктивного возраста [1, 6]. Исследованиями ряда авторов было установлено, что женщины репродуктивного возраста с наличием бесплодия, аномалии развития матки наблюдаются почти в 30-35% случаев. Кроме того, около 17% случаев у женщин с патологическими родами также приходится на долю пороков развития матки [2, 14].

Согласно данным большинства авторов, у женщин с пороками развития органов репродуктивной системы в 11-32% случаев наблюдается infertility, а частота патологической беременности и родов у данных пациенток варьирует от 23 до 86% случаев [3, 7]. Ряд исследователей отмечают [4, 16], что у женщин с наличием двурогой матки в 55% случаев наблюдается бесплодие, кроме того в I-II триместрах у 44-90% беременных женщин наблюдаются репродуктивные потери.

До настоящего времени факторы риска возникновения пороков развития репродуктивных органов изучены недостаточно. По данным некоторых отечественных и зарубежных исследователей, генез аномалии пороков развития репродуктивных органов рассматривается как следствие воздействия наследственных факторов, а также как результат воздействия вредных биологических, физических, химических факторов [5-8].

Проведенный анализ ученых выявил, что в

родственных браках у супружеских пар могут наследоваться моногенные заболевания по ауто-сомно-рецессивному или доминантному типу в зависимости от вида порока развития репродуктивных органов к дефектам развития мезонефральных и парамезонефральных протоков [9, 10, 15]. Родственный брак, особенно близкородственный является наследственным фактором развития врожденных пороков репродуктивных органов [11-13].

В настоящее время для акушеров-гинекологов большую проблему представляют женщины с пороками развития органов репродуктивной системы вследствие развития у данных пациентов infertility, возникновения репродуктивных потерь в I-II триместрах беременности, высокой частоты преждевременных и патологических родов.

Таким образом, острая актуальность данной проблемы и необходимость ее решения и определили цель нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности врожденных пороков репродуктивных органов у девушек-подростков и у женщин репродуктивного возраста в родственном браке.

Материалы и методы исследования. За период 2015-2018 гг. в отделение гинекологической эндокринологии ГУ «НИИ АГ и П» обратились 182 пациентки с изолированными и сочетанными врожденными аномалиями развития репродуктивных органов и органов мочевыделительной системы.

Самой частой причиной обращения данной категории пациенток в нашу клинику являлись: боли внизу живота, отсутствие или нарушение менструального цикла, невозможность половой жизни после замужества и бесплодие.

При поступлении средний возраст больных составил $18,11 \pm 2,14$ лет. Согласно требованиям ВОЗ, всем обследованным больным были проведены следующие мероприятия: сбор семейно-

го анамнеза (состояние здоровья матери, отца и близких родственников), длительность и степень родственного брака, общеклинический осмотр, гинекологический статус, исследование органов малого таза и брюшной полости, зондирование влагалища, эндовидеохирургия (диагностическая и лечебная гистероскопия и лапароскопия с хромосальпингографией), оценка состояния молочных желёз по шкале Tanner, гормональное исследование гипоталамо-гипофизарно-тиреоидно-яичниковой системы, консультация генетика и определение

полового хроматина, ультразвуковое исследование матки, яичников и органов малого таза, магнитно-резонансная томография головного мозга и органов малого таза.

Обследуемых распределили на 5 клинических групп, в зависимости от вида аномалии развития репродуктивных органов и мочевыделительной системы. Количество больных (n=182). Структура аномалий развития репродуктивных органов (изолированная и сочетанная форма). Врожденные пороки развития влагалища, I группа 29 (15,9%).

