



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (70) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (70)

2024

август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.146-07-08

БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МАСАЛАЛАРИ

Наврузова Н.О. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Одам папиллома вируси (ОПВ)- ассоцирланган ва ОПВ- ассоцирланмаган цервикал неоплазиялар, вагинал дисбиоз билан бирга ҳамроҳликда учрайди. Булардан қатъий анаэроб, айниқса Gardnerella vaginalis Atopobium vaginae билан биргаликда, Megaspheera spp./Veillonella spp./Dialister spp. ва Eubacterium spp. кўпроқ аҳамиятга эга. Етакчи патогенларнинг хилма-хиллиги, аёлларнинг бачадон бўйни раколди касалликларида қин микробиоценозини текшириши ва индивидуал терапияни ўтказиши зарурлигини тақозо этади.

Калит сўзлари: вагинал микробиоценоз, анаэроб дисбиоз, бачадон интраэпителиал неоплазия, LSIL, HSIL.

СОВРЕМЕННЫЙ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Наврузова Н.О. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Установлено, что как ВПЧ-ассоциированные, так и ВПЧ-негативные цервикальные неоплазии сопровождаются развитием выраженного дисбиоза влагалища, ассоциированного преимущественно с облигатными анаэробами, среди которых наибольшее значение имеют Gardnerella vaginalis в ассоциации с Atopobium vaginae, Megaspheera spp./Veillonella spp./Dialister spp. и Eubacterium spp.

Разнообразие лидирующих возбудителей диктует необходимость комплексного исследования микробиоценоза влагалища у пациенток с предраковой патологией шейки матки для назначения индивидуальной терапии.

Ключевые слова: микробиоценоз влагалища, анаэробный дисбиоз, цервикальные интраэпителиальные неоплазии, LSIL, HSIL.

MODERN ISSUES OF CERVICAL DISEASES

Navruzova N.O. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st.
A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

It has been established that both HPV-associated and HPV-negative cervical neoplasias are accompanied by the development of severe vaginal dysbiosis associated mainly with obligate anaerobes, among which Gardnerella vaginalis in association with Atopobium vaginae, Megaspheera spp./Veillonella spp./Dialister spp. and Eubacterium spp.

The variety of leading pathogens dictates the need for a comprehensive study of vaginal microbiocenosis in patients with precancerous pathology of the cervix for the appointment of individual therapy.

Key words: vaginal microbiocenosis, anaerobic dysbiosis, cervical intraepithelial neoplasia, LSIL, HSIL.



Долзарблиги

Б ачадон бўйни касалликларининг кўп кузатиётгани, репродуктив ёшдаги аёлларнинг саломатлигига салбий таъсири этиопатогенезнинг хусусиятларини, ушбу патологиянинг эрта ташхисини ва олдини олиш тўғрисидаги билимларни тиббиётга тадбиқ қилиш зарурлигини белгилайди.

Кўп ҳолларда бачадон бўйни патологияси урогенитал ёки вирусли инфекция билан бирга ривожланади [5,6,27]. Инфекциядан келиб чиқадиган бачадон бўйни касалликлари аёлларнинг гинекологларга мурожаат қилишларининг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади ва хавfli патологияни ривожланиш эҳтимоли туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади [2,7]. Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва олдини олиш муамосининг долзарблиги, биринчи навбатда, бу патогеннинг онкологик касаллигининг ривожланишига олиб келади. Бачадон бўйни саратони дунёда репродуктив тизимнинг иккинчи энг кенг тарқалган саратони ва ривожланаётган мамлакатларда аёллар ўлимининг биринчи асосий сабаби ҳисобланади.

Бачадон бўйни сурункали яллиғланиши бачадон бўйнининг цервикал эпителийсининг ўсимтадан олдинги ва бачадон бўйни рак касалликларини ривожланишининг этиологик омилларидан биридир [1,22]. Ҳозирги вақтда цервикал каналда бактериал вагиноз (БВ) ва одам папиллома вирусининг (ОПВ) ўртасида боғлиқлик аниқланган [3,4]. Қиннинг рН даражасининг ошиши 35 ёшгача ва 65 ёшдан ошган аёлларда ОПВ нинг бир нечта турлари билан касалланиш ва LSIL ривожланиши хавфини ошириши кўрсатилган. Чет эл тадқиқотчиларнинг фикрича, бактериал вагиноз (БВ) цервикал неоплазиянинг ривожланишининг кофакторларидан биридир [6,8]. Бундан ташқари, J.M.Klomp ва бошқаларнинг маълумотларига кўра, бачадон бўйни неоплазиясидаги анаэроблар орасида *Gardnella vaginalis* энг кенг тарқалган [13,15].

Шартли патоген бактериялар қин ва бачадон бўйнида юқори концентрацияга чиққандан сўнг, қин ва бачадон бўйнида диспластик жараёни кўзғатиши ва сақлаб қолиши мумкин [8,10], ОПВ нинг қайталаниши ва цервикал интраэпителиал неоплазиясида вагинал микрофлорани ўрганиш цервикал эпителиянинг ўсимтали трансформация механизмларини тушуниш учун муҳим ҳисобланади [11].

