

10. Allaway M.R. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

11. Gupta A. Late postoperative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal. Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

12. Zhou C. Clinical analysis of transumbilical single-incision laparoscopic cholecystectomy with totally free umbilical ring by conventional instruments. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2018, No. 98 (48), pp. 3946-3949.

13. Palermo M. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019.

14. Eubanks R.D. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

15. Elkbali A. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgery. Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев,
М.М. Болтубоев, А.И. Муродов,
А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров,
Ф.Н. Нажмудинов, Ш.Н. Шамсуллозода**

ИНТИХОБИ УСУЛИ ИСЛОҲИ ЧАРРОҲИИ ХУНРАВИҲОИ ДОХИЛИ БАТНИИ

БАЪДИЧАРРОҲӢ БАЪД АЗ АМАЛИЁТҲО ДАР МАВЗЕИ ГЕПАТОБИЛИАРӢ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии табобати хунравии пас аз чарроҳӣ дар чарроҳии гепатобилиарӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти 155 беморони гирифтори хунравии пас аз чарроҳии дохили батн пас аз чарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ оварда шудаанд. Сабабҳои асосии инкишофи хунравии пас аз чарроҳии дохили батн таҳлил карда мешаванд.

Натиҷаҳо. Таснифи клиникии таҳияшудаи хунравии пас аз чарроҳии дохили батн пешниҳод карда шудааст ва истифодаи лапароскопия дар табобати хунравии пас аз чарроҳии дохили шикам пас аз чарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ асоснок карда шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада, бо равиши инфиродӣ, муаллифон истифодаи лапароскопияро дар беморони гирифтори хунравии пас аз чарроҳии дохили батн тавсия медиҳанд.

Хулоса. Релапароскопия барои хунравии пас аз чарроҳии дохили батн, новобаста аз хусусияти амалиёти қаблӣ, имкон медиҳад, ки бо ҳадди ақали таҷовузи такрорӣ хунравӣ боэътимод қатъ карда шавад ва сабабҳои он бартараф карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: релапаротомия, релапароскопия, хунравиҳои дохилибатнии баъди чарроҳӣ, оризаҳои барвақтинаи баъди чарроҳии амалиётҳо дар мавзеи гепатобилиарӣ, таснифи хунравиҳои дохилибатнии баъди чарроҳӣ.

УДК 618.7-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-54-60

М.Ш. Мукарамшоева^{1,2}

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

¹ООО «Медицинский центр «Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Мукарамшоева Мехрангез Шоинбековна - соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992938525900; Email: mekha.mika@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с бесплодием после хирургических вмешательств на органах малого таза.

Материал и методы исследования: анализированы данные 90 женщин, обратившихся в Медицинский центр «Насл» в связи с бесплодием для проведения ЭКО за 2017-2020гг., которым на первом этапе были при-

менены различные подходы в хирургическом лечении и без оперативных вмешательств на органах малого таза в анамнезе.

Результаты исследования и их обсуждение. Дифференцированный подход на хирургическом этапе и комплекс реабилитационных противоспаячных мер в послеоперационном периоде в подготовки к программе ЭКО обеспечил частоту наступления клинической беременности в 69% случаях, а кумулятивный коэффициент частоты живорождений (CLBR) - 44,8% в основной группе.

Выводы. Снижение фертильности женщин, перенесших полостные оперативные вмешательства без соблюдения органсберегающих принципов и реабилитационных противоспаячных мероприятий, обосновывает более широкое внедрение эндоскопических органсберегательных вмешательств на органах малого таза с обязательным послеоперационным комплексом восстановительных мероприятий у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

Ключевые слова: операции на органах малого таза, эндохирургия, реабилитация, PRP-терапия, вспомогательные репродуктивные технологии, женщины, бесплодие.