Таблица 1

Исследования позволило распределить их на 5 клинических групп, в зависимости от вида аномалии развития репродуктивных органов и мочевыделительной системы

Нозологии (патологии)	Количество больных (n-182)	
	абс	%
Врожденные пороки развития влагалища (I группа n=29 (15,9%))		
Нарушения оттока менструальной крови при функционирующей матке:	13	7,1%
• Полная атрезия девственной плевы	8	4,4%
• Неполная атрезия девственной плевы	5	2,7%
P (по точному критерию Фишера)	>0,05	
Перегородка (поперечная) влагалища:	16	8,8%
• в нижней трети влагалища	8	4,4%
• в средней трети влагалища	5	2,7%
• в верхней трети влагалища	3	1,6%
P (по H-критерию Краскела-Уоллиса)	>0,05	
Врожденные аномалии тела и шейки матки (II группа - n=86(47,3%))		
Седловидная матка	43	23,6%
Двурогая матка	23	12,6%
Однороговая матка	8	4,4%
Две матки	4	2,2%
Рудиментарная функционирующая матка	5	2,7%
Две шейки матки	3	1,6%
P (по Q-критерию Кохрена)	<0,001	
Синдром Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) (III-группа n=22(12,1%))		
Синдром Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser	22	12,1%
Нарушения формирования пола (IV группа -n=9(4,9%))		
Женский ложный гермафродитизм	5	2,7%
Мужской ложный гермафродитизм	4	2,2%
P (по точному критерию Фишера)	>0,05	
Сочетанная врожденная аномалия развития мочеполовой системы (V группа n=36(19,8%))		
Сочетанная аномалия мочеполовой системы	22	12,1%
Сочетанная аномалия репродуктивных органов	14	7,7%
P (по критерию χ^2)	>0,05	

Нарушение оттока менструальной крови при функционирующей матке: 13 (7,1%). Полная атрезия девственной плевы 8 (4,4%). Неполная атрезия девственной плевы 5 (2,7%). Перегородка поперечная влагалища: 16 (8,8%). В нижней трети влагалища 8 (4,4%). В средней трети влагалища 5 (2,7%). В верхней трети влагалища 3 (1,6%). Врожденные anomalies тела и шейки матки. II группа – 86 (47,3%) больных. Седловидная матка 43 (23,6%). Двурогая матка 23 (12,6%), однорогая матка 8 (4,4%). Две матки 4 (2,2%). Рудиментарная функционирующая матка 5 (2,7%). Две шейки матки 3 (1,6%). Синдром Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. III группа 22 (12,1%). Нарушение формирования пола. IV группа (4,9%). Женский ложный гермафродитизм 5 (2,7%). Мужской ложный гермафродитизм 4 (2,2%). Сочетанная врожденная anomaly мочеполовой системы. V группа 36 (19,8%). Сочетанная anomaly мочеполовой системы 22 (12,1%). Сочетанная anomaly репродуктивных органов 14 (7,7%).

Статистическая обработка полученных результатов настоящего научного исследования проводилась с использованием метода программы персонального компьютера Statistica 6.0 (StatSoftUSA). Проверка на нормальность распределения выполнялась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$), а также в виде медианы и интерквартильного размаха ($Me [25q-75q]$). Сравнительный анализ для качественных показателей проводили с помощью критерия χ^2 , включая точный критерий Фишера, при множественных сравнениях – Q-критерий Кохрена. Для сопоставления количественных показателей между несколькими клиническими группами применяли H - критерий Крускала – Уоллиса, а для межгрупповых сравнений применяли U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

