

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ВАЙСОВ ИСКАНДАР АДХАМДЖАНОВИЧ**

**НАСЛСИЗ НИКОҲ. УРОГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯГА ЧАЛИНГАН  
ЭРКАКЛАР РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯСИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК  
ХУСУСИЯТЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.11 – Дерматология ва венерология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ- 2017**

УДК: 618.177-02+618.12-002-022:579.882+616.697-02+616.98:579.882

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации

Content of the abstract of doctoral (DSc) dissertation

**Вайсов Искандар Адхамджанович**

Наслсиз никоҳ. Урогенитал инфекцияга  
чалинган эркаклар репродуктив функциясининг  
патогенетик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда  
даволашни такомиллаштириш..... 3

**Вайсов Искандар Адхамджанович**

Бесплодный брак. Совершенствование терапии  
с учётом патогенетических особенностей  
репродуктивной функции мужчин  
с урогенитальной инфекцией ..... 29

**Vaisov Iskandar Adkhamdjanovich**

Barren marriage. Improving therapy taking  
into account the pathogenetic features of  
the reproductive function of men  
with urogenital infection..... 53

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 60

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ВАИСОВ ИСКАНДАР АДХАМДЖАНОВИЧ**

**НАСЛСИЗ НИКОҲ. УРОГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯГА ЧАЛИНГАН  
ЭРКАКЛАР РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯСИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК  
ХУСУСИЯТЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.11 – Дерматология ва венерология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ- 2017**

**Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида № Б2017.1.DSc/Tib76 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим тармоғига ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

<b>Илмий маслаҳатчи:</b>	<b>Хаитов Қахрамон Нажмитдинович</b> тиббиёт фанлари доктори, доцент
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Заславский Денис Владимирович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор (Россия Федерацияси) <b>Набиев Талат Абдувахобович</b> тиббиёт фанлари доктори <b>Исхакова Халида Ильхамовна</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкilot:</b>	«С.М.Киров номли ҳарбий-тиббиёт академияси» (Россия Федерацияси).

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти хузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2017 йил «\_\_\_»\_\_\_\_\_ куни соат \_\_\_\_\_даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй. Тел./факс: (+99871)-2623314; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Докторлик (DSc) диссертацияси билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№\_\_сон билан рўйхатга олинган). Манзил:100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй.Тел./факс: (+99871)-2623314.

Диссертация автореферати 2017 йил «\_\_\_»\_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2017 йил «\_\_\_»\_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А. В. Алимов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Э. А. Шамансурова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д. И. Ахмедова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (докторлик (DSc) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра бепушт никоҳнинг учраши турли даражада ўзгариб туради ва ҳамма мамлакатларда унинг сони ортиб бормоқда. Бу ҳолат ушбу ҳудудда жинсий алоқалар орқали юқувчи инфекциялар (ЖАОЮИ)нинг тарқалиши билан узвий боғлиқдир. ЖАОЮИ долзарб тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб, аҳолининг репродуктив саломатлигига жиддий хавф солмоқда. Бепушт никоҳ демографик кўрсаткичларга ҳам сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин. Сўнгги маълумотларига кўра 20-24 ёшдагилар гуруҳида фертилик кўрсаткичи 42%га, 35-39 ёшдагилар гуруҳида эса 92%га камайган<sup>1</sup>.

Мамлакатимизда мустақиллик йилларида аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатишни тубдан ташкил қилиш борасида кенг қамровли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилиб, бу борада кассаликларни самарали даволашнинг замонавий моделлар татбиқ этилди ва сезиларли натижалар кўлга киритилди. Эр-хотинлар жуфтлигида бепуштликни ташхислаш, ўз вақтида даволаш амалиётини қўллаш натижасида касалликнинг ташхислаш сифати 30,8%, даволаш 32-40% гача яхшиланди. Бугунги кунда тиббиётда ҳал қилиниши зарур муаммоларнинг бартараф қилиш, энг аввало «аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ва сифатини оширишга қаратилган тиббиётнинг биринчи бўғини, тез ва шошилишч тиббий ёрдамни янада ислох қилиш натижасида оила саломатлигини мустаҳкамлаш, болларда учрайдиган туғма кассаликларни олдини олишга қаратилган сифатли тиббий хизматдан фойдаланишни кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш орқали уларни тўлақонли ҳаёт фаолиятини тъаминлашга эътибор қаратиш зарурлиги сезилмоқда»<sup>2</sup>. Бундан келиб чиққан ҳолда аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва бепуштликни камайтириш, айниқса ЖАОЮИдан кузатиладиган асоратларни камайтириш алоҳида аҳамият касб қилмоқда.

Жаҳон миқёсида, аҳолининг ЖАОЮИ билан касалланиш, эркакларда сурункали простатитлар, везикулитлар, эпидимитлар ривожланиши, жинсий қобилятсизлик ва никоҳдаги бепуштлик муҳим тиббий ва ижтимоий муаммолардан бирига айланган. Қўзғатувчиларнинг молекуляр-генетик тавсифи, касалликнинг клиник кечиши, ташхиси, профилактикаси бўйича маълумотлар камлиги ушбу касалликлар юзасидан илмий тадқиқотлар олиб боришга асос бўлади. Бу борада ЖАОЮИ ва яширин урогенитал тракт

<sup>1</sup>World Health Organization.Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility (1996) Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. Fertilityandsterility, 65: 821-9.Всемирная организация здравоохранения. (Женева). Основные документы. Перевод ВОЗ. 43-е изд., включая поправки, принятые до 31 декабря 2000 года.- Женева,201.- с.261.

<sup>2</sup>2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси

инфекцияларига боғлиқ бўлган кўшимча жинсий безлар касалликларини эрта ташхис қўйиш, замонавий текшурув усулларни амалиётга тадбиқ қилиш, олиб борилаётган профилактика ва бепуштлика қарши кураш чора-тадбирларни такомиллаштириш, шу мақсадда янги босқичма-босқич даволаш усулларини яратиш, эр-хотин жуфтликларида бепушлик хавф омиллари, таркиби ва ташхислаш хусусиятлари, шунингдек эркаклар бепуштлигида жинсий аъзолар патологик ва физиологик хусусиятларини аниқлаш илмий-тадқиқотларнинг муҳим йўналиши бўлиб қолмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ-1652-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2014 йил 19 февралдаги ПҚ-2133-сон «Соғлом бола йили» Давлат дастури тўғрисида»ги ҳамда 2017 йил 20-июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи<sup>3</sup>.** Бепушт никоҳ, эр-хотинларнинг репродуктив саломатлигига салбий таъсир қилувчи ва бепуштликни келтириб чиқарувчи омилларни аниқлашга йўналтирилган илмий тадқиқотлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан Universitat Heidelberg (Германия), Independent Academic Scholar Magdeburg (Германия), Cliniques Universitaires Saint-Luc Catholic university of Louvain (Бельгия); Hospital St.Antoin, Assistance Publique-Hopitaux de Paris and University Paris (Франция), Medical University (Австрия), Clinica Obstetrica e Ginecologia (Италия); University of California, San Francisco (АҚШ); Bristol Centre For Reproductive Medicine (Буюк Британия); University of Chicago (АҚШ), University of Manitoba, Winnipeg MB (Канада), Дерматовенерология ва косметология давлат илмий маркази (Россия Федерацияси) ва Республика ихтисослашган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўзбекистон Республикаси)да олиб борилмоқда.

Эр-хотин жуфтлигида бепуштликнинг сабабларини аниқлаб ва даволашга йўналтирилган илмий тадқиқотлар юзасидан қатор, илмий

---

<sup>3</sup>Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: [http://www.hivrussia.ru.](http://www.hivrussia.ru;); [http://www.hivnat.org.](http://www.hivnat.org;); [http://www.uchicago.edu.](http://www.uchicago.edu;); [http://link.springer.com.](http://link.springer.com;); [http://mosors.narod.ru.](http://mosors.narod.ru;); [http://dermatology.ucsd.edu.](http://dermatology.ucsd.edu;); [http://hivinsite.ucsf.edu.](http://hivinsite.ucsf.edu;); <http://www.cdc.gov/>; [www.amrita.edu.](http://www.amrita.edu;); [https://www.amrita.edu.](https://www.amrita.edu;); <http://umanitoba.ca>; <http://www.mathnet.ru.>; <http://www.ssmu.ru.>; <http://www.ksma.ru.>; <http://www.rudn.ru.>; <http://patient.ncagp.ru.>; <http://www.tma.uz> ва бошқа манбалари асосида амалга оширилган.

натижалар олинган, жумладан: бепушт аёлларда бачадон ва бачадон найларининг туғма аномалиялари аниқланган (Clinica Obstetrica e Ginecologia, Италия); репродуктив тизимнинг туғма ва орттирилган нейроэндокрин регуляциясининг бузилиши аниқланган (National Center For Infection Diseases, АҚШ); эркакларда сперматозоидларнинг ҳосил бўлиши, етилиши ёки уруғлантирувчи хусусиятларининг бузилиши аниқланган (Medical University, Австрия); эркакларда жинсий ёки эякулятор (уруғотилувчи) фаолияти бузилишлари аниқланган (Bristol Centre For Reproductive Medicine, Буюк Британия).

Бугунги кунда бепуштликни келтириб чиқарувчи кўзғатувчиларни молекуляр-генетик тавсифи ва уларнинг жинсий аъзолар касалликларида клиник-морфологик ахамиятини аниқлаш, профилактика самарадорлигини ошириш бўйича жаҳон миқёсида қатор, жумладан куйидаги устувор йўналишларда илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда: хужайралар ичида ривожланувчи инфекцияларнинг патогенетик ролини аниқлаш; ЖАОЮИ молекуляр-генетик хусусиятларини аниқлаш; сурункали жинсий аъзолар касалликларида кўзғатувчилар элиминациясига таъсир этувчи янги дори воситаларини ишлаб чиқиш; эр-хотинлар бепуштлигини эрта ташхислаш ва даволашнинг янги самарадор усулларини ишлаб чиқиш.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнгги йилларда дунёда ЖАОЮИнинг ўсиб бориши кузатилмоқда. Турли мутахассислар (акушер-гинекологлар, дерматовенерологлар, урологлар ва бошқ.) томонидан бепуштликни тадқиқотига бағишланган текширувлар шуни кўрсатмоқдаки, репродуктив аъзолар патологиялари ўзгача кечиб, ўтказилаётган даволаш самараси кам бўлмоқда (Jose P. Carrascosa, et all., 2017, Cabar F.R., 2016, Salehi Z., 2016, Mkrtchyan H.V.et. all., 2017, Коробков Д.М., 2016, Красносельских Т.В., 2016, Сасина В.И., 2017, Гайсина А.Р., Галимов К.Ш., 2017, Павлов В.Н. ва бошқ., 2016, Тер-Степанян М.М., 2017, Акышбаева К.С. ва бошқ., 2017).

Ўзбекистонда латент кечувчи сурункали простатитлар, везикулитлар, эпидидимитлар ва уларнинг бепуштлик, жинсий бузилишлар кўринишидаги асоратлари учрашининг ортишини авторлар жинсий йўл билан юқадиган, кўпинча яширин инфекция бўлган янги авлод инфекцияларининг аниқланиши билан боғлайдилар (Абидов А.М., 2012). Кўп авторлар эркакларда ЖАОЮИ келтириб чиқарган сийдик-таносил аъзолари касалликларининг ортишини ижтимоий омиллар билан боғлайдилар, яъни аҳоли миграцияси, урбанизацияси, жинсий фаолликнинг ортиши, бетартиб жинсий алоқалар, моддий танқислик, микробга қарши воситаларга резистентлик ва бошқалар (Сабиров У.Ю., 2008, Алиева Д.А., 2013, Мирсаидова М.А., 2016). Сийдик-таносил йўлининг ЖАОЮИ билан боғлиқ яллиғланишли касалликлари кўпроқ жинсий фаоллик давридаги эркаклар ва аёлларни шикастлайди. ЖАОЮИ асоратлари беморларни меҳнат лаёқатини йўқотишга, бепуштликка, аёлларда эса ҳомиланинг она қорнида инфекция билан зарарланишига, бола тушишига, ўлик туғилишга олиб келади (Порсоханова Д.Ф., Абидов А.М., 2012; Мирсаидова М.А., 2016). Простата

бези, уруғ пуфакчалари, мойк ўсимталари шикастланишининг объектив ва субъектив белгиларининг турли-туманлиги уларни ташҳислашни қийинлаштиради, умум қабул қилинган клиник ва лаборатор усуллар ҳар доим ҳам яллиғланиш жараёнини аниқлашга имкон бермайди.

Простата бези секретари бактериялар флорасининг ЖАОЮИ аҳамияти ҳақида баҳс-мунозаралар кенгаймоқда (Раҳматов Н.И. 2009, Асадов Х.Д. 2009, Эшбаев Э.Х. 2010). Инфекцион простатитлар, везикулитлар, эпидидимитлар ва уларнинг асоратларини даволаш замонавий тиббиётнинг долзарб ва мураккаб муаммоларидан бири эканлиги тан олинмоқда. Антибиотикларни кенг қўллаш беморларни этиотроп даволашда қийинчиликлар туғдириб, микроорганизмлар резистентлигининг ортисига олиб келади (Набиев Т.А., 2012, Мухамедов И.М. ва бошқ., 2007, Эшбаев Э.Х., 2010).

