



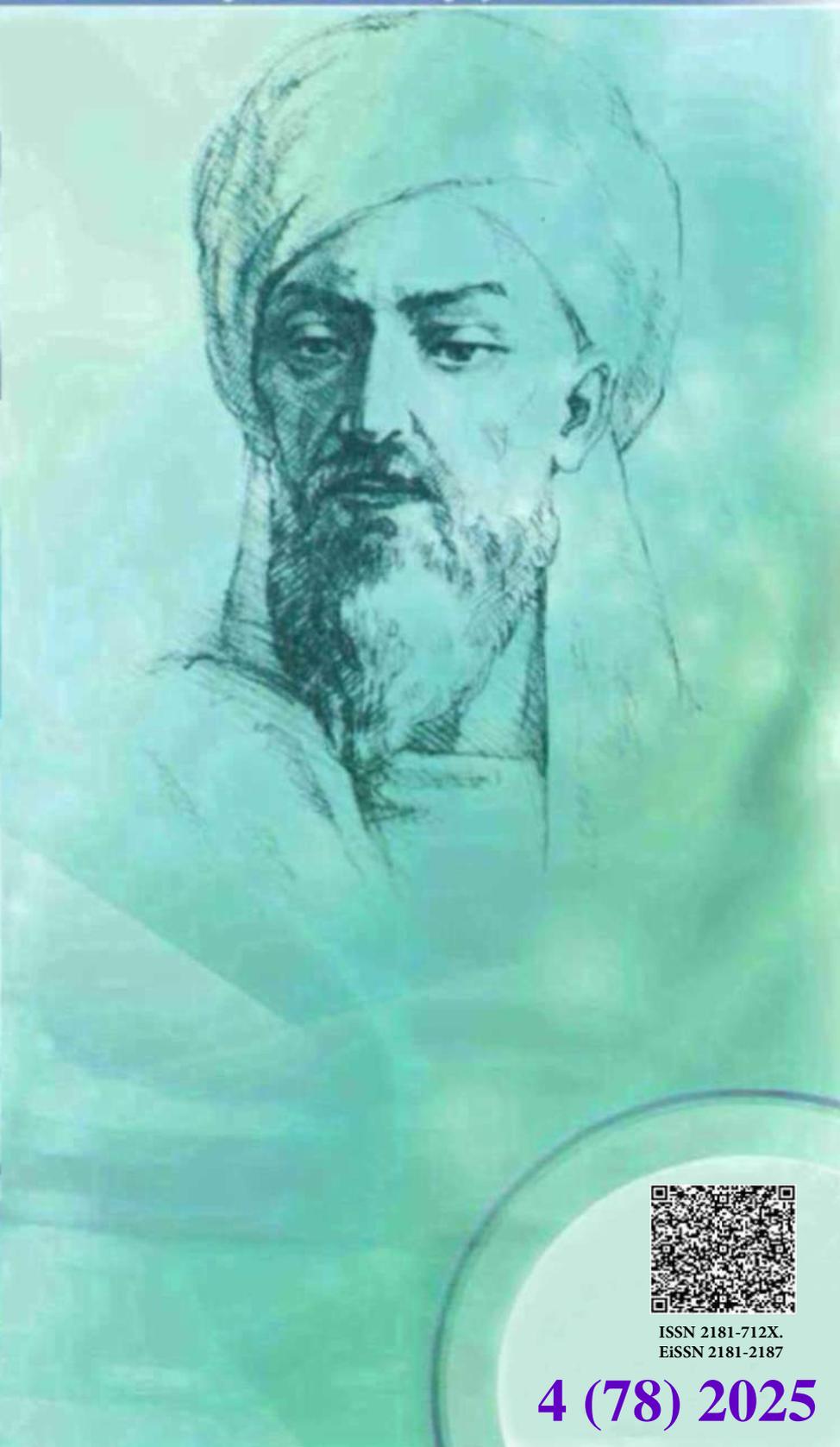
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.63-003 (07)

ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ В ПРЕМЕНАПАУЗЕ

Тилавова Ситора Амирзода <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан, Самарканд,
ул. Амира Тимура, тел: +99818662330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Разработанная «Прогностическая матрица» позволяет определить вероятность развития недержания мочи у женщин в пременопаузе при сочетании различных факторов риска. Общий балл от 11,4 до 28,10 указывает на низкий риск недержания мочи. Сумма баллов, находящихся в диапазоне 28,11-52,3 - имеет средний риск развития недержания мочи у женщин, а в диапазоне 52,4-82,79 - риск развития недержания мочи высокий.