Кўпгина ҳолларда бачадон бўйни инвазив ясси ҳужайрали саратонининг ривожланишига цервикал интраэпителиал неоплазия (CIN) сабаб бўлади ва у 3 даражага бўлинади: CIN I кўп қаватли ясси эпителийнинг енгил дисплазияси, CIN II - ўртача дисплазия, CIN III-оғир дисплазия ва *in situ* карциномаси. Рихарднинг [1] бу морфологик таснифи ҳисобланиб хавfli жараённинг ривожланиш босқичларига мос келади [2]. Оғир дисплазия ва *in situ* карциномаси бир CIN III гуруҳига бирлашиши, улар ўртасида дифференциал морфологик ташхис қўйиш қийин бўлганлиги сабабли, даволаш тактикаси бир хил бўлади.

CIN диагностикаси учун гистологик ва цитологик усуллар фарқланади. Гистологик текширув вақтида CIN даражасини аниқлашнинг асосий усули патологик жараённинг кўп қатли ясси эпителий (КҚЯЭ) қатламини ўзгариш даражаси ҳисобланади. CIN I да атипик ҳужайралар қатламнинг пастки 1/3 қисмини, CIN II - қатламнинг 2/3 қисмигача, CIN III - деярли бутун эпителий қатламини эгаллайди. Цитологик тадқиқотда CIN мезони атипик белгилари бўлган ҳужайралар, яъни йирик ва гиперхром ядролари бўлган ҳужайраларнинг суртмада мавжудлиги ҳисобланади. CIN I да бундай ҳужайралар кам ва улар мос келадиган КҚЯЭ қатламининг оддий ҳужайраларидан бир оз фарқ қилади; CIN II да улар кўпроқ ва атипия даражаси сезиларли юқори даражада бўлади; CIN III да бундай ҳужайралар кўп бўлиши мумкин ва уларни саратон ҳужайраларидан ажратиш қийин. Бундай ноаниқ мезонлар бир қатор ҳолларда турли даражадаги CIN нинг дифференциал морфологик диагностикасида қийинчиликлар туғдиради ва турли мутахассислар ўртасидаги ташхисларнинг номувофиқлигига сабаб бўлади. Бу эса Бетесданинг янги цитологик таснифини ишлаб чиқишга сабаб бўлди. CIN II ни CIN III билан бир гуруҳга киришига имкон берди - аниқ атипик ясси ҳужайрали ўзгаришлари (HSIL) деб аталди. Бачадон бўйни рак касллиги учун цитологик скрининг ўтказишда бундай таснифдан фойдаланиш ўзини оқлади, чунки бу эпителийнинг оғир атипияси билан касалланган ҳолатларни ўтказиб юбормаслик ва беморларни тегишли ихтисослаштирилган муассасаларга чуқур текшириш ва даволаш учун юбориш имконини беради. Бироқ, чуқур текширувда неопластик жараённинг ривожланиш босқичини аниқроқ аниқлаш мақсадга мувофиқдир, чунки даволаш тактикасини танлаш бунга боғлиқ ҳисобланади. Шу нуқтаи назардан қараганда, CIN

нинг уч босқичли таснифидан икки босқичли тизимга (LSIL-HSIL) ўтиш мунозарали кўринади, бу эса замонавий ЖССТ нинг бачадон бўйни ўсмаларининг халқаро гистологик таснифидаги Бетесданинг таснифига ўхшаш бўлиб [4], муалифларнинг тавсиясига қарамай HSIL ташхисини кўйишда қавс ичида CIN II ёки CIN III ни кўрсатиш лозим. Турли биологик потенциалга эга бўлган шикастланишларни бир гуруҳга бирлаштириш баҳс ва мунозораларга сабаб бўлмоқда [9,12]. Бу ҳолат шифокорларни бундай беморлар учун янада радикал даволашни - бачадон бўйни конизациясини амалга оширишга олиб келади. Кўпгина ҳолларда, бу эҳтимол окланади, гарчи ёш аёлларда бундай даволаниш кейинги даврда ҳомиладорлик пайтида асоратларни келтириб чиқариши мумкин [7]. Шунингдек, CIN I-II бўлган беморларда консерватив давонинг турли усуллари муваффақиятли бўлиши ва бачадон бўйни эпителиясидаги атипик ўзгаришларнинг тўлиқ регрессиясига олиб келиши кўрсатилган. Шу сабабли, хавfli жараённинг ривожланиш босқичининг аниқроқ таърифи жуда долзарб бўлиб қолмоқда.