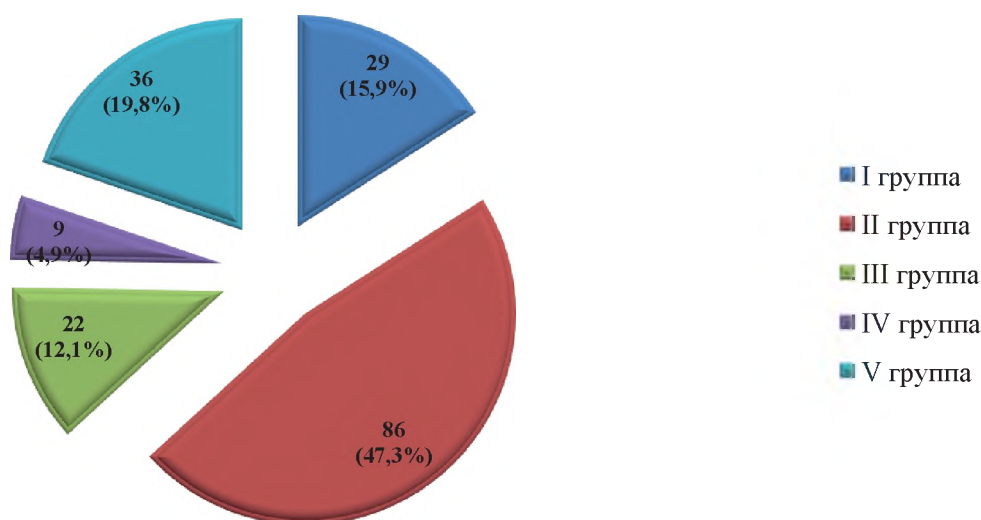


Рис. 1. Разделение больных на 5 клинические группы

Проведенное комплексное (клиническое, гормональное, генетическое) исследование, состояние гинекологического статуса, полученные результаты УЗИ органов малого таза и брюшной полости, зондирование влагалища, данные диагностической и лечебной гистероскопии и лапароскопии у 182 пациенток. Анализ обследованных пациенток выявил, что anomalies репродуктивных органов у девочек-подростков составили 81 (44,5%) случай, а у женщин раннего репродуктивного возраста 101 (55,5%) случай ($p > 0,05$). Данные анамнеза по очередности рождения детей в семье обследованных пациенток представлены в табл 2.

На представленной диаграмме видно, что частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов в группе больных с врожденными пороками развития влагалища дети рождались по счету от 1 по 6 ребенком ($2,21 \pm 0,25$; $p > 0,05$); в группе больных с Врожденными anomalies тела и шейки матки – по счету от 1 - 10 ым ($1,96 \pm 0,14$; $p > 0,05$); в группе больных с Синдромом Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser – по счету от 1 - 5 ($1,9 \pm 0,22$; $p > 0,05$); в группе больных Нарушение формирования пола – по счету от 1-по 2 ($1,5 \pm 0,29$; $p > 0,05$); в группе больных с сочетанной врожденной anomaly мочеполовой системы – по счету от

Таблица 2

Показатель очередности рождения детей
в семье (обследуемые пациентки)

Группы	По счету родилась в семье	
	M±m	Me (25q;75q)
I группа (n=29)	2,21±0,25	2 (1,0;3,0)
II группа (n=86)	1,96±0,14	1 (1,0;3,0)
III группа (n=22)	1,9±0,22	2 (1,0;2,0)
IV группа (n=9)	1,5±0,29	1,5 (1,0;2,0)
V группа (n=36)	1,5±0,5	1,0 (1,0;2,0)
p	>0,05	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами по H-критерию Краскела-Уоллиса

1-2 ребенком в семье (1,5±0,5; p>0,05).

Следует отметить, что частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов у I-го ребенка составил 77 (42,3%) случаев, у II-ребенка - 30,2%, у III-го - 15,4%, у IV- 7,1%; у V ребенка по счету - 2,2%, у VI- 0,5%; у VII- 1,0%; у IX ребенка- 1,0% и X по счету у ребенка - 1,0% случаев.

Следовательно, полученные данные можно интерпретировать следующим образом: частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов не зависит от количества родов, выкидышей и очередности рождения детей в семье, но в тоже время отмечается высокая частота выявления аномалии репродуктивных органов у детей рожденных 1 по 5 по счету в семье.

В обследование был включен интергенетический интервал пациенток, полученный из их анамнеза табл 3.