Юқорида келтирилган маълумотлар шуни таъқазо қиладики бепуштлигимавжуд бўлган ЖАОЮИ билан касалланган беморларда ташҳислаш ва даволашнинг янги усулларини қўллаб, улардаги простатитларни, везикулитларни, эпидидимитларни эрта ташҳислаш, касаллик эпидемиологияси, этиологияси, патогенези ва клиникаси хусусиятларини мақсадли йўналтирилган ҳолда аниқлаш заруратини кўрсатади ҳамда муаммонинг долзарблиги ва амалий жиҳатдан муҳимлигини белгилайди.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент педиатрия тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режаларига мувофиқ А-9-074 «Тижорат мақсадида жинсий алоқа билан шуғулланувчи аёллар орасида жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар профилактикаси» (2006-2008йй.) мавзусидаги лойиҳа асосида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** эр-хотин жуфтликларида бепуштлиқ хавф омиллари, таркиби ва ташҳислаш хусусиятлари, шунингдек эркаклар бепуштлигида жинсий аъзолар патологик ва физиологик хусусиятларини аниқлаш орқали даволашни такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

аёлларнинг репродуктив тизим ҳолати, бепуштлиқ даражаси ва ривожланиши хавф омилларини ретроспектив таҳлиллаш;

аёллар ва эркаклар бепуштлиги сабабларини эр-хотин жуфтлиги таркибида проспектив аниқлаш;

эр-хотинлар хулқ-атворининг ЖАОЮИлар юқишига ва репродуктив аъзолар зарарланиши даражасига таъсирини аниқлаш;

бепушт эркаклар урогенитал йўлида касаллик кўзғатувчиларининг аниқланиш даражасини баҳолаш;

*trichomonas vaginalis*ни клиник-микробиологик аниқлаш ва ташҳислаш усулини асослаш ҳамда трихомониаз касаллигининг даволаш тактикасини такомиллаштириш;



эркаклар ЖАОЮИ да жинсий безлар касалликлари ва сперматологик ўзгаришлари хусусиятларини аниқлаш;

бепушт эркакларда репродуктив асоратларни ПИЛН билан комплекс даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ЖАОЮИни ташхислаш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида никоҳда бепушт бўлган 2196 нафар аёллар касаллик тарихи, никоҳда бепушт бўлган 500 нафар эр-хотин жуфтлиги ва ижтимоий салбий мақомдаги 433 нафар аёллар текширилди.

**Тадқиқотнинг предмети** эркак ва аёллар периферик қони, репродуктив аъзолари спермаси ва микрофлораси микробиологик таҳлиллар учун олинди.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Умумклиник, микробиологик, морфологик, электрон микроскопик ва статистик тадқиқот усуллардан фойдаланилди.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат: касалликнинг илк юқиши ва бепуштликнинг ривожланишида эркакларнинг роли, аёлларга инфекциянинг юқиши ва репродуктив аъзолар шикастланиши даражаси аниқланган;

аёллар бепуштлигида обтурацион асоратлар, бирламчи бепуштликда-ЖАОЮИ, иккиламчи бепушликда эса туғруқдан ва абортдан кейинги асоратлараниқланган;

бепушт эркаклар инфертиллигида сперманинг патологик ўзгаришлари, варикоцеле, уруғ чиқарувчи йўллар обструкцияси, қўшимча жинсий безлар касалликлари эканлиги исботланган;

бепушт эр-хотинлар микст-инфекциялари ичида трихомонада ва хламидия қўзғатувчиларининг учраш даражаси аниқланган;

уруғда сперматозоидлар миқдорининг камайиши, айниқса аралаш инфекцияли беморларда эса уларнинг ҳаракатчанлигининг кескин сустлашуви аниқланган;

илк бор бепушт эркакларда паст интенсив лазер нурлантириш усулини қўллаш орқали яллиғланиш жараёнини, дориларга боғлиқликни, сперма меъёрлашувини ва репродуктив фаолиятни тикланиши аниқланган;

илк бор бепуштликда ПИЛН таъсирида сперматозоидларнинг фаол-ҳаракатчан, морфологик нормал, яшашга қобилиятли шакллари миқдори ортиши касалликнинг илк юқиши ва бепуштликнинг ривожланишида эркакларнинг роли, аёлларга инфекциянинг юқиши ва репродуктив аъзолар шикастланиши даражаси аниқланган;

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

бепушт эр-хотинлар репродуктив аъзоларининг шикастланишида, ЖАОЮИ ва йўлдош урогенитал инфекциялар эпидемиологик аҳамияти аниқланган ҳамда улар патогенезида трихомонада ва хламидия инфекцияларининг етакчи роли асосланган;

ташхислаш самарадорлигини оширишда клиник материални эркаклар сийдик-таносил йўлининг турли соҳаларидан олиш зарурати асосланган, ЖАОЮИ ташхислаш ва босқичма-босқич даволаш алгоритми ишлаб чиқилган;

сурункали трихомониазли эркаларда этиотроп даволашдан аввал ва кейин йўлдош носпецифич бактериял флорасини ташхислаш ва коррегирлаш асосланган;

вирусли ЖАОЮИ беморларни даволашнинг самарали ва қулай усули биргаликда СО<sub>2</sub> лазер ва ПИЛН қўллашишлаб чиқилган;

ЖАОЮИ ва УГИли бепушт эркаларда сурункали простатит, везикулит, эпидидимитни ташхислаш ва комплекс даволаш алгоритми яратилган;

бепушт эркалар бел соҳаси ва мойк ортиқлари зонасида паст интенсив лазерли нурлантириш усулини қўллаш яллиғланиш жараёнини камайитириши ҳамда спермограмма кўрсаткичларини меъёрлаштириши исботланган;

ёшларнинг профилактик кўриклари босқичида уларнинг репродуктив хулки, ижтимоий келиб чиқиши ва ўтказган касалликлари анамнези орқали репродуктив саломатликни баҳолаш ва потенциал бепуштликни аниқлаш бўйича хавф гуруҳини шакллантириш зарурлиги асосланган;

ёшлар орасида маълум хулқий омиллар - жинсий ҳаёт бошланишини кечиктириш, жинсий алоқа қилувчи шахслар сонини камайитириш, контрацепция усулларида фойдаланишни шакллантириш орқали бепуштликнинг олдини олишда ЖАОЮИ бирламчи профилактикаси муҳимлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги** ишда қўлланилган ёндошув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлари билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти бепушт никоҳ ва эркалар репродуктив функцияси бузилиши, унинг патогенетик хусусиятлари ва келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш республикада келажакда чуқур тадқиқотлар олиб бориш учун замин яратган. Бепушт эр-хотинларда аниқланган ЖАОЮИ – уларнинг тури, таъсир механизми, жинсий аъзоларда келтириб чиқарадиган анатомик-функционал ўзгаришлари бўйича тадқиқотлар ушбу патологияни патогенезининг янги жиҳатларини аниқлаш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти, тадбиқ этилган бепушт эркаларни ташхислаш ва даволаш алгоритми шифохона ташхислаш ва даволашнинг оптимал вариантини танлашга замин яратган. Бу эса жинсий аъзолар касалликлари - ЖАОЮИни эрта ташхислаш ва даволашга янгича ёндошувларни ишлаб чиқиш ҳамда бепуштликни олдини олишга хизмат қилади. Жорий қилинган ПИЛН усули орқали беморнинг урогенитал йўлидаги яллиғланишни олдини олади ва йўлдош бактериял инфекцияларни

даволаш орқали уруғдаги сперматозоидлар патологик шакллари сонининг камайиши ва уларнинг ҳаракат фаоллигини орттириш имконини беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Бепушт никоҳ, урогенитал инфекцияли эркаклар репродуктив функциясининг патогенетик хусусиятлари асосида даволашни такомиллаштириш буйича олинган илмий натижалар асосида:

ЖАОЮИни эрта аниқлаш, никоҳда бепуштлик ривожланишини прогнозлаш, шунингдек даволашни такомиллаштириш буйича олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Эр-хотинларни ЖАОЮИга дастлабки текширувларнинг тамойиллари» мавзусидаги услубий қўлланма тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 01 февралдаги 8Н-д/1-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма ЖАОЮИни эрта ташхислаш, клиник кечишини ва асоратлари ривожланишини аниқлаш ҳамда касалларнинг 1/5 қисмида унинг олдини олишга имкон яратади;

ЖАОЮИ ва бепуштликнинг ташхис мезонлари, уларни даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш буйича тадқиқот натижалар соғлиқни сақлаш тизимида, жумладан Республика ихтисослаштирилган илмий амалий дерматология ва венерология тиббиёт маркази клиникаси, Республика ихтисослаштирилган илмий амалий акушерлик ва гинекология тиббиёт маркази клиникаси, Республика тери таносил клиник шифохонаси ва Тошкент вилоят тери таносил диспансери амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 01 февралдаги 8Н-д/1-сон маълумотномаси). Жорий қилинган натижалар бирламчи бўғин шифокорлари томонидан ЖАОЮИни олдини олиш ва эрта ташхислаш ва даволашни оптималлаштиришда кенг фойдаланилмоқда. Инфекцияларни эрта ташхислаш, даволашда антибиотикларга сезгирлик аниқлаш орқали бепушт эр-хотинларда репродуктив асоратларидан даволаш муддатини 3-4 кунгача қисқартириш, фарзанд кўриш имкониятини яратади.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан 2 та халқаро ва 10 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси буйича жами 35та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрлар 34 мақола, жумладан 21таси республика ва 2таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, олти боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 191 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқот мақсад ва вазифалари, объекти ва предметлари

аниқланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси Фан ва технологиялар тараққиётининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробацияси натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Бепушт никоҳ ижтимоий ва табиий демографик муаммо**» деб номланган биринчи бобида бепуштлик ва ЖАОЮИ ташҳисоти ва патогенези, этиологияси, бепушт никоҳда эркаклар ва аёллар репродуктив аъзолари функционал ҳолатининг хусусиятлари ҳақидаги замонавий маълумотлар таҳлил қилинган ва уларни даволашнинг замонавий усулларининг қиёсий таҳлили берилган. Тиббиётда лазер технологияларини қўллаш ва ривожланиш тарихи баён этилган.

Диссертациянинг «**Бепушт никоҳда эркаклар ва аёллар репродуктив аъзолар ва ЖАОЮИни ташҳислаш усуллари**» деб номланган иккинчи бобида материал ва уч босқичли тадқиқот усуллари баён этилган:

1-босқич - касаллик тарихи ва аёлларнинг мурожаати бўйича ретроспектив таҳлил материаллари асосида эр-хотинларда бепушт никоҳ тузилишини, шунингдек фақат никоҳда яшовчи аёлларнинг жинсий саломатлиги ва ЖАОЮИ ни, никоҳдан ташқари алоқаларга киришувчи ва тижорат жинсий алоқалари билан шуғулланувчиларни ўрганиш.

2-босқич - бепушт никоҳда эр-хотинларнинг репродуктив аъзоларига патоген шартли патоген бактериял флоранинг таъсирини ўрганиш, уларни ташҳислаш ва даволаш усулларини оптималлаштириш.

3-босқич- бактериял флора ва ЖАОЮИ билан боғлиқ бепушт никоҳдаги эркакларда сперманинг бўзилиши ва қўшимча жинсий безлар ҳолатини ўрганиш, ЖАОЮИ ва бепуштликдан азият чекаётган шахсларни комплекс баҳолашда ПИЛН ва СО<sub>2</sub> лазер самарадорлигини баҳолаш.

Аёллар бепуштлиги тизимини аниқлаш мақсадида 2005 йилдан 2007 йилгача бепуштлик муаммосида А ва Г РИИАТМ клиникасига мурожаат қилган 2196 аёлнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Бепуштлик муаммосини ўрганиш учун А ва Г РИИАТМ 500 бепушт эр-хотиннинг ва Тошкент шаҳар ҳамда Тошкент вилояти ИИК бўлган 433 ижтимоий салбий ҳолатли аёлнинг ретроспектив текшируви ўтказилди. Оилада бепуштлик 2 йилдан 15 йилгача ораликда бўлган.

Эр-хотинларда сийдик-таносил аъзоларини текшириш ва ЖАОЮИни аниқлаш УзРССВ буйруқлари билан тасдиқланган стандартларга мос равишда ўтказилади, бепуштлик тузилишини ўрганиш учун асосий ҳужжат инсон репродукцияси бўйича тадқиқотлар дастури учун ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган бепушт жуфтни текширишнинг стандартлаштирилган баённомаси бўлди.

ЖАОЮИни юқтириш эҳтимолига ва аёлларнинг репродуктив аъзолари ҳолатига ижтимоий ҳолат ва жинсий фаолликнинг таъсирини ўрганиш учун аёлларни киёсий текшириш ўтказилди.

1-гуруҳ-ЖАОЮИ билан бирга кечучи бепушт аёллар.

2-гуруҳ- ЖАОЮИнинг клиник-лаборатор белгиларисиз бепушт аёллар.

3-гуруҳ- стационар шароитда текширилган 1 йилдан кам бўлмаган муддатда мукофотланишлар эвазига жинсий хизмат кўрсатувчи аёллар.

Назорат гуруҳи- ЖАОЮИ бўлмаган доимий партнёрга эга бўлган 20 нафар аёл.

Мурожаат бўйича бепушт никоҳ тузилишини ўрганиш учун инсон репродукцияси бўйича тадқиқотлар дастури учун қабул қилинган ЖССТнинг текшириш баённомасидан фойдаланилди, у 2 қисмдан иборат: 1-эркакларни текшириш; 2-аёлларни текшириш.

Эркаклар бепуштлигини ташҳислашда асосий 3-5 кунлик жинсий тутиб туришдан кейин эякулятни ўрганиш бўлди. Сперма мастурбация орқали олинди. Спермани таҳлил қилиш сперматозоидларни ва уруғ суюқлигини қуйидаги макро-микроскопик ва биокимиёвий кўрсаткичлар бўйича текширишларни ўз ичига олди:

-сперматозоидларни морфологик баҳолаш уларни азурэозин билан бўяш кейин турли шаклларнинг фойиздаги таркибини ҳисоблаш билан олинган эякулятнинг иккитадан намунаси текширилди.

-жинсий йўлда яллиғланиш жараёнларини аниқлаш учун уретра суртмасининг микроскопик текшируви сперма ва простата соқининг бактериал тешируви ўтказилди.

-бепуштликнинг иммунологик омилини исботлаш мақсадида антиспермал ауто антителалар даражаси аниқланди. Олинган маълумотлар асосида ЖССТ экспертлари гуруҳи таклиф этган диагностик мезонлар реестрига мувофиқ равишда ташҳис қуилди.

Аёллардаги бепуштликни ташҳислаш АваГ РИИАТМ клиникасида ўтказилди. Акушер-гинеколог томонидан аёлларни гинекологик текширувдан кейин, текшириш учун материал цервикал каналдан, анал тешиқдан ва киннинг орқадаги гумбазидан олинди.