Фемофлор - 16 реал вақт режимида натижаларни аниқлаган ҳолда ПЗР ёрдамида аёлларда нафақат кин ва урогенитал тракт микрофлорасининг ҳолатини баҳолаш учун, балки патоген ва шартли патоген микроорганизмларнинг ДНКсини аниқлаш учун мўлжалланган. Фемофлор етиштириш қийин бўлган анаэроб микроорганизмларни ўрганишга имкон беради ва айни пайтда юқори сезувчанлик ва ўзига хослигига эга. Микроскопик таҳлил ёрдамида микробиоценоз ва яллиғланиш ҳолатини баҳолаш учун экспресс-тест ўтказилади. Бу усул ҳали ҳам энг долзарб усуллардан бири ҳисобланади, чунки у тез, қулай ва арзон. Бироқ, микроскопиядан фойдаланиш усулнинг паст сезгирлиги, субъектив натижалар ва тахминий миқдорий баҳолаш билан боғлиқ. Аёл жинсий аъзолари инфекциясининг кўзгатувчиси ўзига хос экзоген омиллар сифатида кин микробиоценозга ҳам бевосита ва билвосита эндокрин-иммун механизмлар орқали таъсир қилиши мумкин [14,16-21].

"Фемофлор-16" лаборатория тестидан фойдаланган ҳолда молекуляр-биологик усулда киннинг биоценозини ўрганиш.

Тадқиқот учун материал бачадон бўйни (экзоцервикс) цервикал каналининг эпителиал хужайраларининг суртмасидан олинди. Материал 0,5 мл физиологик эритма эга бўлган эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий хужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами ("Стандарт диагностика", Бухоро шахри) ёрдамида аниқланди. Қин микробиоценозини ўрганиш Фемофлор реагентларидан ("Стандарт диагностика", Бухоро шахри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига мувофиқ ("Стандарт диагностика", Бухоро шахри) ПЗР-РВ усулида ўтказилди. Қин микробиоценозни ҳолатини ўрганилиши, биоптатнинг майдонини ҳисобга олган ҳолда мураккаб жараён ҳисобланади. Қабул қилинган материалдаги эпителия хужайралари сони ҳар бир намунадаги инсон геномик ДНКсини таҳлил қилиш натижалари билан баҳоланди. Махсус дастурий таъминот ёрдамида умумий бактериал масса (УБМ), лактобациллалар ва турли хил шартли патоген микроорганизмлар (факультатив-ва облигат-анаэроб МО, микоплазмалар ва ачитқисимон замбуруғлар) миқдори (геном эквивалентида / мл (гэ/мл) аниқланди. Барча аниқланган бактериялар орасида нормал флоранинг улушини, факультатив аэроб микроорганизмлар ва анаэроб микроорганизмларнинг фоизда баҳоланди. 136 та "Фемофлор-16" тестларининг клиник синови маълумотларига кўра, биоценоз турларининг қуйидаги таснифи таклиф қилинди:

1. Нормоценоз (мутлоқ нормоценоз) - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибидаги нормал флоранинг улуши, нисбий патоген микроорганизмлар (НПМ) нисбатан 80% дан ортик бўлган, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 104 гэ / мл дан кам;

2. Нисбий нормоценоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибида нормал флоранинг улуши НПМ га нисбатан 80% дан ортик, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 104 гэ / мл дан ортик;

3. Ўртача (аэроб ёки анаэроб) дисбиоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унда лактобактериялар улуши НПМга нисбатан 20-80% ичида аниқланади ва аэроблар ёки анаэроблар улуши ортади;

4. Оғир (аэроб , анаэроб ёки аралаш) дисбиоз - биоценознинг бир варианты, бунда аэроблар ёки анаэроблар улуши НПМга нисбатан 90% га етади ва лактобактериялар улуши УБМга нисбатан 10% дан камроқ камаяди.

Замонавий молекуляр-биологик таъхис усулларини жорий этиш қинда яшовчи шартли патоген микроорганизмларнинг тур таркибини тушунишни сезиларли даражада кенгайтиришни имконини берди. Вагинал микробиоценознинг асосий муҳим иштирокчиларининг сифат ва миқдорий баҳоси бачадон бўйни неоплазиялари билан оғриган беморларда хавфли ўзгаришлар бўлгунга қадар аниқланган дисбиотик касалликларни даволашда дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш учун зарур шарт-шароитларни яратади.

Тадқиқот мақсади: вагинал микробиоценоз ҳолатини ўрганиш ва аёлларда жинсий аъзоларнинг юқумли ва яллиғланиш касалликларини дифференциал таъхис қилиш учун ПЗР усули (Фемофлор-16) ёрдамида бачадон бўйни касалликларини аниқлаш.

Материал ва усуллар

Бачадон бўйни касалликлари билан оғриган 136 нафар беморлар клиник-лаборатор текширувдан ўтказилди. Барча беморлар зарур таъхис стандартдан ўтказилди: бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш, экто - ва эндоцервиксдан олинган суртмаларни цитологик текшириш, ОПВ учун полимераза занжири реакцияси (ПЗР), рН-метрия, кенгайтирилган колпоскопия, бачадон бўйни биоптатларининг цитологик текшируви. Қин микробиоценозни ўрганиш учун материал қиннинг орқа ён деворидан, ОПВни аниқлаш учун – цервикал каналдан йиғилган. Суртмани 1 мл физиологик эритмага эга бўлган Эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий ҳужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ёрдамида аниқланди. Ўрганишларни реал вақтда ПЗР усули (ПЗР-РВ) ёрдамида Фемофлор-16 реагентларидан фойдаланган ҳолда (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига мувофиқ (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ўтказилди.