Таблица 3

Интергенетический интервал у
обследованных больных

Группы	Средний интергенетический интервал	
	M±m	Me (25q;75q)
I группа (n=29)	2,5±0,26	2 (2,0;3,0)
II группа (n=86)	2,44±0,13	2 (1,5;3,0)
III группа (n=22)	3,5±0,67	3 (2,0;4,0)
IV группа (n=9)	1,5±0,5	1,5 (1,0;2,0)
V группа (n=36)	2,0	2,0 (2,0;2,0)
p	>0,05	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Краскела-Уоллиса)

Как видно на рисунке, средний интергенетический интервал в группах исследуемых пациенток составил от 1 до 8 лет (1,5±0,5лет до 3,5±0,67лет).

Из общего числа обследованных (182) больных 71 (39,0%) женщина состояла в родственном браке. Частота родственных браков у обследованных пациенток представлена в таб. 4.

Анализ данных настоящей таблицы показал, что частота встречаемости патологии врожденных пороков репродуктивных органов в близкородственных брачных союзах среди обследованных 71

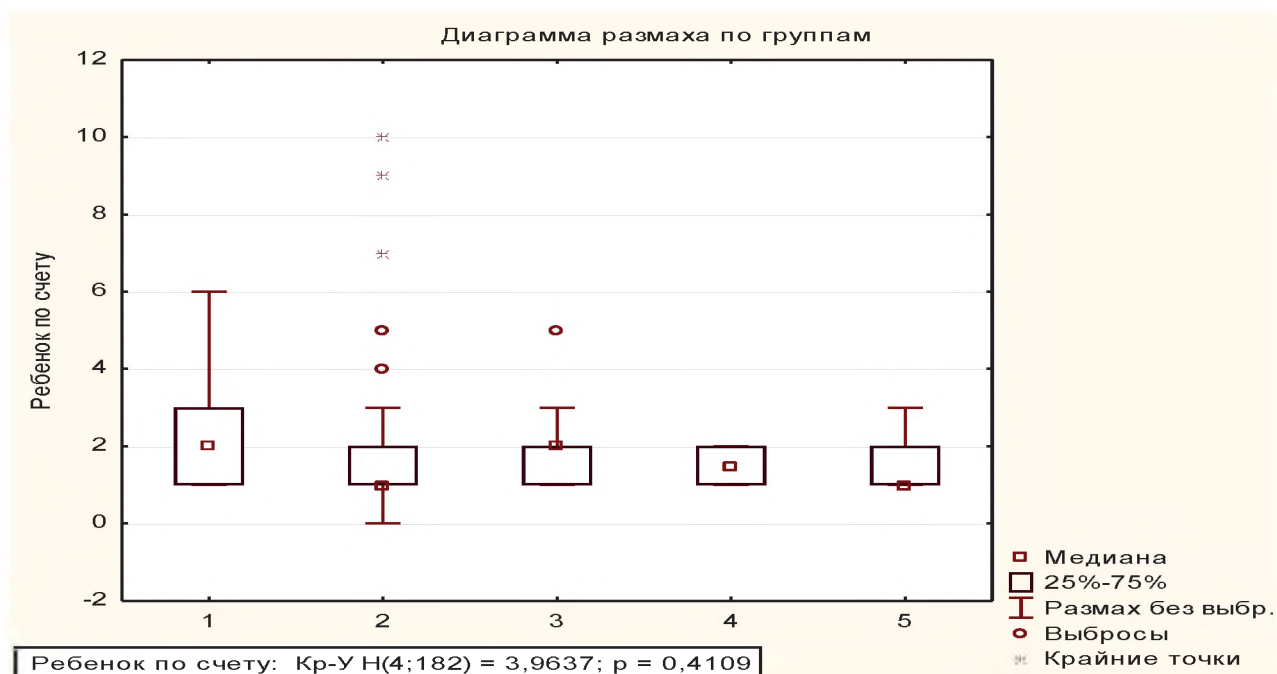


Рисунок 2. Диаграмма размаха по показателю «Родилась по счету в браке» в группах



Рисунок 3. Интергенетический интервал

больных в родственном браке выше, чем в дальне родственном браке (70,4% и 29,6%, соответственно ($p < 0,01$)).