Эр-хотинларда ЖАОЮИни аниқлаш комплекс равишда текширувнинг стандарт усуллари қуллага ҳолда ўтказилди:

- Суртама бактериоскопияси ва сийдик-таносил аъзолари ажратмалари ва простата беzi секретини бактериологик текшириш. Суртмаларни бўяшни Грам бўйича гематоксилин ва эозин билан Романовский-Гимза бўйича (хламидияларга), шунингдек метилен яшили (трихомонадаларга) билан амалга оширилди.

- Беморлар ва назорат гуруҳи шахсларни қонининг сифилисга, ВИЧ инфекцияга, токсоплазмоз ва HBS-антигенларга серологик текшируви.

- ИФА, ПИФ усули билан «НПФ ЛАБ диагностика» Москва ш. диагностик антителалари ёрдамида билан *Gardnerella vaginalis*, *U.urealiticum*, *M.hominis*, *Ch.trachomatis* ни идентификациялаш.

- ПЦР *Chlamydia trachomatis* ва *Ureaplasma urealyticum* (алохида беморларга) белгиланди.

- Ички жинсий аъзолар УТТ.

- Микробиологик текширув ЖАОЮИли 80 эркада ва 125 аёлда (20 нафар соғлом ва 105 нафар ЖАОЮИ хавф гуруҳидаги 15 нафар аёл) ўтказилди. Тадқиқотлар ТТА микробиология кафедрасининг микробиологик лабораториясида (кафедра мудирлари проф. Мухамедов И.М) «Феникс инернешнл ЛТД» узбек-америка корхонаси «Hi-media» компаниясидан олинган юқори селектив муҳинли қўллаган ҳолда ўтказилди.

- сперматозоидларни ўрганиш учун проф. И.М. Байбеков томонидан модификацияланган (НЦХ, директор Ф.Г. Назиров) препаратларни СЭМ учун тайёрлаш усулидан фойдаланилди. Хламидиоз бўлган бепушт никоҳдаги 38 беморнинг эякуляти ва жинсий аъзоларида патологияси бўлмаган 8 бемор (назорат) ўрганилди.

Препаратлар «Hitachi s-405a» микроскопида текширилди, расмлар микроскоп монитори экранидан «Canon» рақамли фотокамера ёрдамида олинди. Микрорасмлар Computek Pentium IV Windows XP компьютерида компьютер ишловидан ўтди.

Диссертациянинг «**Бепуштлик ривожланишига хавф омилларининг таъсири**» деб номланган учинчи бобида бепушт аёлларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлилнинг натижалари келтирилади, у бирламчи бепуштликни 1412(64,3%) ва иккиламчи бепуштликни 784(35,7%) аёлларда аниқлади. Аёлларнинг ўртача ёши  $24,6 \pm 1,1$  ёш. 76,3% аёлларда – най-перинатал бепуштлиги, 35,7% аёлда – эндокрин бепуштлик ва 8,5% аёлда иммунологик бепуштлик аниқланди.

54% аёлда бир ёки бир нечта ЖАОЮИ мавжудлиги аниқланди (хламидиялар, уреоплазмалар, трихомонодлар, гонококклар). 46,8% аёлда инфекция бирламчи бепуштлик билан ва 59,7% аёлда иккиламчи бепуштлик билан бўлди. Бунда энг кўп хламидиялар, уреоплазмалар ва уларнинг бирга кечиши, шунингдек уларнинг бошқа инфекциялар билан комбинацияси аниқланди. Трихомонодлар 12,5% да ва гонококклар 4,4% да аниқланди.

ЖАОЮИ бўлган бепушт никоҳдаги 260 аёлнинг турмуш ўртоқларини текшириш натижаларининг таҳлили эр-хотин жуфтлигида симметрик инфекция мавжудлигини кўрсатди. Бирламчи ва иккиламчи бепуштлик бўлган аёллар анамнезида оператив аралашувлардан бир хил частота билан аппендектомия ва чов чурраси аниқланди. Иккиламчи бепуштлик бўлган аёлларда ўтказилган абдоминал ва гинекологик операцияларнинг (аднексэктомия, тубэктомия, диагностик кириб олишлар ва абортлар, ДЭЖ эрозиялар ш/м) юқори частотаси аниқланди. Бачадон найи ўтказувчанлигининг бузилиши иккиламчи бепуштликда 58% аёлларда, бирламчи бепуштликда 34% аёлларда аниқланди. Бепушт никоҳдаги аёлларда хавф омилларидан ЖАОЮИ, ВЗОМТ, эдометриоз ва эндокрин бузилишларидан ташқари кўпинча бу омилларнинг турлича бирикиб келиши рўйхатга олинди.

Диссертациянинг «Этиологик омиллар ва бепушт никоҳ тузилиши» деб номланган тўртинчи бобида бепушт никоҳда яшаётган 500 аёлнинг проспектив текширувлари натижалари ёритилган. Уларнинг 88,6%да бир ёки бир нечта ЖАОЮИ (хламидиялар, уреоплазмалар, трихомонадлар, гоноккоклар) мавжудлиги аниқланди. Бунда вирусли инфекция (ВПГ, ЦМВ), шунингдек уларнинг комбинацияси иккиламчи бепуштлик бўлган ҳамма аёлларда аниқланди. (1-жадвал).

**Бепушт никоҳдаги аёлларда аниқланган, жинсий йўл оркали юкадиганинфекциялар (% , M±m)**

Инфекциялар	Бирламчи бепуштлик, n=328	Иккиламчи бепуштлик, n=172	Жами, n=500
Аниқланган ЖАОЮИ-лар	82,6±2,1	172 (100%)	88,6±1,4
Жумладан			
<i>Chlamydia trachomatis</i>	40,8±2,7	51,2±3,8	50,7%±2,2
<i>Trichomonas vaginalis</i>	11,6±1,7	50,6±3,8	25,0±1,9
<i>Mycoplasma hominis</i>	21,6±2,3	23,8±3,2	20,7±1,8
<i>Gardnerella vaginalis</i>	36,6±2,6	33,7±3,6	31,2±2,1
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1,2±0,6	27,9±3,3	4,4±0,9
<i>Herpes simplex</i>	78,0±2,4	98,8±0,8	85,2±1,6
<i>Cytomegalovirus</i>	74,4±2,3	86,0±2,6	78,4±1,8

Никоҳда бўлган 500 аёлнинг турмуш ўртоқларининг текшируви, эркакларда тез-тез симметрик инфекцияни аниқлади. Эркаклар (56%) ўйлангунга қадар никоҳдан ташқари жинсий алоқаларга кирганлигини айтдилар, ва 87,2% буни ўйлангандан кейин ҳам давом эттирганлар. Уретрадан шиллиқ-йирингли ажратмалар симптомлари 264(52,8%) эркакларда аниқланди, лекин фақат 84(16,8%) эркак илгари ўтказилган гонорея ва трихоминозни кўрсатдилар.

Акушер-гинеколог томонидан ўтказилган бепуштлик бўлган 460 аёлнинг клиник текширувлари натижаларининг таҳлили аниқланди: эндокрин бепуштлик 19,5% аёлларда; сперматозоидлар ва туҳум ҳужайралар транспортига тўсқинлик қилувчи (29,3%) бачадон найларининг органик шикастланишлари. Бачадон найи ўтказувчанлиги бузилишлари купинча эндометрит ва эндоцервицит билан биргаликда келди, иккиламчи бепуштлик бўлган беморларда улар кўпинча туғриқдан кейинги ва абортдан кейинга асоратлар билан боғлиқ бўлиб, улар бачадон найларнинг окклюзион шикастланишларни келтириб чиқарди. Бирламчи бепушт аёлларда най ўтказувчанлиги бузилишининг сабаби жуда тез-тез ЖАОЮИ бўлди. Эркаклар фертиллигини ташхислашда сперматограмманинг нормал кўрсаткичлари (адекват жинсий фаолиятда) бузилмаган уруғлантирувчи қобилят ҳақида гувоҳлик беради, агар кўрсаткичлардан жуда бўлмаса биттасида оғиш бўлса инфертилликнинг сабаби бўлиши мумкин.

Текширувдан ўтказилган 500 эркекнинг 295(59%) нафарида сперма кўрсаткичлари нормал, 205(41%) нафарида оғишлар бўлди. Улардан 24(4,8%) кишида сперматозоидлар топилмади, 181(36,2%) нафарида эса патоспермиянинг турли вариантлари бўлди.

Эркеклар инфертиллигининг етакчи омили қуйидагилар бўлди: варикоцеле (9,6%), уруғташув йўлларининг абструкцияси билан қушимча жинсий безларнинг яллиғланиши касалликлари (3,8%) ва идиопатик патоспермиянинг вариантлари: астенозооспермия (7,2%) ва олигозооспермия (8,4%).

Ривожланган мамалакатлар марказлари натижалари билан эркеклар бепуштлигини тузилишининг таҳлил натижаларини киёслаш мумкин, олинган натижаларнинг фарқи шундан иборатки, бизнинг беморларимизда нормоспермия анча юқори (59%).

Диссертацияни «**Бепушт никоҳдаги оилавий жуптлик репродуктив аъзолари фаолиятига микрофлора ва ЖАОЮИнинг таъсири**» деб номланган бешинчи бобида жинсий фаолликнинг инфицирланиш даражаси ва аёллар репродуктив аъзолари ҳолатига таъсири ўрганилди.

19 дан 28 ёшгача бўлган аёллар текширув натижаларининг киёси ўтказилди: 1-гурух-ЖАОЮИли бепушт никоҳдаги аёллар; 2-гурух-ЖАОЮИнинг клиник-лаборатор белгиларисиз бепушт никоҳдаги аёллар; 3-гурух- мукофотланишлар эвазига жинсий ҳизмат кўрсатувчи аёллар; 4-гурух-назорат.

ЖАОЮИ сиз бепушт аёлларда урогенитал йўлининг турли қисмларининг шикастланиши ва инфецирланиш характери (2-гурух) назорат гуруҳининг соғлом аёлларигида деярли бир ҳил бўлди ва сезиларли фарқланмади. ЖАОЮИли бепушт аёлларда (1-гурух) тез-тез жинсий аъзоларнинг ўткир кечувчи яллиғланишли касалликлар аниқланди, ЖАОЮИ сиз аёлларда эса (2-гурух) тез-тез бирламчи бепуштлик, уч марта кўпроқ эндокрин патология, турли хирургик аралашувлар, вирусли гепатит ва болалар ёшидаги ўткир вирусли инфекциялар аниқланди.

Мукофотлар эвазига жинсий алоқа қилувчи аёлларнинг 3-гурухида текширилганларнинг 100%-ида ЖАОЮИ мавжудлиги, шу жумладан иккиламчи яширин сифилис 7,5%-ида, гонорея 22,5%-ида, трихомонодлар 77,5%-ида, хламидия, уреплазма, кандидлар ва уларнинг бирга келиш ҳамма шахсларда аниқланди. Ҳамма гуруҳлардан текширувдан ўтган аёлларда топик ташҳис урогенитал йўлининг турли соҳаларининг патологик жараёнга жалб этилиши билани характерланди, бироқ у никоҳдан ташқари алоқалар билан шуғулланадиган 3-гурух ёлларида бир неча марта кўпроқ (2-жадвал).

Урогенитал инфекцияларнинг клиник намоён бўлиши кўпинча бир типли характерга эга бўлди ва «ажрашмалар синдроми» номига мос келди.



## 2-жадвал

### Турли ижтимоий гуруҳ аёлларида репродуктив бўзилишларнинг топик ташҳиси

№		1-гуруҳ	3-гуруҳ	Назорат
1.	Эндоцервицит	86,3%	92,5%	15%
2.	Кольпит	63,4%	85%	15%
3.	Уретрит ва цистит	44,4%	85%	10%
4.	Эндометрит	60,2%	82,5%	10%
5.	Сальпингоофорит	18,4%	72,5%	10%
6.	Бачадон бўйинчасидаги эрозия	16,4%	60%	10%
7.	Ҳайз кўриш функциясининг бузилиши	13,4%	47,5%	5%

Микробиологик текширувлар кўрсатдики, 3-гуруҳ беморларда кин микрофлорасида лакто- ва бифидобактерияларнинг таркиби бепушт никоҳдаги аёлларидагига қараганда уч қаторга паст, Ph нинг нейтрал қийматлари аниқланади, факультатив микроорганизмларнинг дрожели замбуруғларнинг таркиби микдори ортади, гарднереллалар, микоплазмалар, уреоплазмалар экилади.

Никоҳда бепушт аёлларда жуда тез-тез *Chlamydia trachomatis* (50,7%-ида) ва *Trichomonas Vaginalis* (25,0%-ида) аниқланди.

Лекин никоҳда бепушт бўлган вулвовагинал трихомониазли 82 аёлнинг турмуш ўртоғи текширилганда улар эркакларнинг фақат 50(60,9%-ида) нафаридан трихомонадлар аниқланди.

Бунда трихомониазли эркакларда микроскопик ва культурал текширилганда *Trichomonas Vaginalis* 48% да фақат уретрада *Trichomonas Vaginalis* фақат эякулята 30% беморда эса ҳам уретрада ҳам эякулятда аниқланди.

Натижаларни киёслаш кўрсатдики. Бўялган суртмаларнинг ёруғликли микроскопияси трихомониазли эркакларнинг яримидан камида трихомонадларни топиш имконини берди. Материални озуқа муҳитига экиш уретрада трихомонадаларнинг сурта микроскопияси билан киёсланганда 72% ва эякулятда 52% 2-5 марта кўпроқ аниқлашини таъминлади.

Бепушт никоҳдаги эркакларда трихомониазни культурал ташҳислаш натижалари бир ҳужайралиларнинг нафақат уретрада, балки простата-визикүляр комплексда ҳам мавжудлигини кўрсатди.