Цитологик текширув ва ОПВ тести натижаларига кўра, барча текширилган беморлар 3 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ - LSIL билан ОПВ-манфий бўлган 37 нафар аёл, 2-гуруҳ - LSIL билан ОПВ+мусбат бўлган 41 нафар аёл ва 3-гуруҳ HSIL нинг цитологик жиҳатдан тасдиқланган 32 нафар бемордан иборат эди, бу гуруҳдаги барча беморлар ОПВ-мусбат эди.

Натижа ва таҳлиллар

Текширилаётган барча беморларни ўртача ёши LSIL ВПЧ- бўлган аёллар гуруҳида $28 \pm 0,98$ ёш, LSIL ВПЧ+ бўлган аёллар гуруҳида $35 \pm 1,2$ ёш, HSIL бўлган аёллар гуруҳида $37,7 \pm 1,9$ ёш ва $33 \pm 1,5$ ёшда бўлган аёллар назорат гуруҳини ташкил этган. Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи № 1- жадвалда келтирилган.

Жадвал № 1.

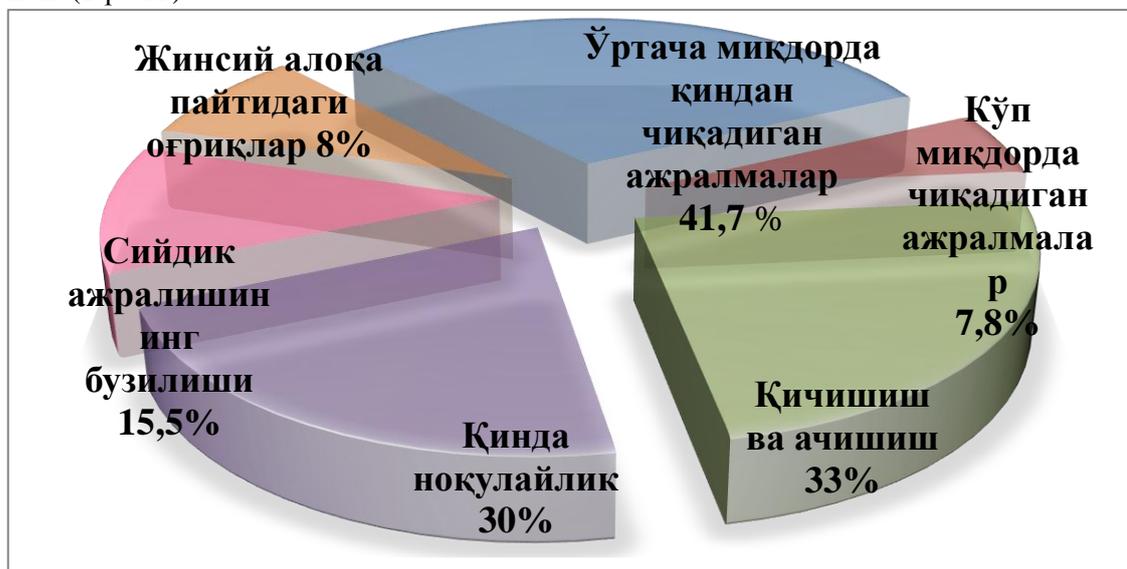
Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи

№	Гуруҳ	Ўртача ёш M±m	Ёш									
			≤20		21-25		26-30		31-35		≥36	
			Аб с	%	абс с	%	Аб с	%	аб с	%	А бс	%
1	LSIL ВПЧ- n=37	28±0,98	1	2,7	11	29,7	19	51,4	3	8,1	3	8,1
2	LSIL ВПЧ+ n=41	35±1,2	0	0	2	4,9	11	26,8	13	31,7	15	36,6
3	HSIL n=32	37,7±1,9	0	0	5	15,6	5	15,6	7	21,9	15	46,9
4	Назорат гуруҳи n=26	33±1,5	0	0	3	11,5	9	34,6	4	15,4	10	38,5

Ёш тарихини батафсилроқ ўрганиш натижаси шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида 3 нафар (11,5%) 21-25 ёшгача бўлган амалий соғлом аёллар учраган (1 - жадвал). Назорат гуруҳидаги аёлларнинг аксарияти 26-30 ёшни 9 нафар (34,6%) ташкил этди. LSIL ВПЧ- бўлган аёллар гуруҳида асосий қисми 26-30 ёшгача бўлган 19 нафар (51,4%) аёллар ташкил қилди. LSIL ВПЧ+ бўлган аёллар гуруҳида асосий қисм 36 ёш ва ундан ката бўлган аёллар ташкил қилган бўлиб, аёллар орасида улар тахминан 36,6% ни ташкил қилган. HSIL бўлган гуруҳида 32 нафар

аёллар ташкил қилиб, бу гуруҳда асосий ёшни 36 ёш ва ундан катта бўлган 15 нафар (46,9%) аёллар ташкил қилди. HSIL бўлган гуруҳда 21 ёшдан 25 ёшгача ва 26 ёшдан 30 ёшгача бўлган аёллар 15,6 % ини (5 нафар аёлни) ташкил қилди.