Ключевые слова: недержание мочи, пременопауза, физиотерапия, ботулинотерапия.

MANAGEMENT OF PREMENOPAUSAL WOMEN WITH VARIOUS FORMS OF URINARY INCONTINENCE

Tilyavova Sitora Amirzoda <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

The developed "Prognostic matrix" makes it possible to determine the likelihood of urinary incontinence in premenopausal women with a combination of various risk factors. A total score of 11.4 to 28.10 indicates a low risk of urinary incontinence. The sum of the scores in the range of 28.11-52.3 has an average risk of urinary incontinence in women, and in the range of 52.4-82.79, the risk of urinary incontinence is high.

Key words: urinary incontinence, premenopause, physiotherapy, botulinum therapy.

СИЙДИК ТУТОЛМАСЛИГИ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИ БЎЛГАН ПРЕМЕНОПОЗАЛ ДАВРДАГИ АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ

Tilyavova Sitora Amirzoda <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Модификациялаштирилган сўровномадан фойдаланган ҳолда аёлларнинг жавобларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, оғир даражадаги СТ бўлган аёллар кўпроқ учрайди: таққослаш гуруҳида - 48,9%, асосий гуруҳда эса - 39,8%ни. Жуда оғир даражали СТ эса улар камроқ учрайди - гуруҳларда мос равишда 6,7% ва 14,5% ташкил қилди.

Kalit so'zlar: сийдик тутолмаслик, пременопауза даври, физиотерапия, ботулинотерапия.

Актуальность

В о всем мире недержание мочи является одной из актуальнейших проблем современной урогинекологии. По данным ВОЗ, «... о НМ сообщается примерно у 24,0% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и более чем у 50,0% женщин старше 60 лет». Недержание мочи является проблемой не только пожилых людей, но и затрагивает 12–22 % населения земного шара (553

миллиона человек страдают недержанием мочи). Кроме того, частота патологии в популяции увеличивается с возрастом, например, 25% всех пациентов старше 65 лет имеют данную патологию. Недержание мочи возникает вне зависимости от жизненных обстоятельств, характера работы и независимо от возраста, но более склонны к данной патологии люди старше 50 лет. Недержание мочи встречается у 30 процентов женщин из всей популяции, а среди пожилых женщин 50 и более процентов. Единых алгоритмов обследования и лечения не существует. Поэтому важно поднять на новый уровень качество медицинских услуг, особенно раннюю диагностику риска недержания мочи, разработать новые подходы к их лечению. Последние исследования показали, что недержание мочи встречается у 15-24% женщин репродуктивного и пременопаузального возраста, однако причины недержания мочи у них и методы коррекции недостаточно изучены [1.3.5.7.9.11].

Научные исследования этих заболеваний характеризуются системным подходом к изучаемым проблемам. J.L. Brown (2019) в своем исследовании констатировал, что недержание мочи (НМ) встречается у 15-24% женщин репродуктивного возраста рассматривает в качестве факторов риска НМ возраст, множественные роды, хронические запоры, ожирение и гормональные нарушения. В пременопаузальном периоде урогенитальные заболевания встречаются у 10% женщин, в 55-60 лет - у 50%, а в 75-летнем возрасте - у 60-65% женщин, а после 75 лет почти у каждой женщины имеется некоторые симптомы недержания мочи.

В последние годы появилось множество исследований, свидетельствующих об увеличении числа женщин с недержанием мочи без патологических изменений в анализе мочи (Асадова, 2016; Худоярова Д.Р., 2020).

Цель исследования: изучить ведения женщин с различными формами недержанием мочи в пременопаузе.

Материал и методы

Согласно целям и задачам исследования, с целью улучшения качества жизни путем оптимизации лечения и выявления различных форм недержания мочи, в 2019-2020 годах у 128 женщин, обратившихся с жалобами на недержание мочи в пременопаузальном периоде, проведены клинико-лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование мазка из влагалища) исследования, изучены показатели гормонального фона и иммуноферментный анализ для определения количества релаксина-2, специальные пробы (Вальсальвы, кашлевая и прокладочная пробы) и инструментальные (УЗИ) методы обследования.