Трихомониазли 50 нафар эркакнинг уларда бошқа ЖАОЮИ мавжудлигига (*C.Trachomatis*, *N.gonorrhoeae*, *U.urealyticum*, *M.genitallium* ва бошқалар) текширувлари санаб ўтилган кузғатувилар бепушт эркакларда анча кўп ко-инфекция кўринишида учрайди. Трихомониазли эркаклар урогенитал йўлида моно-инфекция 22,0±5,9% беморда, микс-инфекция эса 78,0±5,9% беморда аниқланди. Жуда тез-тез трихомонадлар хламидиялар билан бирга келди (64%). Шунинг учун бепушт эркакларда трихомонадларни аниқлаш

репродуктив йўлида бошқа УГИнинг мавжудлигини лаборатор текшириш билан тўлдирилиши керак (1-расм), уларни топиш аралаш-жинсий инфекцияли беморларни этиотроп даволаш муҳим коррекциялашни талаб қилади.



**1-расм. Бепушт никоҳдаги эркакларда ЖАОЮИ ва УГИ текшириш алгоритми**

Натижаларни қиёслашнинг кўрсатишича, бўялган мазокларни рангли микроскопия қилиш трихомониазга чалинган эркакларнинг ярмидан камроғида трихомонадаларни аниқлашга имкон беради. Материални озуқа муҳитига экиш мазокни микроскоп билан текширгандагига қараганда уретра (72%) ва эякулятда (52%) трихомонадаларнинг 2-5 марта кўп аниқланишини таъминлади. Бепушт никоҳдаги трихомониазни культурал ташхислаш натижалари нафақат уретрада, балки простата-везикуляр мажмуасида ҳам оддий трихомонадалар бўлишини кўрсатди.

Трихомониазга чалинган 50-та эркакни уларда бошқа ЖАОЮИ-лар (*Ch.Trachomatis*, *N.Gonorrhoeae*, *U.urealyticum*, *M.Genitalium* ва б.) мавжудлиги нуқтаи назаридан текшириш шуни кўрсатдики, кўрсатилган кўзгатувчилар урогенитал трихомониазга чалинган эркакларда шерик инфекциялар кўринишида етарлича кўп учрайди. Бу эркакларнинг урогенитал трактида трихомонадалар: моно-инфекция ҳолатида  $22,0 \pm 5,9\%$ , ва аралаш инфекция  $78,0 \pm 5,9\%$  беморларда учради. Трихомонадалар, энг кўп ҳолда (64%), хламидиалар билан ёнмаён келади. Шу сабабли, бепушт эркакларда трихомонадаларни аниқлаш репродуктив трактда, бошқа УГИ-ларнинг мавжудлигини лабораторияда текшириш билан тўлдирилиши керак,

уларнинг топилиши аралаш секс-инфекциялар мавжуд пациентларни этиотроп даволашга жиддий тузатиш киритишни талаб қилади.

Сурункали трихомониазга чалинган беморларда нохусусий микрофлора эякулятга нисбатан уретрада кўпроқ ва юқори титрда ( $>10^4$  КОЕ/мл) сепилди, икки ва ундан ортиқ турдаги микроорганизмларнинг, кўпинча *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Haemolyticus*, ва энтеробактериялар билан чатишувида ифодаланади (*Escherichia coli* устунлик қилади).

Бепушт никоҳдаги трихомониаз ва хламидиозга чалинган эркакларнинг 68%-ида бу ЖАОЮИ-ларни 10 кун самарали этиотроп даволанишдан кейин, репродуктив трактдаги нохусусий ҳамроҳлик қилувчи бактериал инфекция сақланиб қолди, 80% беморларда эса аниқланган клиник-лаборатор мақом жиддий тарзда ўзгармади.

Диссертациянинг «**Бепушт никоҳдаги эр-хотинларда ЖАОЮИ ни мажмуавий даволаш**» деб номланган олтинчи бобида, бепушт никоҳда бўлган эркакларда ЖАОЮИ ни даволаш натижалари келтирилган. Ҳар бир эр-хотин жуфтлиги ЎЗР ССВ тасдиқлаган ЖАОЮИ ни ташхислаш ва даволаш стандартларига мувофиқ, аниқланган инфекциялар ва ЖАОЮИ кўзгатувчиларининг (гонококклар, хламидиалар, микоплазмалар ва уреоплазмалар) антибактериал препаратларга таъсирчанлигини ҳисобга олган ҳолда даволанди.

Бепушт эркаклардаги трихомониазга чалиниш частотасини ва унинг хусусиятларини, клиник кўринишларининг кам аломатлилигини ва аралаш инфекциялар (ЖАОЮИ-лар ва ҳамроҳлик қилувчи УГИ-лар) частотасининг юқорилигини ҳисобга олиб, даволашни амалга оширишда қуйидаги терапия алгоритмига риоя қилиш зарур:

1. Антипротозой препаратларни тайинлаш (трихомониазни даволаш).
2. Кейин янги топилган ЖАОЮИ-ларни (гонококклар, хламидиалар, уреоплазмалар ва бошқалар) этиотроп даволаш.
3. Ўзгача кечувчи УГИ-и этиотроп терапияси яқунлайди (уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда).

Аксил трихомонад терапиядан кейин микробларга қарши фаолликнинг кенг спектрини қамраб олувчи антибиотикларни тайинлаш, уларнинг таъсир спектри 2-3-та инфекция кўзгатувчини қамраб олади.

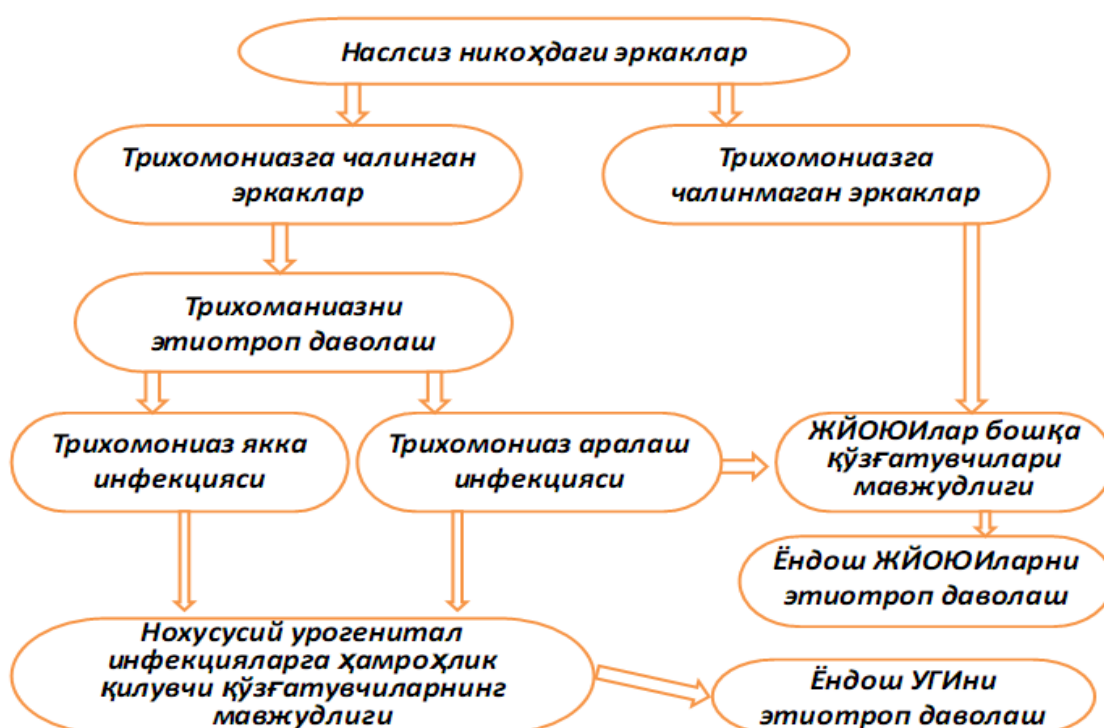
Антибиотикларга сезувчанликнинг аниқланиши шуни кўрсатдики, цефалоспоринлар ва фторхинолонлар гуруҳига кирувчи препаратлар гонококкларга, шунингдек, бепушт никоҳда турган аёллар вагинал микрофлорасининг грамижобий ва грамсалбий микробларига самарали антибактериал таъсир қилади.

Трихомонад инфекцияни даволаш самарадорлиги беш кун мобайнида кунига 1,5 гр. тиберал курси (монотерапия) ёки аралаш даволаш орқали бир вақтнинг ўзида 10 кун мобайнида метронидазол ва атрикан тайинлаш йўли билан таъминланди. Ҳали эскирмаган, асоратланмаган трихомонад уретритни даволаш учун метронидазол, тинидазол ёки тиберал тайинланди.

Хламидиознинг этиотроп терапиясининг самарадорлиги тетрациклин, макролидлар ва фторхинолонларни қўшиш билан таъминланди, хламидиоз

каттиқ кечган ҳолларда доксициклин аралаш тайинлаш амалиётига қўл урилди. Антибиотико терапиядан кейин ривожланадиган ҳамроҳлик қилувчи урогенитал кандидозни профилактика қилиш ва даволаш учун тизимли таъсир кўрсатувчи антимикотиклардан бири– дифлюкан, орунгал, тербизил тайинланди.

Аралаш инфекцияни даволаш энг мураккаб вазифалардан бирини ифодалайди. Азитромициннинг қуйидаги схема бўйича қўлланилиши хламидиоз, гонорея ва микст-инфекцияни даволашда унинг самарадорлигини таъминлади: 1-кун – 1,0 гр., кейинги 4 кун – кунига 1 маҳал 500 мг.дан, курсга – 3,0 гр. Фторхинолонлар (офлоксацин, ципрофлоксацин, таривид, ципробай, абактал) гонококкли, хламидиали, уреоплазмали ва аралашган инфекциялар терапиясида тегишли терапевтик дозада муваффақиятли қўлланилди.



2-расм. Бепушт никоҳдаги ЖАОЮИ ли эркакларни даволаш алгоритми.

ПВИ терапиясида қуйидаги қоидага амал қилинди: агар вирусни типлаштириш имконияти мавжуд бўлмаса, яъни «паст, ўрта ва юксак даражадаги» онкоген хатар кичик гуруҳини аниқлаш мумкин бўлмаса, имкони борича ПВИ-нинг клиник кўринишларини эртароқ бартараф этиш тавсия қилинади.

Касаллардаги генитал кондиломалар терининг, шиллиқ вульва ва бачадон бўйинчасининг зарарланган қисмига вапоризация қилиш (буғланиш) йўли билан CO<sub>2</sub> лазери таъсирида бартараф қилинди. Бартараф қилиш жараёнини беморлар яхши қабул қилишди, ҳеч қандай оғриқли ҳиссиётларни

кайд этишмади. Ҳосил бўлган пўстлоқ 4-6 кун тушмасдан турди, шундан кейин эрозия чандик тўқимаси ҳосил қилмасдан эпители тўқимага айланди. Уч ойдан олти ойгача бўлган муддатда динамик кузатишлар папилломавирус инфекцияси клиник кўринишларининг қайталаниши юз бермаганлигини кўрсатди.

Бепушт никоҳ бўйича клиникага мурожаат қилган оилавий жуфтликлардан 30 оила ажратиб олинди, бунда мажмуавий клиникалаборатор текширувда аёлда моно-инфекция –оддий герпес вируси аниқланди. 30 оилавий жуфтликни валтрекс (валацикловир) препарати билан 500 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун мобайнида эпизодик даволаш оғрикли сезгиларнинг тезда камайишини, эрозияларнинг 3-4 кунга бориб қуриши ва эпителий алмашувини, даволаш курси тугагандан сўнг 48 ҳафта мобайнида ОГВ рецидивларининг йўқолишини таъминлади.

Шундай қилиб, ЎзР ССВ тасдиқлаган ташхислаш ва даволаш стандартларига мувофиқ, кўзгатувчиларнинг этиологик таркибини ва антибактериал препаратларга таъсирчанлигини ҳисобга олган ҳолда ЖАОЮИ-ни мажмуавий этиотроп даволаш беморларнинг клиник ва микробиологик соғломлашувига олиб келади, бу репродуктив функцияни қайта тиклашнинг ва бепуштликни муваффақиятли даволашнинг гарови ҳисобланади.

Диссертациянинг «**Бепушт никоҳдаги эркакларда уретропростатит ва ЖАОЮИ ни даволаш усуллари**» деб номланган еттинчи бобиди, бепушт никоҳдаги эркаклар простата ва қўшимча безлари яллиғланишини текшириш ва даволаш натижалари келтирилди, даволаш жараёнидаги эркак спермаси маҳсулдорлиги баҳоланди.

Бепушт никоҳда турган 500 эркакнинг 102 нафарида (20,2%) клиникалаборатор текширув пайтида уретрит ва/ёки простатит ташхиси кўйилди. Беморлар икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ – ЖАОЮИ-ларга чалинган (трихомонадалар, хламидиалар, гарднереллалар, ОГВёки аралаш) 72 нафар бемор; 2-гуруҳ – бактериал уретропростатитга чалинган 30 нафар бемор; назорат гуруҳи – 20 нафар фертил соғлом эркак. Ҳаммасининг ёши 20 дан 35 ёшгача.

Бармоқ билан пайпаслаб кўриш (БПК) натижаларига кўра биринчи гуруҳдаги 72 нафар эркакнинг 39 нафарида (54,2%) сурункали простатит аломатлари аниқланди, уларда трихомонадалар, шунингдек, улар бошқафлора билан уйғунликда экилган (3-жадвал ).

Яллиғланиш жараёнга кўпроқ простата безининг периферик қисми жалб бўлди: 51,5%–асосий гуруҳда ва 53,3%–қиёсий гуруҳда, кейин марказий қисми жалб бўлди: 30,3%– асосий гуруҳда ва 30%– қиёсий гуруҳда. Тегишлича 18,2% ва 16,6% ҳолларда аралаш зарарланишлар мавжуд бўлди.

Простатитларни даволаш катта муаммо бўлиб қолмоқда. Фақат антибактериал препаратларни қўллаш ҳамиша ҳам кўзгатувчиларни бартараф қилишга олиб келмайди ва пациентнинг генитал инфекциялардан даволанишини кафолатламайди. Сабаби – дори препаратларининг простата безига кириб бориши 10-15%-дан камроқни ташкил қилади.