Бизнинг тадқиқотимизда енгил ва ўртача миқдорда киндан ажраладиган ажралмалар келишига шикоят қилган аёллар - 41,7%, 7,8%ида ажралмалар миқдори кўп бўлган беморлар шикоят қилган. Беморларнинг 33% қичишиш ва ачишиш, 30% - қинда ноқулайлик, 15,5%-сийдик ажралишининг бузилиши, 11,6% - жинсий алоқа пайтидаги оғриқлар билан шикоят қилган. (1-расм.).



1 расм – текширилаётган аёлларнинг клиник белгилари

Қин микробиоценозининг тузилишини таҳлил қилганда, бачадон бўйни эпителияси ва ОПВ инфекциясига қараб текширилган аёллар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди. Клиник жиҳатдан соғлом аёлларнинг 95,5 фоизиди (4-гуруҳ) вагинал микробиот ҳолати, ПЗР-РВ бўйича, нормоценоз мезонларига жавоб берди; шу жумладан, 18 (69,2%) беморда мутлак нормоценоз, 7 (26,9%) беморда 104 ГЭ/мл миқдордан ортиқ *Ureaplasma spp.* ва *Candida spp.* мавжуд бўлган шартли нормоценоз аниқланган. Дисбиоз, ПЗР-РВ бўйича, фақат 1 аёлда аниқланган.

1-гуруҳдаги беморларда (LSIL, ОПВ-манфий) микробиот таркиби мутлоқ нормоценоз мезонларининг кўрсаткичлардан унчалик фарқ қилмади, 14 нафар (37,8%), шартли нормоценоз – 11 нафар (29,7%) текширилган беморларга мос келди. 12 нафар беморларда микробиоценоз ҳолати дисбиоз мезонларига мос келди, шу жумладан ўртача дисбиоз - 10,8%, оғир дисбиоз – 21,6%. 2-гуруҳдаги (LSIL, ОПВ-мусбат) беморларда қин микробиоценозининг тузилиши 2-гуруҳ кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилмади.

Шундай қилиб, LSIL билан хасталанган аёлларда, ОПВ мавжудлигидан қатъи назар, дисбиотик касалликлар назорат гуруҳига қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилди. Бир томондан, бу кузатув қин микробиоценоздаги аномалияларнинг бошланғич босқичида, ҳатто вирус таъсирисиз ҳам, бачадон бўйни диспластик ўзгаришлар пайдо бўлишида аҳамиятини кўрсатиши мумкин. Бошқа томондан, текширув вақтида ОПВ-манфий бўлган беморларда ўтмишда вирус билан касалланганлигини истисно қилиб бўлмайди, бу эса ўз навбатида дисплазия ривожланишининг бошланғич нуқтасига айланди. ОПВ вирусини кейинчалик ўз-ўзидан элиминация қилинса, аммо ҳозирги вақтда аниқлаб бўлмайди ва у билан бирга келадиган дисбиотик жараён LSILга хос бўлган эпителия хужайраларида ўзгаришларни сақлаб қолишига ёрдам беради.

3-гуруҳ (HSIL) беморлари орасида фақат ҳар 4 чи беморда нормоценоз аниқланган, шу жумладан мутлак нормоценоз – 2 нафар (6,3%), шартли – 5 нафар (15,6%) текширилган беморларда аниқланган. HSIL билан касалланган аёлларнинг кўпчилигида vaginal микробиотнинг ҳолати дисбиоз мезонларига жавоб берди, шу жумладан текширилганларнинг оғир дисбиози (59,4%). 3-гуруҳдаги беморларда дисбиозни аниқлаш частотаси шартли соғлом

аёлларга (4-гурӯх), шунингдек, LSIL (1 ва 2-гурӯхлардаги) билан оғриган беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлган, бу эса бачадон бўйнидаги диспластик жараённинг ривожланишида вирус-бактериал ассоциацияларнинг назариясинининг фойдасига йўналаши мумкин. (2-жадвал).