В ходе исследования проводились специальные неинвазивные пробы до и после лечения:

1) проба Вальсальва - женщине с полным мочевым пузырем в положении на гинекологическом кресле предлагают с силой потужиться. Проба считается положительной, если в области наружного отверстия уретры появляются капли мочи;

2) кашлевой тест - женщине с полным мочевым пузырем в положении на гинекологическом кресле предлагают покашлять. Проба считается положительной при подтекании мочи при кашле;

3) прокладочный тест - определяется вес прокладки после часа физических упражнений. Если вес прокладки увеличивается больше чем на 1 г, значит, имеет место недержание мочи.

В зависимости от методов лечения обследованные женщины были разделены на 2 группы:

В основную группу вошли 83 (64,8%), больных, которых лечили комплексной терапией, в группу сравнения вошли 45 (35,2%) женщин, получившие традиционные методы диагностики и лечения. Для адекватной оценки лабораторных данных нами было отобрано 25 практически здоровых женщин сопоставимого возраста.

В основной группе, отличной от группы сравнения, наряду с медикаментозным лечением применяли физиотерапевтические методы лечения, для БОС-тренинг с использованием стандартного электромиограф из комплекса «Kolibri BeFit PRO», режим отображения точечного сигнала (X - Y - режим) этого миографа использовали для получения интегральной миограммы. При этом пациенту предлагают выполнять наиболее привычные простые движения, сохраняя при этом определенную степень контроля и удерживая БОС – маркеры прибора. Внимание больного всегда сосредоточено на его способности сознательно управлять своими физиологическими параметрами и, в частности, мышечным тонусом. Сеанс длится 10-15 минут

в зависимости от индивидуальных когнитивных качеств пациента. Курс лечения включал 10-12 ежедневных сеансов в зависимости от общей схемы лечения.

Из физиотерапевтических методов проводилась вагинальная и ректальная электроимпульсная терапия 1 раз в сутки по 20 мин на аппарате БТЛ-4000 PREMIUM G (Россия) (рис. 1). Курс лечения включал 10-15 процедур по показаниям больного.

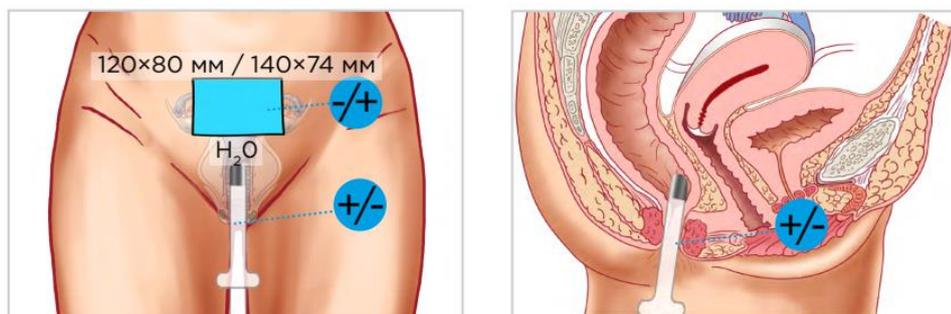


Рисунок 1. Размещение электродов во время вагинального и ректального использования устройства BTL-4000 Premium G у женщин

Лечение ботулинотерапией – один из новых современных методов. Механизм действия токсина заключается в блокировании высвобождения ацетилхолина из пресинаптической мембраны в нервно-мышечном синапсе. В большинстве случаев прежняя функция мышц восстанавливается через 3-6 месяцев после введения токсина, но нередко это может произойти через год и более. В исследовании использовали 100 ЕД ботулотоксина типа А (производство Allergan, США). Эпидуральная анестезия используется для интрауретрального введения ботулотоксина. При уретроцистоскопии определяли зону инъекции сфинктера уретры. Для введения препарата использовали эндоскопическую иглу фирмы Cook. Приготовленный препарат вводили в сфинктер уретры в точках 3, 6, 9 и 12 часов по 2,0 мл, т.е. по 25 ЕД на точку [2.4.6.8.10].

