

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТАДЖИКСКИЙ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»**

**УДК: 618.13-616.022.08**

**АХАДОВА ГУЛРУХСОР ИБРОХИМОВНА**

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ТЕРАПИИ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология**

**ДУШАНБЕ – 2023**

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

**Научный руководитель:** Камилова Мархабо Ядгаровна  
доктор медицинских наук, доцент  
руководитель акушерским отделом ГУ  
«Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Официальные оппоненты:** Хакназарова Матлуба Абдумаджидовна  
доктор медицинских наук, врач акушер гинеколог Городского центра репродуктивного здоровья, г. Душанбе

Умарова Малохат Амиршоевна  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета «Таджикский национальный университет»

**Ведущее учреждение:** ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республика Таджикистан. Адрес: г. Душанбе, ул. МирзоТурсун-заде, дом 31, [sh.tabarovna@mail.ru](mailto:sh.tabarovna@mail.ru); - (918-69-16-68)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ([www.niiagip.tj](http://www.niiagip.tj)) ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук**

**Муминова Ш.Т.**

## Введение

**Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** Инфекции, передающиеся половым путем, являются основной причиной гинекологических заболеваний, определяющих репродуктивное здоровье женщин. Новые случаи инфекций, передаваемых половым путем, ежегодно регистрируются в 250 млн. случаев. Среди ИППП по частоте выявляемости хламидиоз занимает 2 место, а среди женщин репродуктивного возраста частота хламидиоза составляет 10-17%. Среди женщин с хроническими заболеваниями органов малого таза хламидиоз диагностируется в 50% случаев. Данный факт определяет медико-социальную значимость хламидиоза [М.С.Асхаков и соавт., 2018; К.А.Workowski, G.A.Bolan, 2015].

Не леченная хламидийная инфекция приводит к ряду воспалительных заболеваний органов малого таза, частота которых при хламидиозе составляет 40%. Среди женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийной этиологии в каждом 4-м случае регистрируется бесплодие [LE Widdice, 2018].

Инфекции, передаваемые половым путем, являются одной из ведущих проблем общественного здравоохранения. Экономическая составляющая прямых и непрямых затрат на лечение и реабилитацию пациентов с хламидиозом в США составляют 2,5 млрд долларов ежегодная стоимость лечения осложнений УГХ в Великобритании составляет не менее 110 млн евро [Л.Р. Мустафина, 2015; JL Simons 2021; С.Ж. Екабе, 2017].

Актуальным видится изучение вопросов роли инфекционно-воспалительных процессов половых органов в частоте бесплодия. Так, в структуре причин бесплодного брака 38% составляет воспалительные процессы половых органов женщин, 43% - воспалительные процессы половых органов мужчин, 19,5% - супругов. Более половины случаев бесплодия связаны с инфицированием инфекцией, передаваемой половым путем. Исследованиями многих ученых показана высокая частота хламидийного инфицирования при трубном бесплодии. Доказательством хламидийной причины окклюзии маточных труб является обнаружение белка мембраны хламидий в тканях труб женщин с хроническим сальпингитом и трубным бесплодием [С.М. Омарова, 2019; В.В. Супрунюк В. В., 2018; А.А. Khryaniп, 2017].

Установлена причинно-следственная связь между вирусом папилломы человека и хламидийной инфекцией у женщин молодого возраста, что определяет заражение хламидиозом предрасполагающим к заражению вирусом папилломы человека. Известно, что определенные вирусы папилломы человека являются высоко онкогенными [Т.А. Володина, 2016].

В виде моноинфекции хламидиоз обнаруживается в 30% случаев женщин с воспалительными заболеваниями половых органов. По данным ВОЗ, в 35–50% случаев хламидийная инфекция протекает под маской других заболеваний, что не позволяет вовремя применить адекватную терапию и остановить распространение инфекции. Хламидии часто встречаются в ассоциации с другими возбудителями, клинические проявления которых маскируют слабо выраженные симптомы, присущие хламидиозу. Монохламидийная инфекция встречается в 17–30% случаев, у остальных больных выделена хламидийно-бактериальная и хламидийно-вирусная флора. Внутриклеточные паразиты существенно облегчают передачу вирусных инфекций. Вирус простого герпеса выявляется у 7,6% женщин, инфицированных хламидиями в репродуктивном возрасте. Наиболее частыми ассоциантами хламидий у девочек являются золотистый стафилококк (20,7%), грибы рода *Candida* (15%), гонококк (3–5,7%) [Elena Shipitsyna, 2020]. В настоящее время недостаточно изучены вопросы особенностей влияния на репродуктивную функцию в зависимости от моноинфекции или сочетания хламидиоза с другими возбудителями.

Известно, что воспалительные заболевания могут приводить к нарушениями менструального цикла, диспластическим изменениям молочных желез. Требуют уточнения и продолжения исследований вопросы гонадотропной и овариальной функций яичников женщин с воспалительными процессами половых органов хламидийной этиологии [W. Fuchs, N.H. Brockmeyer, 2014].

Вопросы терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии изучаются широко. Особенный интерес представляет собой персистентная форма хламидийной инфекции, лечение которой представляет значительные трудности. Реактивация персистентной формы хламидиоза является главной целью в полном излечении от хламидийной инфекции. Одним из способов терапии персистентных форм хламидиоза является низкоинтенсивное излучение гелий-неонового лазера. Влияние лазерного излучения на бактериальные клетки до сих пор является предметом научных споров. Доказано, что лазеры оказывают иммуностимулирующее, десенсибилизирующее, противовоспалительное действие, улучшают микроциркуляцию, активируют репаративную регенерацию. Есть данные об эффективности лазерного излучения при лечении хламидийного простатита [С. Páez-Canro, 2019; В Versteeg, 2017].

Менее изученными методами лечения воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии являются использование ультразвука с гидрокортизоновой мазью и индометацином, а также электрофореза с калий йодом. Актуально изучение дифференцированных подходов использования

физиотерапевтических методов терапии хронических воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии.

**Степень изученности научной задачи.** Урогенитальный хламидиоз до настоящего времени продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой. Ни в одном из разделов ее изучения точка не поставлена. Актуальными остаются исследования по расширению групп больных, подлежащих обследованию на хламидии и определению клинических особенностей течения УГХ в каждой из них. До сих пор уточняются некоторые аспекты патогенеза заболевания. Решаются вопросы подхода к диагностике хламидийной инфекции, поиска наиболее эффективных методик или их комплекса. Определяется тактика лечения больных УГХ и параметры, которые должны учитываться при составлении программ ведения пациентов.

**Связь исследования с программами и НИР.** Исследование проведено в рамках НИР гинекологического отдела ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ «Диагностика и лечение патологии шейки матки и молочных желёз у женщин гинекологическими заболеваниями с использованием современных технологий» регистрационный номер 0119ТJ00973 от 02.04.2019года.

В Таджикистане действующие программы по репродуктивному здоровью предусматривают повышение качества помощи женщинам различных возрастных групп. Настоящее исследование предусматривает повышение качества помощи женщинам репродуктивного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов. Исследование проводилось для реализации приоритетных направлений и стратегий: «Декларация тысячелетия ООН», «Стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года», «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан до 2020 года», «Государственная программа по сексуальному и репродуктивному здоровью»

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Изучить особенности репродуктивной системы у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии и оптимизировать дифференцированные протоколы реабилитационной терапии по восстановлению репродуктивного здоровья.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить особенности репродуктивного здоровья женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии.
2. Оценить вклад хламидийной инфекции в чистом виде и в сочетании с другой инфекцией в структуру различной гинекологической патологии.

3. Оценить функцию гонадотропной и овариальной функций у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии.
4. Изучить эффективность сочетанной этиотропной и системной энзимотерапии в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза хламидийной этиологии.
5. Оценить эффективность электрофореза с мумие в лечении хронических воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии.
6. Оценить эффективность гормональной терапии женщин с нарушениями овариальной функции в результате воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии.
7. Разработать дифференцированные протоколы реабилитационной терапии женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов.

**Объект исследования.** Объектом исследования явились женщины с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов.

**Предмет исследования.** Предметом исследования было изучение особенностей репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии, роли хламидийной инфекции в развитие различной гинекологической патологии, оценка использования физиотерапевтических методов лечения в терапии персистирующих форм хламидиоза.

**Научная новизна исследования.** Установлено, что сочетания хламидиоза с другими видами инфекции диагностируется в 4 раза чаще, чем монохламидийная инфекция. Показано, что Ассоциация *Clh. trachomatis* наиболее часто отмечена с вирусами, реже с уреоплазмой, с микоплазмами и *Candida albicans*, при этом наиболее часто хламидиоз ассоциирует с двумя видами инфекций. Представлена частота воспалительных заболеваний половых органов при хламидиозе и показано, что у каждой 2-й женщины диагностируется эндометрит, у каждой 5-й женщины – эндоцервицит, у каждой 10-й – эрозия шейки матки, у каждой 3-й – бесплодие. Доказано, что среди пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии овариальная недостаточность явилась причиной бесплодия у каждой 3-й женщины, в 2 раза чаще проявляясь недостаточностью лютеиновой фазы, чем ановуляцией. Представлена эффективность дифференцированной этиотропной терапии моно-хламидийной инфекции и сочетания хламидий с другими видами инфекций, которая наиболее эффективна в случаях моно-хламидиоза и менее эффективна при сочетании хламидий с вирусными ассоциациями. Доказано, что физиотерапевтическое лечение с использованием электрофореза с мумие женщинам с

воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии статистически значимо уменьшает такие клинические проявления гинекологических заболеваний как тазовые боли, альгоменорея, полименорея. Показано, что гормональная терапия овариальной недостаточности, явившейся причиной бесплодия женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии, способствует восстановлению лютеиновой фазы, восстановлению овуляции и восстановлению способности к зачатию.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** Результаты, полученные при проведении настоящего исследования, могут быть использованы в учебном процессе кафедр акушерства и гинекологии, а также общественного здоровья и здравоохранения медицинских высших учебных заведений.

На основе проведенных исследований и полученных результатов оптимизированы алгоритмы обследования женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии, обследования женщин с овариальной недостаточностью. Представлен алгоритм этапной терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии, включающий этиотропную терапию, системную энзимотерапию, электрофорез с мумие, восстановление овариальной функции яичников. Данные алгоритмы могут быть использованы в практике акушеров-гинекологов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01. – Акушерство и гинекология: изучена диагностика и терапия хронических воспалительных заболеваний половых органов.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Сочетания хламидиоза с другими видами инфекции диагностируется в 4 раза чаще, чем монохламидийная инфекция. Наиболее часто хламидии ассоциируют с вирусами. При микст-инфекциях отмечается самое частое выявление 3-х видов ИППП.
2. Урогенитальный хламидиоз вызывает воспалительные заболевания половых органов, последствиями которых являются нарушения репродуктивной функции у каждой 3-й женщины.
3. Комплексная диагностика урогенитального хламидиоза и последствий этой инфекции способствует повышению эффективности терапии данной патологии, которая также зависит от последовательности соблюдения этапов терапии.

**Степень достоверности результатов диссертации.** Подтверждением достоверности результатов диссертационной работы являются объем материала, статистическая обработка полученных данных с использованием современных методов статистики, соответствующие методы исследования, публикации в изданиях рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и обоснованные на основе полученных результатах выводы.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология, направлениям исследований «Разработка и усовершенствование методов прогнозирования, профилактики, диагностики и лечения гинекологических болезней» и «Экспериментальная и клиническая разработка методов оздоровления женщины в различные периоды жизни, вне беременности и внедрение их в клиническую практику».

**Личный вклад соискателя ученой степени.** Диссертантом проведен поиск современной отечественной и зарубежной литературы по вопросам инфекций, передаваемым половым путем, воспалительным заболеваниям половых органов, написан обзор литературы. Подготовлены карты первичного материала, проведен сбор материала, статистическая обработка, анализ полученных результатов, участие на конференциях, написание статей, учебно-методического пособия, внедрение полученных результатов, написание диссертации и автореферата.

**Апробация работы и информация о результатах их применения.** Основные результаты исследования представлены и обсуждены на 7-м съезде акушеров-гинекологов Республики Таджикистан, межклиническом заседании гинекологического отдела ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ, заседании Проблемной комиссии ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ.

Результаты проведенных исследований внедрены в работу гинекологического отделения, отделения функциональной диагностики и научной лаборатории ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ.

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 10 работ, в том числе 7 в рецензируемых научных журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 144 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы, посвященной материалу и методам исследования, и 2 глав результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, заключения с выводами и практическими



рекомендациями, списка литературы, состоящего из 150 источников, из них 82 на русском языке и 68 на английском языке, иллюстрирована 28 таблицами и 22 рисунками.

## **Основная часть исследования**

### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено на базе ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и в учреждении «Физиологическая лечебница» г. Ходжент. Материал исследования представлен результатами обследования 480 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов репродуктивного возраста. Среди обследованных женщин в 120 случаях диагностирована хламидийная инфекция (монохламидийная инфекция,  $n=24$  – 1-я группа и микст-инфекция  $n=96$  – 2-я группа). В 360 случаях с воспалительными заболеваниями половых органов диагностирована различные микробы и вирусы, кроме хламидиоза (3-я группа).

Критериями включения в группы обследованных женщин явились: репродуктивный возраст, диагностированное хроническое воспаление органов малого таза, диагностированный хламидиоз. Критериями включения в основную группу явились репродуктивный возраст, диагностированное хроническое воспаление органов малого таза, лабораторно подтвержденный хламидиоз, в группу сравнения - репродуктивный возраст, диагностированное хроническое воспаление органов малого таза, лабораторно подтвержденная микст-инфекция, включая хламидиоз. Критериями исключения из групп обследованных женщин явились возраст меньше 18 лет и старше 45 лет, отказ от участия в исследовании, ВИЧ положительный статус, туберкулез, гепатиты, беременность и период кормления грудью, онкологические заболевания.

Первый этап обследования включал в себя лабораторное обследование 460 женщин с воспалительными заболеваниями половых органов. Изучены особенности микрофлоры женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов. Выявлены инфекции, передаваемые половым путем, явившиеся этиологическим фактором оазвития воспалительных заболеваний половых путей. Далее женщины были распределены в зависимости от этиологического агента, вызвавших воспаление половых органов. Второй этап включал более подробное исследование женщин с хламидийной инфекцией (монохламидиоз и микст инфекция в составе которой был выявлен хламидиоз). На данном этапе изучена клинико-anamnestическая характеристика, структура гинекологической патологии и нарушений репродуктивной функции, особенности гонадотропной и овариальной функции

женщин с хламидиозом. Особенности социального анамнеза женщин с хламидиозом является низкий социальный статус, который характеризуют уровень образования, статус домохозяйек, мужа – трудовые мигранты. Клинической характеристикой женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии являются частые простудные заболевания в анамнезе и низкий индекс здоровья (высокая частота анемии – у каждой 2-й женщины, йоддефицитных состояний – у каждой 3-й женщины и заболеваний почек – у каждой 3-й женщины). Результаты второго этапа исследования позволили оптимизировать диагностику воспалительных заболеваний половых органов.

Третий этап исследования был посвящен оценке эффективности этиологического лечения хламидийной инфекции в зависимости от моно и микст хламидиоза, эффективности системной энзимотерапии, физиотерапевтического метода электрофореза с мумие, гормональной терапии при овариальной недостаточности у женщин с хламидиозом. На основе результатов третьего этапа исследования оптимизированы алгоритмы терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии и их последствий.

Методы исследования включали общеклинический метод обследования, гинекологическое обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза (измеряли размеры матки и яичников, отмечали ультразвуковые признаки метроэндометрита, оценивали состояние придатков, тип менструального цикла - мониторинг фолликула на 7-й, 9-й, 11-й, 13-й дни менструального цикла, оценка полноценности лютеиновой фазы измерением толщины эндометрия на 25-й день менструального цикла). Лабораторная диагностика ИППП проводилась методами микроскопии содержимого шейки матки и влагалища после окраски по Грамму и исследованием полимеразной цепной реакции в реальном времени для идентификации ДНК *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp.*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, CMV, HPV, вирус Эпштейн Барра. Забор материала осуществляли специальными зондами, помещали в культуральную транспортную среду и диагностика проводилась в научной лаборатории ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ. Кольпоскопическое исследование проводили с помощью кольпоскопа (увеличительная оптическая система) со специальным освещением (аппарат фирмы Sicherung 0.2A). Проводили простую кольпоскопию и при необходимости - расширенную кольпоскопию после дополнительной обработки шейки матки 3% уксусной кислоты и растворами Люголя. При кольпоскопической оценке результатов исследования использовалась классификация Василевской Л.Н. (1971) и Международная классификация

кольпоскопических терминов (1990). Маммография – рентгенография молочных желез, производилась в двух стандартных проекциях при необходимости в двух дополнительных проекциях. Обследование назначали в I половине менструального цикла.

Уровень гонадотропных (ФСГ, ЛГ, пролактин) и половых стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Уровень гонадотропных (ФСГ, ЛГ, пролактин) и половых стероидных (эстрадиол, прогестерон) гормонов определяли иммуноферментным методом на иммуноанализаторе с использованием тест-системы, основанной на принципе конкурентного иммуноферментного анализа. Параметры нормы, характерные для обследуемой популяции, определены в лаборатории Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии. Забор крови для определения ФСГ, ЛГ, эстрадиола осуществляли на 3-й, Р – на 25-й дни менструального цикла.