При анализе результатов у пациенток, состоящих в родственном, близком и дальне родственном браках, были выявлены следующие врожденные

Таблица 4

Частота родственных браков

Группы	Родственный брак		Близкородств-й брак		Дальнородств-й брак	
	абс	%	абс	%	абс	%
I группа (n=29)	10	34,5	6	20,7 $p_1 > 0,05$	4	13,8 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
II группа (n=86)	41	33,3	29	23,6 $p_1 > 0,05$	12	9,8 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$
III группа (n=22)	6	27,3	5	22,7 $p_1 > 0,05$	1	4,5 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
IV группа (n=9)	2	22,2	1	11,1 $p_1 > 0,05$	1	11,1 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
V группа (n=36)	12	33,0	9	25,0 $p_1 > 0,05$	3	8,3 $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$
p	>0,05		>0,05		>0,05	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена; p_1 – при сравнении с пациентками, состоящими в родственном браке; p_2 – при сравнении с пациентками, состоящими в близкородственном браке (по точному критерию Фишера); % - процент от общего числа наблюдений в группе

пороки: Врожденные пороки развития влагалища - 34,5% случаев, в близкородственном браке-20,7% ($p_1 > 0,05$), в дальне родственном браке-13,8%; ($p_1 > 0,05$). Врожденные аномалии тела и шейки матки у пациенток с родственным браком наблюдались в 33,3% случаев, в близкородственном браке-в 23,6% ($p_1 > 0,05$); в дальне родственном браке-в 9,8% случаев ($p_1 < 0,001$); Сочетанная врожденная аномалия мочеполовой системы у пациенток с родственным браком наблюдалась в 33,0% случаев, в близкородственном браке-в 25,0% ($p_1 > 0,05$); в дальне родственном браке-в 8,3% ($p < 0,01$).

Обращает на себя внимание то, что частота встречаемости синдрома Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser в 5 раз выше в близкородственном браке, чем в дальне родственном браке - 22,7% и 4,5%, соответственно ($p < 0,05$); врожденные аномалии тела и шейки матки в 2,4 раза выше в близкородственном брачном союзе, чем в дальне родственном- 23,6% и 9,8%, соответственно ($p < 0,01$); сочетанная врожденная аномалия мочеполовой системы в 3 раза выше в близкородственном браке, чем в дальне родственном- 25,0% и 8,3% случаев, соответственно ($p > 0,05$).

Заключение. Высокая частота встречаемости врожденных пороков репродуктивных органов наблюдается (39,0%) в родственном браке. Диагностирован высокий удельный вес (70,4%) врожденных аномалий репродуктивных органов в близкородственных брачных союзах. Определена зависимость от очередности родов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-16 см. в REFERENCES)

1. Адамян Л.В. Аплазия матки и влагалища (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) в сочетании с эндометриозом: нерешенные аспекты этиологии патогенеза / Л.В. Адамян // *Проблемы репродукции*. - 2016. - № 22(3). - С.8-14.
2. Аминова Ф.Б. Структура врожденных пороков развития женской репродуктивной системы (по данным таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии) / Ф.Б. Аминова, Д.А. Ходжамуродова, Ф.О. Косимова, Ф.И. Ибрагимова // *Вестник Авиценны*. - 2019. - Т. 21. № 1. - С. 21-25.
3. Бобкова М.В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения / М.В. Бобкова, Е.Е. Баранова, Л.В. Адамян // *Проблемы репродукции*. - 2015. - №3. - С.10-15.
4. Буралкина Н.А. Возможности нехирургической коррекции порока развития влагалища приаплазии матки у подростков / Н.А. Буралкина, Г.М. Давтян, Е.В. Уварова // *Репродуктивное здоровье детей и под-*

ростков. - 2016. - №2 (67). - С.52-53.