Результат и обсуждения

Результаты собственного исследования: На 1-м этапе исследования определяли факторы риска развития недержания мочи. Большую роль в развитии НМ сыграла частота экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) у обследованных женщин (табл. 1).

Таблица 1

Частота экстра генитальных заболеваний в анамнезе у женщин пременопаузального возраста с нарушениями мочеиспускания

Показатели	Основная группа (n=83)		Группа сравнения (n=45)		Группа контроля (n=25)		RR	P
	abs	%	abs	%	abs	%		
Детские инфекции	83	100,0	45	100,0	10	40,0	1,00	-
ОРВИ	83	100,0	45	100,0	9	36,0	1,00	-
анемия	32	38,6	15	33,3	7	28,0	0,86	>0,05
Отоларингологические заболевания	8	9,6	6	13,3	3	12,0	1,38	>0,05
Заболевания почек	9	10,8	2	4,4	2	8,0	0,41	>0,05
Заболевание щитовидной железы	15	18,1	10	22,2	4	16,0	1,23	>0,05
Сердечно-сосудистые заболевания	19	22,9	11	24,4	1	4,0	1,07	>0,05
Пневмония	7	8,4	3	6,7	0	0	0,79	>0,05
Желудочно-кишечные заболевания	11	13,2	4	8,9	3	12,0	0,67	>0,05
Вирусный гепатит	12	14,5	6	13,3	0	0	0,92	>0,05
Ожирение	39	46,9	14	31,1	4	16,0	0,66	<0,05

Анализ гинекологического анамнеза показал, что он значительно отягощен в основной группе и группе сравнения: кольпит выявлен у 54,2% обследованных женщин основной группы (RR=1,94 у 51,1% в группе сравнения). Менструальная дисфункция наблюдалась у большинства обследованных женщин - у 39 (86,7%) женщин группы сравнения и у 80 (96,4%) женщин основной группы и у 16% контрольной группы, относительный риск RR = 4,52. Опушение и пролапс гениталий было следующим показателем - 91,6% женщин в основной группе, 88,9% в группе сравнения, но ни одной в контрольной группе.

Результаты изучения репродуктивного анамнеза обследованных женщин показали, что беременность и роды были зарегистрированы у всех пациенток. При обследовании 19 (42,2%) пациенток группы сравнения отметили до 2 родов, в основной группе в анамнезе отмечено у большинства женщин 3 родов - 80 (96,4%), в группе сравнения у - 11 (24,4%) что было значительно больше чем в группе сравнения $P < 0,001$.

Для установления причин недержания мочи у обследованных женщин важны результаты предыдущих беременностей и родов: самопроизвольный аборт наблюдался у 5 (11,1%) женщин в группе сравнения и у 9 (10,8%) женщин в основной группе, преждевременные роды - у 4 (8,9%) и 15 (18,1%) женщин соответственно группам, неразвивающаяся беременность - у 2 (4,4%) и 4 (4,8%) соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Результаты предыдущих беременностей у обследованных женщин

Показатели	Основная группа (n=83)		Группа сравнения (n=45)		Контрольная группа (n=25)		RR	P
	abs	%	abs	%	abs	%		
Самопроизвольный аборт	9	10,8	5	11,1	1	4,0	1,02	>0,05
Непрогрессирующая беременность	4	4,8	2	4,4	1	4,0	0,92	>0,05
Медицинский аборт	10	12,04	7	15,6	3	12,00	1,36	<0,05
Преждевременные роды	15	18,1	4	8,9	1	4,0	0,49	>0,05
Крупный плод	36	43,4	18	40,0	2	8,0	3,2	>0,05
Повреждение мышц тазового дна	12	14,5	8	17,8	2	8,0	2,23	>0,05
Более 3 родов	3	3,6	15	33,3	1	4,0	2,52	<0,001

По данным анализа вагинального мазка у женщин с дисбактериозом и вагинитом выявлена неспецифическая микрофлора, в которую входили гарднереллы (48,3%), микоплазмы (36,4%), уреаплазмы (38,2%), вибрионы рода *Mobiluncus* (44,2%). и характеризовался кандидозом (68,9%). В контрольной группе мазок оценивался как I и II по степени чистоты у всех женщин, патогенной микрофлоры не выявлено.