Жадвал №2

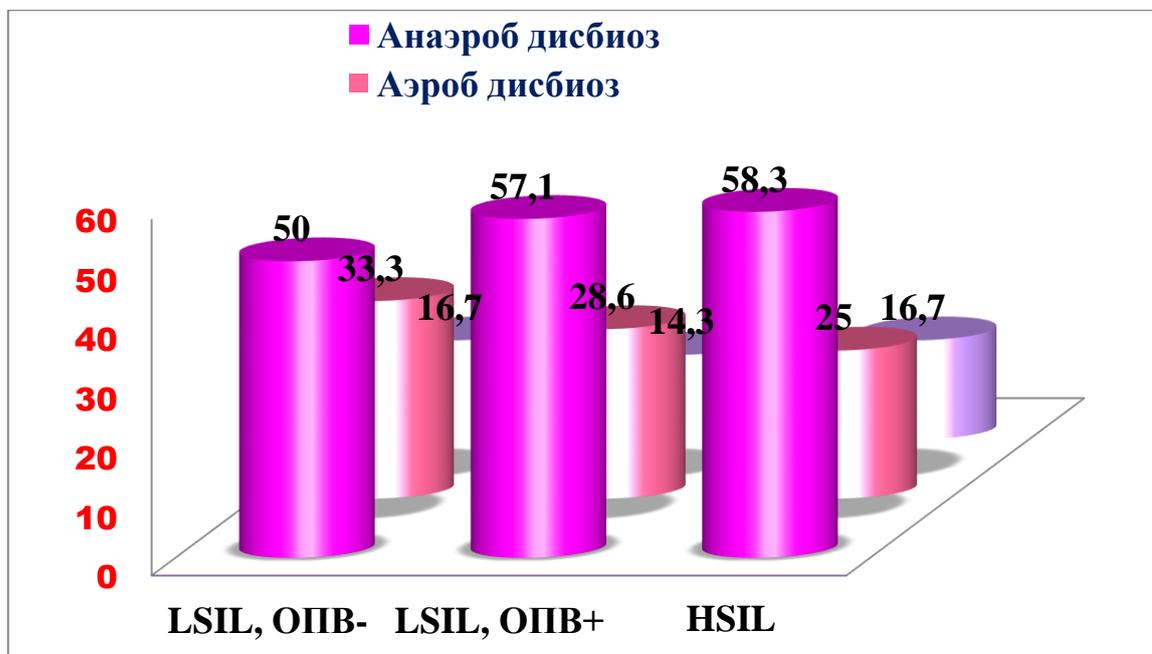
Бачадон бўйни касалликлари билан аёлларнинг клиник жиҳатдан соғлом аёлларда қин микробиоценозининг тузилиши

№	Биоценозининг тури	1-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ- ; n =37)	2-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ+ ; n = 41)	3- чи гуруҳ (HSIL; n = 32)	4-чи гуруҳ (норма; n = 26)
1	Мутлоқ нормоценоз	14(37,8 ^{a,e})	15(36,6 ^{b,f})	2(6,3 ^{e,c,f})	18(69,2 ^{a,c})
2	Шартли нормоценоз	311(29,7 ^e)	12(26,3 ^{b,f})	5(15,6 ^{e,c,f})	7(26,9)
3	Ўртача дисбиоз	4(10,8 ^a)	4(9,8 ^b)	6(18,8 ^c)	1(3,8 ^{a,b,c})
4	Оғир дисбиоз	8(21,6 ^{a,e})	10(24,4 ^{b,f})	19(59,4 ^{e,c,f})	0(0 ^{a,b,c})

Эслатма. Бу жадвалда № 2: ОПВ- — ОПВ -манфий, ОПВ+ —ОПВ -мусбат; статистик жиҳатдан муҳим фарқлар: a- 1 ва 4-гурӯхлар ўртасидаги, b-2 ва 4-чи гуруҳлар ўртасидаги, c-3-4-чи гуруҳлар ўртасидаги, d - 1-2-чи гуруҳлар ўртасидаги, e - 1 ва 3-чи гуруҳлар ўртасидаги, f - 2 ва 3-чи гуруҳлар ўртасидаги фарқ

1, 2, 3 ва 4-гурӯхлардаги беморларда тузилиши ва ўртача даражада ифодаланган дисбиозда анаэроб дисбиоз устунлик қилди – шу жумладан 5 (62,5%), 3 (50%), 4 (57,1%) ва 7 (58,3%), аэроб дисбиоз камроқ аниқланди – шу жумладан 2 (25%), 1 (33,3%), 2 (28,6%) ва 3 (25%) аёлларда. Аралаш аэроб-анаэроб дисбиоз мос равишда 1 (12,5%), 1 (16,7%), 1 (14,3%) ва 2 (16,7%) беморда ташхис қўйилди. Олинган маълумотлар олдинги тадқиқотлар натижалари билан мутлоқ мос келди, бу эса CIN ва БВ ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади (Расм № 2).

Расм № 2



Вагинал биотопнинг умумий бактериал масса даражаси 3-гурӯхдаги беморларда энг юқори эди - 108 ГЭ/мл, лактофлора миқдори эса таққослаш гуруҳидаги (4-гурӯх) ва 1 ва 2-гурӯхлардаги беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст бўлди. (3-жадвал). Бундан ташқари, 4-гурӯхдаги беморларда облигат ва факултатив анаэробларнинг мутлоқ таркиби 5-гурӯх

(норма) ва 2-, 3-гурӯҳдаги аёлларнинг кўрсаткичларига нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлди.