M.Sh. Mukharamshoeva^{1,2}

EVALUATION OF THE EFFICACY OF IVF PROGRAMS IN WOMEN WITH INFERTILITY WHO HAVE SURGICAL INTERVENTIONS ON THE PELVIC ORGANS

¹LLC "Medical Center "Nasl"

²Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 SEI "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

Mukharamshoeva Mekhrangez Shoinbekovna - postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 of State Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"; Tel: +992938525900; Email: mekha.muka@mail.ru

Aim. To evaluate the effectiveness of assisted reproductive technologies in women with infertility after surgical interventions on the pelvic organs.

Material and methods: We analyzed the data of 90 women who approached the Nasl Medical Center due to infertility for IVF in 2017-2020, to whom different approaches in surgical treatment and without surgical interventions on the pelvic organs in the anamnesis were applied at the first stage.

Results. "A differentiated approach during the surgical stage and a complex of rehabilitation anti-adhesion measures in the postoperative period, as preparation for the IVF program, ensured a frequency of clinical pregnancy occurrence in 69% of cases, and a cumulative frequency coefficient of live births (CLBR) of 44.8% in the main group."

Conclusions. Decreased fertility of women who underwent abdominal surgery without observing organ-sparing principles and rehabilitation anti-adhesion measures justifies the wider introduction of endoscopic organ-sparing interventions on the pelvic organs with a mandatory postoperative complex of restorative measures in adolescent girls and women of reproductive age to preserve their fertility.

Keywords: operations on the pelvic organs, endosurgery, rehabilitation, PRP-therapy, assisted reproductive technologies, women, infertility.

Актуальность. Бесплодием страдает до 186 миллионов человек в мире (ВОЗ) [10, 11]. Одним из основных причин выступает трубно-перитонеальный фактор, причинами которого служат перенесенные воспалительные заболевания, операции органов малого таза, эндометриоз [1, 3]. Оклюзии маточных труб может способствовать абдоминальная миомэктомия по поводу первичного бесплодия и не вынашивания беременности [6]. Эндометриоз встречается в половине всех случаев бесплодия у женщин [4]. А овариальный резерв после резекции эндометриом страдает сильнее, чем после удаления других доброкачественных

опухолей по причине большей потери коркового вещества [6, 11]. Также, важное значение имеют качество эмбриона и состояние эндометрия [12]. Описаны связи между «тонким» эндометрием и низкими показателями имплантации [7, 14]. Обзор литературы демонстрирует разнообразие методов подготовки таких пациенток к ЭКО: циклическая гормональная терапия, использование вазоактивных препаратов, гонадотропинов, ингибиторов ароматазы, тамоксифена, икариина, цинка, гистероскопический адгезиолиз, физиотерапевтические процедуры, внутриматочную инфузию аутоплазмы,

обогащенной тромбоцитами, клеточную терапию стволовыми клетками [2, 5, 7, 8].

Цель исследования. Оценить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий с дифференцированным подходом у женщин с бесплодием, перенесших хирургические вмешательства на органах малого таза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ эффективности применения ВРТ у 90 пациенток, обратившихся в Медицинский центр «Насл» в период с января 2017 по январь 2020 года по поводу первичного и вторичного бесплодия различного генеза для прохождения программы ЭКО, со сроком наблюдения до сентября 2021 года. I (основную) группу составили 29 пациенток, которым в плане предгравидарной подготовки к программе ЭКО проведены миниинвазивные хирургические вмешательства с лечебно-диагностической целью с реабилитационным и восстановительным лечением в условиях центра; II группу - 40 пациенток, имевшие в анамнезе хирургические вмешательства на органах малого таза в других учреждениях; III группу - 21 пациенток, не имевших в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза.