Одним из современных методов изучения исследования было определение количества Релаксина-2 в крови методом ИФА. В контрольной группе (практически здоровые женщины в пременопаузе) этот показатель составил в среднем $1,3 \pm 0,1$ МЕ/мл. Количество релаксина-2 у женщин основной группы составило в среднем $0,35 \pm 0,02$ МЕ/мл, а у женщин группы сравнения - $0,38 \pm 0,04$ МЕ/мл. Как видно из результатов (диаграмма 1), количество релаксина-2 у женщин с недержанием мочи было почти в 3,5 раза ниже, чем в контрольной группе. Но разницы между пациентами группы сравнения и основной группы почти не было ($P < 0,001$).



Диаграмма 1. Средний уровень Релаксин-2 у женщин групп обследования.

Для формирования объективных показателей мочеиспускания, а также для адекватной оценки его результатов необходимо использование специальных опросников при оценке качества жизни больных. На сегодняшний день в странах СНГ нет анкет на доступном языке, специально разработанных для этой группы пациентов. Цель модификации опросника заключалась в оценке качества жизни пациенток в перименопаузе с недержанием мочи. Мы внесли изменения в опросник ICIQ-SF «Влияние недержания мочи на качество жизни», который включает 10 вопросов, оценивающих качество жизни пациентов с НМ.

Анализ ответов анкетирования обследуемых женщин показал, что у женщин чаще встречается тяжелая форма НМ: чуть более половины женщин группы сравнения - 51,1%, в основной группе - 39,8%. Очень тяжелая степень НМ встречалась реже - 6,7% и 14,5% в группах соответственно.

Модифицированный опросник ICIQ-SF о влиянии недержания мочи на качество жизни

- Дата заполнения _____
 Ф.И.О. _____
 Возраст _____
1. Вы мочитесь более 6 раз в день и более 1 раза ночью?
 Да-2 Нет-0
 2. Бывают ли у вас иногда внезапные позывы к мочеиспусканию?
 Да-2 Нет-0
 3. Страдаете ли вы стрессовым недержанием мочи (мочевыделение при физической нагрузке, кашле, чихании)?
 Да-2 Нет-0
 4. Является ли недержание мочи в основном чрезмерным?
 Да-2 Нет-0
 5. Как часто у вас происходит подтекание мочи (отметьте подходящий)?
 Никогда - 0
 Один раз в неделю - 1
 2-3 раза в неделю - 2
 1 раз в день - 3
 Несколько раз в день - 4
 Постоянно - 5

Эффективности разработанного в ходе исследования комплексного лечения с консервативным методом лечения недержания мочи у женщин в перименопаузе.

По методу лечения 128 женщин перименопаузального возраста с НМ были разделены на 2 группы: основную (n=83) и группа сравнения (n=45).

Медикаментозная терапия назначалась по типу недержания мочи. Все женщины были классифицированы по стрессовому, гиперактивному мочевого пузыря и смешанному типу НМ (диаграмма 2).

Для лечения недержания мочи при синдроме гиперактивного мочевого пузыря использовали препараты группы М-холиноблокаторов. В лечении гиперактивности детрузора применяют два типа М-холиноблокаторов, различающихся по химической структуре, - третичные и четвертичные амины (оксибутинин, тропсия хлорид), которые являются препаратами первой

линии при синдроме гиперактивного мочевого пузыря и НМ. Оксibuтинин назначали в дозе от 2,5 до 5 мг 3-4 раза в сутки (максимальная доза 20 мг/сут).

