

Маликова Г.Б., Абдурахмонов Б.М.

БАЧАДОН НАЙИ-ПЕРИТОНЕАЛ БЕПУШТЛИКНИНГ МУАММОЛАРИ: ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИ ВА ДАВОЛАНИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Тиббий ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази кўп тармокли клиникаси

Оилада бепуштлики - тиббий ижтимоий муаммоларнинг асосий негизини ташкил қилади. Ҳозирги пайтда бепуштликини ташхислаш ва даволаш учун турли алгоритмлар ишлаб чиқилган. Микрохирургик амалиётларни ўтказилганида бачадон найи интраканаликуляр ёпиқлиги туфайли келиб чиққан бепуштлигида умумий қабул қилинган усул ёрдам бермайди, яъни бачадон найи интраканаликуляр ёпиқлигини ҳозирги вақтда хусусий усул билан най ўтказувчанлиги, транспорт, қисқарувчанлик функцияларини тиклаш мумкин, бу амалиётни ўтказиш натижалари гистоморфологик текширувлар орқали ўз исботини топган.

Оилада бепуштлики - тиббий ижтимоий муаммоларнинг асосий негизини ташкил қилади. Миллатнинг генофондини сақлаш ва уни келгуси авлодларга тарқалиши инсон репродуктив саломатлигини тиклаш ва уни сақлашга боғлиқ бўлиб, бу эса давлатнинг асосий тиббий вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда. [1]. Бепушт никоҳни 42,6-65,3% и аёлларнинг репродуктив фаолиятини бузилиши билан боғлиқ бўлиб, 5,06,3% эркаклар репродуктив фаолиятининг бузилиши ва 27,7-65,3% иккала жинс вакилларида репродуктив саломатлиқнинг бузилиши билан характерланади [2]. Аёллар бепуштлигини келтириб чиқарувчи сабаблари уч турга бўлинади: тухумдонларга боғлиқлик (тухумдонлар поликистози синдроми, муддатдан илгари бачадон

тухумдонларни заифлиги, гипоталамик аменорея), найлари ва перитонеал (кичик чанокдаги

ташқари хомиладорлик ва уларнинг ёрилиши), битишмалар, инфекция, эндометриоз, бачадондан

найлари ва перитонеал омиллар бепуштлиқнинг цервикал (цервицит, бачадон бўйни канали торайиши, стенозлари) [3]. Асосан бачадон асосини ташкил қилиб, уларнинг учраш частотаси 40-74% ни ташкил қилади [4]. Кўпчилик муаллифлар бепуштлиқнинг перитонеал шакли (35-40%) дан

бачадон найи омилини 9,2-34% ҳолатларда учрайди деб ҳисоблайдилар [5].

Бачадон найи торайиши сабаблари бўлиб яллиғланишли жараёнлари, асосан жинсий йўл орқали ўтадиган касалликлар, кўпроқ хламидия ҳисобланиб, 41-90% гача учраш билан бирга, охириги вақтларда яширин ҳолатда кечиши ва бачадон найларида оғир деформацияловчи жараёнларни келтириб чиқарилишига сабаб бўлмоқда [2,6,7]. Ривожланган давлатларда генитал сил асосий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Аёллар сурункали яллиғланиш касалликларини ичида аёллар жинсий аъзолари сили 10-15% ҳолатларда ташхисланиб, бепуштлики билан касалланган аёлларда бу ҳолат 15-20% ни ташкил қилади. [8-12]. Ўз навбатида бу эса 9097% ҳолатларда турғун бепуштлиқка, жумладан бирламчи бепуштлиқнинг 60-63,4% ни ташкил қилади [13-15]. Қорин бўшлиғи ёки кичик чанок бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амалиётларидан кейинги юзага келган чандикли жараёнлар, асоратли тиббий абортлар, хомилани ўз-ўзидан тушишлари, бачадон ичида бажарилган амалиётлар, бачадон ва тухумдон ўсмалари бачадон найлари торайишлари (окклюзияси) сабаблари бўлиб қолмоқда [16]. Кўпгина адабиётларнинг хулосаларига таянадиган бўлсак, гинекологик жарроҳлик амалиётларидан кейинги юзага келадиган чандикларни шаклланиш частотаси 55-100% ни ташкил қилиб, бу асосан амалиёт пайти жараёни баҳолашда турлича ёндашув, амалиётларни оғирлилик даражаси, техник жиҳатдан таъминланишни тўғри йўлга қўйилмаганлиги, жарроҳни ўқуви ва турли бошқа омилларга боғлиқ. [17,18]. Чандикли жараёнлар кечишига қараб, зарарланганлик даражаси турлича бўлади. Кўпинча бирламчи, иккиламчи, кўпламчи, зичлашган, юпқа кўринишида бўлади. Иккиламчи бепуштлиқнинг яна муҳим сабабларидан бири бўлиб-эндометриоз ҳисобланади. Эндометриоз 11-15% ҳолатларда бачадон найлари ёпилишига ва бачадон найларини транспорт, секретор ва қисқарувчанлик фаолиятини