Жадвал №3

Бачадон бўйни касалликлари бўлган аёлларда қин микроиоценозинг микдорий таркиби

№	Тадқиқот номи	2-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ-; n = 37)	3-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ+; n = 41)	4-чи гуруҳ (HSIL; n = 32)	5-чи гуруҳ (норма; n = 26)
	Материални олишни назорати	6,8	6,8	5,4	7,8
1	Умумий бактериал масса	7,6(7,2-7,9) ^{f,g}	7,7(7,4-8,2) ^{f,h}	8,0(7,4-8,4) ^{g,h}	7,8 (7,3-8,1)
НОРМОФЛОРА					
2	<i>Lactobacillus</i> spp.	7,5(6,8-7,8) ^{b,g}	7,6 (7,1-8,0) ^h	7,0(5,37,6) ^{d,g,h}	7,8(7,3-8,1) ^{a,b,d}
ФАКУЛЬТАТИВ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР					
3	<i>Enterobacterium</i> spp.	3,1 (2,6-3,4)	2,9 (2,5-3,3)	3,1 (2,6-3,5) ^d	2,8 (2,4-3,2) ^d
4	<i>Streptococcus</i> spp.	2,6 (1,7-3,6) ^b	2,5 (1,9-3,7) ^c	2,5 (2,1-3,9) ^d	2,1 (1,6-3,1) ^{a,b,c,d}
5	<i>Staphylococcus</i> spp.	3,0 (2,0-3,5)	2,9 (2,3-3,6)	3,1 (2,3-4,0) ^d	2,9 (2,4-3,5) ^d
ОБЛИГАТ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР					
6	<i>Gardnerella vaginalis</i> + <i>Prevotella bivia</i> + <i>Porphyromonas</i> spp.	4,5 (3,5-6,1) ^{b,g}	3,9 (3,2-6,2) ^{c,h}	7,2 (6,1-7,6) ^{d,g,h}	3,5 (3,1-4,3) ^{a,b,c,d}
7	<i>Eubacterium</i> spp.	4,5 (3,6-5,7) ^{b,g}	4,4 (3,2-5,7) ^{c,h}	6,4 (5,5-6,8) ^{d,g,h}	3,6 (3,1-4,8) ^{a,b,c,d}
8	<i>Sneathia</i> spp. + <i>Leptotrichia</i> spp. + <i>Fusobacterium</i> spp.	2,1 (0-3,3) ^h	2,1 (1,4-2,9) ^h	3,4 (2,1-6,9) ^{d,g,h}	2,0 (1,3-2,6) ^g
9	<i>Megasphaera</i> spp. + <i>Veillonella</i> spp. + <i>Dialister</i> spp.	3,5 (2,6-4,7) ^{b,g}	3,3 (2,3-4,8) ^{c,h}	5,8 (4,1-7,2) ^{d,g,h}	3,0 (2,3-3,8) ^{a,b,c,d}
10	<i>Lachnobacterium</i> spp./ <i>Clostridium</i> spp.	3,4 (2,2-4,4) ^{b,g}	2,8 (2,2-4,1) ^h	4,1 (2,9-5,1) ^{d,g,h}	2,7 (2,2-3,5) ^{a,b,d}
11	<i>Mobiluncus</i> spp./ <i>Corynebacterium</i> spp.	3,5 (2,8-4,1) ^{b,f,g}	3,1 (2,5-3,9) ^{f,h}	3,9 (3,0-4,6) ^{d,g,h}	3,1 (2,5-3,8) ^{a,b,d}
12	<i>Peptostreptococcus</i> spp.	3,3 (2,3-4,4) ^{b,g}	2,9 (2,3-4,0) ^{c,h}	4,4 (2,9-6,2) ^{d,g,h}	2,6 (2,2-3,3) ^{a,b,c,d}
13	<i>Atopobium vaginae</i>	3,1 (2,6-5,1) ^{b,f,g}	2,5 (2,0-3,8) ^{f,h}	6,6 (2,8-7,5) ^{d,g,h}	2,5 (2,0-3,1) ^{a,b,d}
АЧИТҚИСИМОН ЗАМБУРУҒЛАР					
14	<i>Candida</i> spp.	2,7 (2,4-3,3)	2,6 (2,4-2,9)	2,6 (2,4-3,0)	2,5 (2,3-2,8)
МИКОПЛАЗМАЛАР					
15	<i>Mycoplasma hominis</i>	2,6 (2,4-3,3)	2,5 (2,3-2,9)	2,5 (2,3-3,0)	Аниқланмаган
16	<i>Ureaplasma</i> spp.	3,0 (0,0-4,2) ^b	1,7 (0,0-4,8)	2,9 (0,0-4,9) ^d	1,3 (0,0-3,8) ^{a,b,d}
ПАТОГЕН МИКРООРГАНИЗМЛАР					
17	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган

Микдори бошқа гуруҳлардаги беморларга қараганда 1000-10000 марта кўп бўлган *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas spp.*, *Atopobium vaginae*, *Eubacterium spp.* и *Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp.*, гуруҳларига мансуб микроорганизмларга алоҳида эътибор қаратиш лозим, мос равишда 107,2, 106,6, 106,4 ва 105,8 ГЭ/мл ни ташкил этди. 4 - гуруҳдаги беморларда облигат анаэроблар сони ҳам нормага (5 - гуруҳ) нисбатан сезиларли даражада ошди, аммо ошиши 10-100 бараварга етди. Таққослаш гуруҳига нисбатан HSIL билан оғриган беморларда факультатив анаэроблар сонининг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилди, аммо шунга ўхшаш кўрсаткичлар билан фарқ ўртача эди ва бир катталик тартибидан ошмади (10 марта).