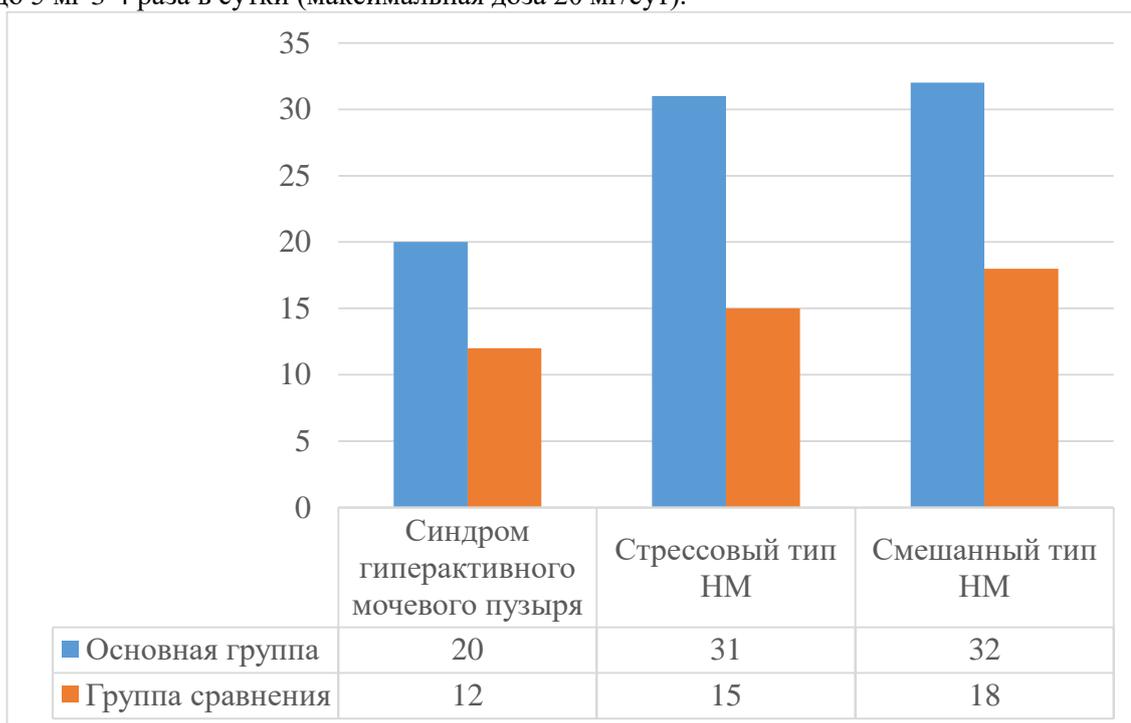


Диаграмма 2. Распределения пациенток основной и сравнительной группы по типу НМ

Препарат дулоксетин из группы М-холиноблокаторов повышает мышечный тонус в свободном состоянии и увеличивает силу сокращения уретрального сфинктера. Но есть побочные действия со стороны желудочно-кишечного тракта и ЦНС, поэтому больные часто отказываются от его приема, хотя это и отмечается в течение 1 недели после приема. В наших наблюдениях действие этого средства выражается в раннем восстановлении задержки мочи при стрессовом и смешанном типах недержания мочи.

При неэффективности терапии М-холиноблокаторами дозу увеличивали или заменяли на альтернативный препарат - агонист бета3-адренорецепторов (Мирабогрон) или их комбинацию (агонист бета3-адренорецепторов + М-холиноблокаторы). Для купирования явлений НМ при ГАМП назначали мирабегрон, агонист бета3-адренорецепторов, как основной метод лечения у женщин с НМ, а также при неэффективности М-холиноблокаторов и неконтролируемой артериальной гипертензии.

Для лечения синдрома гиперактивного мочевого пузыря с недержанием мочи мы использовали новый метод лечения — внутридетрузорную ботулинотерапию в основной группе у 20 женщин с диагнозом НМ при ГАМП. Женщинам со стрессовой формой НМ в качестве консервативного лечения назначали антидепрессанты, результат оценивали через 1 месяц. В группе сравнения у 15 женщин (33,3%), а в основной группе у 31 женщины (37,3%) было НМ данной формы. Женщинам основной группы проводилось физиотерапевтическое лечение одновременно с консервативным лечением: БОС - тренинг и БТЛ-4000 ПРЕМИУМ G. Эффективность данной схемы лечения была положительной только у 1 женщины группы сравнения (6,67%; 2,22%), по сравнению с 18 женщинами основной группы (58,1%; 21,7%). На самом этом этапе мы видим, что эффективность комплексного лечения в несколько раз выше, чем традиционного вида лечения.