бачадон найларини интраканаликуляр ёпилишига олиб келади [17,18]. Аёллар бепуштлигини тузилмасида эндометриоз 50% га яқин учраши, эндометриоз билан бирга кечувчи бепуштлиқда аёллар репродуктив фаолиятини тиклаш ҳозирги вақтда асосий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Эндометриозда бирламчи ва иккиламчи бепуштлиқ бир хил нисбатда учрасада, аденомиоз ҳолатларида иккиламчи бепуштлиқ бирламчи бепуштлиққа қараганда 4 баробар кўп учраши билан бирга бу касалликни бепуштлиқнинг асосий сабаблари деб ҳам бўлмайди [19-21]. Аёллар репродуктив фаолиятини бузилиши сабабларини ўрганишга қаратилган клиник, бактериологик, эндокринологик текширув усуллари билан бирга, ҳозирги вақтда лапароскопия асосий текширув усуллари билан бирга бўлиб, аёлларда нормал кечувчи хайз циклига боғлиқ ҳолатларда жинсий аъзолари органик патологиясини 70-85% ҳолатларида бажариладиган текширув усуллари билан бири ҳисобланади. Гистероскопия ва лапароскопия бепуштлиқни аниқлашда стандарт текширув усули бўлиб қолмоқда [22,23]. Ҳозирги пайтда бепуштлиқни ташхислаш ва даволаш учун турли алгоритмлар ишлаб чиқилган бўлиб, никоҳдаги оила турмуш кўргандан бошлаб, 3-18ой ичида керакли текширувлардан ўтган ҳолда хомилдорликни содир бўлиши 61,1% ни ташкил қилмоқда [24]. Репродуктив фаолиятни тиклашга қаратилган бепушт бўлган оилани босқичма-босқич текширувлардан ўтказиш хомилдорлик содир бўлишига қаратилган асосий мезонларидан бири бўлиб ҳисобланади [25]. Бепуштлиқ аниқланган аёлларда биринчи босқичда инфекцияни жинсий йўл билан ўтиши натижасида инфекцияни аниқланиши сабабли турмуш ўртоғи билан бирга кичик чанок бўшлиғи яллиғланишига олиб келган инфекцияни қўзғатувчисини йуқотилишига қаратилган этиопатогенетик даволаниш бўлиб, иккинчи босқичда ҳозирги вақтда даволаниш стандартига киритилган қон айланишни яхшиланишига, яллиғланиш ва жарроҳлик амалиётларидан кейинги чандикланиш жараёнларига умумий ва маҳаллий таъсир этувчи муолажаларни ўтказишдан иборат. Учинчи босқичда бачадон найи - перитонеал бепуштлиқларда жарроҳлик амалиётлари усуллари - хромосальпингоскопия билан лапароскопия, бачадон найларига боғлиқ бўлган интраканаликуляр ёпик ҳолатларида уларнинг ўтказувчанлигини тиклашга қаратилган лапаротомия, микрохирургик амалиётлар ўтказилиши мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади. (сальпинголизис, фимбриопластика, сальпингостомия, сальпингостоматопластика ва сальпингосальпингоанастомоз) [26,27]. Клиник амалиётга бепуштлиқни аниқлашга киритилган