В плане обследования проведены: анамнестический сбор, клинико-лабораторный (ИФА, ПЦР), лучевые, эндоскопические методы исследования. В плане предгравидарной подготовки в послеоперационном периоде через 14 дней всем пациенткам I-ой группы проведен комплекс рассасывающей

противоспаячной терапии с физиотерапевтическими процедурами на область малого таза, которые включали:

1 этап – противоспаячная терапия (дистрептаза: стрептокиназа + стрептодорназа) ректально 15000 МЕ+1250 МЕ по 1 супп. 2 раза/сут в течение 3 дней, далее – по 1 супп. 1 раз/сут в течение следующих 4 дней; токоферола ацетат 200 мг внутрь по 1 капс 2 раза в день 14 дней; электрофорез на низ живота с чередованием раствора цинка, калий йодида и лидазы методом гальванизации с целью противовоспалительного, обезболивающего и рассасывающего воздействия, а также нормализующего гормональную функцию яичников (15 дней);

2 этап – витаминотерапия, улучшение микроциркуляции (депротеинизированный гемодериват крови телят (актовегин) по 1-2 таблетки 3 раза/сут (600-1200 мг/сут) 4-6 недель; дипиридамол 75 мг (курантил) – 1 таб внутрь 1 раз в неделю 4 недели; PRP-терапия (Platelet Rich Plasma) (введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы 10 пациенткам в количестве 1-2 мл в полость матки, с целью стимуляции роста собственных клеток при «тонком» эндометрии менее 7 мм на 12-14 дни менструального цикла, и женщинам в старше 39 лет), иммуномодулирующая терапия (озонотерапия 10 дней; аминодигидрофалазиндион натрия суппозитории ректальные 100 мг (галавит) 5 дней по 1 супп. 1 раз/сут, затем – по 1 супп. через каждые 72 ч., курс – 20 супп.); бовгиалуронидаза азоксимер

Таблица 1

Структура перенесенных хирургических вмешательств и их количество у пациенток I (n=29) и II (n=40) групп.

Объемы операций во II группе (n=40)	абс.ч.	Объемы операций в I группе (n=29)	абс.ч.
ЛТ+миомэктомия	2	ЛТ+миомэктомия	2
ЛТ+аппендэктомия	3	ЛС+ГС+ХСС+адгезиолизис	11
ЛТ+тубэктомия	11	ЛС+ХСС+адгезиолизис	4
ЛТ+аднексэктомия	10	ЛС+тубэктомия	11
ЛТ+кесарево сечение	3	ЛС+цистэктомия+энуклеация эндометриоидной кисты+адгезиолизис	6
ЛС+туботомия	1		
ЛС+тубэктомия	8		
ЛС+фимбриолизис	5	ЛС+каутеризация яичников+гистероскопия	1
ЛС+цистэктомия	4	Гистерокопия+полипэктомия	7
ЛС+цистэктомия+энуклеация эндометриоидной кисты+адгезиолизис	2	-	-
ЛС+каутеризация яичников+гистероскопия	1	-	-
ЛС+адгезиолизис	1	-	-
Гистерокопия+полипэктомия	3	-	-
Всего вмешательств:	58	-	37

Примечание: ЛТ – лапаротомия, ЛС – лапароскопия, ГС – гистероскопия, ХСС – хромосальпингоскопия.

(лонгидаза) 3000 МЕ суппозитории интравагинальные 1 раз/сут на ночь, 10 дней.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics v.26. В исследовании применены методы описательной статистики с определением минимального, максимального и среднего значения признака и определение его доли. Сравнение групп проводилось по критерию Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни и χ^2 для произвольных таблиц. Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Первичное бесплодие в 2 раза чаще встречалось у пациенток III группы – 19/21 (90,5%) случаев. В структуре бесплодия в I группе чаще встречался эндокринный фактор – 13/29 (45%) случаев, во II группе трубно-перитонеальный – 30/40 (75%) случаев, и в III группе мужской фактор – 14/21 (66,7%) случаев.

Анализ структуры перенесенных хирургических вмешательств и сроков их давности в I и II группах представлен в табл. 1.

В I группе операции проведены в условиях Медицинского центра «Насл» в сроках от 6 до 12 месяцев до начала программы ЭКО. Все вмешательства выполнены лапароскопическим доступом, кроме 2 пациенток - лапаротомный доступ в связи с миомэктомией и размерами узлов более 4 см. Одно оперативное вмешательство было выполнено

22 (75,9%) пациенткам, 2 операции – 5 (17,2%) пациенткам, и 2 (6,9%) женщины перенесли по 3 операции.