Используемые препараты для лечения обследованных женщин: доксициклин - полусинтетический антибиотик группы тетрациклинов широкого спектра действия, применяется для лечения инфекционных заболеваний бактериальной этиологии. Обследованным женщинам назначали внутрь 200 мг в сутки в первый день лечения, в последующие 6 дней - по 100 мг в сутки.

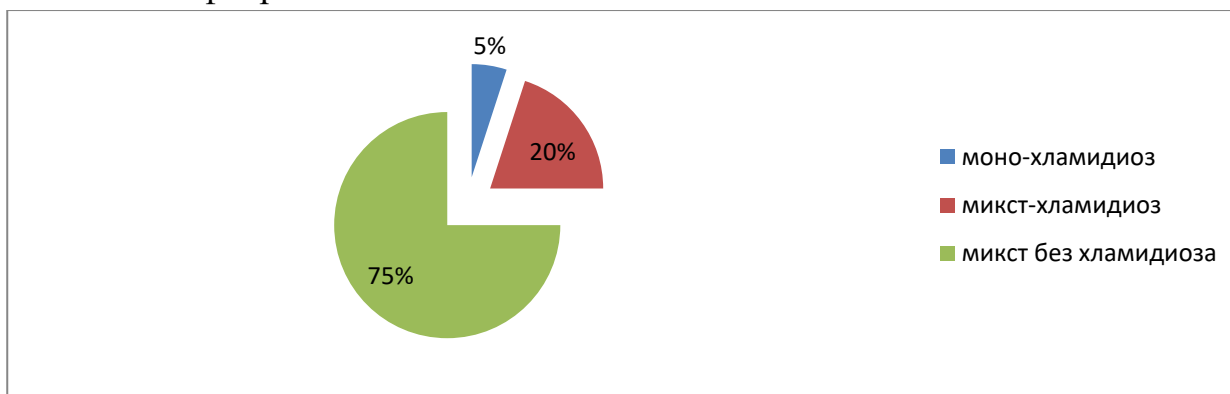
Дуотрипсин – активизирует антибактериальную защиту, уменьшает воспаление. Обладает протеолитическим, противовоспалительным и противоотечным действием. Назначали внутрь по 1 таблетке 4 раза в день за полчаса до еды в течение 1 недели, затем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 недель. Мумие – природное натуральное средство уничтожает микробы и бактерии, вызывающие воспаление органа, снимает боль, укрепляет иммунитет. При процедуре электрофореза на гидрофильные тканевые прокладки электродов наносили мумие, который под действием электрического поля доставлялся к пораженному органу, через кожу к внутренним половым органам. Обследованные женщины получали 10 сеансов электрофореза с мумие.

Комбинированные оральные контрацептивы – гормональные препараты, использованы в нашем исследовании в случаях диагностированной овариальной недостаточности по типу ановуляции. Нами использован регулон, который назначали в циклическом режиме в течение 6 месяцев. Прогестины – гормональные препараты, назначали при диагностированной недостаточности лютеиновой фазы (дирагест с 15 по 25 день менструального цикла). Кломифен – назначали после проведенной гормональной терапии с целью стимуляции овуляции с 5-го по 10-й день менструального цикла.

Статистический метод исследования. Полученные данные из карт для ретроспективного анализа и карт проспективного обследования пациенток размещались в электронной таблице Excel. Рассчитывали средние арифметические значения, среднеквадратичные отклонения, стандартные ошибки, относительные распределения показателей. Связь качественных показателей определяли по таблицам сопряженности их оценка проводилась по критерию Пирсона, а в случаях значений менее 10 – использовали критерий Фишера. Для установления различий количественных связанных показателей использовали критерий Стьюдента или критерий Вилкоксона (негауссовское распределение). Характер распределения значений в выборках оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета программы SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). За критерий статистической достоверности получаемых выводов использовали величину  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Изучение особенностей микрофлоры 480 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов показало, что бактериальная инфекция у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов представлена как условно-патогенной флорой, так и облигатно-патогенной флорой.

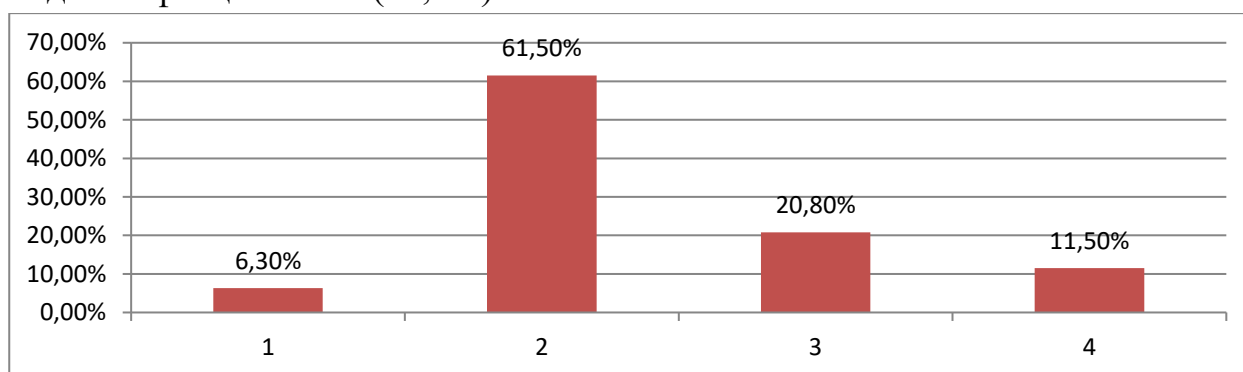


**Рисунок 1. – Распределение женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от характера микрофлоры.**

Наиболее часто диагностированы ассоциации условно-патогенной и облигатно-патогенной флоры с вирусами. Хламидиоз диагностирован в 120 (25%) случаях (рисунок 1). Из них в 96 (80%) хламидиоз был в сочетании с другими инфекциями, в 24(20%) случаях хламидиоз выявлен как моноинфекция (1-я группа). При микст хламидийной инфекции (2-я группа) сочетание хламидиоза (*Clh.trachomatis*) наиболее часто отмечено с вирусными ассоциациями - ВПГ (64 -66,7% случая) или ЦМВ (59 -61,5% случаев). В 17(17,7%) случаях хламидиоз сочетался с уреоплазмой и в 11(11,5%) случаях с

условно-патогенными микоплазмами (*U.urealyticum*, *M.hominis*) и *Candida albicans*.

Необходимо отметить, что сочетание хламидиоза (*Clh.trachomatis*) только с одной из сопутствующих инфекций диагностировано лишь в 6 (6,3%) случаях, с двумя видами – в 59(61,5%) случаях, с 3 видами – в 20(20,8%) случаях, с 4 видами – в 11(11,5%) случаях ( рисунок 2). Ассоциации обнаруженных микроорганизмов у женщин с любыми видами инфекции, кроме хламидиоза (3-я группа) характеризовались сочетанием двух видов инфекции в 102 (28,3%), трех видов инфекции – в 130(36,1%), четырех видов инфекции – в 80(22,2%), 5 видов инфекции – в 48(13,3%).



**Рисунок 2. – Частота сочетания хламидиоза с 1-м, 2-мя, 3-мя, 4-мя видами ИППП.**

Все случаи облигатно-патогенной флоры (*Trichomonas vaginalis*) и большинство случаев условно-патогенной флоры (*U.urealyticum*, *M.hominis*) сочетались с вирусными ассоциациями (*Cytomegalovirus* и *Herpes simplex I* и *II* типов). В 3-й группе ВПГ диагностирован в 296 (82,2%), ЦМВ – в 221(61,4%), трихомониаз – в 10(2,8%), уреоплазма – в 63(17,5%), микоплазма – в 45(12,5%), кандидоз – в 65(18,1%) случаях.

**Таблица 1. – Сравнительная частота различных степеней чистоты мазка на флору среди обследованных групп женщин**

Группа Показатель	монохламидиоз	Микст (хламидиоз+ другие ИППП)	ИППП за исключением хламидиоза	P
I степень	0	2(2,1%)	3(0,8%)	p>0,05
II степень	12(50%)	54(56,3%)	226(62,8%)	p>0,05
III степень	10(41,7%)	36(37,5%)	123(34,2%)	p>0,05
IV степень	2(8,3%)	4(4,2%)	8(2,2%)	p>0,05

Распределение женщин из каждой группы по степеням чистоты влагалищного содержимого было примерно одинаковым и не имело

статистически значимых различий. Наиболее часто встречалась II степень (292 – 60,8%) и III степень (169 – 35,2%) чистоты влагалищного содержимого во всех группах обследованных женщин. Характеристика мазка на флору и частота различных степеней чистоты влагалищного содержимого не отличаются в зависимости от видов возбудителей инфекции, от наличия моно или микст хламидийной инфекций. Кокки и слизь обнаружены у всех женщин 1-й и 2-й групп. У женщин 3-й группы в 27 (7,5%) случаях кокки не обнаружены. I степень чистоты влагалищного содержимого диагностирована только у 5(1%) женщин, IV степень - у 14 (2,9%) женщин всех групп обследованных женщин (таблица 1).

Изучение особенностей гинекологического статуса женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов с различной микробной этиологией показало, что более (54,4%) половины обследованным пациенткам установлен диагноз «хронический эндометрит». У каждой 10-й женщины установлены диагнозы «эндоцервицит», «эрозия шейки матки». Необходимо отметить, что достаточно часто диагностированы сочетания гинекологических нозологий, которые встречались в 17,7% случаев. Наиболее часто сочетание гинекологических воспалительных заболеваний половых органов было представлено сочетанием эндометрита с эндоцервицитом (81,2%).

При эндометрите хламидийная инфекция обнаружена в 52 (19,9%) случаях, из которых хламидиоз без сочетания с другими ЗППП диагностирован в 45,8% случаях, хламидиоз в сочетании с бактериями или вирусами – в 42,7% случаях. При эндоцервиците хламидийная инфекция диагностирована в 19(39,5%) случаях, монохламидийная инфекция диагностирована в 16,7%, хламидиоз в ассоциации с другими видами инфекции – 15,6% случаях. Эрозия шейки матки у женщин с хламидийной инфекцией диагностирована в 15(32,6%) случаев. При монохламидиозе эрозия шейки матки имела место в 8,3%, при микст-инфекции – в 15,5% случаях. Хронический аднексит и оофарит диагностирован у 10(34,5%) женщин с хламидийной инфекцией. Среди них монохламидиоз и микст инфекция диагностированы с одинаковой частотой (8,3%) – таблица 2.

**Таблица 2.– Сравнение частота хламидийной инфекции и других инфекций при различных гинекологических заболеваниях**

группа нозология	Хламидиоз (n=120)	Другие ИППП (n=360)	Значение критерия хи-квадрат	Уровень значимости
Эндометрит	52(19,9%)	207(49,2%)	16,625	<0,001
Эндоцервицит	19(39,5%)	59(16,4%)	16,278	<0,001

<b>Эрозия шейки матки</b>	15(32,6%)	35(9,7%)	12,384	<0,001
<b>Сальпингооофарит</b>	10(34,5%)	18(5%)	42,616	<0,001
<b>сочетание</b>	24(28,2%)	41(11,4%)	44,230	<0,001

У каждой 4-й – 5-й женщины с хламидиозом имело место сочетание различной гинекологической патологии. Наиболее часто имело место сочетание эндоцервицита или эрозии шейки матки с эндометритом (41%), эндометрита с сальпингитом и оофаритом (20%). Частота таких гинекологических заболеваний как эндоцервицит, сальпингит и оофарит, а также сочетания гинекологических нозологий при хламидийной инфекции статистически значимо ( $p < 0,001$ ) превышают соответствующие показатели в 3-й группе женщин. Частота эндометрита во 2-й группе статистически значимо ( $p < 0,001$ ) превышала соответствующий показатель в 1-й группе. Полученные результаты свидетельствуют, что хламидиоз, особенно при сочетании с другими видами инфекции, оказывает более негативное влияние на состояние половых органов и чаще вызывает воспаление тканей канала шейки матки, труб и яичников.

Анализ связи воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии с патологией молочной железы показал, что у 34(28,3%) из 120 женщин с диагностирована железисто-кистозная мастопатия молочных желез. Гинекологическая патология среди женщин с мастопатией распределялась следующим образом: эндометрит диагностирован в 11(32,4%) случаях, эндоцервицит – в 5 случаях(14,7%), сальпингит и оофарит – в 18(52,9%) случаях. Большая часть пациенток с мастопатией (27 – 79,4%) имели нарушения менструального цикла. Таким образом, хламидийная инфекция, приводящая к воспалительным заболеваниям половых органов, последствиями которых являются гормональные нарушения, приводят к дисфункции молочных желез, что проявляется гормонозависимыми патологическими изменениями молочных желез. Полученные результаты обосновывают необходимость обязательного обследования молочных желез у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов.

Изучение гонадотропной и овариальной функций женщин с ВЗОМТ хламидийной этиологии показало, что частота женщин с изменениями уровней гонадотропных гормонов составила 10%, частота женщин с изменениями половых стероидных гормонов – 20,8%. Однако, статистически значимых различий средних уровней всех изученных гормонов у женщин 1-й группы и 2-й группы не установлено ( таблица 3).

**Таблица 3. - Средние уровни гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии**

<b>Группа показатель</b>	<b>Основная (n=24)</b>	<b>Сравнения (n=96)</b>	<b>P</b>
<b>Эстрадиол (нг/л), M±m</b>	98,6±5,4	103,9±2,7	P >0,05
<b>Прогестерон, (нмоль/л) M±m</b>	14,2±1,4	17,1±0,9	P >0,05
<b>ФСГ (МЕ/л) M±m</b>	5,4±0,3	4,3±0,1	P >0,05
<b>ЛГ (МЕ/л) M±m</b>	8,9±0,9	7,8±0,4	P >0,05
<b>Пролактин (мМЕ/л) M±m</b>	630,7±22,6	589,2±11,5	P >0,05
<b>ТТГ(мЕд/л) M±m</b>	1,8±0,1	2,1±0,4	P >0,05

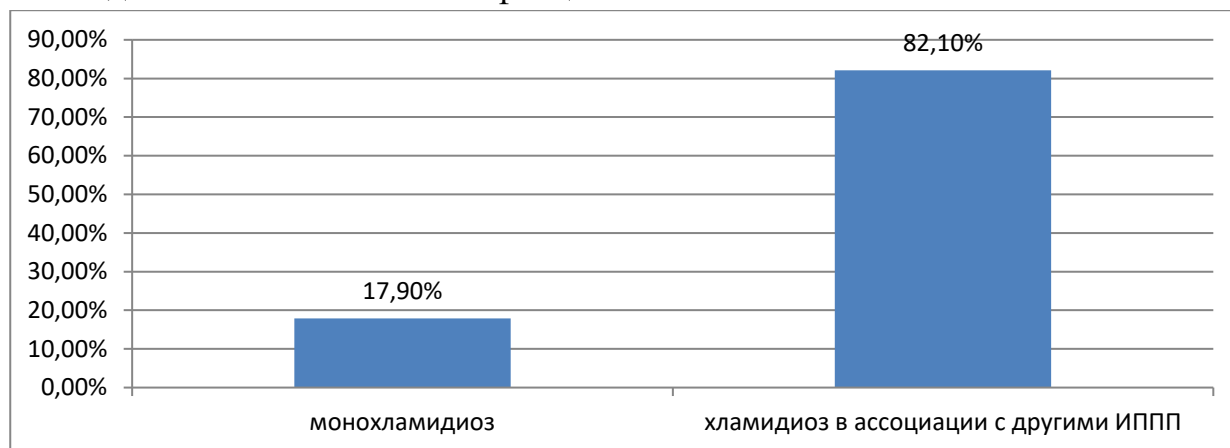
У 2(8,3%) пациенток 1-й группы и у 14(14,6%) пациенток 2-й группы уровень прогестерона был ниже лабораторных норм. Уровень пролактина был выше лабораторных норм у 7(29,2%) женщин основной группы и у 14(14,6%) женщин группы сравнения. ТТГ превышал лабораторные нормы у 3(12,5%) женщин основной группы и у 5(5,2%) женщин группы сравнения. У 3(12,5%) женщин основной группы и у 6(6,3%) женщин группы сравнения уровень эстрадиола был выше лабораторных норм. У 2(8,3%) женщин основной группы и у 5(5,2%) женщин группы сравнения уровень ЛГ повышен. Уровень ФСГ был повышен у 1(4,2%) женщины основной группы и у 4(4,2%) женщин группы сравнения.

Среди пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии частота женщин с изменениями уровней гонадотропных гормонов составила 10%, частота женщин с изменениями половых стероидных гормонов – 20,8%.

Бесплодие диагностировано у 76(15,8%) из 480 обследованных женщин. Среди женщин с бесплодием в 41 (53,9%) случае диагностирован сальпингоофарит, в 18 (23,7%) – эндоцервицит, в 17 (22,4%) случаях – хронический эндометрит. Среди женщин с бесплодием воспалительные



заболевания половых органов хламидийной этиологии как в чистом виде, так и в сочетании с другими ИППП диагностированы в 39 случаях, что составило 51,3% от общего количества женщин с бесплодием. Среди этих женщин 7 (17,9%) пациенткам диагностирована монохламидийная инфекция, 32 (82,1%) – хламидиоз в составе микст-инфекции.