замонавий текширувлар усуллари ҳозирги пайтда бу муаммога эскича ёндашув тизимини ўзгартиришга асос бўлди. Бачадон найи бепуштлигини консерватив даволаш ўтмишда қолди. Охириги йиллар адабиётларини таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги пайтда бачадон найи билан кечувчи бепуштлиқни даволаш иккита йул билан: жарроҳлик амалиёти ва замонавий қўшимча репродуктив технологиялар билан амалга оширилмоқда, аммо репродуктив технологияларнинг бир қанча асоратлари - тухумдонлар гиперстимуляцияси синдромининг оғир кечиши 0,25-2%; кўп хомилали хомилдорлик 25% гача, ривожланиш нуқсонлари ва ўлик хомила, бачадондан ташқари хомилдорлик 1-13%ни ташкил қилади [28]. Қўшимча репродуктив технологияларнинг қўлланилиши оқибатида юзага келган асоратлар сабабли, ҳозирги вақтда кўп мутахассислар бачадон найи - перитонеал бепуштлигини даволашда реконструктив микрохирургияга мурожаат қилишмоқда. Реконструктив микрохирургияни афзаллиги шундаки, экстракорпорал уруглантириш (ЭКУ)дан олдин, табиий йўллар орқали уруғланиш тикланиши ва унинг натижасида туғруқни юқори фоизда бўлиши ва кўп хомилали хомилдорликни бартараф этилишидан иборатдир [29]. Бачадон найи бепуштлигини лапароскопик усул билан микрохирургик анжомлар ёрдамида утказилиши ижобий натижаларга олиб келади. Даволашнинг бу тури амалиёт соҳасини кам шикастланиши, амалиётдан кейинги даврни ижобий кечиши, даволаниш вақтини қисқариши эндовидеохирургияни афзал томони бўлиб қолмоқда [30]. Эндовидеохирургия ва микрохирургияни қайси бири қўлланилиши жихатлари қурилганда - лапароскопик усул - асосан чандикларни бартараф этилишига ҳамда бачадон найини кам зарарланиши натижасида келиб чиққан бачадон найи бепуштлигини даволашга хизмат қилади. [31]. Госпитализация ва даволаниш вақтини қисқариши - лапароскопик усулни афзаллигини билдиради [32]. Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, микрохирургик бачадон найи анастомозларини бачадон найлари реканализацияси учун ишлатилиш усуллари билан кейин хомилдорлик бўлиш эҳтимоли 6-67% ни ташкил қилади. Лекин кўп таҳлилчилар ҳулосаларига кўра, бачадон найлари реканализацияси рентгенологик гистеросальпингография ва гистероскопик текширувлар асосида ўтказилади ва хомилдорлик бўлиши амалиётдан кейин 20-25% и биринчи 6 ойликда бўлиш эҳтимоли юқори деб ҳисоблашади. Бачадон найлари торайиши ҳисобига қайта хомилдор бўлиш эҳтимоли бир