Во II группе одно оперативное вмешательство перенесли 23 (57,5%) женщины, 2 операции – 15 (37,5%) пациенток, и 2 (5%) пациентки перенесли по 3 операции в других медицинских учреждениях. Так, доля лапаротомных доступов во II группе составила 29/58 (50%) случаев, а в I группе лишь 2/44 (4,5%) случая. На одну пациентку I группы приходится 1,28 операций, II группы – 1,45 операций в среднем. Сроки давности перенесенных операций во II группе варьировали от 1 года до 17 лет и в среднем составляли 5,04 года. Важно отметить, что в I группе эндоскопические вмешательства во всех случаях носили бережный органосохраняющий характер, с применением щадящих электрохирургических режимов (монополярный) и рассасывающихся материалов при восстановлении целостности стенок матки и тканей яичников. Осложнений после хирургического этапа лечения не отмечено. Пациентки выписывались после 1-ых суток домой в удовлетворительном состоянии, и 2 пациентки после миомэктомии были выписаны на 5-ые сутки. Изучить особенности хирургических вмешательств, гемостаза и воздействий электрокоагулирующих воздействий у пациенток, подвергшихся операциям в других учреждениях, не представлялось возможным.

Таблица 2

Показатели гормонального статуса пациенток

№	Показатель	Референс	I группа (n=29)	II группа (n=40)	III группа (n=21)	p (df =2)
1.	АМГ (нг/мл)	1,0-2,5	4,3±3,0	3,5±2,2	4,5±1,5	0,0945
2.	ФСГ (мЕд/мл)	0,57-8,77	9,8±5,1	8,7±4,7	7,4±3,3	0,2739
3.	ЛГ (мЕд/мл)	1,55-53,0	10,2±4,1	8,0±4,5 p ₁ =0,028	9,2±3,9	0,0294
4.	Пролактин, мЕд/мл	до 540,0	654,8±301,7	599,5±422,2	541,4±269,3	0,1938
5.	Эстрадиол, пг/мл	13,6-190,0	56,3±39,5	74,0±65,9	67,6±54,3	0,7491
6.	Тестостерон, нмоль/л	0,2-2,7	1,7±0,5	5,1±4,7	2,6±1,6 p ₁ =0,038	0,0369
7.	Прогестерон, нмоль/л	6,0-70,0	11,1±8,8	17,2±16,0	16,9±16,1	0,5809
8.	Т3, нмоль/л	0,98-2,33	3,3±1,0	3,8±1,0	4,1±2,4	0,4807
9.	Т4, нмоль/л	62,0-150,0	12,1±5,6	14,2±6,5 p ₁ >0,05	15,3±5,8 p ₁ =0,035	0,0273
10.	ТТГ, мЕд/мл	0,4-4,0	2,4±1,3	1,7±1,0 p ₁ =0,034	2,8±2,8	0,0395

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между тремя группами (по критерию Краскела-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с I группой; p₂ – статистическая значимость различий показателей по сравнению со II группой (p₁-p₂ – по критерию Манна-Уитни).

Таблица 3

Характеристика программ ЭКО и их эффективность, (% , n)