**Рисунок 3. – Распределение женщин с бесплодием в зависимости от выявленной монохламидийной инфекции и ассоциации хламидиоза с другими ИППП**

Женщин с бесплодием было в 4 раза больше в группе женщин с воспалительными заболеваниями половых органов при хламидиозе в ассоциации с другими ИППП, чем при монохламидийной инфекции ( рисунок 3). Полученные результаты свидетельствуют, что хламидиоз, особенно при сочетании с другими видами инфекции, оказывает более негативное влияние на состояние половых органов и репродуктивную функцию по сравнению с другими видами инфекций.

В структуре причин бесплодия овариальная недостаточность диагностирована у 25(64,1%) женщин обеих групп. Среди женщин с овариальной недостаточностью 5 из 25 (20%) были из основной группы, и 20 из 25 (80%) из группы сравнения, что свидетельствует о более неблагоприятном влиянии хламидиоза в ассоциации с другими ИППП на гормональную функцию яичников. По-видимому, микст инфекция, в составе которой выявляется хламидиоз, в большей степени влияет на репродуктивную функцию, вызывая хроническое воспаление половых органов с последующим нарушением гормональной функции яичников, проявляющейся овариальной недостаточностью, которая является непосредственной причиной бесплодия. Результаты мониторинга фолликула показали, что среди женщин с овариальной недостаточностью у 16 (64,0%) пациенток имела место недостаточность лютеиновой фазы, у 9 (36%) – ановуляция.

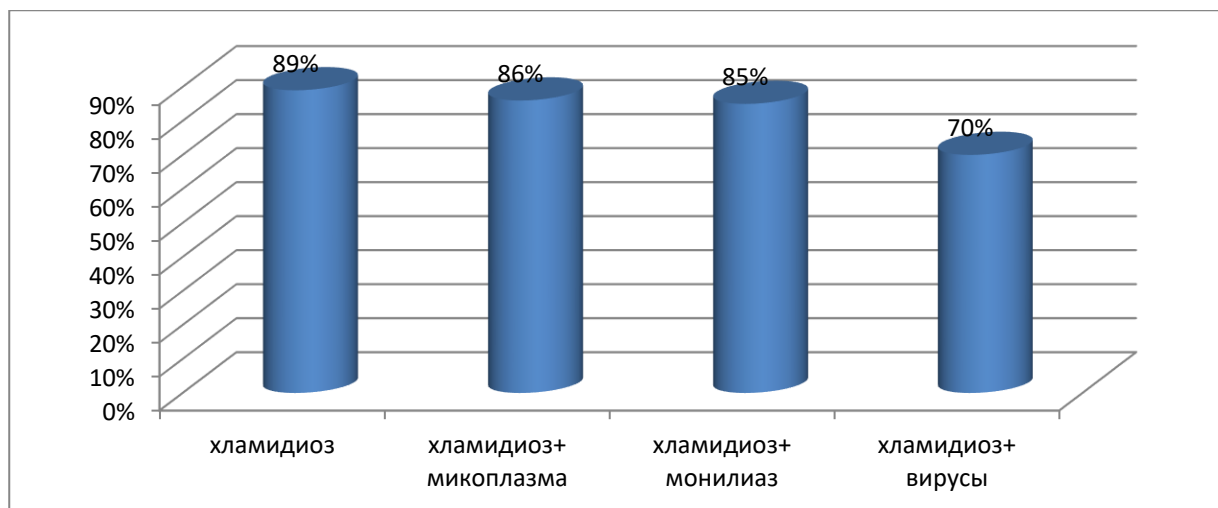
Результаты этапной комплексной терапии женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии оценены в

отдельности каждого из трех этапов. На первом этапе проведена этиотропная терапия в сочетании с системной энзимотерапией ( таблица 4). Лечение предусматривало применение антибиотиков в зависимости от микробной этиологии, при наличие вирусов иммунные препараты, при выявленном монилиазе – противогрибковые препараты. На первом этапе лечения также назначали дуотрипсин, который обеспечивал системную энзимотерапию.

**Таблица 4 – Схемы терапии в зависимости от выявленной инфекции у обследованных групп женщин (1- этап лечения)**

Подгруппа Схема терапии	хламидиоз	Хламидиоз в сочетании с вирусными ассоциациями	Хламидиоз в сочетании с микоплазмами и уреоплазмой	Хламидиоз в сочетании с Candida albicans
Доксициклин по 0,1x2 раза, 7 дней	+	+	+	+
Гроприносин по 2г x 2 раза 10 дней	-	+	-	-
Флюконазол по 150,0 каждые 3 дня x 3 раза	-	-	-	+
Дуотрипсин по 1 таблетке 4 раза в день, за полчаса до еды внутрь	+	+	+	+

После проведенной терапии повторное обследование показало эрадикацию *Chlamydia trachomatis* хламидиоза у 89% подгруппы женщин с чистым хламидиозом, у 70% - у женщин с хламидиозом в сочетании с вирусными ассоциациями, у 85% женщин с хламидиозом в сочетании с уреоплазмой и микоплазмой, у 86% женщин с хламидиозом в сочетании с монилиазом ( рисунок 4).



**Рисунок 4. Эффективность терапии хламидиоза в зависимости от сочетания с различными видами инфекции.**

2-й этап лечения - Реабилитационная терапия включала электрофорез с мумие. В исследование были включены 46 женщинам с монохламидийной инфекцией и с хламидийной инфекцией в сочетании с другими видами инфекций, давшие добровольное согласие на лечение.

**Таблица 5 - Частота жалоб женщин до и после проведенного курса электрофореза**

показатель	До лечения	После лечения	P
Периодические тазовые боли	46 (100%)	22(47,8±5,7%)	P<0,001
Бесплодие	17(36,9±5,6%)	16(34,7±5,5%)	p>0,05
Альгоменорея	24 (52,2±5,8%)	14(30,4±5,4%)	P<0,05
Полименорея	11 (23,9±4,9%)	4(8,7±3,4%)	P<0,05
Гиперменорея	9(19,6±4,6%)	5 (10,9±3,6%)	p>0,05
Олигоменорея	4 (8,7±3,4%)	4 (8,7±3,4%)	p>0,05
Ациклические кровотечения	1(2,2±1,9%)	1(2,2±1,9%)	p>0,05

По окончании 2-го этапа терапии статистически значимо снижалась частота тазовых болей, альгоменореи, полименореи. Частота другой жалобы – гиперменорея также имела тенденцию к снижению, однако статистически значимых различий до и после лечения не выявлено. Частота ациклических кровотечений и олигоменореи после лечения электрофорезом не менялась (таблица 5). По-видимому, олигоменорея, является проявлением овариальной недостаточности и кроме описанной выше комплексной терапии требует гормональной коррекции.

**Таблица 6. - Схемы гормональной терапии у женщин с овариальной недостаточностью разных типов**

Диагноз	Гормональные препараты	Длительность терапии
<b>Нормогонадотропная овариальная недостаточность по типу недостаточности лютеиновой фазы</b>	дирагест во второй фазе цикла (с 15-го по 25-й дни менструального цикла).	6 месяцев
<b>Нормогонадотропная овариальная недостаточность по типу ановуляции</b>	Регулон в циклическом режиме	6 месяцев
<b>Стимуляция овуляции ( для всех типов овариальной недостаточности)</b>	Кломифен ( с 5-го по 10-й день менструального цикла)	По окончании гормональной терапии

Бесплодие у женщин, перенесших хламидийную инфекцию, может быть вызвано хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, приводящих к непроходимости маточных труб, а также к хроническому оофариту, приводящему к овариальной недостаточности. Поэтому, обследование и терапия женщин с бесплодием при перенесенном хламидиозе требует более расширенного обследования, после которого определяли третий этап лечения. Третий этап лечения предусматривал гормональную терапию женщин с овариальной недостаточностью 25 женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии (таблица 6). В результате проведенной терапии, предусматривающей применение гормонов, уровень которых был повышенным или сниженным, в течение 6 месяцев, отмечалось статистически значимое снижение частоты женщин с повышенными уровнями ФСГ и ЛГ и статистически значимое снижение частоты женщин с низкими уровнями эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови (таблица 7).

**Таблица 7. – Частота женщин обследованных групп с изменениями по отношению к лабораторной норме уровней гонадотропных и половых стероидных гормонов до и после проведенной терапии**

Период показатель	До лечения (n=25)	После лечения (n= 25)	Хи-квадрат с поправкой Йейтса	Уровень значимости
<b>ФСГ выше нормы</b>	8(20%)	1(4%)	4,878	0,028
<b>ЛГ выше нормы</b>	7(28%)	1(4%)	3,720	0,054

<b>Эстрадиол ниже нормы</b>	9(36%)	1(4%)	6,125	0,014
<b>Прогестерон ниже нормы</b>	16(64%)	1(4%)	17,469	<0,001

В результате проведенной терапии ультразвуковым мониторингом фолликула и прослеживания овуляции, а также измерения толщины эндометрия во второй фазе цикла установлено, что из 16 женщин с недостаточностью лютеиновой фазы у 14 (87,5%) пациенток толщина эндометрия нарастала и составила норму. У всех женщин с овариальной недостаточностью по типу ановуляции овуляторный менструальный цикл в результате терапии в течение 6 месяцев и стимуляции овуляции восстановился в 8(88,9%) из 9 случаев.

Беременность наступила у 16 из 25 (64%) женщин с овариальной недостаточностью, получивших гормональную терапию. Остальные 9 женщин с овариальной недостаточностью и отсутствием эффекта от гормональной терапии в последующем были направлены на гистеросальпингографию или лапароскопическую диагностику проходимости маточных труб. По-видимому, у этих женщин не только овариальная недостаточность была причиной бесплодия.

Таким образом, эффективность лечения воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии зависит от качества диагностики, соблюдения последовательной этапности и принципа комплексного подхода. При лечении необходимо учитывать соблюдение этиотропности при сочетании других инфекций с хламидиозом. Принимая во внимание, низкий иммунитет женщин с хламидийной микст инфекцией и монохламидийной инфекцией, в комплекс терапии необходимо включать системную энзимотерапию, которая потенцирует лечебный эффект антибиотиков, противовирусных препаратов и антибиотиков, воздействующих на монолиаз. В случаях отсутствия эррадиации хламидий курс этиотропной терапии необходимо повторять в более усиленном режиме. Реабилитационная терапия, включающая электрофорез с мумие способствовала укреплению эффективности этиотропной и патогенетической терапии. Параллельно необходимо лечение выявленной патологии шейки матки, молочных желез и устранение причины бесплодия у женщин с урогенитальным хламидиозом.

Своевременная диагностика хламидиоза и последствий перенесенной инфекции таких как воспалительные заболевания половых органов, патология молочной железы, бесплодие с последующей комплексной терапией будут способствовать улучшению качества помощи женщинам репродуктивного возраста.

## Заключение

### Основные научные результаты

1. Сочетание хламидиоза с другими видами инфекции диагностируется в 4 раза чаще, чем монохламидийная инфекция. Ассоциация *Clh. trachomatis* наиболее часто отмечено с вирусами - ВПГ (66,7%) и ЦМВ (61,5%), реже с уреоплазмой (17,7%), с микоплазмами (11,5%) и *Candida albicans* (). При урогенитальном хламидиозе микст-инфекция, состоящая из двух видов диагностирована в 6,3%, из трех видов – в 61,5%, из четырех видов – в 20,8%, из пяти видов – в 11,5% случаях [5А, 6А].

2. У 55,9% женщин с уро-генитальным хламидиозом диагностируется эндометрит, у каждой 5-й женщины – эндоцервицит», у каждой 10-й – эрозия шейки матки, в 32,5% - бесплодие. Среди женщин с бесплодием в 53,9% случаях диагностирован хронический аднексит и непроходимость маточных труб, в 23,7% – эндоцервицит, в 22,4% случаях – хронический эндометрит, в 64% - овариальная недостаточность [1-А, 2-А, 4А, 9-А].

3. Среди пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии частота женщин с изменениями уровней гонадотропных гормонов составляет 10%, частота женщин с изменениями половых стероидных гормонов – 20,8%. Овариальная недостаточность явилась причиной бесплодия у каждой 3-й женщины, в 2 раза чаще проявляясь недостаточностью лютеиновой фазы, чем ановуляцией. Полученные результаты показали, что лечение хламидиоза и других инфекций, приведших к овариальной недостаточности и бесплодию не должны ограничиваться лечением заболеваний передаваемых половым путем. В случаях нарушения гормональной функции яичников показана гормональная терапия и реабилитационная терапия последствий перенесенных инфекций [2А, 3-А, 7-А, 8-А, 10-А].

4. Этиотропная терапия моно-хламидийной инфекции и хламидиоза в ассоциации с другими видами инфекции вызывает эрадикацию *Chlamydia trachomatis* у 89% женщин при моно-хламидийной инфекции, у 86% женщин с хламидиозом в ассоциации с монилиазом, у 85% женщин с хламидиозом в ассоциации с уреоплазмой и микоплазмой, у 70% - у женщин с хламидиозом в ассоциации с вирусами [6-А].

5. Физиотерапевтическое лечение с использованием электрофореза с мумие женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии на 52,2% снижает частоту женщин с тазовыми болями, на 21,8% частоту женщин с альгоменореей, на 15,2% частоту женщин с полименореей, что имеет статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) показателей до и после реабилитационной терапии [6-А].

6. Гормональная терапия овариальной недостаточности, явившейся причиной бесплодия женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии, способствует восстановлению лютеиновой фазы в 87,5% случаев, восстановлению овуляции в 88,9% случаев, наступлению беременности – в 64% случаев[7-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Диагностика хламидийной инфекции необходимо проводить методами ПЦР и ИФА, которые дополняют друг друга.

2. Диагностика воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии включает сбор анамнеза, общий осмотр, гинекологическое обследование, УЗИ тазовых органов, мониторинг фолликула на 7-й, 9-й, 11-й, 13-й дни менструального цикла, измерение толщины эндометрия на 25-й день менструального цикла, УЗИ молочных желез, кольпоскопию.

3. При предъявлении жалоб женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии на нарушения менструального цикла и бесплодие, показано определение гонадотропных (ФСГ и ЛГ на 3-й день менструального цикла) и половых стероидных гормонов (эстрадиол – на 3-й день и прогестерон – на 25-й день менструального цикла) в сыворотке крови методом ИФА

4. Диагноз овариальной недостаточности должен отражать гонадотропную функцию, овариальную функцию и тип овариальной недостаточности.

5. Этиотропную терапию моно-хламидийной инфекции проводить доксициклином по 0,1x2 раза, 7 дней, при сочетании хламидиоза в с вирусными ассоциациями - доксициклином по 0,1x2 раза, 7 дней и гроприносином по 2т x 2 раза 10 дней, при хламидиозе в сочетании с микоплазмами и уреоплазмой – доксициклином по 0,1x2 раза, 7 дней, при хламидиозе в сочетании с *Candida albicans* - доксициклином по 0,1x2 раза, 7 дней и флюконазолом по 150,0 каждые 3 дня. Антибактеральную терапию необходимо во всех случаях дополнять системной энзимотерапией.

6. В случае отсутствия эрадикации хламидий после проведенного первого курса лечения, повторить антибактериальную терапию с включением антибиотиков последнего поколения.

7. После проведенной этиотропной терапии и снятия острого процесса женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов показана реабилитационная терапия с использованием электрофореза с мумие.

8. При диагностированной овариальной недостаточности у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии показана гормональная терапия: в случаях недостаточности лютеиновой фазы -

дирагест ( 200 в сутки) во второй фазе цикла, 6 месяцев, при ановуляции – регулон в циклическом режиме, 6 месяцев с последующей стимуляцией овуляции.

### **Список публикаций соискателя ученой степени**

#### **Статьи в рецензируемых журналах рекомендованных Высшей**

#### **аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан:**

[1-А]. Ахадова, Г.И. Медико- социальная и клиничко-анамнестическая характеристика пациенток с урогенитальным хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева, З.Х. Рафиева // «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №3. – С. 54-58.

[2-А]. Ахадова, Г.И. Генеративная функция женщин репродуктивного возраста с урогенитальным хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова // «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №4. – С. 216-222.

[3-А]. Ахадова, Г.И. Состояние урогенитального тракта у пациенток репродуктивного возраста с хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева, Д.Б. Сафарова // «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №4. – С. 228 – 232.

[4-А]. Ахадова, Г.И. Особенности гинекологического статуса женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии [Текст] / Г.И. Ахадова, М.Я. Камилова // «Симург». – 2023. – № 17(1).-С. 62- 68.

[5-А]. Ахадова, Г.И. Особенности микрофлоры женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов [Текст] / Г.И. Ахадова // «Симург». – 2023. – № 17(1).-С. 69- 73.