йил ичида 50%ни ташкил қилади. Лапароскопик усул билан бачадон найи хомиладорлик эхтимоллиги юқори, лекин бачадон найи микрохирургиясидан кейин бу хомиладорлик кўрсаткичи паст ва деярли йўқлиги исботини топган. Бир қанча муаллифлар микрохирургик амалиётни рентгенологик гистеросалпингографиядан кейин ўтказиш бирламчи даволовчи муолажа деб ҳисоблашади, бундан ташқари бу усуллар енгил бажарилади [32]. Бачадон найи - перитонеал бепуштликни ташқи омиллар сабабли муваффақиятсиз жарроҳлик усул билан даволаниши натижасида амалиётдан кейинги перитубар чандиқларни бўлиши ёки бачадон найлари торайиши сабабли хомила тухуми бачадон найини фимбриал қисмидан бачадон бўшлиғига тушишига тўскинлик қилади [33]. Бирок микрохирургик амалиётларни ўтказилганида бачадон найи интраканаликуляр ёпиклиги туфайли келиб чиққан бепуштлигида умумий қабул қилинган усул ёрдам бермайди, яъни бачадон найи интраканаликуляр ёпиклигини ҳозирги вақтда хусусий усул билан най ўтказувчанлиги, транспорт, қискарувчанлик функцияларини тиклаш мумкин, бу амалиётни ўтказиш натижалари гистоморфологик текширувлар орқали ўз исботини топган - Врач-аспирант, 16.03.2012й Абдурахманов Б.М. ва бу усул орқали хомиладорлик бўлиш эхтимоли амалиётдан кейин биринчи 6 ойликда 33,3% ни, бир йил давомида эса 69,6%ни ташкил қилади. Бачадон найларидаги реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётларини ўтказишни муваффақиятсиз натижалари-бачадон найи эпителийсини шикастланишига, най ичи чандиқлар бўлиши, бачадон найини узунлигини Бошқа муаллифлар ҳулосасига кўра, бачадон қисқариши ва натижада бачадон найи-тухумдон мутаносиблигини бузилишига олиб келади [27].

найларида бажарилган жарроҳлик амалиётларидан кейин чандиқлар бўлади, чандиқлар устида иш олиб боровчи олимлар хали жуяли тўхтамга келишмаган деб ҳисоблашади, [17,34]. Лекин бачадон найларида интраканаликуляр бузилиши натижасида келиб чиққан бепуштликда найини

ўтказиладиган жарроҳлик амалиёти (бачадон хусусий усул билан тикиш)дан сўнг, най каналида

транспорт, қискарувчанлик функциялари бузилмайди - Врач-аспирант, 16.03.2012й Абдурахманов Б.М. Кўпчилик муаллифлар жарроҳлик амалиётидан кейинги чандиқларни чандиқлар бўлмайди, бачадон найи ҳосил бўлишини олдини олиш учун жарроҳлик ўқувини микрохирургик принциплар асосида амалга ошириш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблашади [35]. Жарроҳлик амалиётига лапароскопияни кириб

келиши жарроҳлик амалиётларидан кейинги чандиқларни ҳосил бўлишини камайтиради. Бу эса кичик чаноқ аъзолари касалликларида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларини кам шикастланиши учун лапароскопия усули орқали амалга оширишни тавсия қилишади [35]. Жарроҳлик амалиётларининг турини ва микрохирургик техникани ўзгартирилишига қарамасдан амалиётдан кейинги эрта чандиқланиш жараёнлари кузатилади [36,37]. Юқоридагиларни инобатга олиб, чандиқланишга нисбатан турли фармакологик ва қўшимча барьер воситалар ишлаб чиқилган. Ўз навбатида яллиғланишга қарши, антибиотиклар, антикоагулянтлар, фибринолитик ва интраперитонеал дори ёки барьер воситаларининг маҳаллий ёки тизимли қўлланилишини ўз ичига олади [38]. Жарроҳлик амалиётларидан кейинги чандиқларни олдини олишга қаратилган чора тадбирлар уч гуруҳ: операция вақтида химояловчи чоралар, жумладан қорин парда дефектини бартараф қилиш; операция тугашига ва операциядан кейинги кунлари чандиқланишни олдини олиш мақсадида қорин бўшлиғига суюқликлар куйиш ҳамда амалиётдан кейинги ўз вақтида перистальтикани тикланишига ажратилади [39,40]. Гинекологик амалиётларни ўтказилганидан кейинги эрта чандиқланишни олдини олиш мақсадида қорин бўшлиғига қуйиладиган суюқликлар ва фармакологик воситалар хомиладор бўлишига шароит яратиб беради деган далиллар аниқланмаган, жумладан, амалиётдан кейинги чандиқланишни олдини олиш мақсадида декстран ва кортикостероидлар қўлланилиши натижасида бепушт аёлларда юз берган хомиладорлик 13 та тасодифий текширувлар таҳлилларида аниқланган. Статистика натижаларига кўра, бачадон найларида бажариладиган реконструктив - пластик амалиётлардан кейин чандиқланишга қарши қўлланиладиган дори воситалари хомиладорлик бўлиш эхтимолини оширмайди. Гиалурон кислотаси асосидаги дори воситаларини қўлланилиши чандиқланишни камайтиришга ёрдам беради, лекин бу ҳам амалиётда ўз исботини топмаган [38]. Шу вақтнинг ўзида 2004 йили С.В. Минаев томонидан полифермент дори воситаси вобензимни қорин бўшлиғида чандиқланиш жараёнига қарши мақсадли қўлланилиши кўрсатиб ўтилган. Бу билан беморларда операциядан олдинги даврда бу дори воситасининг қўлланилиши беморларда ўткир хирургик патология билан кечувчи цитокинли статусни меъёрлаштирилиши назарда тутилган [41]. Ҳозирги даврда чандиқли жараёнлар оқибатида юзага келадиган бачадон найлари