№	Показатель	I группа (n =29)	II группа (n =40)	III группа (n =21)	p (df =2)
1.	IVF	62,1% (18)	87,5% (35)	42,9% (9)	0,002
2.	ICSI	37,9% (11)	12,5% (5)	57,1% (12)	0,002
3.	Перенос размороженных эмбрионов	10,3% (3)	10,0% (4)	19,0% (4)	>0,05
4.	Короткий протокол	86,2% (25)	95,0% (38)	95,2% (20)	>0,05
5.	Длинный протокол	13,8% (4)	5,0% (2)	4,8% (1)	>0,05
6.	Перенос эмбрионов на 3 день	72,4% (21)	82,5% (33)	71,4% (15)	>0,05
7.	Перенос эмбрионов на 5 день	27,6% (8)	17,5% (7)	28,6% (6)	>0,05
8.	Перенос 1 эмбриона	27,6% (8)	20,0% (8)	14,3% (3)	>0,05
9.	Перенос 2 эмбрионов	72,4% (21)	80,0% (32)	85,7% (18)	>0,05
10.	Клиническая беременность	69,0% (20)	42,5% (17)	38,1% (8)	0,044
11.	Выкидыш на сроках до 12 недель	35,0% (7/20)	5,9% (1/17)	12,5% (1/8)	>0,05
12.	Живорожденные	44,8% (13/29)	40% (16/40)	33% (7/21)	0,044

Примечание: p – статистическая значимость различий результатов среди всех групп (по критерию χ^2 для произвольных таблиц).

Изучение гормонального статуса пациенток трех групп проведено до начала программы ЭКО при их первичном поступлении (табл. 2). Выявлено повышение среднего уровня пролактина во всех группах, тестостерона - во II группе. А высокие средние значения АМГ указывали на высокую частоту гиперэстрогении и недостаточность лютеиновой фазы. Наименьшее значение ЛГ было выявлено во II группе. Среднее значение тестостерона статистически значимо было выше в III группе.

По данным УЗИ, признаки спаечного процесса были отмечены лишь во II группе у 16 (40%) пациенток. Толщины М-эха статистически значимо была меньше у пациенток II группы, что возможно является следствием агрессивной хирургической тактики, применяемой в других учреждениях. По длине и ширине тела матки и толщине М-эха статистически значимо наименьшие размеры были выявлены в III группе, а число антральных фолликулов в яичниках пациенток III группы было больше, что объясняется отсутствием операций в данной группе. В I и II группах в более чем половине случаев была проведена программа IVF – 62,1% и 87,5%, а в III - в 57,1% случаев применена программа ICSI в виду преобладания мужского фактора бесплодия (табл. 3).

Во II группе статистически значимо чаще выполнялись программы IVF, а в III группе – ICSI,

в связи с преобладанием мужского фактора бесплодия. Также выявлено, что дифференцированный подход обеспечил частоту наступления клинической беременности в 69% случаях, а кумулятивный коэффициент частоты живорождений (CLBR) составил 44,8% в I группе. Аналогичные показатели во II, III группах были ниже – 40 и 33,3%, соответственно. Данный показатель в странах Европы и США варьирует от 29 до 42%, согласно данным 27 рандомизированных клинических исследований за 2016 год [4, 9]. Выявленные нарушения репродуктивной системы женщин II группы были связаны с более высокой частотой хирургических вмешательств в анамнезе с открытым доступом в половине случаев, значительными сроками давности вмешательств (3-10 лет в 73,5% случаях), и как следствие - увеличение доли трубно-перитонеального фактора как причины бесплодия (в 2 раза в сравнении с I группой). Более выраженное уменьшение среднего значения толщины М-эха было также выявлено во II и III группах, что имело прямую зависимость с частотой имплантации.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают на снижение фертильности женщин, перенесших полостные оперативные вмешательства без соблюдения органсберегающих принципов и реабилитационных противоспаечных мероприятий, что говорит в пользу более широкого внедрения

эндоскопических миниинвазивных органсберегающих вмешательств на органах малого таза с обязательным послеоперационным комплексом восстановительных мероприятий у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-14 см. в REFERENCES)