[6-А] Ахадова, Г.И. Результаты комплексной терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии/ М.Я.Камилова, Г.И.Ахадова// Наука и инновации. – 2023. - № 1. – С. 20-25

[7-А]. Ахадова Г.И. Результаты оценки реабилитационной терапии с использованием электрофореза с мумие у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии / Г.И.Ахадова// Наука и инновации. – 2023. - №2. – С. 32-36

#### **II. Научные статьи, опубликованные в сборниках и других научно-практических изданиях:**

[8-А]. Ахадова, Г.И. Микробиоцианоз влагалища у пациенток урогенитальным хламидиозом ) [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева // «Мать и дитя», Душанбе.- 2021.- №4. С. 5-8.



[9-А]. Ахадова, Г.И. Клинико-анамнестическая характеристика женщин с хроническим воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии [Текст] / Г.И. Ахадова, М.Я. Камилова, М.Х. Курбанова // Материалы VII Съезда акушеров -гинекологов Таджикистана – Душанбе, 2022. - С. 255-261.Статьи в рецензируемых журналах.

[10-А]. Ахадова, Г.И., Особенности гонадотропной и овариальной функции у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии/ Г.И. Ахадова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // «Мать и дитя», Душанбе.- 2023.- №1. - С. 12-19.

## Список сокращений

<b>ВЗОМТ</b>	-	Воспалительные заболевания органов малого таза
<b>ВИЧ</b>	-	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	-	Вирус простого герпеса
<b>ГУ</b>	-	Государственное учреждение
<b>ИППП</b>	-	Инфекции передаваемые половым путем
<b>ИФА</b>	-	Иммуноферментный анализ
<b>МЗ и СЗН РТ</b>	-	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
<b>НИИ АГ и П</b>	-	Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
<b>ООН</b>	-	Организация объединенных наций
<b>ПИФ</b>	-	Метод прямой иммунофлуоресценции
<b>ПЦР</b>	-	Полимеразная цепная реакция
<b>РНК</b>	-	Рибонуклеиновая кислота
<b>США</b>	-	Соединенные штаты Америки
<b>УГХ</b>	-	Урогенитальный хламидиоз
<b>HSIL</b>	-	Тяжелая степень поражения дисплазии шейки матки
<b>IgA, IgM и IgG</b>	-	Иммуноглобулины А, М, G
<b>LSIL</b>	-	Легкая степень поражение дисплазии шейки матки
<b>NASBA</b>	-	nucleic acid sequence-based amplification

МД «ПАЖЎҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА  
ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»

УДК: 618.13-616.022.08

АҲАДОВА ГУЛРУҲСОП ИБРОҲИМОВНА

УСУЛИ ДИФФЕРЕНСИОНАЛИИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ  
ИЛТИҲОБИИ УЗВҲОИ ТАНОСУЛӢ БО ЭТИОЛОГИЯИ ХЛАМИДӢ

АВТОРЕФЕРАТИ

барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илми тиб  
Аз руи ихтисоси 14.01.01 - акушерӢ ва гинекология  
МомопизишкӢ ва бемориҳои занона

ДУШАНБЕ – 2023

Кор дар Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» иҷро шудааст.

Рохбари илмӣ: Камилова Марҳабо Ядгаровна  
доктори илмҳои тиб, дотсент роҳбари бахши  
акушерии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ,  
гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон».

Муқарризони расмӣ: Ҳақназарова Матлуба Абдумачидовна  
доктори илмҳои тиб, духтур акушер  
гинекологи машваратчии Маркази  
саломатии репродуктивии ш. Душанбе

Умарова Малоҳат Амиршоевна  
номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи  
акушерӣ ва гинекологии факултети тиббии  
«Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздҳанда: МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии  
Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино»

Ҳимояи диссертатсия санаи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2023 соати «\_\_\_\_\_»  
дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6Д.КОА-006 дар заминаи Муассисаи  
давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии  
Тоҷикистон» баргузор мегардад. Нишонӣ: шаҳри Душанбе. кӯчаи Мирзо  
Турсунзода, хонаи 31; [sh.tabarovna@mail.ru](mailto:sh.tabarovna@mail.ru) – телефон (918-69-16-68)

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи расмӣ ([www.niiagip.tga](http://www.niiagip.tga))  
МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и  
Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон  
шинос шудан мумкин аст.

Автореферат соли 2023 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ ирсол карда шуд

Котиби илмӣ  
шӯрои диссертатсионии ПАГ ва ПТ  
номзади илмҳои тиб

Муминова Ш.Т.

## Муқаддима

**Мубрамии мавзуи тадқиқот.** Сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда сабаби асосии бемориҳои занона мебошанд, ки сатҳи саломатии репродуктивии занонро муайян мекунад. Ҳодисаҳои нави сироятҳои ҷинсӣ гузаранда ҳамасола дар 250 миллион ҳолат ба қайд гирифта мешаванд. Дар байни бемориҳои сироятӣ хламидиоз аз рӯи басомади ошкор ҷои 2-юм ва дар байни занони синну соли репродуктивӣ 10-17% -ро ташкил медиҳад. Дар байни занони гирифтори бемориҳои музмини узвҳои кӯси хурд дар 50% ҳолатҳо хламидиоз ташхис карда мешавад. Ин далел аҳамияти тиббӣ ва иҷтимоии хламидиозро муайян мекунад [М.С.Асхаков ва дигарон, 2018; К.А.Ворковский, Г.А.Болан, 2015].

Сирояти хламидии табобатнашуда боиси як қатор бемориҳои илтиҳобии узвҳои кӯси хурд мегардад, ки сабаби гирифтورشавӣ ба онҳо хламидиоз буда, он 40% -ро ташкил медиҳад. Дар байни занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои кӯси этиологияи хламидӣ, безуретӣ дар ҳар як ҳолати чорум ба қайд гирифта мешавад [LE Widdice, 2018].

Сироятҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда яке аз мушкилоти асосии солимии ҷомеа мебошанд. Ҷузъи иқтисодии хароҷоти мустақим ва ғайримустақим барои табобат ва барқарорсозии беморони хламидиоз дар Иёлоти Муттаҳида 2,5 миллиард долларро ташкил медиҳад; арзиши солонаи табобати мушкилоти УНС дар Британияи Кабир ҳадди аққал 110 миллион евроро ташкил медиҳад [L.R. Мустафина, 2015; JL Simons 2021; С.Ј. Экабе, 2017].

Омузиши нақши равандҳои сироятӣ ва илтиҳобии узвҳои таносул дар басомади безуретӣ хеле муҳим ба назар мерасад. Ҳамин тариқ, дар сохтори сабабҳои издивоҷи безуретӣ, аз онҳо 38% бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули занона, 43% - равандҳои илтиҳобии узвҳои таносули мардон, дар 19,5% ҳолатҳо сабабҳо ҳам дар зану ҳам дар шавҳар мебошанд. Зиёда аз нисфи ҳолатҳои безуретӣ бо сирояти бо роҳи ҷинсӣ гузаранда алоқаманд аст. Тадқиқотҳои бисёр олимон басомади баланди сирояти хламидиро дар безуретии сабабаш ногузаршавии найчаҳои тухмгузар нишон додаанд. Дар шакли моноинфексия хламидиоз дар 30% занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул қайд мешавад. Тибқи маълумоти ТУТ, дар 35-50% ҳолатҳо сирояти хламидӣ зери никоби дигар бемориҳо мегузарад, ки имкон намедиҳад табобати саривақтӣ татбиқ карда шавад ва паҳншавии сироятро боздорад. Хламидиоз аксар вақт дар якҷоягӣ бо дигар микроорганизмҳо рух медиҳад, ки зуҳуроти клиникӣ онҳо аломатҳои сабуки ба хламидиоз хосро ниқоб мекунад. Инфексияи

монохламидӣ дар 17-30% ҳолатҳо рух медиҳад, дар боқимондаи беморон флораи хламиди -бактериалӣ ва хламиди-вирусӣ муайян карда шудааст. Паразитҳои дохили ҳуҷайра интиқоли сироятҳои вирусиро хеле осон мекунад. Вируси герпеси оддӣ дар 7,6% занони мубталои хламидиоз дар синни репродуктивӣ кайд карда мешавад. Ассотсиатсияҳои маъмултарини хламидиоз дар ҷавонзанон ин *Staphylococcus aureus* (20,7%), занбӯруғҳои ҷинси *Candida* (15%), гонококкҳо (3-5,7%) мебошанд [Елена Шипицына, 2020]. Дар айни замон, масъалаҳои хусусиятҳои таъсир ба функцияи репродуктивӣ, вобаста ба моноинфексия ё таъсири якҷояи хламидиоз бо дигар микроорганизмҳо, то ҳол ба таври кофӣ омӯхта нашудаанд. Маълум аст, ки бемориҳои илтиҳобӣ метавонад боиси вайроншавии давраи ҳайз, тағиротҳои дисплазияви дар ғадудҳои ширӣ гардад. Масъалаҳои функцияҳои гонадотропӣ ва тухмофарии тухмдонҳои занони гирифтори равандҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи онҳо хламидӣ омӯзиши амиқи илми ва идомаи тадқиқотҳоро талаб мекунад [В. Фукс, Н. Брокмайер, 2014].

Масъалаҳои табобати бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ васеъ омӯхта мешаванд. Шакли доимии сирояти хламидӣ, ки муолиҷаи он душвориҳои зиёд дорад, таваҷҷӯҳи хоса дорад. Барангезиш намудани шакли доимии музмини хламидиоз дар марҳилаи аввал мақсаднок буда асоси самаранокии табобати пурраи сирояти хламидиоз мебошад. Яке аз роҳҳои табобати шаклҳои доимии музмини хламидиоз ин табобат бо радиатсияи пастинтенсивии лазерии гелий-неонӣ мебошад. Таъсири радиатсияи лазерӣ ба ҳуҷайраҳои бактериявӣ ҳоло ҳам мавзӯи баҳсҳои илмӣ мебошад. Исбот шудааст, ки лазерҳо таъсири иммуностимуляторӣ, десенсибилизаторӣ, зиддиилтиҳобӣ доранд, микроциркуляциро беҳтар мекунад ва барқарорсозии репаративиро фаъол мекунад. Дар бораи самаранокии радиатсияи лазерӣ дар табобати простатити хламидӣ далелҳо мавҷуданд [С. Паез-Канро, 2019; В Versteeg, 2017].

Усулҳои камтар омӯхташудаи табобати бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ истифодаи ултрасадо бомаводҳои гидрокортизон ва индометацин, инчунин электрофорез бо маҳлули калий йод мебошанд. Омӯзиши равишҳои дифференсиалии истифодаи усулҳои физиотерапевтӣ барои муолиҷаи бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ муҳим аст.

**Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш.** Дар ягон боби омӯзиши ин масъала нуқта гузошта нашудааст. Тадқиқотҳо оиди васеъ кардани гурӯҳҳои беморон барои муоинаи онҳо ба гирифториҳои хламидиоз

ва муайян кардани хусусиятҳои клиникаи қараёни хламидиози урогениталӣ (ХУГ) дар ҳар яки онҳо муҳиманд. Баъзе ҷанбаҳои патогенези беморӣ то ҳол равшан карда мешаванд. Масъалаҳои муносибат ба ташхиси сирояти хламидиоз, ҷустуҷуи усулҳои таъобати самарабахш ва ё комплекси онҳо ҳал карда мешаванд. Тактикаи муолиҷаи самарабахши беморони гирифтори ХУГ ва параметрҳои, ки ҳангоми таҳияи барномаҳои идоракунии пешбурди чунин беморон бояд ба назар гирифта шаванд, муайян карда мешаванд.

**Робитаи тадқиқот бо барномаҳо ва мавзӯҳои илмӣ.** Тадқиқот дар доираи корҳои илмӣ-тадқиқотии шӯъбаи гинекологии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологи»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ташхис ва таъобати патологияи гарданаки бачадон ва ғадудҳои ширӣ дар занони гирифтори бемориҳои занона бо истифода аз технологияҳои муосир» рақами бақайдгирии 0119ТJ00973 аз 04.02.2019с.гузаронида шудааст.

Дар Тоҷикистон барномаҳои мавҷудаи солимии репродуктивӣ беҳтар намудани сифати кӯмаки тиббӣ ва нигоҳубини занони синну соли гуногунро пешбинӣ мекунад.

Тадқиқоти мазкур баланд бардоштани сифати нигоҳубини занони синну соли репродуктивӣ бо бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносулро пешбинӣ мекунад. Тадқиқот барои татбиқи самтҳо ва стратегияҳои афзалиятнок: Эъломияи ҳазорсолаи СММ, Стратегияи рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030, Стратегияи миллии солимии Ҷумҳурии Тоҷикистон то соли 2020, Барномаи давлатии солимии ҷинсӣ ва репродуктивӣ гузаронида шудааст.

#### **Тавсифи умумии тадқиқот.**

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои системаи репродуктивии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ ва оптимизатсияи протоколҳои дифференсиалии таъобат ва барқарорсозӣ солимии репродуктивӣ.

#### **Вазифаҳои тадқиқот:**

1. Омӯзиши хусусиятҳои саломатии репродуктивии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул вобаста ба этиологияи микробҳо.

2. Саҳми сирояти хламидӣ дар шакли танҳо ва ё дар якҷоягӣ бо дигар сироятҳо дар таркиби аворизҳои гуногуни гинекологӣ муайян карда шаванд.

3. Баҳодиҳии функцияҳои гонадотропӣ ва тухмдонҳо дар занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ.

4. Омӯзиши самаранокии терапияи комплекси этиотропӣ ва ферментӣ дар табобати бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси этиологияи хламидӣ.

5. Самаранокии электрофорез бо мумиёро дар табобати бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ муайян карда шавад.

6. Арзёбии самаранокии табобати гормоналӣ дар занони гирифтори вайроншавии фаъолияти тухмдонҳо дар натиҷаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ.

7. Таҳияи протоколҳои дифференсиалии табобати барқарорсозии солимии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул.

**Объекти тадқиқот.** Объекти тадқиқот занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул буданд.

**Мавзӯи тадқиқот.** Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусиятҳои саломатии репродуктивии занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул вобаста ба этиологияи микробҳо, нақши сирояти хламидӣ дар рушди патологияҳои гуногуни гинекологӣ, арзёбии истифодаи воситаҳои физиотерапевтӣ барои табобати муолиҷаи шаклҳои доимии хламидиоз буд.

**Навоварии илмӣ тадқиқот.** Муайян карда шудааст, ки омезиши хламидиоз бо дигар намуди сироятҳо нисбат ба сирояти монохламидий 4 маротиба бештар ташхис карда мешавад. Маълум шуд, ки Ассотсиатсияи *Ch. trachomatis* аксар вақт бо вирусҳо, камтар аз он бо уреоплазма, бо микоплазма ва *Candida albicans* қайд карда мешавад, ва дар аксарият хламидиоз бо ду намуди сироят алоқаманд аст. Миқдори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул ки сабабаш хламидиоз ташхис шуд, дар ҳар 2-юм зан бо эндометрит, дар ҳар 5-ум зан бо эндосервисит, дар ҳар 10-ум зан эрозияи гарданаки бачадон авориз гаштааст ва ҳар 3-ум зан безуретӣ дорад. Исбот шуд ки дар байни беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ, норасоии тухмдонҳо сабаби безуретӣ дар ҳар як зани 3-юм буд, ки 2 маротиба бештар бо норасоии фазаи лютеинӣ нисбат ба ановуляция зоҳир мешавад. Самаранокии табобати дифференсиалии этиотропии сирояти монохламидиоз ва омезиши хламидиоз бо дигар намуди сироятҳо оварда шудааст, ки он дар ҳолатҳои монохламидиоз бештар муассир аст ва ҳангоми пайвастанӣ хламидиоз бо ассотсиатсияҳои вирусӣ камтар



самаранок аст. Исбот шудааст, ки физиотерапия бо истифода аз электрофорез бо мумиё барои занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ чунин зухуроти клиникалии бемориҳои гинекологиро ба монанди дарди кос, алгоменорея, полименорея коҳиш медиҳад. Нишон дода шудааст, ки табобати гормоналии норасоии фаъолияти тухмдонҳо, ки сабаби безуретӣ дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ муфид буда, барои барқарор кардани марҳилаи лютеинӣ, барқарорсозии кори тухмдонҳо ва барқарорсозии қобилияти ҳомиладорӣ кӯмак мекунад.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Натиҷаҳои дар рафти тадқиқоти мазкур бадастомада метавонанд дар чараёни таълимии кафедраҳои акушерӣ ва гинекологӣ, кафедраҳои тандурустии чамъиятӣ, хифзи солимӣ ва тандурустии мактабҳои олии тиббии истифода карда шаванд.

Дар асоси тадқиқотҳои гузаронидашуда ва натиҷаҳои бадастомада алгоритмҳои ташхиси занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ ва ташхиси занони гирифтори норасоии фаъолияти тухмдонҳо оптимизатсия карда шуданд. Алгоритми табобати марҳилавии бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ, аз ҷумла терапияи этиотропӣ, терапияи системавии ферментӣ, электрофорез бо мумиё ва барқарорсозии функсияи тухмдонҳо пешниҳод карда шудааст. Ин алгоритмҳоро дар амалияи акушерҳо ва гинекологҳо истифода бурдан мумкин аст.

**Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Соҳаи таҳқиқот ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.01. – Акушерӣ ва гинекология: ташхис ва табобати бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул мутобик мебошад.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Эътимоднокии натиҷаҳои кори диссертатсия бо ҳаҷми кофии мавод, истифодабарии аз усулҳои функционалии муосир, коркарди лабораторӣ ва омории натиҷаҳои тадқиқот, интишорот аз рӯи натиҷаҳои ба даст овардашуда дар маҷаллаҳои Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудааст.

**Саҳми шахсии доктараби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.** Муаллифи диссертатсия шахсан беморони мавзӯиро тибқи мурочиат интиҳоб ва ташхис намуда, адабиёти муосири ватанӣ ва хориҷиро оид ба сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул ҷустуҷӯ намуда, бо истифода аз адабиётҳо шарҳ ва тақриз навишт.

Муаллиф шахсан харитаҳои маводи илмии ибтидоӣ омода карда, ҳамаи маводи илмиро чамъ намудааст. Коркарди омӯри, таҳлили натиҷаҳои ба даст омада, иштирок дар конференсро, навиштани мақолаҳо ва воситаҳои таълимӣ оиди натиҷаҳои ба даст омада, навиштани рисола ва авторефератро иҷро намудааст.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.01 – Акушерӣ ва гинекология, самтҳои тадқиқотии «Таҳия ва тақмили усулҳои пешгӯӣ, пешгирӣ, ташҳис ва табобати бемориҳои занона» ва «Ташаққули таҷрибавӣ ва клиникӣ усулҳои тақмили солимии зан дар давраҳои гуногуни ҳаёт, берун аз ҳомиладорӣ ва дар амалияи клиникӣ қорӣ кардани онҳо» мувофиқат мекунад.

#### **Нуқтаҳои барои ҳимоя пешниҳод шаванда:**

1. Омезиши хламидиоз бо дигар намуди сироятҳо нисбат ба сирояти монохламидӣ 4 маротиба зиёдтар ташҳис карда мешавад. Хламидиоз аксар вақт бо вирусҳо ҳамбаст ва алоқаманд аст. Ҳангоми сироятҳои омехта, аксар вақт ташҳис шудани 3 намуди сироятҳои ба воситаи алоқии чинси гузаранда қайд карда мешаванд.

2. Хламидиозҳои урогениталӣ боиси бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул мегардад, ки оқибати он вайроншавии функсияи репродуктивӣ дар ҳар 3-ӯм зани бемор қайд мешавад.

3. Ташҳиси ҳамаҷонибаи хламидиозҳои урогениталӣ ва оқибатҳои ин сироят ба баланд шудани самаранокии табобати беморӣ мусоидат мекунад, ки ин аз пайдарпайии риояи марҳилаҳои табобат вобаста аст.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Доир ба мавзӯи рисола 10 мақола, аз ҷумла 7 мақола дар маҷаллаҳои илмии тақризшаванда, ки ба феҳристи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд, ҷоп шудааст.

**Тавсиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар съезди VII акушер-гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, маҷлиси байниклиникӣи шӯъбаи гинекологии Муассисаи давлатии «ПАГ ва П»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дар ҷаласаи камиссияи проблемавии МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинаталогии Тоҷикистон» пешниҳод ва муҳокима карда шудаанд. Натиҷаҳои тадқиқотҳои гузаронидашуда ба кори шӯъбаи гинекология, шӯъбаи ташҳиси функционалӣ ва лабораторияи илмии Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ - таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинаталогии»-и Вазорати

тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид шудаанд.

**Сохтор ва ҳачми диссертатсия.** Рисола дар 144 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии кор, шарҳи адабиёт, боб дар бораи мавод ва усулҳои тадқиқот ва 2 боб аз натиҷаҳои тадқиқоти худ, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо бо хулоса ва тавсияҳои амалӣ, рӯйхати истинодҳо 150 сарчашмаро дар бар гирифта, аз он 82-тоаш ба забони русӣ ва 68-тоаш ба забони англисӣ мебошанд, иборат аст. Дар диссертатсия 28 ҷадвал ва 22 расми тасвирӣ оварда шудааст.

### **Қисми асосии тадқиқот**

#### **Мавод ва методҳои тадқиқотӣ.**

Тадқиқот дар заминаи Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологи»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дар муассисаи «Беморхонаи Ҷумҳуриявии Физиотерапевтии ба номи А. Нурматов»-и шаҳри Хучанд гузаронида шуд. Маводи тадқиқот аз рӯи натиҷаҳои пурсиши 480 зани гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули синну соли репродуктивӣ оварда шудааст. Дар байни занони муоинашуда дар 120 ҳолати сирояти хламидӣ (инфексияи монохламидӣ,  $n=24$  – гурӯҳи 1 ва сирояти омехта  $n=96$  – гурӯҳи 2) ташхис карда шуд. Дар 360 ҳолати бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул, микробҳо ва вирусҳои гуногун, ба истиснои хламидиоз (гурӯҳи 3) ташхис карда шуданд.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба гурӯҳҳои занони муоинашуда инҳо буданд: синну соли репродуктивӣ, илтиҳоби музмини узвҳои коси хурд, ташхиси хламидиоз ва дигар сироятҳо.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба гурӯҳи асосӣ: синну соли репродуктивӣ, бемории илтиҳобии музмини кос, хламидиози аз ҷониби лабораторӣ тасдиқшуда, дар гурӯҳи муқоисавӣ - синни репродуктивӣ, бемориҳои илтиҳобии музмини сироятии узвҳои коси хурд, сироятҳои омехтаи лабораторӣ тасдиқ шуда, аз ҷумла хламидиоз буданд. Меъёрҳои хориҷ шудан аз гурӯҳҳои занони муоинашуда - синну соли аз 18-сола камтар ва аз 45-сола боло, даст кашидан аз иштирок дар тадқиқот, ҳолати мусбӣ ба ВНМО, бемории сил, гепатит, ҳомиладорӣ ва синамакони, бемориҳои онкологӣ буданд.

Дар марҳилаи аввали пурсиш он аз ташхиси лаборатории 460 зани гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул иборат буд. Хусусиятҳои микрофлораи занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул омӯхта шуданд. Инфексияҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда муайян карда шуданд, ки омили этиологии инкишофи бемориҳои илтиҳобии

узвҳои таносул буданд. Минбаъд, занон вобаста ба агенти этиологӣ, ки илтиҳоби узвҳои таносулро ба вуҷуд овардаанд, тақсим карда шуданд. Марҳилаи дуум омӯзиши муфассали занони гирифтори сирояти хламидиозро дар бар гирифт (монохламидиоз ва сирояти омехта, ки дар он хламидиоз ошкор карда шудааст). Дар ин марҳила хусусиятҳои клиникӣ ва анамнестикӣ, сохтори патологияи гинекологӣ ва вайроншавии сатхи солимии репродуктивӣ, хусусиятҳои функцияи гонадотропӣ ва тухмдони занони гирифтори хламидиоз омӯхта шудаанд. Хусусиятҳои хоси анамнези иҷтимоии занони гирифтори хламидиоз ин сатҳи пасти иҷтимоӣ мебошад, ки бо сатҳи маълумот, мақоми соҳибхоназанон, ва аксарияти шавҳаронашон дар муҳочирати меҳнатӣ мебошанд. Хусусиятҳои клиникӣ занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ дар таърихи ин беморӣ мавҷудияти зуд-зуд шамолхӯрӣ ва нишондиҳандаи пасти саломатӣ (басомади баланди камхунӣ - дар ҳар 2-ӯм зан, норасоии йод - дар ҳар 3-ӯм зан ва бемории гурда - дар ҳар 3-ӯм зан) мебошанд. Натиҷаҳои марҳилаи дууми тадқиқот имкон доданд, ки ташҳиси бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул беҳтар карда шавад. Марҳилаи сеюми тадқиқот ба арзёбии самаранокии табобати этиологияи сирояти хламидӣ вобаста ба хламидиозҳои моно ва омехта, самаранокии терапияи системавии ферментҳо, усули физиотерапевтии электрофорез бо мумиё, табобати гормоналӣ барои норасоии фаъолияти тухмдон дар занони гирифтори хламидиоз бахшида шудааст. Дар асоси натиҷаҳои марҳилаи сеюми тадқиқот алгоритмҳои табобати бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ ва оқибатҳои онҳо оптимизатсия карда шуданд. Усулҳои тадқиқот, усули умумии клиникӣ муоина, муоинаи гинекологӣ, ташҳиси ултрасадои узвҳои коси хурдро (чен кардани андозаи бачадон ва тухмдонҳо, қайд кардани аломатҳои ултрасадои метроэндометрит, арзёбии ҳолати замимаҳо, арзёбии намуди сикли ҳайз) дар бар мегиранд. Мониторинги фолликул дар рӯзҳои 7, 9, 11, 13-уми сикли ҳайз, арзёбии натиҷанокии марҳилаи лютеинӣ тавассути чен кардани ғафсии эндометри дар рӯзи 25-уми сикли ҳайз).

Ташҳиси лаборатории бемориҳои бо рохҳои алокаи чинси гузаранда тавассути микроскопияи таркиби гарданаки бачадон ва маҳбал пас аз рангкунии бо усули Грам ва реаксияи занҷири полимеразӣ дар вақти воқеӣ барои муайян кардани ДНК *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma spp.*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, CMV, HPV, вируси Эпштейн Барра гузаронида шуд. Мавод бо зондҳои махсус гирифта шуда, ташҳис дар лабораторияи илмӣ Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ – таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва

перинатологи»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд. Муоинаи колпоскопӣ бо истифода аз колпоскоп (системаи калонкунандаи оптикӣ) бо равшании махсус (дастгоҳе, ки аз ҷониби Sicherung 0.2A истеҳсол шудааст) гузаронида шуд. Колпоскопияи одди ва агар лозим бошад, кольпоскопияи васеъ баъди коркарди иловагии гарданаки бачадон бо кислотаи 3% сирко ва маҳлулҳои Люголь гузаронида шуд. Ҳангоми баҳодиҳии колпоскопии натиҷаҳои тадқиқот аз таснифоти Василевская Л.Н. (1971) ва Таснифи байналмилалии истилоҳоти колпоскопӣ (1990) баҳогирӣ шуданд. Маммография - рентгенографияи ғадудҳои ширӣ дар ду проекцияи стандартӣ, дар ҳолати зарурӣ дар ду проекцияи иловагӣ гузаронида шуд. Муоина дар нимаи аввали давраи ҳайз таъин карда шуд. Сатҳи гормонҳои гонадотропӣ (FSH, LH, prolactin) ва стероидҳои ҷинсӣ (эстрадиол, прогестерон) дар зардоби хун тавассути ферментҳои иммунӣ муайян карда мешавад. Сатҳи гормонҳои гонадотропӣ (FSH, LH, prolactin) ва стероидҳои ҷинсӣ (эстрадиол, прогестерон) тавассути иммуноанализатор тавассути системаи тестӣ дар асоси принципи рақобатпазирии иммуноферментҳо муайян карда шуд. Параметрҳои нормае, ки барои аҳолии муоинашуда хос аст, дар лабораторияи «Пажӯҳишгоҳи илмӣ- тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологи»-и Вазорати Тандурусти ва Ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуд. Намунаи хун барои муайян кардани FSH, LH, эстрадиол дар 3-юм, P - дар рӯзи 25-уми сикли ҳайз гузаронида шуд. Доруҳое, ки барои муолиҷаи занони муоинашуда истифода шуданд: доксициклин-антибиотики нимсинтетикӣ гурӯҳи тетрациклинҳо буда, дорои доираи васеи таъсир ва он барои табобати бемориҳои сироятии этиологияи бактериявӣ истифода мешавад. Ба занони муоинашуда дар рӯзи аввали табобат 200 мг дар як рӯз, дар 6 рӯзи минбаъда - 100 мг дар як рӯз таъин карда шуданд.

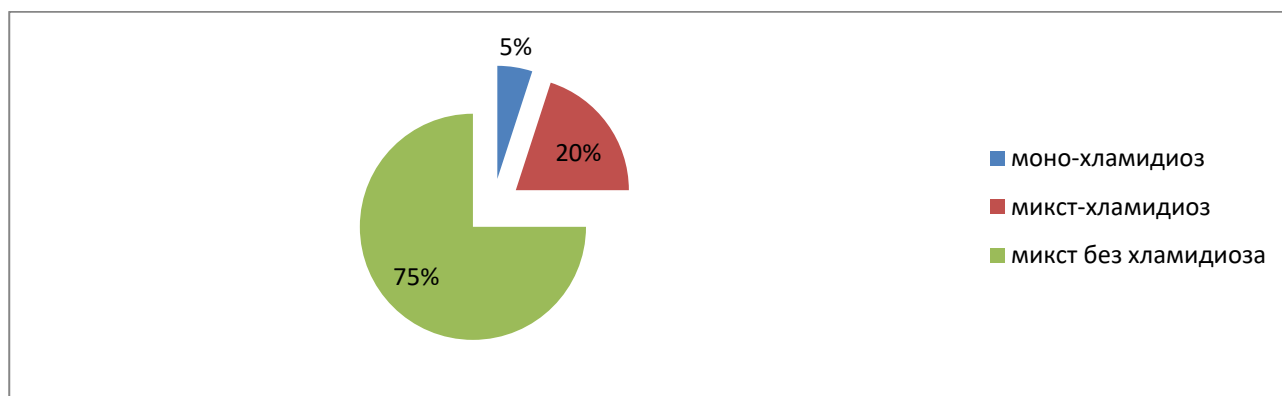
Дуотрипсин - муҳофизати антибактериалиро фаъол мекунад, илтиҳобро коҳиш медиҳад. Таъсири протеолитикӣ, зидди илтиҳобӣ ва зидди варам дорад, ки 1 ҳаб 4 бор дар як рӯз ним соат пеш аз хӯрок барои 1 ҳафта, сипас 1 ҳаб дар як рӯз 2 бор барои 3 ҳафта таъин карда мешавад. Шилачит - доруи табиӣ зидди микробҳо ва бактерияҳо, ки боиси илтиҳоби бадан мешаванд, онҳоро карда нест, дардро таскин медиҳад, иммунитетро мустаҳкам мекунад. Дар рафти электрофорез мумиёро ба тахтачаҳои бофтаи гидрофилии электродҳо андохта ва бо онҳо дар зери таъсири майдони электрӣ ба узвҳои зарардида, ба воситаи пӯст ба узвҳои таносули дохилӣ таъсир мерасонанд. Ба занони муоинашуда 10 сеанс электрофорез бо мумиё гузаронида шуд. Контрасептивҳои омехтаи

шифоҳӣ - доруҳои гормоналӣ дар таҳқиқоти мо дар ҳолатҳои ташҳиси норасоии тухмдон аз рӯи намуди ановуляция истифода шуданд. Мо контрацептиви «Регулон»-ро истифода бурдем, ки он дар речаи сиклии 6 моҳ муқаррар шудааст. Прогестинҳо - доруҳои гормоналӣ, ки барои ташҳиси норасоии марҳилаи лютеинӣ (аз 15 то 25 рӯзи сикли ҳайз) таъин карда мешаванд. Кломифен - пас аз табобати гормоналӣ бо мақсади барангезиши фаъолияти тухмдонҳо аз 5 то 10-ум рӯзи сикли ҳайз таъин карда шуд.

**Усулҳои тадқиқотҳои оморӣ.** Маълумотҳо аз қортоҳои барои таҳлили ретроспективӣ ва муоинаи ояндаи беморон гирифташуда дар ҷадвали Excel ҷойгир карда шуданд. Қиматҳои миёнаи арифметикӣ, инҳирофҳои стандартӣ, хатоҳои стандартӣ, тақсимои нисбии нишондодҳо ҳисоб карда шуданд. Муносибати нишондиҳандаҳои сифатӣ бо ҷадвалҳои ҳолатҳои фавқулодда муайян карда шуда, арзёбии онҳо аз рӯи меъёри Пирсон ва дар ҳолатҳои камтар аз 10 меъёри Фишер истифода бурда мешавад. Барои муқаррар намудани тафовут дар нишондиҳандаҳои вобаста ба миқдори тести t-Студент ё t-тести Вилкоксон (тақсимои ғайри Гаусс) истифода шудааст. Хусусияти тақсимои арзишҳо дар намунаҳо бо истифода аз санҷиши Колмогоров-Смирнов арзёбӣ карда шуд. Қоркарди оморӣ маълумоти гирифташуда бо истифода аз бастаи нармафзори SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) анҷом дода шуд. Қимати  $p < 0,05$  ҳамчун меъёри аҳамияти оморӣ бозёфтҳо истифода шудааст.