**Бепушт беморларда простатит, везикулит ва эпидидимитни  
микрофлараларга нисбатан учраш частотаси**

Простатит ва везикулитни этиологик омиллари	Беморлар сони	Простатит	Везикулит	Эпидидимит
<i>Trichomonas vaginalis</i>	54(75%)	39(54,2%)	12(16,7%)	6 (8,3%)
<i>Chlamidia trachomatis</i>	42(58,3%)	31(43,1%)	9(12,5%)	5(6,9%)
<i>Mycoplasma hominis</i>	6 (7,6%)	6(100%)	2(20%)	
<i>Ureaplasma urealiticum</i>	24(30%)	20(83,3%)	4(16,6%)	1(4,1%)
<i>Herpes simplex virus</i>	26(32,5%)	24(92,3%)	2(7,7%)	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	16(20%)	14(87,9%)	5(31,2%)	

Бу муаммони ҳал қилиш учун биз паст интенсивли лазер нурланишидан (ПИЛН) фойдаландик, бунда биз ПИЛН дори воситаларининг мембраналар ташилишини кўпайтириш йўли билан дори препаратларининг ёпилиб қолган ўчоқларга кириб боришини таъминлашидан келиб чиқдик (Райгородский Ю.М. ва ҳам., 2002, Боголюбов В.М., 2003, Несмеянов А.Н., 2004.).

Бепушт никоҳда турган 72 эркакдаги (асосий гуруҳ) сурункали уретропростатитни даволаш контактли лазеротерапия усули билан нур чиқарувчи (ЛОЗ) бошчалик ва ЗМ-50 магнит учлик, 10-15 Вт қувватга, 80 Гц частотага эга «МАТРИКС» (Россия) лазер терапияси аппаратида амалга оширилди.

Патоспермияга чалинган бепушт никоҳдаги беморларни даволашда моякларнинг ҳар бирини 5 дақиқа мобайнида, кейин эса думғаза ва чот орасини 2 дақиқадан биполяр лазерли нурлантириш амалга оширилди. Курс 14-та ҳар кунлик процедурадан иборат бўлди.

ЖАОЮИ-ларга чалинган эркаклардаги простатитни даволашда этиотроп даволаш ва думғаза соҳасини 5 дақиқа мобайнида алоқа-ойнали барқарор нурлантириш амалга оширилди. Курс 14 та ҳар кунлик процедурадан иборат бўлди.

Трихомонад инфекцияни даволаш 5 кун мобайнида кунига бир маҳал 2,0гр. тинидазол ва 2 маҳал 500мг. орнидазол бериш билан амалга оширилди. Ҳар икки гуруҳ кирувчи эркаклардаги хламидиозни даволаш доксициклин препаратларини стандарт суткалик дозаларда 0,1 гр.дан кунига 2 маҳал бериш билан амалга оширилди.

Асосий гуруҳда – доксициклиннинг энг кам курси 14 кун + ПИЛН, простатитга чалинган 30 кишидан иборат қиёслаш гуруҳида – доксициклиннинг стандарт курси 21 кун.

Ўтказилган даволаш қуйидаги натижаларни таъминлади: асосий гуруҳда соғайиш фоизи 97,2%-ни ташкил қилди, 72 пациентнинг фақат 1 нафарида трихомонад инфекция аниқланди, айти вақтда қиёслаш гуруҳида соғайиш фоизи 90,0%-ни ташкил қилди, бунда 30 пациентнинг уч нафарида этиологик соғайиш юз бермади.

Асосий гуруҳда 57,5% ҳолатда, қиёслаш гуруҳида 42,8% ҳолатда простата беи ўлчамларининг нормаллашуви юз берди; касамандлик тегишлича 49,1% ва 34,6%га камайди; зичлашиш қисмлари тегишлича 20,3% ва 5,7%га бартараф этилди.

Даволаш жараёнида асосий гуруҳга кирувчи эркаларнинг простата беи секретидаги лейкоцитлар миқдори (1–10 кўриш майдонида) 59,4%га, қиёслаш гуруҳида эса 25,0%-га нормаллашди; 30-дан ортиқ к/м да лейкоцитлар миқдори 48,0% ва 21,1%-га; 10–30 кўриш майдонида лейкоцитлар миқдори тегишлича 11,4% ва 3,9%-га камайди ( $p \leq 0,05$ ).

Простата безининг функционал фаоллигини баҳолаш кўриш майдонидаги лецитин доналарининг сони бўйича аниқланди. Агар даволаш бошлангунга қадар асосий гуруҳга ва қиёслаш гуруҳига кирувчи пациентларнинг простата суюқлигида тегишлича 22,3% ва 21,8% ҳолларда;

- кўриш майдонидаги 50-гача – тегишлича 57,5% ва 55,9% ҳолларда катта миқдорда лецитин доналари мавжуд бўлган бўлса, ўтказилган даволашдан кейин лецитин доналари асосий гуруҳда ва қиёслаш гуруҳида тегишлича 60,1% ва 41,3% ҳолларда;

- 50-дан ортиқ кўриш майдонида тегишлича 9,3% ва 14,5% ҳолларда лецитин донаси катта миқдорда мавжуд бўлди.

Шундай қилиб, простата беидаги ЖАОЮИ-лар билан боғлиқ яллиғланиш ўзгаришларини даволашда ПИЛН-дан тизимли антибактериал терапия билан уйғунликда фойдаланиш дори кимё терапиясининг давомийлигини қисқартиришга имкон беради, ҳамда ЖАОЮИ-лардан тузалишнинг юқори фоизда бўлишига ва даволашнинг анъанавий усуллари билан қиёслаганда кўшимча безларнинг функционал фаоллигини нормаллаштиришга ёрдам беради.

ПИЛН-нинг сперматогенезга таъсирини баҳолаш учун биз томонимиздан ЖАОЮИ-ларга ва астеноспермияга чалинган 20 дан 35 ёшгача бўлган бепушт никоҳдаги 110 эркак ва 10 нафар фертил эркак (назорат гуруҳи) кўриқдан ўтказилди. Жумладан, 20 эркакда варикоцеле, 14 эркакда гипогонадизм, 75 эркакда «идиопатик бепуштлик» мавжуд эди. Бирламчи гипогонадизмга чалинган уч нафар эркакда ҳақиқий крипторхизм аниқланди. Варикоцеле ва крипторхизмни жарроҳлик йўли билан даволаш ЎзР ССВ-нинг В.Воҳидов номидаги Жарроҳлик илмий марказида ёки Урология РИИАТМ амалга оширилди.

Даволаш учун «Матрикс» лазеротерапия аппаратида фойдаланилди (тўлқин узунлиги 0,365 мкм., импульс қуввати 1дан 250 мВт.-гача, импульсарнинг такрорланиш частотаси 10дан 3000 Гц.-гача). Барча беморлар мойқларининг ҳар бирига 14 кун мобайнида ҳар куни 10 дақиқадан ёнбош ва бўйлама проекцияларда биполяр лазер нури берилди.

ПИЛН гипогонадизмда гормонал мақомда ўзгаришлар мавжуд бўлганда монотерапия сифатида ёки гормонал стимуляция билан уйғун ҳолатда ёхуд ЖАОЮИ-ларнинг этиотроп терапияси билан аралаш ҳолатда қўлланилди. Лазеротерпиядан кейин бир ва икки ой ўтгач, сперма ва гормонал профилнинг назорат тадқиқи амалга оширилди.

Ўтказилган маҳаллий лазер терапиясидан кейин барча беморларда сперматозоидларнинг яшовчанлиги, ҳаракатчанлиги ва морфологик нормал шаклларнинг миқдори ( $p \leq 0,01$ ) ишончли тарзда кўпайди. ПИЛН-нинг мойқларга таъсири яшашга қодир шакллар миқдорини 78%дан 88%гача, ҳаракатчанлигини 52%дан 64%гача, сперматозоидларнинг морфологик нормал шакллари миқдорини 54%-дан 66%-гача кўпайишини келтириб чиқаради. ПИЛН-нинг уруғдонларга таъсири барча текширилган беморларда сперма ўлчамларининг яхшиланишини келтириб чиқаради.

Варикоцелега чалинган эркеклар мойқларини ПИЛН-да монотерапия қилиш фаол ҳаракатчан шаклларнинг жамланишини 25%-дан 28%-гача, морфологик нормал шакллар миқдорини 26%-дан 38%-гача оширади. ПИЛН варикоцелини операция қилишдан кейин ўтказилганда, аралаш терапия амалга оширилса, варикоцелига чалинган бепушт эркекларни даволаш самарадорлиги ошади.

Гипогонадизмга чалинган эркеклар мойқларини лазерда маҳаллий нурлантириш морфологик нормал шакллар сонини кўпайтиради ва ҳаракатчанликни яхшилади. Идиопатик бепуштликда маҳаллий ПИЛН-ни қўллаш сперматозоидлар ҳаракатчанлигининг (a+b) 19%-дан 34%-гача ошишини ва морфологик нормал шаклдаги сперматозоидлар миқдорининг 13%-дан 23%-гача кўпайишини келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, паст интенсивли лазер нурланишини қўллаш яллиғланишга қарши эффект кўрсатади ва сперманинг нормаллашувига, эркекларда репродуктив функциянинг қайта тикланишига ёрдам беради ҳамда бепуштликни мажмуавий даволашда самарали ёрдамчи усул бўлиши мумкин.

Монохламидиоз ва микст хламидиа-трихомонад инфекциялари мавжуд бўлганда эякулятни тадқиқ қилишда ўрганиладиган гуруҳлар ичида яллиғланиш фаоллигининг юқори даражаси аниқланди ( $12,2 \pm 0,7$ ) кўриш майдонида; ( $p \leq 0,001$ ). Эякулятнинг суяқланиш вақти, сперматозоидлар патологик шаклларининг намоён бўлиш кўрсаткичлари, оксилнинг юқори жамланиши ва протеолитик фаоллик тезлигининг ошиши хламидиознинг барча шаклларида, айниқса, аралаш инфекцияларда ва норма билан қиёслаганда, қайд этилди.

Доксициклин билан ўтказилган асосий терапия курси лейкоцитар яллиғланиш реакциясининг бўлинишини ва эякулятда макрофаглар пайдо бўлишини кўрсатди: суяқланиш вақти жадаллашув ҳисобидан нормаллашди, спермоплазманинг ёпишқоқлиги ишончли тарзда ўсди, сперматозоидларнинг ҳаракатчанлиги монохламидиозга чалинган беморлардаги нормага 1,4 марта ўсган ҳолда яқинлашди, ЖАОЮИ-ларга чалинган барча беморларда патологик ўзгарган



спермалар улушининг камайиши ҳисобидан морфологик нормал сперматозоидлар шакллариининг нисбати қайта тикланди.

Доксициклин таъсири остида умумий оксил даражасининг тушиши ва эякулятдаги ферментатив протеолитик фаолият даражасининг кескин пасайиши характерлидир. Эркакларнинг репродуктив функциясига ижобий таъсир кўрсата туриб, доксициклин хламидиозга чалинган беморларда Фаррис маҳсулдорлик коэффицентини ҳам оширади.

Тадқиқотларнинг кўрсатишича, доксициклиннинг сперма тавсифига нормаллаштирувчи таъсири доксициклин вобэнзим билан мажмуавий даволашда ишлатилса янада ортади, якка хламидиозга чалинган беморларда спермоплазманинг лейкоцитар реакциясини 4,7 марта камайтиради. Патологик шакллари янада қисқартириш ҳисобидан морфологик нормал сперматозоидларнинг улуши норма чегарасигача, доксициклин монотерапияси билан қиёслаганда 1,5-1,7 марта кўпайди. Табақалаштирилган ҳисоб-китоб бошчалар ва думчалар патологиясининг улуши нормагача пасайганлигини кўрсатди.

Диссертациянинг «**Бепушт хламидиозли эркаклар эякулятининг ПИЛН дан олдин ва кейинги морфологик тавсифи**» деб номланган саккизинчи бобида морфологик тадқиқотлар натижаси баён қилинган, хламидиозда сперматозоидлар шакллари жиддий ўзгаришларга дучор бўлади. Шакли ўзгарган бошчалар, иккиланган ва шакли ўзгарган думчалар пайдо бўлади. Думлар ва бошчалар сиртида якка ҳолдаги ҳосилалар аниқланади, улар ўз ўлчамлари ва шаклига кўра хламидиаларга мувофиқ келади. СЭМ ёрдамида аниқланадиган сперматозоидларнинг катта қисми шаклидаги патологик ўзгаришлар шуни тасдиқлашга имкон берадики, хламидиоз, сперматозоидлар шаклининг ўзгаришини чақира туриб, сперма сифатининг бузилишига сабабчи бўлиши ва бепуштликка ёрдам бериши мумкин.

Медикаментоз даволаниш фонида ПИЛН-дан кейин эякулят мазокларини нурли оптик тадқиқ қилиш лазеротерапиянинг 3-4 сеансидан кейин сперматозоидлар ҳолатининг жиддий яхшиланганлигини кўрсатди. Бошчалар тўғри овал шаклига эга бўлади, думлар узунлашади, аммо сперматозоидлар ичида турли ўлчамдаги думалок ҳужайралар учрайди. Улар узун тўғри думларга эга бўлишади. Мазокларда кам ҳолларда ҳужайраларнинг бошқа турлари аниқланади. Медикаментоз даволаниш фонида ПИЛН курсида даволангандан кейин сперматозоидларнинг кўпчилиги бошчаларнинг текис сиртига, сирти силлиқ узун тўғри думларга эга бўлади. Сперматозоидлар бошчаларининг йириклашиши, думларининг узунлашиши ва уларнинг плазматик мембраналари сиртининг силлиқлашиши юз беради. Сперматозоидлар тузилмасининг ўзгариши улардаги ҳаракатчанликнинг асосида ётади ва уларнинг тухум ҳужайралари ичига кириб бориш лаёқатини оширади. Медикаментоз воситаларни ва ПИЛН-ни биргаликда қўллаш хламидиа инфекцияси келтириб чиқарган ҳам бошчалар, ҳам думлар сиртидаги жароҳатланишларни бартараф қилишга олиб келади.

Буларнинг ҳаммаси нормал сперматогенез билан эркакнинг фертиллигини қайта тиклашга ёрдам беради.