қўлланиладиган бовгиалуронидаза азоксимер асосли дори воситаси (лонгидаза, лидаза, аденопросин, химотрипсин, галавит, элакосепт) дан фойдаланиш адабиётларда кўрсатиб ўтилган [42]. Иммунотроп препаратларидан оқилона фойдаланиш умумий қабул қилинган усулларга нисбатан қийинлашганда чандикли жараёнларни кечиши кўрсаткичларини яхшилашга, комплекс даволаш эффективлигини оширишга, асоратларни ва битишмаларни қайталаниш частотасини қисқартиришга ёрдам беради [43]. П.Р. Конинкс (2009) фикрига кўра, чандикланишни бартараф этиш сифатли жаррохлик амалиёти билан бошланиб, қорин бўшлиғини совутиш, диоксид углеродга 3-4% кислородни қўшиш билан қорин пардани кўритишга қаратилган чора тадбирлардан иборатдир, бу эса чандикланишни авж олишини 50%га камайтиради. Хайвонларда ўтказилган бу чора-тадбирларни эффективлик даражаси 90-95%ни ташкил қилади. [37,38]. Кўп муаллифлар бачадон найларига боғлиқ бепуштликни жаррохлик йули билан даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида операциядан кейинги даврда гидротубация ва адгезиолизис мақсадида қайта лапароскопия ўтказишни мақул деб билишади, яъни N. Johnson ва ҳаммуаллифлар (2002), 5та тасодифий текширувларни таҳлилига кўра, операциядан кейинги даврда гидротубация ва лапароскопиядан фойдаланишни кўрсатишади, бу билан хомиладорлик бўлиш эҳтимоли, бачадон ичи хомиладорлигини юзага келиши, тирик болани туғилиши ёки хомила тушиш ҳолати кўрсаткичлари қайтадан режали равишда ўтказиладиган лапароскопияни бўлмаслигига нисбатан қийинлашганда эффективлиги юқори деб ҳисобланади [44]. Лекин бачадон найини интраканаликуляр сабабли бепуштлигида ўтказиладиган реконструктив - пластик амалиётдан кейин операциядан кейинги даврда кимографик пертубация ўтказиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади, бу эса бачадон найини транспорт, секретор ва қисқарувчанлик фаолиятларини яхшилашга ёрдам бериши билан бирга хомиладорлик бўлиш эҳтимолини оширишга хизмат қилади, бу текширув усули N. Johnson ва ҳаммуаллифлар (2002) фикрига нисбатан қийинлашганда операциядан кейинги даврда беморга ҳам иқтисодий, ҳам маънавий, ҳам психоэмоционаллик жиҳатдан қийинчилик туғдирмайди, Врач-аспирант, 16.03.2012й Абдурахманов Б.М. Ҳозирги даврда операциядан кейинги чандикланиш жараёнларини олдини олиш учун турфа усуллар билан бирга барьер усуллардан