1. Оразов М.Р. Проблемный эндометрий как фактор бесплодия: поиск путей преодоления продолжается / М.Р. Оразов, К.В. Краснопольская, Е.С. Силантьева, Л.М. Михалева, И.Ю. Ершова, Е.В. Лагутина, П.А. Семенов // Трудный пациент. - 2020. - Т.18, №8-9. - С. 13-19.
2. Смирнова И.В. Эндометриозассоциированное бесплодие / И.В. Смирнова, А.Г. Бресский, О.В. Лысенко // Охрана материнства и детства. - 2011. - №1. - С. 63-65.
3. Хамзин И.З. Влияние биполярной коагуляции на овариальный резерв (ОР) при энуклеации эндометриодных кист / И.З. Хамзин, Д.А. Шуйская, Э.Д. Месропян, Э.С. Степанян // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - Т.65. - С. 64-65.
4. Храмова А.Ю. Современный взгляд на проблему «тонкого» эндометрия: пути решения в программах вспомогательных репродуктивных технологий / А.Ю. Храмова, Н.В. Башмакова // Проблемы репродукции. - 2019. - Т.25, №4. - С. 69-76.

REFERENCES

1. Orazov M.R. Problemnyy endometriy kak faktor besplodiya: poisk putey preodoleniya prodolzhaetsya [Problematic endometrium as a factor of infertility: the search for ways to overcome it continues]. *Trudnyy patsient - Difficult patient*, 2020, Vol. 18, No. 8-9, pp. 13-19.
2. Smirnova I.V. Endometriosassotsirovannoe besplodie [Endometriosassociated infertility]. *Okhrana materinstva i detstva - Protection of motherhood and childhood*, 2011, No. 1, pp. 63-65.
3. Khamzin I.Z. Vliyanie bipolyarnoy koagulyatsii na ovarialnyy rezerv (OR) pri enukleatsii endometrioidnykh kist [Effect of bipolar coagulation on the ovarian reserve (OR) during enucleation of endometrioid cysts]. *Zhurnal Akusherstva I Zhenskikh Bolezney - Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2016, Vol. 65, pp. 64-65.
4. Khamtsova A.Yu. Sovremennyy vzglyad na problemu «tonkogo» endometriya: puti resheniya v programmakh vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy [Current View of the "Thin" Endometrium Problem: Ways to Solve it in Assisted Reproductive Technology Programs]. *Problemy reproduksii - Problems of reproduction*, 2019, Vol. 25, No. 4, pp. 69-76.
5. Chang H.J., Han S.H., Lee J.R. Impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve: serial changes

of serum antiMüllerian hormone levels. *Fertility and Sterility*, 2010, Vol. 94 (1), pp. 343-349.

6. Du J., Lu H., Yu X. Efficacy and safety of platelet-rich plasma for the treatment of thin endometrium: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2020, No. 99(3), pp. e18848.

7. Eftekhari M., Neghab N., Naghshineh E. Can autologous platelet rich plasma expand endometrial thickness and improve pregnancy rate during frozen-thawed embryo transfer cycle? A randomized clinical trial. *Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, No. 57(6), pp. 810-813.

8. Gore A.C., Chappell V.A., Fenton S.E. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocrine Reviews*, 2015, Vol. 36 (6), pp. E1-E150.

9. Iwase A., Hirokawa W., Goto M. Serum anti-Müllerian hormone level is a useful marker for evaluating the impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve. *Fertility and Sterility*, 2010, Vol. 94 (7), pp. 2846-2849.

10. Lessey B.A., Young S.L. What exactly is endometrial receptivity? *Fertility and Sterility*, 2019, No. 111, pp. 611-7.

11. Liu K.E., Hartman M., Hartman A. Management of thin endometrium in assisted reproduction: a clinical practice guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society. *Reproduction Biomedicine Online*, 2019, No. 39(1), pp. 49-62.

12. Mahajan N., Sharma S. The endometrium in assisted reproductive technology: how thin is thin? *Journal of Human Reproduction Science*, 2016, No. 9(3), pp. 3-8.

13. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 2012, Vol. 9(12), pp. 1001356.

14. Sinclair D., Gaither K., Mason T.C. Fertility outcomes following myomectomy in an urban hospital setting. *Journal of the National Medical Association*, 2015, Vol. 97 (10), pp. 1346-8.