***Бепушт эр-хотин жуфтликларини даволашнинг узоқ натижалари.***

500 бепушт эр-хотин жуфтликларидан 460 нафар аёл ва 334 нафар эркак тўлиқ клиник-лаборатор текширувдан ўтказилди.

Эр-хотин жуфтлигида ЖАОЮИ ва УГИ мажмуавий этиотроп, патогенетик даволанган, шунингдек, простата беши ва бошқа репродуктив аъзолардаги яллиғланиш даволангандан кейин уч йиллик кузатиш мобайнида тўлақонли даво олган 334 нафар эркакда қуйидагилар қайд қилинди:

- 126 нафар (37,7%) пациентларнинг хотинлари мустақил ҳомиладор бўлди,

- 38 нафар (11,3%) пациентларнинг хотинлар фарзанд курди,

- 16 нафар (4,8%) пациентларнинг хотинларида бола ташлаш юз берди.

Экстракорпорал уруғлантириш – ЭКУ, сперматозоидларни уруғ хужайрасининг цитоплазмасига киритиш ва шу каби ёрдамчи репродуктив технологиялар усуллариининг қўлланилиши сперматогенезнинг бузилганлиги ва мустақил уруғлантириш мумкин бўлмаган шароитда 12 нафар (3,6%) пациентнинг хотинида тухум хужайрасининг уруғланишини таъминлади.

## ХУЛОСА

1. Эр-хотин жуфтликларида фарзанд кўриш қобилиятининг бирламчи бузилиши иккиламчи бепуштликка нисбатан 1,8 марта кўпроқ кузатилади. Аёлларда бепуштлик пайдо бўлишининг қуйидаги асосий сабаблари кузатилади: найчанинг яллиғланиши натижасида бекилиб қолиши, ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, иммунологик ўзгаришлар. Текширувдан ўтказилган аёлларнинг ярмидан кўпида бирламчи ва иккиламчи бепуштликнинг ривожланишига ЖАОЮИ сабабчи бўлган.

2. Проспектив тадқиқотлар натижасида назоратдаги жуфтликларда моно- ва микс- ЖАОЮИ аниқланган. Эркакларда бепуштлик ривожланишининг асосий сабаблари: сперматогенез бузилиши (аспермия, патоспермия), варикоцеле, уруғ чиқарувчи йўлларнинг зарарланиши билан кўшимча жинсий безларнинг яллиғланиш касалликлари, иммунологик ўзгаришлар ва ички секреция безлари касалликлари. Аёлларда бепуштлик сабаблари: бачадон найчаларининг обтурацион ўтказувчанлигини бузилиши натижасида органик шикастланиш, ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, фарзанд кўриш аъзоларининг туғма нуқсонларига боғлиқ бўлган.

3. Маълумотлар шуни кўрсатадики, эркакларнинг ярмидан кўпида уйланишдан аввал ва кейин никоҳсиз жинсий алоқалар қайд этилган, текширувдан ўтказилган аёлларда эса никоҳсиз жинсий алоқалар 1,6% ташкил этган. Оила жуфтлигининг касаллик юктиришида, бепуштлик ривожланишида, эр-хотиннинг жинсий алоқа бўйича хулқ-атвордаги хавф даражасида ҳам эркаклар кўпроқ ўрин тутади. Назоратдаги хулқ-атворида хавф даражаси юқори бўлган аёлларда лакто- ва бифидобактериялар

миқдори соғлом турмуш тарзи билан яшайдиган оилалардаги аёлларга нисбатан 2 барабар камлиги, факультатив микроорганизмлар сони ва ачитки замбуруғлар миқдори юқорилиги ЖАОЮИ узоқ муддат ривожланишига имкон берувчи ва фарзанд кўриш қобилияти бузилишини янада ривожлантирувчи омил ҳисобланади.

4. Назоратдаги эркаклар уретраси, уруғ суюқлиги, уретра ва уруғ суюқлигида *Trichomonas vaginalis* аниқланди. Никоҳдаги бепушт эркакларда яширин трихомониазни лабораторияда аниқлаш самарадорлигини ошириш мақсадида уретрадаги ажралмалар микроскопияси ҳамда уретра ажралмалари ва уруғ суюқлигини экиш орқали бактериологик тадқиқот усулидан фойдаланиш зарурлиги асосланди. Никоҳдаги бепушт эркакларда сурункали трихомониаз моно инфекция ва микст-инфекция ҳолатида, кўпинча хламидиялар билан кечади. Трихомонада-хламидия инфекцияси яллиғланиш жараёнлари патоген микрофлоралар, яъни йўлдош потенциал патоген стафилококклар ва энтеробактерияларга тўғридан-тўғри боғлиқлиги аниқланган.

5. Никоҳдаги бепушт эркакларнинг 1/5 қисмида ЖАОЮИ билан боғлиқ сийдик йўли бактериял простатити аниқланган. Простата-везикуляр тизимининг шикастланиши 3/4 ҳолатларда *Chlamidia trachomatis* ва ярмидан кўпида *Trichomonas vaginalis* билан боғлиқдир. Хламидия инфекциясининг сперматогенезга салбий таъсири эякулят суюлиш вақтининг ортиши ва унинг қуюқлашуви, умумий оқсиллар ва лейкоцитлар миқдорининг ортиши, шунингдек ҳаракатсиз ва кам ҳаракат сперматозоидлар, уларнинг бошчасида, думчасида ёки бўйинчасида нуқсонли бор шакллари кўпайиши намоён бўлади ва натижада фарзанд кўриш қобилиятини бузилишига сабаб бўлади.

6. Жуфтликларда ЖАОЮИ босқичма-босқич бир вақтининг ўзида тартиб бўйича (1 босқич - трихомониазни; 2-босқич - бактериял ЖАОЮИ; 3-босқич - йўлдош бактериял флорани) даволаш, бактерияларга қарши дори воситаларига нисбатан флоранинг сезувчанлигини аниқлаш орқали лазеротерапия билан комплекс даволаш ЖАОЮИ ва яширин касаллик кўзгатувчиларни тезда бартараф этишга имкон яратади, жинсий қобилиятни яхшиланишига олиб келади.

7. Уретропростатитли эркакларда бепуштликни паст интенсив лазер нурланиш билан даволаш яллиғланиш жараёнини камайтириши, уруғ суюқлиги қуюқлик даражасини пасайтириши, суюлиш вақтини қисқартириши, таркибида нормал сперматозоидлар миқдорини кўпайтириши, патологик шакллари камайтириши, спермани меъёрлашуви орқали фарзанд кўриш қобилиятини тиклашга олиб келади.

8. Варикоцеле жарроҳлик амалиётидан кейин ва идеопатик бепуштликда мойяларни локал паст интенсив лазер нурлантириш монотерапияси сперматозоидларнинг морфологик меъёрдаги ва фаол-ҳаракатчан шакллари ортишига имкон яратади.

9. Уч йил давомида бепушт жуфтликларни этиотроп, патогенетик ва жарроҳлик (варикоцеле) даволаш комплекс амалга оширилганда 334 нафар эркакларнинг 126 нафарида турмуш ўртоғи мустақил равишда ҳомиладор

бўлиши, 38 нафарида турмуш ўртоғи фарзанд кўриши, 16 нафарида – ҳомиласи тушиши аниқланди. Сперматогенези бузилган ва мустақил равишда ҳомиладор қила олмайдиган 12 нафар бепушт эркеклар ЖАОЮИ ва унинг асоратларидан даволангандан сўнг уларнинг аёллари ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ), яъни ЭКО ёки ИКСИ қўлланганда тухум хужайраларининг уруғланиши таъминланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ВАЙСОВ ИСКАНДАР АДХАМДЖАНОВИЧ**

**БЕСПЛОДНЫЙ БРАК. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ С  
УЧЁТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ  
ИНФЕКЦИЕЙ**

**14.00.11 – Кожные и венерические болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № Б2017.1.DSc/Tib76**

Диссертация выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный консультант:** **Хайтов Кахрамон Нажмитдинович,**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные  
оппоненты:** **Заславский Денис Владимирович,**  
доктор медицинских наук, профессор  
(Российская Федерация)

**Набиев Талат Абдувахобович**  
доктор медицинских наук

**Исхакова Халида Ильхамовна,**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова**  
(Российская Федерация)

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. (Адрес: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223.Тел./факс: +99871- 2623314; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирован за №\_\_ ), по адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223.Тел./факс:+99871- 2623314).

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года.  
(Реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2017 года).

**А. В. Алимов**

председатель научного совета по присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук., профессор

**Э. А. Шамансурова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**Д. И. Ахмедова.**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным ВОЗ, частота бесплодных браков колеблется в широких пределах и возрастает во всех странах мира. Считают, что эта ситуация сильно зависит от частоты распространения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в данном регионе. ИППП, остаются острой медико-социальной проблемой и представляют серьезную угрозу репродуктивному здоровью населения. Бесплодный брак влияет на демографические показатели. По последним данным в возрастной группе 20-24 лет коэффициент фертильности сократился на 42%, а в группе 35-39 лет - на 92%<sup>4</sup>.

За годы независимости при проведении реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, приоритетное внимание стало уделяться вопросам оказания качественной медицинской помощи, были разработаны новые, комплексные методы эффективной терапии и достигнуты значимые положительные результаты. Так, в результате раннего выявления бесплодия у супружеской пары и внедрения своевременной терапии добились повышения качества жизни населения и эффективности профилактики ИППП, укрепления семьи, а также охраны здоровья матери и рождения здорового ребёнка.

В настоящее время необходимо устранение проблем в сфере здравоохранения, и «прежде всего первичного звена, скорой и экстренной медицинской помощи, направленное на повышение доступности и качества медицинского и социально-медицинского обслуживания населения, формированию здорового образа жизни населения, качественную профилактику врожденной патологии у детей, на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и обеспечение полноценной и

---

<sup>4</sup>World Health Organization. Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility (1996) Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. Fertility and sterility, 65: 821-9. Всемирная организация здравоохранения. (Женева). Основные документы. Перевод ВОЗ. 43-е изд., включая поправки, принятые до 31 декабря 2000 года. - Женева, 2011. - с. 261.

активной жизни.»<sup>5</sup>. В связи с этим, укрепление здоровья населения, уменьшение бесплодия, разработка и внедрение в практику методов ранней диагностики, лечения и профилактики ИППП, и его репродуктивных осложнений остаётся одной из актуальных задач.

В мире, рост инфицированности населения ИППП ведёт к развитию у мужчин хронических инфекционных простатитов, везикулитов, эпидидимитов, к половым расстройствам и бесплодию, что усиливает социальное значение проблемы бесплодия в браке. Недостаток информации о молекулярно-генетической характеристике и роли ИППП в развитии бесплодия, о диагностике, клинике, течении, лечении и профилактики бесплодия, объясняет необходимость дальнейших научных исследований. В связи с этим, разработка и внедрение современных методов диагностики, совершенствование мер профилактики и лечения поражений половых желёз, вызванных ИППП и других факторов риска бесплодия в браке, а также изучение структуры и анатомо-физиологических особенностей репродуктивных органов, остаются главным направлением будущих научных исследований.

Данное диссертационное исследование служит выполнению задач, предусмотренных в Постановлении Президента Республики Узбекистан ПП-1652 от 28 ноября 2011 года «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» и Государственной Программы «Год здорового ребёнка» от 19 февраля 2014 года № ПКҚ-2133, приказе от 7 февраля 2017 года №УП-4947 «Стратегия действия по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годы», № 3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики V. «Медицина и фармакология».

#### **Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации <sup>6</sup>.**

Научные исследования по изучению, факторов негативно влияющих на репродуктивное здоровье супругов и исследования по выявлению причин вызывающих бесплодие, проводится на базе ведущих мировых центров и высших учебных заведений, в том числе: Universitat Hidelberg (Германия),

---

<sup>5</sup>2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Харакатлар стратегияси

<sup>6</sup>Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: [http://www.hivrussia.ru.](http://www.hivrussia.ru;); [http://www.hivnat.org.](http://www.hivnat.org;); [http://www.uchicago.edu.](http://www.uchicago.edu;); [http://link.springer.com.](http://link.springer.com;); [http://mosors.narod.ru.](http://mosors.narod.ru;); [http://dermatology.ucsd.edu.](http://dermatology.ucsd.edu;); [http://hivinsite.ucsf.edu,](http://hivinsite.ucsf.edu) <http://www.cdc.gov/>; [www.amrita.edu.](http://www.amrita.edu;); [https://www.amrita.edu.](https://www.amrita.edu;); <http://umanitoba.ca> [http://www.mathnet.ru.,](http://www.mathnet.ru.) [http://www.ssmu.ru,](http://www.ssmu.ru) [http://www.ksma.ru,](http://www.ksma.ru) [http://www.rudn.ru,](http://www.rudn.ru) [http://patient.ncagp.ru,](http://patient.ncagp.ru) <http://www.tma.uz> ва бошқа манбалари асосида амалга оширилган.



Independent Academic Scholar Magdeburg (Германия), Cliniques Universitaires Saint-Luc Catholic university of Louvain (Бельгия); Hospital st.Antoin, Assistance Publique-Hopitaux de Paris and University Paris (Франция), Medical University (Австрия), Clinica Obstetrica e Ginecologia (Италия), University of California, San Francisco (США), Bristol Centre For Reproductive Medicine (Англия); University of Chicago (США), University of Manitoba, Winnipeg MB (Канада), Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии (Россия) и Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии (Республики Узбекистан).

Научные исследования причин бесплодного брака, факторов риска поражения репродуктивных органов супругов, проведенные в ведущих научных центрах и высших учебных заведениях мира, дали следующие научные результаты: у женщин, это врождённые и приобретённые аномалии развития матки и маточных труб (Clinica Obstetrica e Ginecologia, Италия), или влияние врожденных и приобретенных изменений в нейроэндокринной регуляции на репродуктивную систему (National Center For Infection Diseases, США); у мужчин, бесплодие связано с нарушениями образования, созревания или оплодотворяющей способности сперматозоидов (Medical University, Австрия), или бесплодие связано с расстройством сексуальной или эякуляторной (семяизвергающей) функции мужчин, (Bristol Centre For Reproductive Medicine, Англия).