Шундай қилиб, бачадон бўйни дисплазияси билан ва соғлом аёлларда кин микробиоценознинг сифат ва миқдорий таркиби сезиларли даражада фарқ қилади. Олинган маълумотлар бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда дисплазиянинг оғирлиги ва дисбиоз даражаси ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади: HSIL билан оғриган беморларда LSILга нисбатан облигат анаэробларнинг устунлиги билан вагинал микрофлоранинг сони ва таркибида сезиларли ўзгаришлар билан тавсифланади. Савол очиклигича қолмоқда, бу ҳолда асосий нарса нима: қиндаги дисбиотик жараён ОПВ билан касалланган цервикал эпителияда аниқроқ патоморфологик ўзгаришларнинг пайдо бўлишига ёрдам берадиган омилми ёки ОПВнинг такрорланиши оғир дисбиоз ривожланиши билан қинда шартли-патоген облигат-анаэроб микрофлоранинг пролиферация учун қулай фон яратадими. Бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда, айниқса HSIL билан оғриган беморларда дисбиотик бузилишларнинг юқори частотасини ҳисобга олган ҳолда, вагинал микробиотани ҳар томонлама ўрганиш ва керак бўлганда ушбу тоифадаги беморларда дисбиозни индивидуал тузатиш тавсия этилади.

Хулоса

1. ОПВ - манфий аёлларда бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияларининг ривожланиши вагинал микробиоценознинг бузилиши билан бирга келади. Бундай ҳолда, ҳам анаэроб, ҳам аралаш аэроб-анаэроб дисбиоз муҳим аҳамиятга эга. Анаэроблар орасида *Gardnerella vaginalis* *Eubacterium spp.*, *Megasphaera spp.* ва *Mobiluncus spp.* билан боғланган ҳолда аниқланган.

2. ОПВ - билан боғлиқ бўлган цервикал неоплазиялари облигат анаэробларнинг асосий иштирокида қинда оғир дисбиотик жараёнларнинг ривожланиши билан кечади. Анаэроблар орасида энг муҳимлари *Gardnerella vaginalis* *Atopobium vaginae*, *Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp.* ва *Eubacterium spp.* билан боғланган микроорганизмлар ҳисобланади.

3. Етакчи патогенларнинг хилма-хиллиги бачадон бўйни рак олди патологияси бўлган беморларда кин микробиоценозни ҳар томонлама ўрганиш зарурлигини тақозо этади, бу эса ўрганилаётган асосий биотоп иштирокчиларни индивидуал терапия мақсадида юқори аниқлик ва ўзига хослик билан миқдорий ва сифат жиҳатидан баҳолаш имконини беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ашурова Н.Г., Наврузова Н.О. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017;3/4(1):29-30.
2. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике шейки матки //Альманах молодой науки. 2018;4:21-23.
3. Ваганова С.Е. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. //Акушерство и гинекология. 2010;5:116-120.
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. //Российский вестник акушера- гинеколога. 2012;1(12):60-63.
5. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки //Доктор ахборотномаси, 2019;4:78-80.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. //Российский вестник акушера- гинеколога. 2005;3(5):66-71.

7. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. //Российский вестник акушера- гинеколога. 2012;2(12):85-89.
8. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки //Проблемы биологии и медицины, 2020;1.1(117):313-314.
9. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки //Доктор ахборотномаси. 2019;4:77-82.
10. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Д. Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки. //Журнал природных средств правовой защиты. 2021; 10 мая; 22(1 (2)):65-72.
11. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Тиббиёт ва спорт, 2020;1:74-77.
12. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари. 2018.
13. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К. (2020). Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки. //Проблемы биологии и медицины 2020;(1.1):117.
14. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, У. О., Шукуров, И. Б., & Аманова, Х. И. (2019). Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки. //Доктор ахборотномаси, 2019;(4):77-82.
15. Наврузова, Н. О., Каримова, Г. К., Ихтиярова, Г. А. (2020). Современные подходы к диагностике патологии шейки матки. //Тиббиёт ва спорт, 2020;(1):74-77.
16. Наврузова Нилуфар О., Гулчехра А. Ихтиярова и Гульнора Дж. Матризаева. «Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки». //Журнал природных средств правовой защиты 2021;22.1(2):65-72.
17. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С., Кузина Т.В. Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов таратпии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. //Акушерство и гинекология. 2012;2:86-89.
18. Овчинникова Н.В. Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки. //Акушерство и гинекология. 2011;6:41-46.
19. Прилепская В.Н., Костава М.Н.Патология шейки матки: теория, практика //Патология шейки матки. Генитальные инфекции. 2012 г.
20. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. /М 2007; 211.
21. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки //Проблемы биологии и медицины, 2020;1(116):127-129.
22. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). //Российский вестник акушера- гинеколога. 2012;3(12):55-57.
23. Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдомов А.Б., Наврузова Н.О. Особенности предменструального синдрома у подростков //Проблемы биологии и медицины, 2019;3(111):130-132.
24. Navruzova N. O., Karimova G. K., Ikhtiyarova G. A. (2020). Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology. //Medicine and sports, 2020;(1):74-77.

Қабул қилинган сана 20.07.2024