ХУЛОСА

М.Ш. Мукармшоева

АРЗИШИ САМАРАИ БАРНОМАИ ЭКО ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ БЕЗУРЁТӢ ПАС АЗ ҶАРРОҶӢОИ ДАР УЗВӢОИ КОСИ ХУРД

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии самаранокии технологияҳои репродуктивӣ ёрирасон дар занони гирифтори безуриётӣ пас аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои коси хурд.

Маъод ва усулҳои таҳқиқот: маълумоти 90 зане, ки бо сабаби безуриётӣ ба маркази тиббии «Насл» барои солҳои 2017-2020 барои безуриётӣ муроҷиат намудаанд, ки дар марҳилаи аввал дар

муоличаи чарроҳӣ ва бидуни даҳолати чарроҳӣ дар узвҳои коси пиёдагард усулҳои гуногунро аз сар гузаронидаанд, таҳлил карда шуд. дар анамнез.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Муносибати дифференциалӣ дар марҳилаи чарроҳӣ ва маҷмӯи чораҳои барқарорсозии зидди илтиҳобӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ ҳангоми омодагӣ ба барномаи IVF ҳомиладории клиникаро дар 69% ҳолатҳо ва коэффитсиенти маҷмӯи таваллуди зинда (CLBR) - 44,8% таъмин карданд дар гурӯҳи асосӣ.

Хулосаҳо. Паст шудани ҳосилҳезии заноне, ки чарроҳии шикамро бидуни риояи принципҳои

нигоҳдории узвҳо ва чораҳои барқарорсозии зидди илтиҳобӣ гузаронидаанд, васеътар қорӣ намудани даҳолати эндоскопии узвҳои нигоҳдории узвҳои коси хурдро бо маҷмӯи ҳатмии пас аз чарроҳии барқарорсозии духтарони наврас ва занони синни репродуктивӣ асоснок мекунад. то ки мадсулнокии худро нигод дошта бошанд.

Калимаҳои калидӣ: амалиёти узвҳои коси хурд, эндохирургия, барқарорсозӣ, терапияи PRP, технологияҳои репродуктивии ёрирасон, закон, безурётӣ.

УДК 616.146-006

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-60-66

Н.А. Мухсинзода

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Кафедра онкологии и лучевой диагностики и лучевой терапии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Мухсинзода Нилуфар Абдукаххоровна – врач-онкогинеколог, отделение репродуктологии, Республиканский онкологический научный центр. E-mail: nilufar.abdugaffarova@mail.ru; Тел.: +992777002235.

Цель исследования. Оценить перспективы внедрения визуального скрининга рака шейки матки в систему здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования послужили оценка качества предоставляемых профилактических услуг по результатам проведенного организованного визуального скрининга пилотного исследования рака шейки матки в двух районах Республики Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Пилотное внедрение организованного визуального скрининга показало высокую эффективность, доступность и финансовую устойчивость. С учетом полученного опыта, основываясь на достигнутых успехах, система здравоохранения Таджикистана продемонстрировала свою готовность внедрять визуальный скрининг рака шейки матки на национальном уровне, определены потребности во внедрении вакцинации против папилломавирусной инфекции.

Выводы. Система здравоохранения Таджикистан предпринимает все усилия и направляет необходимые ресурсы для наращивания потенциала по выявлению, диагностике и лечению предраковых заболеваний с целью профилактики и снижения смертности от рака шейки матки.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, организованный визуальный скрининг, визуальный осмотр с уксусной кислотой, визуальный осмотр с раствором Люголя, цитологическое исследование, рак шейки матки.

N.A. Muhsinzoda

PERSPECTIVES OF THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State institution «Republic Cancer Research Center»;

Chair of Oncology and Nuclear Diagnostics and Radiation Therapy, State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan

Mukhsinzoda Nilufar Abdukakhhorovna – oncogynecologist, Department of Reproductology, Republican Cancer Research Center; E-mail: nilufar.abdugaffarova@mail.ru; Тел.: +992777002235.