В настоящее время в мире, актуально изучение факторов риска бесплодия и клинко-морфологических особенностей пораженных репродуктивных органов, а также научно-исследовательские работы по молекулярно-генетической характеристике возбудителей, с учётом патогенетической роли инфекций развивающихся внутри клеток, разработка и использование физических факторов способных обеспечить трансмембранный перенос лекарственных средств, раннему выявлению и профилактике ИППП, разработка и совершенствование ранней диагностики бесплодия и эффективных методов лечения.

**Степень изученности проблемы.** В последние годы в мире отмечается тенденция роста ИППП. На этом фоне, исследования проводимые разными специалистами (акушер-гинеколог, уролог, дермато-венеролог и др.) посвящённые бесплодию, всё чаще отмечают необычное течение патологии репродуктивных органов и низкую эффективность проводимой терапии (Jose P. Carrascosa, et.all. 2017, Cabar F.R. 2016, Salehi Z. 2016, Mkrtchyan H.V. et.all, 2017, Коробков Д.М. 2016, Красносельских Т.В. 2016, Сасина В. И. 2017, Гайсина А.Р., Галимов К.Ш. 2017, Павлов В.Н. .2016, Хамраев О. А. и др. 2016, Ракевич М.В. 2016, Беляева Н.А. 2016, Минухин А.С. 2016, Никифоров О.А. и др. 2017, Охупкин М.Б. 2017, Тер-Степанян М.М. 2017, Акышбаева К.С. и др. 2016,2017).

В Узбекистане увеличение частоты хронических простатитов, везикулитов, эпидидимитов, протекающих латентно, и их осложнений в виде бесплодия, половых расстройств авторы связывают с выявлением инфекций

нового поколения, являющихся чаще скрытыми инфекциями передающихся половым путем (Абидов А.М., 2012).

Рост болезней мочеполовых органов у мужчин, вызванных ИППП, связывают с социальными факторами: возросшей миграцией населения, урбанизацией, увеличением сексуальной активности, беспорядочными половыми связями, материальной необеспеченностью, резистентностью к противомикробным средствам, и необходимостью обследовать и лечить одновременно всех половых партнеров (Сабилов У.Ю. 2008, Алиева Д.А., 2013, Мирсаидова М.А. 2016).

Воспалительные заболевания мочеполового тракта, обусловленные ИППП, поражают мужчин и женщин в период наибольшей половой активности. Серьезную медицинскую и социальную проблему представляют осложнения ИППП, которые приводят больных к утрате трудоспособности, к бесплодию, а у женщин ещё и к внутриутробной инфицированности плода, выкидышам, мертворождению (Порсоханова Д.Ф., Абидов А.М. 2012, Мирсаидова М.А. 2016). Многообразие субъективных и объективных симптомов поражения предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, затрудняет их диагностику, а общепринятые клинические и лабораторные методы не всегда позволяют выявить воспалительный процесс. Дискутируется вопрос о роли бактериальной флоры секрета предстательной железы (Рахматов Н.И. 2009, Асадов Х.Д., 2009, Эшбаев Э.Х. 2010). Терапия инфекционных простатитов, везикулитов, эпидидимитов и их осложнений признаётся одной из актуальных и трудноразрешимых проблем современной медицины. Широкое применение антибиотиков приводит к повышению резистентности микроорганизмов, создавая трудности в этиотропном лечении больных (Набиев Т.А., 2012, Мухамедов И.М. и соавт. 2007, Эшбаев Э.Х. 2010).

Все это определяет необходимость целенаправленного изучения особенностей эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики простатитов, везикулитов, эпидидимитов у больных с ИППП осложненных бесплодием, с применением новых методов диагностики и лечения.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы Ташкентского педиатрического медицинского института и по гранту А-9-074 «Профилактика инфекций передаваемых половым путём среди женщин, занимающихся коммерческим сексом» (2006-2008 гг.).

**Целью исследования** явилось изучить особенности факторов риска, структуры и диагностики бесплодия у супружеских пар, с бесплодием обусловленных ИППП, с клинико-микробиологическим обоснованием оптимизации их терапии.

**Задачи исследования:**

определить состояние репродуктивной системы, частоту и факторы

риска развития бесплодия у супружеских пар по результатам ретроспективного анализа;

изучить структуру женского и мужского бесплодия по результатам углублённого проспективного обследования супружеских пар;

изучить влияние поведенческого риска супругов на частоту инфицирования ИППП и поражения репродуктивных органов у супружеской пары;

оценить частоту выявляемости возбудителей инфекций уrogenитального тракта мужчин в бесплодном браке;

обосновать клинико-микробиологический метод диагностики и оптимизировать тактику терапии *trichomonas vaginalis*;

изучить особенности течения заболеваний половых желез и определить сперматологические нарушения у мужчин обусловленных ИППП;

разработать алгоритм диагностики и лечения ИППП у мужчин, в бесплодном браке, для оценки эффективности НИЛИ в комплексном лечении некоторых репродуктивных осложнений.

**Объектом исследования** были истории болезни 2196 женщин с бесплодием в браке, а также 500 супружеских пар бесплодных в браке и 433 женщин социально негативного статуса.

**Предмет исследования:** периферическая кровь мужчин и женщин, эякулят и микрофлора репродуктивных органов для микробиологических исследований.

**Методы исследований.** Общеклинические, микробиологические, морфологические, биохимические и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

определена роль мужчины в дебюте инфицирования супругов и в развитии бесплодия, а также влияние поведенческого риска на возможность инфицирования и поражения репродуктивных органов.

ведущей причиной женского бесплодия являются обтурационные осложнения, у первично бесплодных женщин – ИППП, а при вторичном бесплодии – чаще послеродовые и постабортные осложнения;

ведущим фактором мужской инфертильности являются патологические изменения спермы, а также варикоцеле, воспалительные заболевания добавочных половых желёз с обструкцией семявыносящих путей;

у мужчин и женщин в бесплодном браке наиболее типичны микст-инфекции трихомонад, наиболее часто с хламидиями;

у мужчин в бесплодном браке с простатитами и везикулитами, установлено снижение концентрации сперматозоидов и резкое уменьшение их подвижности в сперме, особенно у больных со смешанной инфекцией;

впервые установлено, что клиническое использование низкоинтенсивного лазерного излучения у мужчин в бесплодном браке обеспечивает противовоспалительный эффект, способствует нормализации спермы и восстановлению репродуктивной функции;

впервые доказано, что под воздействием НИЛИ повышается концентрация активно-подвижных, увеличение количества жизнеспособных

и морфологически нормальных форм сперматозоидов.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

установлена эпидемиологическая роль ИППП и сопутствующей урогенитальной инфекции в поражении репродуктивных органов супругов приводящих к бесплодию, а также показана доминирующая роль в патогенезе заболеваний трихомонадной и хламидийной инфекций;

для повышения эффективности диагностики обоснована необходимость взятия клинического материала из разно локализованных участков мочевого тракта мужчин, разработан алгоритм диагностики и поэтапного лечения ИППП;

показана необходимость диагностики сопутствующей неспецифической бактериальной инфекции урогенитального тракта у мужчин с хроническим трихомониазом до и после проведения им этиотропной терапии;

разработан эффективный и комфортный метод терапии вирусных ИППП СО2 лазером и НИЛИ;

разработан алгоритм диагностики и комплексного лечения хронических простатитов, везикулитов, эпидидимитов у мужчин, в бесплодном браке вызванных ИППП и УГИ;

доказано, что методика низкоинтенсивного лазерного излучения на придатки и в область поясницы, позволяет нормализовать проявления воспаления простато-везикулярных желёз и улучшает показатели спермы мужчин, в бесплодном браке;

обосновано, на этапе проведения профилактических осмотров молодежи, формировать группы риска по оценке репродуктивного здоровья молодых людей в зависимости от репродуктивного поведения, социального положения и перенесенных заболеваний;

определена важная роль первичной профилактики ИППП в предупреждении бесплодия, через формирование определенных поведенческих факторов в молодежной среде: отсрочка начала половой жизни, ограничение числа половых партнеров, использование барьерных методов контрацепции;

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется раскрытием механизмов развития бесплодия, с учётом патогенетических особенностей репродуктивной функции мужчин и причинных факторов, и станут отправной точкой для дальнейшего и более глубокого изучения проблемы в Республике.

Научные исследования по установлению роли ИППП, особенно хламидий и трихомонад в развитии воспалительных заболеваний добавочных половых желёз, которые приводили к изменению половой функции, выраженной лейкоцитарной реакции, увеличению времени разжижения эякулята, их вязкости, снижению подвижности сперматозоидов и копулятивной функции, позволили глубже раскрыть патогенез заболевания.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке и внедрении алгоритма диагностики и терапии трихомониаза у бесплодной пары, когда дополнительная терапия сохранившейся сопутствующей бактериальной инфекции в урогенитальном тракте мужчины позволяет достичь эффективной санации инфекции, а комплексное лечение добавочных половых желез включающее терапию ИППП в сочетании с биполярным лазерным облучением яичек (аппаратом лазерной терапии «МАТРИКС») улучшает структурные и функциональные показатели предстательной железы и качество спермограммы, т.е. происходит снижение числа патологических форм сперматозоидов, укрупнение их головок, удлинение хвостов и повышается активность движения сперматозоидов.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по раннему выявлению ИППП и профилактике развития бесплодия в браке, а также усовершенствованию их терапии созданы 4 методических рекомендаций, которые позволят специалистам и врачам первичного звена улучшить раннее выявление ИППП, предупреждение развития осложнений и бесплодия, а так же способствуют проведению адекватной терапии и эффективной профилактики.

Результаты исследований, по совершенствованию диагностики, терапии, профилактики ИППП и бесплодия, внедрены в практику здравоохранения, в частности: в отделении бесплодного брака РСНПМЦ АиГ, в Ташкентском и Самаркандском ОблКВД; а также используются в учебном процессе на кафедрах дерматовенерологии, на кафедрах акушерства и гинекологии ТМА и ТМПИ (справка Министерства Здравоохранения от 01.02.2016 года за №8Н-д/1). По сравнению с традиционными методами, внедренные нововведения способствуют ранней диагностике и снижению развития осложнений ИППП, а также предупреждению заболеваний у 1/5 части больных. Внедрение результатов исследования позволило улучшить раннее выявление бесплодия и сократить на 3-4 дня сроки лечения от инфекций и его репродуктивных осложнений, что повысило фертильность и возможность иметь детей.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 12 научно-практических конференциях, в том числе, 2 международных и 10 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 35 научных работ, из них: 34 журнальных статей, в том числе 21 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, бти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 191 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведённого исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагаются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертационной работы **«Бесплодный брак как социальная и медико-демографическая проблема»** проанализированы современные данные о этиологии, патогенезе и диагностике ИППП и бесплодия, особенностях функционального состояния репродуктивных органов мужчин и женщин в бесплодном браке, и дан сравнительный анализ современных методов их терапии. Изложена история развития и использования лазерных технологий в медицине.

Во второй главе диссертации **«Методы диагностики ИППП и репродуктивных органов у супругов бесплодных в браке»** описаны материалы и методы трёх этапного исследования:

1 этап – изучение структуры бесплодного брака в супружеских парах по материалам ретроспективного анализа историй болезни и по обращаемости женщин, а также ИППП и сексуальное здоровье женщин живущих только в браке, практикующих внебрачные связи и занимающихся коммерческим сексом.

2 этап - изучение влияния ИППП и патогенной, условно патогенной бактериальной флоры на репродуктивные органы супругов в бесплодном браке, оптимизация методов их диагностики и терапии.

3 этап – изучение состояния добавочных половых желёз и нарушения спермы у мужчин в бесплодном браке обусловленные ИППП и бактериальной флорой, оценка эффективности СО2 лазера и НИЛИ в комплексной терапии лиц страдающих ИППП и бесплодием.

С целью определения структуры бесплодия женщин проведен ретроспективный анализ истории болезни 2196 женщин обратившихся с 2005 по 2007 годы в клинику РСНПМЦ АиГ по поводу бесплодия в браке.

Для изучения проблемы бесплодия в браке, проведено проспективное исследование 500 супружеских бесплодных пар в РСНПМЦ АиГ и 433 женщин социально негативного статуса, находившихся в КВД г.Ташкента и Ташкентской области. Длительность бесплодия в семье варьировала от 2 до 15 лет.

Обследование мочеполовых органов и выявление ИППП у супружеских пар, проводили согласно стандартам утверждённым приказами МЗ РУз, а отправным документом для изучения структуры бесплодного брака явился стандартизированный протокол обследования бесплодной пары, разработанный ВОЗ для программы исследований по репродукции человека.

Для исследования влияния социального статуса и сексуальной активности на вероятность заражения ИППП и на состояние репродуктивных органов женщин, проведено сравнительное обследование женщин:

1 группа – женщины в бесплодном браке с сопутствующими ИППП,

2 группа - женщины в бесплодном браке, без клинико-лабораторных признаков ИППП.

3 группа – женщины практикующие сексуальные услуги за вознаграждение, в течение не менее 1 года, обследованных в условиях стационара.

Контрольная группа - 20 женщин, имеющих постоянного партнера, без ИППП.

Для изучения структуры бесплодного брака по обращаемости использовали протокол обследования ВОЗ, принятый для программы исследований по репродукции человека, который состоит из 2-х частей: 1- обследования мужчин; и 2- обследования женщин.

Основополагающим звеном в диагностике мужского бесплодия явилось исследование эякулята после 3-5-дневного полового воздержания. Сперму получали путем мастурбации.

Анализ спермы включал в себя исследование сперматозоидов и семенной жидкости по следующим макро-, микроскопическим и биохимическим показателям:

Морфологическая оценка сперматозоидов производилась после окраски их азуэрэозином с последующим подсчетом процентного содержания различных форм. Для суждения о качестве спермы исследовали по два образца эякулята, полученных пациентом с интервалом в 2 недели.

Для выявления воспалительных процессов в половом тракте производилось микроскопическое исследование мазка уретры и бактериальное исследование спермы и простатического сока.