ҳам фойдаланиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланилади, яъни гел кўринишидаги дори воситалари чандикланиш жараёнларига ижобий таъсир кўрсатиб, битишмаларни ривожланишига тўсқинлик қилади, амалиёт соҳасида асоратсиз сурилиши билан бирга шу соҳага ялғизланишга қарши таъсир кўрсатиши амалиёт соҳасини тезроқ бирламчи битишига ёрдам беради, бу амалиёт соҳасига қайтадан юборишни тақозо этмайди, қўлланилиши жиҳатидан қулай [45]. Ҳозирги даврда операциядан кейинги чандикланиш жараёнларини камайтириш ва бартараф этишга қаратилган чора тадбирлар устида кўпгина илмий изланишлар олиб борилмоқда. Шу изланишлар натижасига кўра, гиалуронат натрий асосида ишлаб чиқарилган гуардабрид гелини қўллаш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланилади, яъни гуардабрид операциядан кейинги чандикланишни олдини олишга ижобий таъсир кўрсатиши билан бир қаторда клиник реакцияни келтириб чиқармаслиги сабабли кенг миқёсда қўллаш мумкин. Гель қўлланилишига кўра зарарланган соҳага вақтинчалик сунъий барьер сифатида хизмат қилиши, жароҳат юзасини бирламчи битишини таъминлайди. Амалиёт тугашига кўра, асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда дори кутиси очилади ва гел тўлдирилган шприц чиқарилади, гелни жароҳат юзасига юпқа катлам қилиб юбориш дозасини шифокор амалиёт ўтказилган зонага қараб баҳолайди, бу дори воситаси микроорганизмларни ривожланишига озуқа бўлиб хизмат қилмайди, фиброз келтириб чиқармайди, биологик инерт модда бўлиб, кон, экссудат билан қўшилганда таъсир эффективлиги ошади. Операциядан кейин текширув учун 6 ойдан сўнг гистеросальпингография ўтказиш тавсия қилинади [46,47]. Қорин бўшлиғида чандикланиш жараёнлари ўзига хос қийинчилик туғдириш билан бирга бир вақтинг ўзида химоя ва патологик ўзгаришларга сабаб бўлади. Бу жараёнларни бартараф этишга қаратилган чора тадбирлар ҳамон долзарблигича қолмоқда. Бачадон найи-перитонеал бепуштлигини даволаш алгоритмига киритилган чандикланишга қарши дори воситалари ва эндовидеохирургик ҳамда микрохирургик технологияларни ишлатилиши беморларга репродуктив ҳолатини янада шакллантиришга ва қайта чандикланиш жараёнларини қисқартириш ҳисобига қўйилган хомиладорликни юз беришига хизмат қилади [48]. Бачадон найи-перитонеал бепуштлигини реабилитация муаммолари етарлича урганилмаган. Муаммо долзарблигини аниқ тизимга солиш орқали бачадон найи