При смешанной и стрессовой формах НМ основной группе больных проводилась реабилитация в виде специальных курсов BTL-4000 PREMIUM G для усиления тонуса мышц тазового дна для достижения стойкой компенсации или стойкой ремиссии НМ. Курс состоял из 10-15 сеансов, при наличии показаний эти процедуры можно было повторить через 6 месяцев.

При этом инъекционное лечение ботулотоксином типа А по зарегистрированным показаниям показано женщинам с недержанием мочи и императивным недержанием мочи, если

медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьезные побочные эффекты (наиболее серьезным побочным эффектом является повышенный риск инфицирования мочевого тракта -



от увеличения объема остаточной мочи) вводили интрадетрузорно в дозе 100 МЕ. Эффективность данного метода была у 10 женщин (50%, 12,05%), когда обследование проводилось через 1 месяц, симптомы НМ отсутствовали, а пробы были отрицательными. Положительная динамика наблюдалась в остальных 10, но полной ремиссии не было достигнуто.

Выводы

Разработан алгоритм комплексного лечения женщин пременопаузального возраста с нарушениями мочеиспускания, включающий новые методы физиотерапевтического лечения: биологическую обратную связь и БТЛ-4000 ПРЕМИУМ Г, а также не применявшуюся ранее внутридetrузорная ботулинотерапия. В результате лечения НМ по данному алгоритму полностью излечились 78,3% женщин основной группы, у остальных 21,7% отмечена положительная динамика. В группе сравнения полное излечение отмечено у 13,3%, положительная динамика у 64,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рашидова Р. Современные аспекты диагностики при преждевременном излитии околоплодных вод / Р. Рашидова, П. Пардаева, С. Тиялова. // Молодые ученые. 2025;1:139-41.
2. Камалова Зарнигор Самаритдиновна, Камарова Зарнигор Шамсидиновна, Тиялова С. А. Аномальные маточные кровотечения: современные подходы к классификации, диагностике и лечению // CAJAR. 2025;2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anomalnye-matochnye-krovotecheniya-sovremennye-pod>
3. Рашидова Рушана Рустамовна, Пардаева Паризода Зохиловна, Тиялова С. А. Частота встречаемости гестационного сахарного диабета: обзор проблемы и актуальные данные // YOTA. 2025;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/chastota-vstrechaemosti-gestatsionnogo-saharnogo-diabeta-obzor-problemy-i-aktualnye-dannye> (дата обращения: 19.03.2025). hody-k-klassifikatsii-diagnostike-i-lecheniyu

4. Худоярова Д. и др. Перинатальной, и младенческая заболеваемость // Бюллетень студентов нового Узбекистана. 2023;1(6):103-105.
5. Tilavova Sitora Amirzoda., Khudoyarova Dildora Rakhimovna. (2023). Modification of the questionnaire "ICIQ-SF assessment of the quality of life of women with urinary incontinence" European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies, 2023;3(2):8-116. Retrieved from <https://inlibrary.uz/index.php/eijmrms/article/view/23075.2025>).
6. Khudoyarova D., Tilavova S. A., Shopulotova Z. A. Manifestations of examination of chronic pyelonephritis in pregnant women (clinical case) // Thematics Journal of Microbiology. 2022;6:1.
7. Ахтамова Н.А., Эрназарова М.Ш. Многоплодная беременность и многоводие (краткий обзор) // Бюллетень студентов нового Узбекистана. 2024;3(1):9-13.
8. Axtamova N., Ernazarova M. KO'P Homilali homiladorlikda ko'p suvlilik // Молодые ученые. 2025;3(1):131-134.
9. Ахтамова Н. Факторы риска развития патологической кровопотери при преждевременных родах // Conference 2024;2:64-65.
10. Nasyrovich S. S. et al. Management of pregnant women with premature birth // Journal of Modern Educational Achievements. 2023;3(3):205-225.
11. Ахтамова Нилуфар Акбаржоновна, Закирова Нодира Исламовна, Мусинжанова Парвина Санатжоновна, Каримова Гулчехра Самадовна, Хамидова Шахло Мусиновна Синдром хронической тазовой боли - современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Достижения науки и образования. 2019;12(53). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-hronicheskoy-tazovoy-boli-sovremennyy-vzglyad-na-problemu-obzor-literatury>

Поступила 20.03.2025