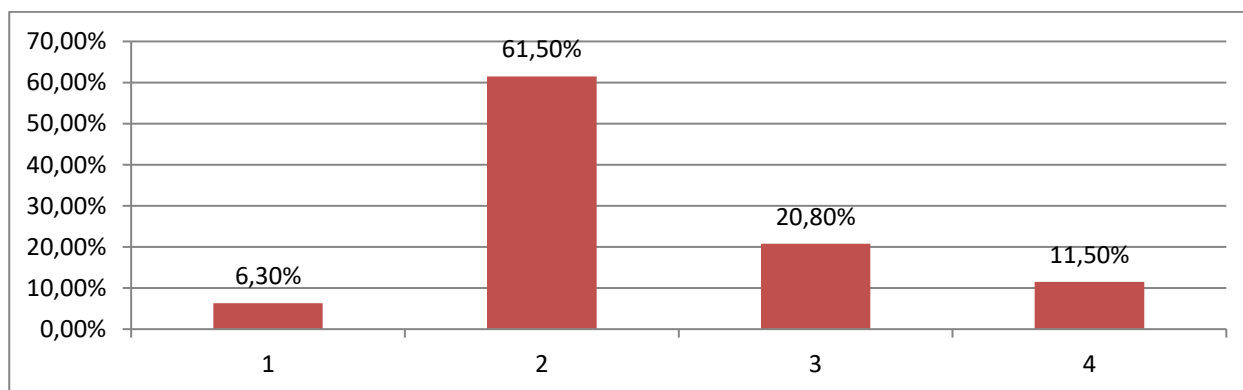
### Натиҷаҳои тадқиқот

Омузиши хусусиятҳои микрофлораи 480 зани гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул нишон дод, ки сирояти бактериявӣ дар занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул ҳам бо флораи шартан патогенӣ ва ҳам флораи патогении облигатӣ ифода карда мешавад (расми 1).



**Расми 1. Тақсимои занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул вобаста ба хусусияти микрофлора.**

Ассотсиатсияҳои флораи оппортунистӣ ва ҳатмӣ чой дошта якҷоя бо вирусҳо аксар вақт ташхис карда мешаванд. Хламидиоз дар 120 (27,4%) ҳолат ташхис шудааст, ки аз инҳо дар 96 (80%) ҳолат хламидиоз бо дигар сироятҳо, дар 24 (20%) ҳолат хламидиоз чун моноинфексия (гурӯҳи 1) ташхис шудааст. Ҳангоми сирояти омехтаи хламидӣ (гурӯҳи 2), омезиши хламидиоз (*Clh.trachomatis*) бештар бо ассотсиатсияҳои вирусӣ - HSV (64 - 66,7% ҳолатҳо) ё CMV (59 - 61,5% ҳолатҳо) қайд карда шуд. Дар 17 (17,7%) ҳолат, хламидиоз бо уреоплазма ва дар 11 (11,5%) ҳолат бо микоплазмаҳои оппортунистӣ (*U.urealyticum*, *M.hominis*) ва *Candida albicans* якҷоя муайян шудаанд. Бояд гуфт, ки омезиши хламидиоз (*Clh.trachomatis*) бо танҳо яке аз сироятҳои ҳамроҳшаванда танҳо дар 6 ҳолат (6,3%), бо ду намуд - дар 59 (61,5%), 3 намуд - дар 20 ҳолат, (20,8%), 4 намуд - дар 11 (11,5%) ҳолат ташхис шудааст (расми 2). Ассотсиатсияҳои микроорганизмҳои, ки дар занони гирифтори ҳар гуна сироят ҳама гуна сироят, ба истиснои хламидиоз (гурӯҳи 3) бо омезиши ду намуди сироят дар 102 (28,3%), се намуди сироят - дар 130 (36,1%), бо чор намуд сироятшудагон - 80 (22,2%), 5 намуди сироят - дар 48 (13,3%) ҳолат дида шуд.



**Расми 2. - Басомади пайдоиши хламидиоз бо намудҳои 1, 2, 3, 4-ӯми бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда.**

Ҳама ҳолатҳои флораи патогении ҳатмӣ (*Trichomonas vaginalis*) ва аксари ҳолатҳои флораи оппортунистӣ (*U.urealyticum*, *M.hominis*) бо ассотсиатсияҳои вирусӣ (Цитомегаловирус ва Герпеси симплекси намудҳои I ва II) якҷоя қайт карда шуданд. Дар гурӯҳи 3-юм HSV дар 296 (82,2%), CMV - 221 (61,4%), трихомониаз - 10 (2,8%), уреоплазма - 63 (17,5%), микоплазма - 45 (12,5%), кандидоз - дар 65 (18,1%) ҳолатҳо ташхис шуд.

**Чадвали 1. Басомади муқоисавии дараҷаҳои гуногуни тозагии масх барои намуди байни гурӯҳҳои муоинаи занон.**

Гуруҳҳо Нишондод	монохламидиоз	Микст (хламидиоз+ дигар бем.чин. сир.)	Бемориҳои чинсӣ гайр аз хламидиоз	P
I дараҷа	0	2(2,1%)	3(0,8%)	p>0,05
II дараҷа	12(50%)	54(56,3%)	226(62,8%)	p>0,05
III дараҷа	10(41,7%)	36(37,5%)	123(34,2%)	p>0,05
IV дараҷа	2(8,3%)	4(4,2%)	8(2,2%)	p>0,05

Тақсимооти занон аз ҳар як гурӯҳ аз рӯи дараҷаи тозагии таркиби маҳбал тақрибан якхела буд ва фарқияти аз ҷиҳати омори муҳим надошт. Дар ҳамаи гурӯҳҳои занони муоинашуда тозагии таркиби маҳбал дараҷаи II (292- 60,8% ) ва дараҷаи III (169 - 35,2%) маъмуланд. Хусусиятҳои масх дар флора ва басомади дараҷаҳои гуногуни тозагии таркиби маҳбал вобаста ба намуди агентҳои сироятӣ, мавҷудияти сироятҳои моно ё омехтаи хламидӣ фарқ намекунанд. Дар ҳамаи занони гурӯҳҳои I ва II коҳиш ва луоб дида шуд. Дар занони гурӯҳи 3-юм дар 27 (7,5%) ҳолат коҳиш кайд нашудаанд. Дараҷаи I тозагии таркиби маҳбал танҳо дар 5 (1%) зан, дараҷаи IV - дар 14 (2,9%) зани ҳамаи гурӯҳҳои занони муоинашуда муайян карда шудааст (Чадвали 3). Омӯзиши хусусиятҳои ҳолати гинекологии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул бо этиологияҳои гуногуни микробӣ нишон дод, ки зиёда аз (54,4%) нисфи беморони муоинашуда гирифтори эндомиетрити музмин ташхис шудаанд. Ҳар 10- ӯм зан гирифтори эндоцервицит, эрозияи гарданаки бачадон буд. Бояд қайд кард, ки омезиши якҷанд нозологияҳои гинекологӣ аксар вақт ташхис карда мешавад, ки он дар 17,7% ҳолатҳо рух додааст. Маҷмӯи маъмултарини бемориҳои илтиҳобии гинекологии узвҳои таносул бо омезиши эндомиетрит ва эндоцервицит (81,2%) буд. Ҳангоми эндомиетрит сирояти хламидӣ дар 52 (19,9%) ҳолат муайян карда шудааст, ки аз онҳо хламидиоз бе омезагӣ бо дигар бемориҳои сироятӣ дар 45,8%, хламидиоз дар якҷоягӣ бо бактерияҳо ё вирусҳо - 42,7% буд. Бо эндоцервицит, сирояти хламидӣ дар 19 (39,5%), сирояти монохламидӣ дар 16,7%, хламидиоз дар якҷоягӣ бо дигар намудҳои сироят дар 15,6% ташхис шудааст. Эрозияи гарданаки бачадон дар занони гирифтори сирояти хламидӣ дар 15 (32,6%) ҳолат ташхис шудааст. Ҳангоми монохламидиоз эрозияи гарданаки бачадон дар 8,3%, бо сирояти омехта - дар 15,5% ҳолатҳо рух додааст. Дар 10 (34,5%) зани гирифтори сирояти хламидӣ



аднексит ва оофоритҳои музмин ташхис карда шуданд. Дар байни онҳо монохламидиоз ва сирояти омехта бо ҳамон басомад (8,3%) ташхис карда шуданд.

**Ҷадвали 2. Муқоисаи басомади сирояти хламидӣ ва дигар сироятҳо дар бемориҳои гуногуни гинекологӣ**

Гуруҳҳои нозология	Хламидиоз (n=120)	Дигар сироятҳои ҷинсӣ (n=360)	Аҳамияти критерияи Хи-квadrat	Сатҳи аҳамиятноки
Эндометрит	52(19,9%)	207(49,2%)	16,625	<0,001
Эндоцервицит	19(39,5%)	59(16,4%)	16,278	<0,001
Эрозия гарданки бачадон	15(32,6%)	35(9,7%)	12,384	<0,001
Сальпингоофарит	10(34,5%)	18(5%)	42,616	<0,001
Ҳамбастагӣ	24(28,2%)	41(11,4%)	44,230	<0,001

Ҳар 4-5 зани гирифтори хламидиоз дорои омезиши якчанд патологияҳои гуногуни гинекологӣ буд. Аксар вақт ҳамбастагии якҷояи омезиши эндоцервицит ё эрозияи гарданаки бачадон бо эндометрит (41%), эндометрит бо сальпингит ва оофорит (20%) мушоҳида мешуд. Миқдори бемориҳои гинекологӣ, аз қабилҳои эндоцервицит, салпингит ва оофорит, инчунин маҷмӯи нозологияҳои гинекологӣ бо сирояти хламидӣ, аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас ( $p < 0,001$ ) аз нишондодҳои дахлдори гурӯҳи 3-юми занон зиёд аст. Басомади эндометрит дар гурӯҳи 2 аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас ( $p < 0,001$ ) нисбат ба нишондиҳандаи мувофиқ дар гурӯҳи 1 зиёд буд. Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки хламидиоз, махсусан дар якҷоягӣ бо дигар намудҳои сироят, ба ҳолати узвҳои таносул таъсири манфӣ мерасонад ва аксар вақт илтиҳоби бофтаҳои канали гарданаки бачадон, найчаҳо ва тухмдонҳоро ба вучуд меорад. Таҳлили робитаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ ва патологияи ғадуди ширӣ нишон дод, ки аз 120 зан 34 нафар (28,3%) гирифтори аворизи мастопатияи ғадудӣ-киставии ғадудҳои ширӣ мебошанд. Патологияи гинекологӣ дар байни занони гирифтори мастопатия ба таври зайл тақсим шуд: эндометрит дар 11 ҳолат (32,4%), эндоцервицит дар 5 ҳолат (14,7%), салпингит ва оофорит дар 18 ҳолат (52,9%) дида шуд. Аксари беморони гирифтори мастопатия (27 - 79,4%) ихтилоли ҳайз доштанд. Ҳамин тариқ, сирояти хламидӣ, ки ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул оварда мерасонад, ва оқибаташ ихтилоли гормонали шуда он боиси вайроншавии кори ғадудҳои ширӣ мегардад, ки бо тағироти патология аз гормонҳо вобаста ва он дар ғадудҳои ширӣ зоҳир мешавад. Натиҷаҳои бадастомада

зарурати ташхиси ҳатмии ғадудҳои шириро дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул асоснок мекунанд. Омӯзиши функсияҳои гонадотропӣ ва тухмдони занони гирифтори паталогияи илтиҳоби узвҳои таносулии этиологияи хламидӣ нишон дод, ки басомади занон бо тағирёбии сатҳи гормонҳои гонадотропӣ дар 10%, тағирёбии гормонҳои стероидҳои ҷинсӣ дар 20,8% дида шуд. Бо вуҷуди ин, фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим чун сатҳи миёнаи ҳамаи гормонҳои омӯхташуда дар занони гурӯҳи 1 ва гурӯҳи 2 вуҷуд нашофт (Ҷадвали 5).

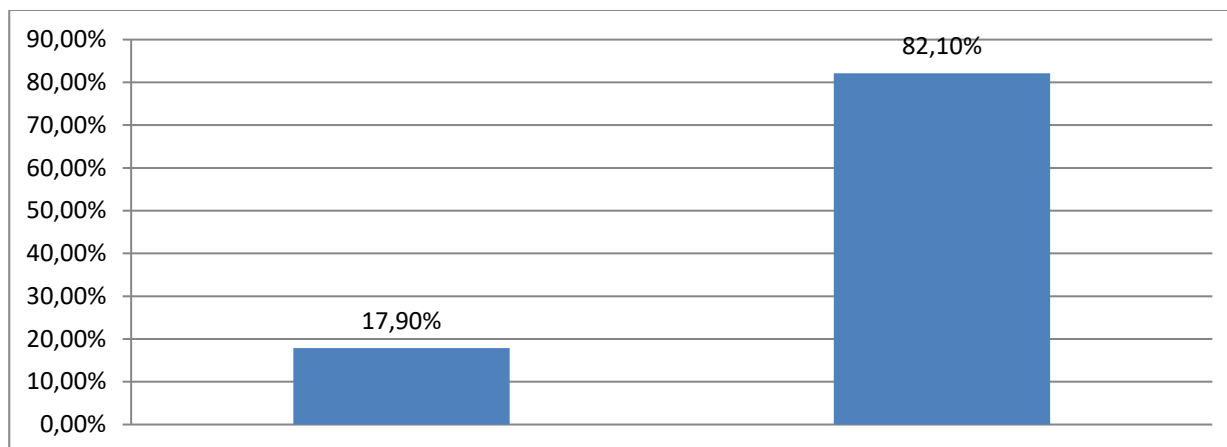
**Ҷадвали 3. Сатҳи миёнаи гормонҳои гонадотропӣ ва стероидҳои ҷинсӣ дар зардоби хуни занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ.**

Нишондод	Гурӯҳи асосӣ (n=24)	Гурӯҳи муқоисавӣ (n=96)	P
Эстрадиол (нг/л), M±m	98,6±5,4	103,9±2,7	P >0,05
Прогестерон, (нмоль/л) M±m	14,2±1,4	17,1±0,9	P >0,05
ФСГ (МЕ/л) M±m	5,4±0,3	4,3±0,1	P >0,05
ЛГ (МЕ/л) M±m	8,9±0,9	7,8±0,4	P >0,05
Пролактин (мМЕ/л) M±m	630,7±22,6	589,2±11,5	P >0,05
ТТГ(мЕд/л) M±m	1,8±0,1	2,1±0,4	P >0,05

Дар 2 (8,3%) беморони гурӯҳи 1 ва дар 14 (14,6%) беморони гурӯҳи 2 сатҳи прогестерон аз меъёрҳои лабораторӣ паस्त буд. Сатҳи пролактин дар 7 (29,2%) занони гурӯҳи асосӣ ва дар 14 (14,6%) занони гурӯҳи муқоисавӣ аз меъёрҳои лабораторӣ зиёд буд. TSH дар 3 (12,5%) занони гурӯҳи асосӣ ва дар 5 (5,2%) занони гурӯҳи муқоисавӣ аз меъёрҳои лабораторӣ зиёд будааст. Дар 3 (12,5%) занони гурӯҳи асосӣ ва дар 6 (6,3%) занони гурӯҳи муқоисавӣ сатҳи эстрадиол аз меъёрҳои лабораторӣ баландтар буд. Дар 2 (8,3%) занони гурӯҳи асосӣ ва дар 5 (5,2%) занони гурӯҳи муқоисавӣ сатҳи LH баланд шудааст. Сатҳи FSH дар 1 (4,2%) занони гурӯҳи асосӣ ва дар 4 (4,2%) занони гурӯҳи муқоисавӣ баланд шуд. Дар байни беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ,

басомади занон бо тағирёбии сатҳи гормонҳои гонадотропӣ 10%, басомади занон бо тағирёбии гормонҳои стероидҳои ҷинсӣ 20,8% буд.

Аз 480 зани муоинашуда дар 76 нафар (15,8%) безуретӣ ташхис шудааст. Дар байни занони гирифтори безурет салпингоофорит дар 41 (53,9%), эндоцервицит дар 18 (23,7%) ва эндометрити музмин дар 17 (22,4%) зан ташхис шудааст. Дар байни занони гирифтори безуретӣ, бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ, ҳам дар шакли соф, ва дар якҷоягӣ бо дигар бемориҳои бо роҳҳои алоқаи ҷинси гузаранда дар 39 ҳолат ташхис карда шуданд, ки ин 51,3 фоизи шумораи умумии занони безуретро ташкил медиҳад. Дар байни ин занон ба 7 (17,9%) беморон сирояти монохламидӣ, 32 нафар (82,1%) - хламидиоз ҳамчун ҷузъи сирояти омехта ташхис шудаанд.



### **Расми 3. Тақсимои занони гирифтори безуретӣ вобаста ба сирояти монохламидии муайяншуда ва робитаи хламидиоз бо дигар бемориҳои бо роҳҳои алоқаи ҷинси гузаранда**

Дар гурӯҳи занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул бо хламидиоз дар якҷоягӣ бо дигар бемориҳои сирояти ҷинсӣ нисбат ба сирояти монохламидӣ 4 маротиба зиёдтар занони безуретӣ буданд (Расми 1). Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки хламидиоз, махсусан ҳангоми якҷояшавӣ бо дигар намудҳои сироят, нисбат ба дигар намуди сироятҳо ба ҳолати узвҳои таносул ва функцияи репродуктивӣ таъсири манфӣ мерасонад.