5. Рустамова М.С. Частота соматической и гинекологической патологии у больных женщин с гиперпластическим процессом органов репродуктивной системы / М.С. Рустамова, М.Х. Бадалова // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. - 2016. - №3. - С. 57-62.
6. Рофиева Х.Ш. Результаты холтеровского мониторингирования ЭКГ у женщин с острым инфарктом миокарда в перименопаузальном периоде / Х.Ш. Рофиева, А.М. Мурадов, А.Г. Гоилов, Х.Д. Зухуров, М.М. Шоджонов // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2018. - №1. - С. 62-65.
7. Хушвахтова Э.Х. Хирургическое лечение гиперпластических процессов у женщин репродуктивного возраста / Э.Х. Хушвахтова, С.М. Сафарова, М.Х. Курбанова // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2016. - №3. - С. 63-67.
8. Цимарис П. Обследование, тактика ведения и лечение врожденных аномалий влагалища в пубертатном периоде / П. Цимарис, В. Кароунцос, Е. Делегеороглу // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. - 2019. - №2. - С. 25-35.
9. Косимова Ф.О. Структура маточного и цервикального фактора бесплодия у женщин раннего и активного репродуктивного возраста / Ф.О. Косимова, Д.А. Ходжамуродова, Ф.Б. Аминова, Ф.И. Ибрагимова // *Вестник Волг ГМУ*. - 2018. - №3(67). - С. 47-50.

REFERENCES

1. Adamyan L. V. Aplaziya matki i vlagalishcha (sindrom Mayera—Rokitanskogo—Kyustera—Khauzera) v sochetanii s endometriozom: nereshennye aspekty etiologii patogeneza [Aplasia of the uterus and vagina (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome) in combination with endometriosis: unresolved aspects of the etiology and pathogenesis.]. *Problemy reproduksii - Problems of reproduction*, 2016, No. 22 (3), pp. 8-14;
2. Aminova F. B. Struktura vrozhdynnykh porokov razvitiya zhenskoy reproduktivnoy sistemy (po dannym tadzhikskogo NII akusherstva, ginekologii i perinatologii) [The structure of congenital malformations of the female reproductive system (according to the Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology)]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2019, Vol. 21, No. 1, pp. 21-25.
3. Bobkova M. V. Geneticheskie aspekty formirovaniya aplazii vlagalishcha i matki: istoriya izucheniya [Genetic aspects of the formation of aplasia of the vagina and uterus: a history of the study]. *Problemy reproduksii - Problems of reproduction*, 2015, No. 3, pp. 10-15.
4. Buralkina N. A. Vozmozhnosti nekhirurgicheskoy korrektsii poroka razvitiya vlagalishcha priaplazii matki u podrostkov [Possibilities of non-surgical correction of vaginal malformations in uterine aplasia in adolescents].

Reproduktivnoe zdorove detey i podrostkov - Reproductive health of children and adolescents, 2016, No. 2 (67), pp. 52-53.

5. Rustamova M. S. Chastota somaticheskoy i ginekologicheskoy patologii u bolnykh zhenshchin s giperplasticheskimi protsessami organov reproduktivnoy sistemy [The frequency of somatic and gynecological pathology in women with a hyperplastic process of the reproductive system organs]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2016, No. 3, pp. 57-62.

6. Rofieva Kh. Sh. Rezultaty kholterovskogo monitoringirovaniya EKG u zhenshchin s ostrym infarktomyokarda v perimenopazalnom periode [The results of Holter ECG monitoring in women with acute myocardial infarction in the perimenopausal period]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 62-65.

7. Khushvakhtova E. Kh. Khirurgicheskoe lechenie giperplasticheskikh protsessov u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta [Surgical treatment of hyperplastic processes in women of reproductive age]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 3, pp. 63-67.