Литература

- Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии. Гинекология. 2007;9:1:5-7.
- Зайнетдинова Л.Ф. Трубно-перитонеальное бесплодие, ассоциированное с актуальными генитальными инфекциями: патогенез, клинико-иммунологическая характеристика, диагностика и лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск. 2010.
- Эрол Р. Норвиц, Джон О. Шордж. Наглядное акушерство и гинекология. Подред. АйламазянаЭ.К. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
- Bayrak A, Harp D, Saadat P. Paulson Recurrence of hydrosalpinges after cuff neosalpingostomy in a poor prognosis population. Journal of Assisted Reproduction and Genetics. 2006;23:6:285-288.
- AdamsonDavidG. Эндометриоз, бесплодиеи вспомогательныерепродуктивныетехнологии. Проблемы репродукции. 2009;15:5:36-41.
- Ходжамуродова Д.А. Особенности клинического течения и терапии трубно-перитонеального бесплодия у женщин. Вестник Авиценны. 2011;(3)48:70-74.
- Федоренко И.И. Фадеев М.Ю. Роль хламидийной инфекции в развитии бесплодия. Тверской медицинский журнал. 2014;5:92-99.
- Popovici R. Endometriose und Infertilitat. Der Gynakologe. 2009;(42):1:43-49.
- Кульчавеня Е.В., Краснова В.А. Болезни мочевого пузыря. Новосибирск: Наука; 2012.
- Кульчавеня, Е.В., Краснов В.А., Скорняков С.Н., К. Муканбаев К. и др. Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу. Туб. 2013;12:34- 38.
- Чупракова Л.Б., Возякова Т.Р., Еленкина Ж.В., Савинова И.В. Управленческие решения в сфере совершенствования качества диагностики генитального туберкулеза. Тезисы научно-практической конференции. СПб. 2011;319-321.
- Малушко А.В. Туберкулез половых органов как причина бесплодия у женщин. Тезисы научно-практической конференции. СПб. 2011;301-303.
- Корнилова З.Х., Макаров О.В., Каюкова С.И. Проблемы своевременной диагностики туберкулеза женских половых органов. Туб. 2011;3:49-51.
- Манникова Т.Н., Попов А.А., Колесник Н.А., Рамазанов М.Р., Федоров А.А., Барто Р.А., Земсков Ю.В. Использование противоспаечных средств при трубно-перитонеальном факторе бесплодия. Российскийвестникакушера-гинеколога. 2012;4:55-62.
- Яковлева А.А. Особенности диагностики генитального туберкулеза у женщин с первичным бесплодием. Сибирское медицинское обозрение. 2011;6:90-94.
- Вознякова Т.Р., Чупракова Л.Б., Еленкина Ж.В., Иванова Л.Н., Мамчич И.Ю., Рыскова Н.Г. Диагностика генитального туберкулеза и его роль в репродуктивном здоровье женщин. Современная медицина: актуальные вопросы. 2014;29:74-83.
- Овсянникова Т.В., Камилова Д.П., Феоктистов А.А. бесплодного брака. Гинекология. 2009;4:30-33.
- Singh N, Sumana G, Mittal S. Genital tuberculosis. Gynecology and Obstetrics. 2008;(278):4:325-327.
- Современные принципы диагностики и лечения Корсак В.С., Васильева О.Е., Исакова Э.В. Эндометриоз и ВРТ (обзор литературы). Проблемы репродукции. Электронный ресурс. 2006;3.
- Смирнова И.В., Бресский А.Г., Лысенко О.В. Эндомериозассоциированное бесплодие. Охрана материнства и детства. 2011;1-17:63. ОБЗОРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. 2015;4:75.
- Смирнова И.В., Бресский А.Г., Лысенко О.В. Эндомериозассоциированное бесплодие. Охрана материнства и детства. 2011;1-17:63.
- Ходжамуродова Д.А., Анварова Ш.С., Хайридинова С.С. Восстановление нарушений репродуктивной системы у женщин с бесплодием в очагах йодной недостаточности. Доклады академии наук Республики Таджикистан. 2012;(55):2:167-172.
- KorulaGeorge. IndiaJHumReprodSci. 2010;(3)3:121-123.
- Somigliana E etal. IVF—ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas. Oxford J Med женского здоровья. 2011;3:6:5-13.
- Human Reprod Hum Reprod. 2008.
- ВоробьеваЕ.В. Дифференциальныйалгоритмобследованиябесплодныхсупружескихпар. Проблемы
- Крутова В.А., Ермошенко Б.Г. Причины женского бесплодия (обзор литературы). Успехи современного естествознания. 2005;11:16-19.