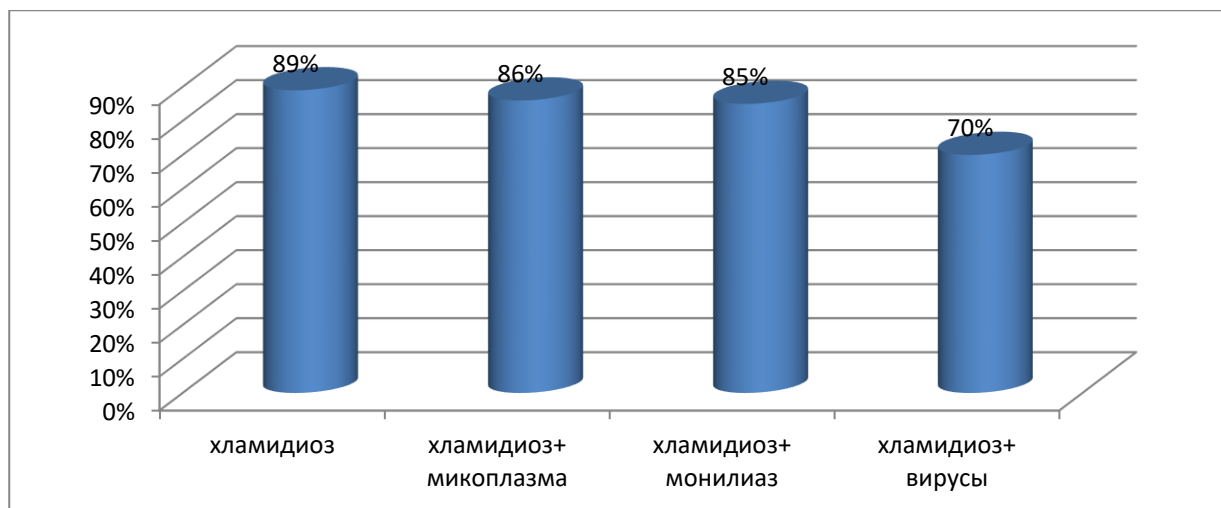
Дар сохтори сабабҳои безуретӣ норасоии тухмдон дар 25 нафар (64,1%) занони ҳар ду гурӯҳ ташхис шудааст. Дар байни занони гирифтори норасоии тухмдон 5 нафар аз 25 нафар (20%) аз гурӯҳи асосӣ ва 20 нафар аз 25 нафар (80%) аз гурӯҳи муқоисавӣ буданд, ки таъсири манфии хламидиозро дар робита бо дигар бемориҳои сироятии ҷинсӣ ба кори гормоналии тухмдонҳо нишон медиҳад. Эҳтимол, сирояти омехта, ки дар

он хламидиоз ошкор карда мешавад, ба фаъолияти репродуктивӣ бештар таъсир карда, илтиҳоби музмини узвҳои таносулро ба вучуд меорад, ки баъд аз он вайроншавии функсияи гормоналии тухмдонҳо инкишоф мебарорад, ки бо норасоии тухмдонҳо зухур меёбад ва сабаби бевоситаи безурӣ мегардад. Натиҷаҳои мониторинги фолликулҳо нишон доданд, ки дар байни занони норасоии тухмдон дар 16 (64,0%) беморон норасоии фазаи лютеинӣ, дар 9 (36%) зан ановуляция мушоҳида шудааст. Натиҷаҳои табобати комплексии марҳилавии занони гирифтори беморҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ барои ҳар се марҳила алоҳида баҳо дода шуданд. Дар марҳилаи аввал терапияи этиотропӣ дар якҷоягӣ бо терапияи системавии ферментӣ гузаронида шуд (Ҷадвали 6). Табобат бо истифодаи антибиотикҳо вобаста ба этиологияи микробҳо, дар ҳузури вирусҳо, доруҳои иммунӣ ва дар ҳолати монилиаз, доруҳои зидди замбуруғ иборат буд. Дар марҳилаи аввали табобат дуотрипсин низ таъин карда шуд, ки терапияи системавии ферментиро таъмин мекард.

**Ҷадвали 4 - Нақшаҳои табобат вобаста ба сирояти ошкоршуда дар гурӯҳҳои муоинаи занон (марҳилаи 1-ӯми табобат)**

Зергурӯҳҳои Нақшаҳои табобати	хламидиоз	Хламидиоз якҷоя бо вирусҳо	Хламидиоз дар ҳамҷоягӣ бо микоплазма ва уреоплазма	Хламидиоз дар якҷоягӣ бо кандидоз
Доксициклин 0,1x2 бор, 7 рӯз	+	+	+	+
Гроприносин 2 x 2 бор 10 рӯз	-	+	-	-
Флюконазол 150,0 ҳар 3 рӯз 3 бор	-	-	-	+
Дуотрипсин 1 ҳаб 4 бор дар 1 рӯз ним соат пеш аз хӯрок	+	+	+	+

Пас аз муоинаи такрорӣ эрадикатсияи *Chlamydia trachomatis chlamydia* дар 89% зергурӯҳҳои занони гирифтори хламидиози пок, дар 70% занони гирифтори хламидиоз дар якҷоягӣ бо ассотсиатсияҳои вирусӣ, дар 85% занони гирифтори хламидиоз дар якҷоягӣ бо уреоплазма ва микоплазма, дар 86% занони гирифтори хламидиоз дар якҷоягӣ бо монилиаз қайд шуд (расми 2)



**Расми 4. Самаранокии табобати хламидиоз вобаста ба омезиш бо намудҳои гуногуни сироят.**

Марҳилаи 2-юми табобат - Табобати барқарорсозӣ электрофорез бо мумиеро дар бар мегирад. Тадқиқот 46 нафар занони гирифтори сирояти монохламидӣ ва сирояти хламидиалӣ дар якҷоягӣ бо дигар намудҳои сироятҳоро дар бар гирифт, ки ихтиёран ба табобат розӣ шуданд.

**Ҷадвали 5 - Басомади шикоятҳои занон пеш аз ва баъд аз ҷараёни электрофорез**

Нишондод	То табобат	Баъди табобат	P
Дардҳои кос	46 (100%)	22(47,8±5,7%)	P<0,001
Безуретӣ	17(36,9±5,6%)	16(34,7±5,5%)	p>0,05
Альгоменорея	24 (52,2±5,8%)	14(30,4±5,4%)	P<0,05
Полименорея	11 (23,9±4,9%)	4(8,7±3,4%)	P<0,05
Гиперменорея	9(19,6±4,6%)	5 (10,9±3,6%)	p>0,05
Олигоменорея	4 (8,7±3,4%)	4 (8,7±3,4%)	p>0,05
Хунравии асиклӣ	1(2,2±1,9%)	1(2,2±1,9%)	p>0,05

Дар охири марҳилаи 2-юми табобат, басомади дарди музмини кос, алгоменорея ва полименорея ба таври назаррас коҳиш ёфт. Басомади шикояти дигар - гиперменорея низ тамоюли кам шудан дошт, аммо пеш аз табобат ва пас аз табобат фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим пайдо нашуд. Пас аз табобати электрофорез басомади хунравии асиклӣ ва олигоменорея тағйир наёфт. Эҳтимол, олигоменорея як зухури норасоии тухмдон аст ва ба ғайр аз терапияи мураккаби дар боло тавсифшуда, ислоҳи гормоналиро талаб мекунад.

**Чадвали 6. Тартибҳои табобати гормонӣ барои занони гирифтори навъҳои гуногуни норасоии тухмдон**

Ташхис	Доруҳои гармони	Давомнокии табобат
Норасоии нормогонадотропӣ бо намуди норасоии лютеинӣ	дирагест дар дуҷум фазаи сикл ( аз 15-то 25-рӯзи ҳайз).	6 моҳ
Норасоии нормогонадотропӣ бо овариалии ановулятсия	Регулон дар режими сиклӣ	6 моҳ
Барангезиши овулятсия ( барои ҳамаи намудҳои норасоии овариалӣ).	Кломифен ( аз 5- то 10-ум рӯзи ҳайз).	Баъди табобати гормонӣ.

Безуретӣ дар заноне, ки сирояти хламидӣ доранд, метавонад аз сабаби бемориҳои музмини илтиҳобии бачадон, ки боиси баста шудани роҳҳои найчаҳои тухмгузари бачадон мегардад, инчунин оофоритҳои музмин, ки ба норасоии фаъолияти тухмдон оварда мерасонанд, ба вучуд меоянд. Аз ин рӯ, муоина ва табобати занони безуретӣ бо хламидиозҳои дердавом ташхиси васеътарро талаб мекунад, ки пас аз он марҳилаи сеюми табобат муайян карда мешавад. Дар марҳилаи сеюми табобат, табобати гормоналӣ дар занони норасоии тухмдон барои 25 зани гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ гузаронида шуд (Чадвали 6). Дар натиҷаи табобат бо истифодаи гормонҳо, ки сатҳи онҳо зиёд ё кам карда шудааст, дар тӯли 6 моҳ, коҳиши омӯрӣ дар занони дорои сатҳи баланди FSH ва LH ва коҳиши аз ҷиҳати омӯрӣ назарраси басомади занони дорои сатҳи пасти эстрадиол ва прогестерон дар зардоби хун ба назар мерасад (чадвали 7).

**Чадвали 7. - Басомади занон дар гуруҳҳои муоинашуда бо тағирёбии меъёри лаборатории сатҳи гормонҳои гонадотропӣ ва стероидҳои ҷинсӣ пеш аз ва баъд аз табобат**

марҳила Нишондод	То табобат (n=25)	Баъди табобат (n= 25)	Хи-квадрат бо тағиркунии Йейтса	Сатҳи аҳамиятноки
ФСГ аз меъёр зиёд	8(20%)	1(4%)	4,878	0,028
ЛГ аз меъёр зиёд	7(28%)	1(4%)	3,720	0,054
Эстрадиол аз меъёр паст	9(36%)	1(4%)	6,125	0,014
Прогестерон аз меъёр паст	16(64%)	1(4%)	17,469	<0,001

Дар натиҷаи муолиҷа бо мониторинги ултрасадои фолликул ва пайгирии овуляция, инчунин чен кардани ғафсии эндометрӣ дар марҳилаи дуюми давра маълум шуд, ки дар 16 зани норасоии фазаи лютеинӣ дар 14 нафар (87,5%) беморон, ғафсии эндометрии аз меъёр зиёд ва ё мӯътадил буд. Дар ҳамаи заноне, ки норасоии тухмдонҳои навъи ановуляция доранд, дар 8 (88,9%) аз 9 ҳолат сикли ҳайзи тухмдон дар натиҷаи табобат дар тӯли 6 моҳ ва барангезиши овуляция барқарор карда шудааст. Хомиладорӣ дар 16 аз 25 зан (64%) бо норасоии фаъолияти тухмдон, ки табобати гормоналӣ гирифтаанд, ба вучуд омад. Аз онҳо 9 зани боқимонда бо норасоии тухмдон ва бе самаранокии таъсири табобати гормоналӣ, баъдан барои гистеросальпингография ё ташхиси лапароскопии кушодагии найчаҳо фиристода шуданд. Зоҳиран, дар ин занҳо на танҳо нокомии кори тухмдонҳо сабаби безуретӣ будааст.

Ҳамин тариқ, самаранокии табобати бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ аз сифати ташхис, риояи марҳилаҳои пайдарпай ва истифодаи принципи муносибати маҷмӯӣ вобаста аст. Ҳангоми табобат риояи этиотропиро дар якҷоягӣ бо дигар сироятҳо бо хламидиоз ба назар гирифтани лозим аст. Бо дарназардошти иммунитетии пастшудаи занони гирифтори сирояти омехтаи хламидӣ ва сирояти монохламидӣ, бояд ба маҷмӯи табобат дохил кардани терапияи системавии ферментӣ, ки таъсири табобатии антибиотикҳо, доруҳои зидди вирусӣ ва антибиотикҳоеро, ки ба монелиаз таъсир мерасонанд, пурқувват мегардонад. Дар ҳолати мавҷуд набудани табобати радиатсионии лазерии хламидиоз, курси терапияи этиотропӣ бояд бо режими шадидтар такрор карда шавад. Табобати барқарорсозӣ, аз ҷумла электрофорез бо шилажит, ба пурзӯр кардани самаранокии терапияи этиотропӣ ва патогенетикӣ мусоидат кард. Дар баробари ин, табобати патологияи муайяншудаи гарданаки бачадон, ғадудҳои ширӣ ва бартараф кардани сабабҳои безуретӣ дар занони гирифтори хламидиози урогениталӣ зарур аст.

Ташхиси саривақтии хламидиоз ва оқибатҳои сироят, аз қабيلي бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул, патологияи ғадудҳои ширӣ, безуретӣ, ки пас аз табобати комплексӣ гузаронида мешаванд, сифати нигоҳубин ва кӯмаки тиббии занони синни репродуктивиро беҳтар мекунад.

## **Хулоса**

### **Натиҷаҳои асосии илмӣ**

1. Омезиши хламидиоз бо дигар намуди сироят нисбат ба сирояти монохламидӣ 4 маротиба бештар ташхис карда мешавад. Ассотсиатсияи *Clh. trachomatis* бештар бо вирусҳо - HSV (66,7%) ва CMV (61,5%),

нисбатан камтар бо уреоплазма (17,7%), бо микоплазма (11,5%) ва *Candida albicans* () мушоҳида мешавад. Дар хламидиозҳои пешобӣ сирояти омехта иборат аз ду намуд дар 6,3%, аз се намуд - 61,5%, аз чор намуд - 20,8%, аз панҷ намуд - дар 11,5% ҳолатҳо таъхис шудааст [5А, 6А].

2. Дар 55,9%-и занони гирифтори хламидиози урогениталӣ эндометрит, дар ҳар 5-ӯм зан - эндоцервицит, дар ҳар 10-ӯм - эрозияи гарданаки бачадон, дар 32,5% - безуретӣ таъхис карда шуд. Дар байни занони гирифтори безуретӣ аднексити музмин ва монетъ ба гузарнокии найҳои бачадон дар 53,9%, эндоцервицит -23,7%, эндометрити музмин - 22,4% ва норасоии тухмдон дар 64% таъхис шудааст [1-А, 2-А, 4А, 9 -А].

3. Дар байни беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ, тағирёбии сатҳи гормонҳои гонадотропи дар 10%, тағирёбии стероидҳои чинсии занона дар 20,8% қайд шуд. Норасоии тухмдонҳо сабаби безуретӣ дар ҳар як зани 3-юм буд, ки 2 маротиба бештар бо норасоии фазаи лютеинӣ нисбат ба ановуляция зоҳир мешавад. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки табобати хламидиоз ва дигар сироятҳои, ки боиси норасоии фаъолияти тухмдонҳо ва безуретӣ шудаанд, набояд танҳо бо табобати бемориҳои тавассути алоқаи чинсӣ гузаранда маҳдуд карда шавад. Ҳангоми вайрон шудани функсияи гормоналии тухмдонҳо, табобати гормоналӣ ва табобати барқарорсозӣ барои оқибатҳои сироятҳои пеш гузашта нишон дода мешавад [2А, 3-А, 7-А, 8-А, 10-А].

4. Табобати этиотропии сирояти монохламидиоз ва хламидиоз дар якҷоягӣ бо дигар намудҳои сироят, ки боиси онҳо *Chlamydia trachomatis* аст, дар 89% занони гирифтори сирояти монохламидиоз, дар 86% занони гирифтори хламидиоз бо монилиаз, дар 85% занони гирифтори хламидиоз дар робита бо уреоплазма ва микоплазма, дар 70% занони гирифтори хламидиоз дар робита бо вирусҳо дида шуд [6-А].

5. Табобати физиотерапевтӣ бо истифода аз электрофорез бо мумиё барои занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ гирифторони дарди коси хурдро дар 52,2%, басомади занони гирифтори алгоменореяро дар 21,8% коҳиш медиҳад 15,2% басомади занони гирифтори полименорея, ки фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ( $p < 0,05$ ) дар нишондиҳандаҳои пеш аз табобати барқарорсозӣ ва баъд аз он дорад қайд шуд [6-А].

6. Табобати гормоналии норасоии тухмдон, ки сабаби безуретӣ дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ буд, дар 87,5% ҳолатҳо барқароршавии марҳилаи лютеинӣ, ба



барқароршавии фаъолияти тухмдон дар 88,9% ҳолатҳо мусоидат мекунад, ва фарорасии ҳомиладорӣ дар 64% ҳолатҳо кайд шуд [7-А].

### **Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо**

1. Ташҳиси сирояти хламидӣ бояд тавассути РЗП ва ИФТ анҷом дода шавад, ки ҳамдигарро пурра мекунанд.

2. Ташҳиси бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ аз омузиши анамнез, муоинаи умумӣ, муоинаи гинекологӣ, ултрасадои узвҳои коси хурд, мониторинги фолликул дар рӯзҳои 7, 9, 11, 13-уми сикли ҳайз, ченкунии ғафсии эндометрии дар рӯзи 25-уми сикли ҳайз, ултрасадои ғадудҳои ширӣ, кольпоскопия бояд иборат бошад.

3. Ҳангоми муроҷиати занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ оид ба вайроншавии ҳайз ва безуретӣ, муайян кардани сатҳи нишондодҳои гонадотропӣ (ФСГ ва ЛГ дар рӯзи 3-юми сикли ҳайз) ва гормонҳои стероидҳои ҷинсӣ (эстрадиол – 3-юм) рӯз ва прогестерон - дар рӯзи 25-уми сикли ҳайз) дар зардоби хун тавассути ELISA зарур аст.