8. Tsimaris P. Obsledovanie, taktika vedeniya i lechenie vrozhdennykh anomalii vlagalishcha v pubertatnom periode [Examination, management tactics and treatment of congenital abnormalities of the vagina in the puberty]. *Reproduktivnoe zdorove detey i podrostkov - Reproductive health of children and adolescents*, 2019, No. 2, pp. 25-35.

9. Kosimova F. O. Struktura matochnogo i tservikalnogo faktora besplodiya u zhenshchin rannego i aktivnogo reproduktivnogo [The structure of the uterine and cervical factor of infertility in women of early and active reproductive age]. *Vestnik Volgogradskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta – Herald of Volgograd State Medical University*, 2018, No. 3 (67), pp. 47-50;

10. Acién P. The presentation and management of complex female genital malformations. *Human Reproduction*, 2016, No. 22 (1), pp.48-69;

11. Behunova J. Urinarytractano maliesia ssociated with MTHFR genepoly morphism C677 Tingirls. *Kidney and blood pressure research*, 2011, No. 34 (6), pp. 465-471;

12. Layman L. C. The genetic basis of female reproductive disorders: etiology and clinical testing. *Molecular and cellular endocrinology*, 2013, No. 370 (1-2), pp. 138-148;

13. Montgomery G. W. The future for genetic studies in reproduction. *Molecular human reproduction*, 2014, No. 20 (1), pp.1-14;

14. Nodale C. Gene expression profile of patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: new

insights into the potential role of developmental pathways. *PloS one*, 2014, No. 9(3), pp. 1010 – 1013;

15. Nakhal R. S. Creighton S.M. Management of vaginal agenesis. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 2012, No. 25 (6), pp. 352-357;

16. Oppelt P.G. Malformations in a cohort of 284 women with Mayer-Rokitansky-Kustner-Hauser syndrome (MRKH). *Reproductive biology and endocrinology*, 2012, No. 10, pp. 57-58.

ХУЛОСА

Ф.Б. Аминова, Д.А. Ходжамуронова,
Ф.О. Косимова, Ф.И. Ибрагимова

ХУСУСИЯТҲОИ НУҚСОНҲОИ МО- ДАРЗОДИИ ИНКИШОФИ УЗВҲОИ РЕПРОДУКТИВӢ ДАР БАЙНИ ЗАНҲО ЗИМНИ НИКОҲИ ХЕШУТАБОРӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ дар мавриди духтарони наврас ва занҳои синни репродуктивӣ зимни никоҳи хешутаборӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар давраи солҳои 2015-2018 ба шӯъбаи эндокринологияи гинекологияи МД «ПИТ АГ ва П» 182 бемори гирифтори нуқсонҳои ҷудокардашуда ва яқҷояи модарзодии инкишофи репродуктивӣ ва системаи пешобҳосилкунӣ мувоҷиҳат намуданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Зимни мақола басомади дучоршавии нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ ҳангоми никоҳи хешутаборӣ муайян карда шудааст, ки он 39%-ро ташкил медиҳад. Таносуби баланди 70,4% нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ дар никоҳи хешони наздик ташхис карда шуд. Басомади нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ аз шумори зоиш ва анамнези акушерӣ вобастагӣ надорад. Аммо вобастагӣ аз навбати зоиш ошкор гардид, яъне басомади нуқсонҳо ҳангоми таваллуд кардани кӯдаки аввал 42,3% ҳодиса, кӯдаки дуюм 30,2%, сеюм 15,4% ва чорум бошад, 4,1%-ро ташкил дод.

Хулоса. Басомади баланди дучоршавии нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ 39% дар никоҳи хешутаборӣ мушоҳида мешавад. Таносуби баланди 70,4% нуқсонҳои модарзодии узвҳои репродуктивӣ ташхис карда шуд. Алоқамандӣ аз навбати зоишҳо муайян гардид.

Калимаҳои калидӣ: никоҳи хешутаборӣ, нуқсонҳои модарзодии инкишофи гардана ва танай бачадон, тавораи маҳбал, гематоколпос, ҳалалёбии ҳаммонандкунонии чинс.