27. Чулкова А.М., Крутова В.А., Асланян И.Э., Ванян Д.Л., Кириленко С.А., Егорова И.А. Этапная персонифицированная реабилитация в профилактике необратимой инфертильности пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий. Кубанский научный медицинский вестник. 2014;(1)143:179-183.
28. Johnson N. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilization. S. van Voorst MC, A. Strandell, Mol BW. Cochrane Database Syst Rev. 2010;1.
29. Schippert C, Bassler C, Soergel P, Hille U, Hollwitz B, Garcia- Rocha GJ. Reconstructive, organ-preserving microsurgery in tubal infertility: still alternative to in vitro fertilization. Fertility and Sterility. 2010;93(4):1359-1361.
30. Кира Е.Ф. Эволюция репродуктивной хирургии в гинекологии. Акушерство и гинекология. 2007;5:59-62.
31. Ahmad G, Watson AJ, Metwally M. Laparoscopy or laparotomy for distal tubal surgery. A meta-analysis. Hum Fertil. 2007;(10):1:43-47.
32. Ahmad G et al. Barrier agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;2:1-40.
33. Duffy JM, Johnson N, Ahmad G, Watson A. Postoperative procedures for improving fertility following pelvic reproductive surgery. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;2.
34. Дубровина С.О. Патогенез, значение и профилактика перитонеальных спаек в оперативной гинекологии. Гинекология. 2012;(14):3:70-74.
35. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Байлюк Е.Н., Цыпурдеева А.А., Поленов Н.И. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;(2):90-101.
36. Molinas CR, Binda MM, Koninckx PR. Angiogenic factors in peritoneal adhesion formation. Gynecological Surgery Endoscopy. 2010;(30):7:712-715.
37. Конинкс П.Р. Профилактика послеоперационных спаек. Проблемы репродукции. 2009;(3):26-35.
38. Яковлева Н.В. Хирургическое лечение трубного бесплодия: проблемы и решения. Вестник новых медицинских технологий. 2014;21:1:121-127.
39. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Мачанские О.В. и др. Противоспаечные барьеры в эндоскопической хирургии. Под ред. Кулакова В.И. Материалы 5-го Российского форума «Мать и дитя». М. 2003;422-423.
40. Снимщикова И.А., Медведева А.И., Анцупова В.С., Шманева И.А., Круглый В.И., Новикова Е.П., Молчанова А.В. Проблемы патогенеза и лечения спаечных процессов. Ученые записки Орловского государственного университета. Серия «Естественные, технические и медицинские науки». 2008;2:211-217.
41. Минаев С.В. Влияние системной энзимотерапии на течение моделированного спаечного процесса в брюшной полости у крыс. Детская хирургия. 2003;2:28-31.
42. Петрович Е.А., Колесов А.А., Манухин И.Б. Безопасность и эффективность препарата Лонгидаза у больных, страдающих спаечным процессом в малом тазу. Фарматека. Акушерство, гинекология. Педиатрия. 2006;(2)117:15-16.
43. Снимщикова И.А., Анцупова В.С., Медведев А.И. и др. Эффективность локальной иммунокоррекции в комплексном лечении спаечных процессов органов малого таза. Russian Journal of Immunology. 2007;(9):4:63-70.
44. Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Laparoscopic salpingectomy for women with hydrosalpinges enhances the success of IVF. Hum Reprod. 2002;(17)3:543-548.
45. Nappi C. Prevention of adhesions in gynaecological endoscopy. Nappi C., Di Spiezio Sardo A., E. Greco, Guida M., Bettocchi S., Bifulco G. Hum Reprod Update. 2007;4:379-394.
46. Вязьмина К.Ю., Кира Е.Ф., Левчук А.Л. Применение противоспаечных барьеров при миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2009;(4):2:50-52.
47. Цзян Пинг. Отчет о клиническом испытании. Второй филиал больницы при медицинском колледже Вэньчжоу. 2004.
48. Ахмедова, Дилором Ильхамовна, Т. О. Даминов, and Ш. А. Агзамова. "Клинико-диагностические особенности основных синдромов у детей при внутриутробном инфицировании TORCH." Детские инфекции 8.1 (2009): 29-31.
49. Ахмедова, Д. И. "Физическое развитие и состояния здоровья детей, занимающихся спортом." Сб.

тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан (2009): 109-110.

50. Ahmedova, D. I., and Rahimjanov Sh A. Growth. "development of children. Methodical recommendation." (2006): 3-82.

51. Хакимова, Г. Г., et al. "КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО И ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА, ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА." Злокачественные опухоли 10.4 (2020): 5-15.