4. Ташҳиси норасоии фаъолияти тухмдонҳо бояд функсияи гонадотропӣ, функсияи тухмдон ва намуди норасоии тухмдонҳоро инъикос намояд.

5. Табобати этиотропии сирояти монохламидӣ бояд бо доксициклин 0,1x2 маротиба- 7 рӯз, бо омехтаи хламидиоз бо ассотсиатсияҳои вирусӣ - доксициклин 0,1x2 маротиба- 7 рӯз ва гроприносин 2 дона- х 2 маротиба 10 рӯз, бо хламидиоз дар якҷоягӣ бо микоплазма ва уреоплазма - доксициклин 0,1x2 маротиба- 7 рӯз, бо хламидиоз дар якҷоягӣ бо *Candida albicans* - доксициклин 0,1x2 маротиба- 7 рӯз ва флуконазол 150,0 дар ҳар 3 рӯз гузаронида шавад. Табобати антибактериалӣ дар ҳама ҳолатҳо бояд бо терапияи системавии ферментҳо илова карда шавад.

6. Дар сурати набудани бартарафсозии хламидиоз пас аз курси якуми табобат, табобати антибиотикиро бо ворид кардани антибиотикҳои насли нав такрор бояд кард.

7. Баъди табобати этиотропӣ ва бартараф кардани ҷараёни шадид ба занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул табобати барқарорсозӣ бо истифодаи электрофорез бо мумиё муфид аст.

8. Ҳангоми ташҳиси норасоии тухмдони фаъолияти тухмдонҳо дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидӣ, табобати гормоналӣ таъин карда мешавад: дар ҳолати норасоии фазаи лютеинӣ – дирагест (200мг дар як рӯз) дар марҳилаи дуюми давра- 6

моҳ, бо ановуляция - Регулон дар речаи сиклӣ- 6 моҳ аз ангиеси минобадаи овуляция.

**Рӯйхати интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ  
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии  
назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсияшаванда:**

[1-А]. Ахадова, Г.И. Медико- социальная и клинико-анамнестическая характеристика пациенток с урогенитальным хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева, З.Х. Рафиева // Журнал «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №3. – С. 54-58.

[2-А]. Ахадова, Г.И. Генеративная функция женщин репродуктивного возраста с урогенитальным хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова // Журнал «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №4. – С. 216-222.

[3-А]. Ахадова, Г.И. Состояние урогенитального тракта у пациенток репродуктивного возраста с хламидиозом [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева, Д.Б. Сафарова // Журнал «Наука и инновация», Душанбе. – 2021.- №4. – С. 228 – 232.

[4-А]. Ахадова, Г.И. Особенности гинекологического статуса женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии [Текст] / Г.И. Ахадова, М.Я. Камилова // Научно-медицинский журнал «Симург». – 2023. – № 17(1).-С. 62- 68.

[5-А]. Ахадова, Г.И. Особенности микрофлоры женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов [Текст] / Г.И. Ахадова // Научно-медицинский журнал «Симург». – 2023. – № 17(1).- С. 69- 73.

[6-А] Ахадова, Г.И. Результаты комплексной терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии/ М.Я.Камилова, Г.И.Ахадова// Наука и инновации. – 2023. - № 1. – с. 20-25

[7-А]. Ахадова Г.И. Результаты оценки реабилитационной терапии с использованием электрофореза с мумие у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии / Г.И.Ахадова// Наука и инновации. – 2023. - №2. – с. 32-36

II. Мақолаҳои илмӣ, ки дар маҷмӯаҳо ва дигар нашрияҳои илмию амалӣ нашр шудаанд:

[8-А]. Ахадова, Г.И. Микробиоцианоз влагалища у пациенток с урогенитальным хламидиозом ) [Текст] / Г.И. Ахадова, С.М. Мардонова, Г.У. Болиева // Журнал «Мать и дитя», Душанбе.- 2021.- №4. С. 5-8.

[9-А]. Ахадова, Г.И. Клинико-анамнестическая характеристика женщин с хроническим воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии [Текст] / Г.И. Ахадова, М.Я. Камилова, М.Х. Курбанова // Материалы VII Съезда акушеров -гинекологов Таджикистана – Душанбе, 2022. - С. 255-261.

[10-А]. Ахадова, Г.И., Особенности гонадотропной и овариальной функции у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии/ Г.И. Ахадова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // Журнал «Мать и дитя», Душанбе. - 2023.- №1. - С. 12-19.

### **Рӯйхати ихтисорот**

**БИУКХ - бемориҳои илтиҳобии узвҳои кӯси хурд**

**ВНМО - вирусҳои норасоги масъунияти одам**

**ВГО - вирусҳои герпеси оддӣ**

**МД - муассисаи давлатӣ**

**БСЧ - бемориҳои сироятии ҷинсӣ**

**ТИФ - ташҳиси имуноферментӣ**

**УМИФ - усули мустақили имунофлуоресцентӣ**

**РЗП - реаксияи занҷиравии полимеразӣ**

**ТРН - туршии рибонуклеинӣ**

**ШМА - штатҳои муттаҳидаи Амрико**

**СММ - Созмони Миллалӣ Муттаҳид**

**ХУГ - хламидиозии урогенеталӣ**

**HSIL - дараҷаи вазнини дисплазияи гарданаки бачадон**

**IgA, IgM, IgG - иммуноглобулинҳои А, М, G**

**LSIL-дараҷаи сабуки дисплазияи гарданаки бачадон**

**NASBA - усули ташҳиси дар заминаи ҳиссақунии пайдарпайи ядроии туршии нуклеинӣ**

**АННОТАЦИЯ НА АВТОРЕФЕРАТ**  
**АХАДОВОЙ ГУЛЬРУХСОП ИБРОХИМОВНЫ НА ТЕМУ:**  
**«ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ»**  
**по специальности, 14.01.01. – Акушерство и гинекология**

**Ключевые слова:** хламидиоз, воспалительные заболевания половых органов, бесплодие диагностика, комплексное лечение.

**Цель исследования:** Изучить особенности репродуктивной системы у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии и оптимизировать дифференцированные подходы реабилитационной терапии по восстановлению репродуктивного здоровья.

**Материал и методы исследования:** Обследованы 480 женщин с воспалительными заболеваниями половых органов, среди которых у 24 женщин диагностирован хламидиоз в виде моноинфекции, у 96 – хламидиоз в сочетании с другими видами инфекции, у 360 – микст инфекция, за исключением хламидий. Изучены особенности микрофлоры женщин, особенности гинекологического статуса женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов в зависимости от микробной этиологии, гонадотропная и овариальная функции женщин, эффективность этапной комплексной терапии женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии.

**Методы исследования:** общеклинический, гинекологический, ультразвуковое исследование органов малого таза и мониторинг фолликула, лабораторные методы диагностики инфекций передаваемых половым путем (ПЦР), иммуноферментный метод определения гонадотропных и половых стероидных гормонов в крови. Статистический анализ проведен с помощью прикладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США) методами параметрической и непараметрической статистики.

**Научная новизна:** Установлено, что сочетания хламидиоза с другими видами инфекции диагностируется в 4 раза чаще, чем монохламидийная инфекция. Показано, что Ассоциация Clh. trachomatis наиболее часто отмечена с вирусами, реже с уреоплазмой, с микоплазмами и Candida albicans, при этом наиболее часто хламидиоз ассоциирует с двумя видами инфекций. Представлена частота воспалительных заболеваний половых органов при хламидиозе и показано, что у каждой 2-й женщины диагностируется эндометрит, у каждой 5-й женщины – эндоцервицит, у каждой 10-й – эрозия шейки матки, у каждой 3-й – бесплодие. Доказано, что среди пациенток с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии овариальная недостаточность явилась причиной бесплодия у каждой 3-й женщины, в 2 раза чаще проявляясь недостаточностью лютеиновой фазы, чем ановуляцией. Представлена эффективность дифференцированной этиотропной терапии моно-хламидийной инфекции и сочетания хламидий с другими видами инфекций, которая наиболее эффективна в случаях моно-хламидиоза и менее эффективна при сочетании хламидий с вирусными ассоциациями. Доказано, что физиотерапевтическое лечение с использованием электрофореза с мумие женщинам с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии статистически значимо уменьшает такие клинические проявления гинекологических заболеваний как тазовые боли, альгоменорея, полименорея. Показано, что гормональная терапия овариальной недостаточности, явившейся причиной бесплодия женщин с воспалительными заболеваниями половых органов хламидийной этиологии, способствует восстановлению лютеиновой фазы, восстановлению овуляции и восстановлению способности к зачатию.

**Практическая значимость:** Практическим врачам предложен алгоритм этапной терапии воспалительных заболеваний половых органов хламидийной этиологии, включающий этиотропную терапию, системную энзимотерапию, электрофорез с мумие, восстановление овариальной функции яичников.

**Внедрение результатов в практику:** Результаты проведенных исследований внедрены в работу консультативно-диагностической поликлиники и отделения гинекологии ГУ «НИИ АГ и П» МЗ и СЗН РТ и физиотерапевтической лечебницы г.Ходжент.

**Область применения:** гинекология.

**АННОТАЦИЯИ АВТОРЕФЕРАТИ**  
**АҲАДОВА ГУЛРУХСОР ИБРОХИМОВНА ДАР МАВЗЌИ:**  
**«УСУЛИ ДИФФЕРЕНСИОНАЛИИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ ИЛТИҲОБИИ**  
**УЗВҲОИ ТАНОСУЛИ БО ЭТИОЛОГИЯИ ХЛАМИДӢ»**

**Аз рӯи ихтисос 14.01.01. – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона**

**Калидвожаҳо:** хламидиоз, бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул, ташҳиси безуретӣ, табобати комплексӣ.

**Мақсади тадқиқот:** Омӯзиши хусусиятҳои системаи репродуктивии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ ва оптимизатсияи усулҳои дифференсиалии терапияи барқарорсозӣ барои барқарор кардани саломатии репродуктивӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** 480 нафар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул муоина карда шуданд, ки дар байни онҳо 24 зан гирифтори хламидиоз ҳамчун моноинфексия, 96 зан дар якҷоягӣ бо дигар намудҳои сироят, 360 зан сирояти омехта, бо ба истиснои хламидиоз. Хусусиятҳои микрофлораи занон, хусусиятҳои ҳолати гинекологии занони гирифтори бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои таносул вобаста ба этиологияи микробҳо, функцияҳои гонадотропӣ ва тухмдони занон, самаранокии терапияи марҳилавии комплекси занон омӯхта шуданд.

**Усулҳои тадқиқот:** ташҳиси умумии клиникӣ, гинекологӣ, ултрасадои узвҳои коси хурд ва мониторинги фолликулҳо, усулҳои лабораторӣ ташҳиси сироятҳои бо роҳи чинс гузаранда (ПТР), усули иммуноферментӣ барои муайян кардани гормонҳои гонадотропӣ ва стероидҳои чинсӣ дар хун. Таҳлили омӯрӣ бо истифода аз бастаи барномаҳои SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) бо истифода аз усулҳои омӯри параметрӣ ва ғайрипараметрӣ гузаронида шуд.

**Навоари илмӣ:** Муқаррар шудааст, ки омӯзиши хламидиоз бо дигар намудҳои сироят нисбат ба сирояти монохламидиалӣ 4 маротиба бештар ташҳис карда мешавад. Нишон дода мешавад, ки Ассотсиатсияи *Ch. trachomatis* аксар вақт бо вирусҳо, камтар бо уреоплазма, бо микоплазма ва *Candida albicans* қайд карда мешавад, дар ҳоле ки хламидиоз аксар вақт бо ду намуди сироят алоқаманд аст. Миқдори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносул дар хламидиоз оварда шуда, нишон дода шудааст, ки ҳар 2-юм зан бо эндометрит, ҳар 5-ум зан бо эндосервицит, ҳар 10-ум зан эрозияи гарданаки бачадон ва ҳар 3-ум зан безуретӣ дорад. Исбот шудааст, ки дар байни беморони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ, норасоии тухмдонҳо сабаби безуретӣ дар ҳар як зани 3-юм буд, ки 2 маротиба бештар аз норасоии фазаи лютеалӣ нисбат ба ановуляция зоҳир мешавад. Самаранокии табобати дифференсиалии этиотропии сирояти монохламидиоз ва омӯзиши хламидиоз бо дигар намуди сироятҳо оварда шудааст, ки он дар ҳолатҳои монохламидиоз бештар самаранок аст ва ҳангоми якҷоя шудани хламидиоз бо ассотсиатсияҳои вирусӣ камтар самаранок аст. Исбот шудааст, ки физиотерапия бо истифода аз электрофорез бо мумия барои занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ чунин зуҳуроти клиникии бемориҳои гинекологиро ба монанди дарди коси кос, алгоменорея, полименорея коҳиш медиҳад. Нишон дода шудааст, ки табобати гормоналии норасоии тухмдон, ки сабаби безуретӣ дар занони гирифтори бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ буд, барои барқарор кардани марҳилаи luteal, барқарор кардани тухмдон ва барқарор кардани қобилияти ҳомиладорӣ кӯмак мекунад.

**Аҳамияти амалӣ:** Ба таҷрибаомӯзон алгоритми табобати марҳилавии бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносули этиологияи хламидиалӣ, аз ҷумла терапияи этиотропӣ, терапияи системавии ферментӣ, электрофорез бо мумия, барқарорсозии функцияи тухмдони тухмдонҳо пешниҳод карда мешавад.

**Татбиқи натиҷаҳо дар амал:** Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидашуда дар қори поликлиникаи консултативию диагностикаи ва шуъбаи гинекологияи Муассисаи давлатии «НИИ АГ ва П»-и Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон чорӣ карда шуданд. республикаи Тотористон ва дармонгоҳи физиотерапевтии шаҳри Хучанд.

## ANNOTATION

AKHADOVA GULRUKHSOR IBROHIMOVNA

### "DIFFERENTIATED APPROACHES TO THE THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS OF CHLAMYDIA ETIOLOGY"

Specialty 14.01.01. - Obstetrics and gynecology

**Key words:** chlamydia, inflammatory diseases of the genital organs, infertility diagnostics, complex treatment.

**Purpose of the study:** To study the features of the reproductive system in women with chronic inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology and optimize differentiated approaches to rehabilitation therapy to restore reproductive health.

**Material and methods of research:** 480 women with inflammatory diseases of the genital organs were examined, among which 24 women were diagnosed with chlamydia as a monoinfection, 96 women had chlamydia in combination with other types of infection, 360 had a mixed infection, with the exception of chlamydia. The features of the microflora of women, the features of the gynecological status of women with chronic inflammatory diseases of the genital organs depending on the microbial etiology, the gonadotropic and ovarian functions of women, the effectiveness of the staged complex therapy of women were studied.

**Research methods:** general clinical, gynecological, ultrasound examination of the pelvic organs and follicle monitoring, laboratory methods for the diagnosis of sexually transmitted infections (PCR), enzyme immunoassay for the determination of gonadotropic and sex steroid hormones in the blood. Statistical analysis was carried out using the SPSS 17.0 application package (IBM SPSS Statistics, USA) using the methods of parametric and nonparametric statistics.

**Scientific novelty:** It has been established that the combination of chlamydia with other types of infection is diagnosed 4 times more often than monochlamydial infection. It is shown that the Association of Clh. trachomatis is most often noted with viruses, less often with ureoplasma, with mycoplasmas and Candida albicans, while chlamydia is most often associated with two types of infections. The frequency of inflammatory diseases of the genital organs in chlamydia is presented and it is shown that every 2nd woman is diagnosed with endometritis, every 5th woman has endocervicitis, every 10th woman has erosion of the cervix, and every 3rd woman has infertility. It has been proven that among patients with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology, ovarian insufficiency was the cause of infertility in every 3rd woman, 2 times more often manifested by luteal phase insufficiency than by anovulation. The effectiveness of differentiated etiotropic therapy of mono-chlamydia infection and combination of chlamydia with other types of infections is presented, which is most effective in cases of mono-chlamydia and less effective when chlamydia is combined with viral associations. It has been proven that physiotherapeutic treatment using electrophoresis with mummy for women with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology statistically significantly reduces such clinical manifestations of gynecological diseases as pelvic pain, algomenorrhea, polymenorrhea. It has been shown that hormonal therapy of ovarian insufficiency, which was the cause of infertility in women with inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology, helps to restore the luteal phase, restore ovulation and restore the ability to conceive. **Practical significance:** Practitioners are offered an algorithm for the staged therapy of inflammatory diseases of the genital organs of chlamydial etiology, including etiotropic therapy, systemic enzyme therapy, electrophoresis with mummy, restoration of ovarian function of the ovaries.

**Implementation of the results into practice:** The results of the studies carried out have been introduced into the work of the consultative and diagnostic polyclinic and the department of gynecology of the State Institution "NII AG and P" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan and the physiotherapy clinic of the city of Khujand.

**Scope:** gynecology.

© Издательство РТСУ

---

Сдано в набор 12.09.2023. Подписано в печать 13.09.2023.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура литературная.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Услов. печ. л. 1,5.  
Тираж 100 экз. Заказ № 140.

---

Отпечатано в типографии РТСУ,  
734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе,  
ул. Мирзо Турсун-заде, 30