С целью верификации иммунологического фактора бесплодия определялся уровень антиспермальных аутоантител.

На основании полученных данных выставлялся диагноз в соответствии с реестром диагностических категорий, предлагаемых группой экспертов ВОЗ.

Диагностика бесплодия у женщин проводилась в клинике РСНПМЦ АиГ. После гинекологического обследования женщин акушер-гинекологом, материал для исследований брали из цервикального канала, анального отверстия и заднего свода влагалища.

Выявление ИППП у супружеских пар проводили комплексно с использованием стандартных методов исследования:

1. Бактериоскопия мазка и бактериологическое исследование отделяемого мочеполовых органов и секрета предстательной железы. Окраску мазков производили по Граму, гематоксилином и эозином, по Романовскому-Гимза (на хламидии) а также метиленовым синим (на трихомонады).

2. Серологическое исследование крови больных и лиц контрольной группы на сифилис, ВИЧ-инфекцию, токсоплазмоз и HBS-антиген.

3. Идентификация *Gardnerella vaginalis*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *Ch. trachomatis* методом ИФА, ПИФ с помощью диагностических антител «НПФ ЛАБ диагностика» г. Москва.

4. ПЦР определяли *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum* (отдельным больным).

5. УЗИ внутренних половых органов.

6. Микробиологическое исследование проводилось у 80 мужчин с ИППП и у 125 женщин (у 20 здоровых и у 105 женщин из группы риска с ИППП). Исследования проводили в микробиологической лаборатории кафедры микробиологии ТМА (зав. кафедрой проф. Мухамедов И.М.) с использованием высокоселективных сред, полученных от компании «Hi-Media» узбекско-американского предприятия «Феникс Интернешнл ЛТД».

Для изучения сперматозоидов использовалась модифицированная проф. Байбековым И.М. (НЦХ, директор.- проф. Ф.Г. Назиров) методика приготовления препаратов для СЭМ. Изучен эякулят 38 пациентов в бесплодном браке с хламидиозом и 8 пациентов без патологии половых органов (контроль). Препараты исследовались в микроскопе «Hitachi S-405». А фотографии получали с помощью цифровой фотокамеры «Canon» с экрана монитора микроскопа. Микрофотографии подвергали компьютерной обработке на компьютере CompuTek Pentium VI Windows XP.

В третьей главе диссертации «**Влияние факторов риска на развитие бесплодия**», приводятся результаты ретроспективного анализа историй болезни женщин с бесплодием, который выявил первичное бесплодие у 1412(64,3%) и вторичное бесплодие у 784(35,7%) женщин. Средний возраст женщин  $24,6 \pm 1,1$  лет. У 76,3% женщин было определено трубно-перитонеальное бесплодие, у 35,7% -эндокринное бесплодие и у 8,5% женщин иммунологическое бесплодие.

У 54% женщин выявлено наличие одного или нескольких ИППП (хламидии, уреаплазмы, трихомонады, гонококки). Инфекция была выявлена у 46,8% женщин с первичным бесплодием и у 59,7% женщин с вторичным бесплодием. При этом наиболее часто выявлены хламидии, уреаплазмы и их сочетания, а также их комбинации с другими инфекциями. Трихомонады были выявлены у 12,2% и гонококки у 4,4%.

Анализ результатов обследования супругов 260 женщин в бесплодном браке с ИППП, показал наличие симметричной инфекции в супружеской паре.

Из оперативных вмешательств в анамнезе у женщин с первичным и вторичным бесплодием с равной частотой отмечались аппендэктомия и паховая грыжа. У женщин с вторичным бесплодием, отмечена высокая частота перенесенных абдоминальных и гинекологических операций (Аднексэктомия, тубэктомия, диагностическое выскабливание и аборты, ДЭК эрозии ш/м). Нарушение проходимости маточных труб выявлено при



вторичном бесплодии у 58%, а при первичном бесплодии - у 34% женщин. У женщин в бесплодном браке из факторов риска кроме ИППП, ВЗОМТ, эндометриоза и эндокринных нарушений, часто регистрировали различное сочетание этих факторов.

В четвёртой главе «**Этиологические факторы и структура бесплодного брака**» освещены результаты проспективного исследования 500 женщин живущих в бесплодном браке. У 88,6% из них выявлено наличие одного или нескольких ИППП (хламидии, уреаплазмы, трихомонады, гонококки). При этом, вирусная инфекция (ВПГ, ЦМВ), а также их комбинации выявлена почти у всех женщин с вторичным бесплодием (табл.1).

Обследование супругов 500 женщин, бесплодных в браке, выявило у мужчин чаще симметричную инфекцию. Более половины (56%) мужчин указали на факт внебрачных половых связей до женитьбы, и 87,2% – практиковали их после неё. Симптомы слизисто-гнойных выделений из уретры отмечали 264(52,8%) мужчин, но только 84(16,8%) мужчин указали на перенесенную в прошлом гонорею и трихомониаз.

Анализ результатов клинического обследования 460 женщин с бесплодием, проведённого акушер-гинекологами выявил: - Эндокринное бесплодие у 19,5% женщин; - Органические поражения маточных труб, препятствующих транспорту сперматозоидов и яйцеклетки (29,3%).

**Таблица.1**

**Инфекции, передаваемые половым путём, выявленные у женщин в бесплодном браке (в %, М±m)**

Инфекции	Первичное бесплодие, n=328	Вторичное бесплодие, n =172	Всего, n =500
Выявлены ИППП	82,6±2,1	172 (100%)	88,6±1,4
В том числе:			
<i>Chlamydia trachomatis</i>	40,8±2,7	51,2±3,8	50,7±2,2
<i>Trichomonas vaginalis</i>	11,6±1,7	50,6±3,8	25,0±1,9
<i>Mycoplasma hominis</i>	21,6±2,3	23,8±3,2	20,7±1,8
<i>Gardnerella vaginalis</i>	36,6±2,6	33,7±3,6	31,2±2,1
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1,2±0,6	27,9±3,3	4,4±0,9
<i>Herpes simplex</i>	78,0±2,4	98,8±0,8	85,2±1,6
<i>Cytomegalo virus</i>	74,4±2,3	86,0±2,6	78,4±1,8

Непроходимость маточных труб часто сочеталось с эндометритом и эндоцервицитом. У женщин, с вторичным бесплодием они в большей степени были связаны с послеродовыми и постабортными осложнениями, которые вызвали окклюзионные поражения маточных труб. У первично бесплодных женщин причиной трубной непроходимости наиболее часто были ИППП.

В диагностике фертильности мужчин, нормальные показатели спермограммы (при адекватной сексуальной функции) свидетельствуют о ненарушенной оплодотворяющей способности, тогда как, отклонение хотя бы одного из параметров может быть причиной инфертильности.

Из обследованных 500 мужчин нормальные показатели спермы были у 295(59 %), отклонения имелись у 205(41 %), из них у 24(4,8 %) человек сперматозоиды не обнаружены, а 181(36,2 %) имели различные варианты патоспермии.

Ведущим фактором мужской инфертильности оказались: варикоцеле (9,6%), воспалительные заболевания добавочных половых желёз, с обструкцией семявыносящих путей (3,8%), и варианты идиопатической патоспермии: астенозооспермия (7,2%) и олигозооспермия (8,4 %).

Результаты анализа структуры мужского бесплодия сопоставимы с результатами центров из развитых стран, отличие полученных результатов, заключается в более высокой у наших пациентов нормоспермии (59%).

В пятой главе **«Влияние ИППП и микрофлоры на состояние репродуктивных органов семейной пары в бесплодном браке»** изучено влияние сексуальной активности на частоту инфицирования и на состояние женских репродуктивных органов.

Проведено сравнение результатов обследования женщин в возрасте от 19 до 28 лет: 1 группа – женщины в бесплодном браке с ИППП; 2 группа – женщины в бесплодном браке, без клинико-лабораторных признаков ИППП; 3 группа – женщины, практикующие сексуальные услуги за вознаграждение; 4 группа – контроль.

Характер инфицированности и поражения различных отделов уrogenитального тракта у женщин с бесплодием без ИППП (2 группа) и у здоровых женщин контрольной группы фактически оказались однотипны и достоверно не отличались.

У женщин с бесплодием, с ИППП (1 группа), чаще отмечаются воспалительные заболевания половых органов с более острым течением, а у женщин без ИППП (2 группа) чаще регистрировались первичное бесплодие, в три раза чаще эндокринная патология, различные хирургические вмешательства, вирусный гепатит и острые вирусные инфекции детского возраста.

В 3 группе женщин, практикующих сексуальные связи за вознаграждение выявлено наличие ИППП у 100% обследованных, в том числе сифилис вторичный скрытый у 7,5%, гонорея у 22,5%, трихомонады у 77,5%, хламидии, уреаплазмы, кандиды и их сочетания выявлялись у всех лиц. Топический диагноз у обследованных женщин из всех групп характеризовался вовлеченностью в патологический процесс различных отделов уrogenитального тракта (УГТ), однако в несколько раз чаще у женщин 3 группы, практикующих внебрачные связи (табл. 2).

Клинические проявления уrogenитальных инфекций чаще носили однотипный характер и соответствовали названию «синдром выделений».

Микробиологические исследования показали, что у пациенток 3 группы в микрофлоре влагалища содержание лакто- и бифидобактерий на три порядка ниже, чем у женщин в бесплодном браке, отмечаются нейтральные значения pH, увеличивается количество факультативных микроорганизмов, содержание дрожжевых грибов, высеваются гарднереллы, микоплазмы, уреоплазмы.

У женщин, бесплодных в браке наиболее часто выявляли *Chlamydia trachomatis* (у 50,7%) и *Trichomonas vaginalis* (у 25,0%).

Однако, при обследовании партнёров 82 женщин бесплодных в браке с вульво-вагинальным трихомониазом только у 50(60,9%) их мужчин были выявлены трихомонады.

При этом, у мужчин с трихомониазом, при микроскопическом и культуральном исследовании *Trichomonas vaginalis* был обнаружен у 48% только в уретре, у 22% - только в эякуляте, а у 30% пациентов, определялись как в уретре, так и в эякуляте.

**Таблица 2**

**Топический диагноз репродуктивных нарушений у женщин из разных социальных групп**

№		1 группа	3 группа	Контроль
1.	Эндоцервицит	86,3%,	92,5%	15%
2.	Кольпит	63,4%	85%	15%
3.	Уретрит и цистит	44,4%	85%	10%
4.	Эндометрит	60,2%	82,5%	10%
5.	Сальпингоофорит	18,4%,	72,5%	10%
6.	Эрозия на шейке матки	16,4%,	60%	10%
7.	Нарушения менструальной функции	13,4%.	47,5%	5%

Сопоставление результатов показывает, что световая микроскопия окрашенных мазков позволяет обнаружить трихомонады, меньше чем у половины мужчин с трихомониазом. Посев материала в питательную среду обеспечивал по сравнению с микроскопией мазка в 2-5 раз большую выявляемость трихомонад в уретре (72%) и в эякуляте (52%).

Результаты культуральной диагностики трихомониаза у мужчин в бесплодном браке, показали наличие простейших не только в уретре, но и в простато-везикулярном комплексе.

Исследования у 50 мужчин с трихомониазом на наличие у них других ИППП (*C.trachomatis*, *N.Gonorrhoeae*, *U.urealyticum*, *M.genitalium* и др.) показали, что указанные возбудители достаточно часто встречаются в виде ко-инфекции у мужчин с бесплодием. Моно-инфекция в урогенитальном тракте мужчин с трихомониазом выявлена у 22,0±5,9% больных, а микст-инфекция у 78,0±5,9%. Наиболее часто трихомонады сочетались с хламидиями (64%). Поэтому, выявление трихомонад у бесплодных мужчин, должно дополняться лабораторным обследованием на наличие в

репродуктивном тракте других УГИ, обнаружение которых потребует существенной корректировки этиотропного лечения пациентов со смешанными секс-инфекциями.(рис.1)

У больных с хроническим трихомониазом неспецифическая микрофлора чаще и в более высоком титре ( $>10^4$  КОЕ/мл) высеивалась из уретры, чем из эякулята и представлена комбинациями микроорганизмов двух и более видов, чаще *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus* и энтеробактерии (с преобладанием *Escherichia coli*).

Через 10 дней после эффективного этиотропного лечения трихомониаза и хламидиоза, у 68% из этих мужчин в бесплодном браке, сохранялась сопутствующая неспецифическая бактериальная инфекция репродуктивного тракта, а у 80% больных - выявленный до лечения клинико-лабораторный статус существенно не изменялся.



**Рис.1** Алгоритм обследования на ИППП и УГИ у мужчин, бесплодных в браке

В шестой главе «Комплексная терапия ИППП у супругов бесплодных в браке» приведены результаты лечения ИППП у мужчин в бесплодном браке. Лечение проводили обоим супругам согласно стандартам диагностики и лечения ИППП, утвержденным МЗ РУз с учетом выявленных инфекций и чувствительности возбудителей ИППП (гонококков, хламидий, микоплазм и уреаплазм) к антибактериальным препаратам.

Учитывая особенности трихомониаза у мужчин бесплодных в браке, с мало симптомностью клинических проявлений и высокой частотой

смешанных инфекций (ИППП и УГИ), при лечении необходимо соблюдать алгоритм терапии. (рис.2)

1. Назначение антипротозойных препаратов (лечение трихомониаза).
2. Затем этиотропное лечение вновь обнаруженных ИППП (гонококков, хламидий, уреаплазм и др.).
3. Завершают этиотропной терапией неспецифической УГИ (с учётом их чувствительности к антибиотикам).

После противотрихомонадной терапии предпочтительным является назначение антибиотиков, обладающих широким спектром противомикробной активности, спектр действия которых охватывает 2-3 возбудителя инфекции.



**Рис.2 Алгоритм терапии ИППП у мужчин, бесплодных в браке**

Определение чувствительности к антибиотикам выявил, что наиболее выраженное антибактериальное воздействие на гонококки, а также на грамположительные и на грамотрицательные микробы вагинальной микрофлоры у женщин, состоящих в бесплодном браке, оказывают препараты группы цефалоспоринов и фторхинолоны.

Эффективность лечения трихомонадной инфекции обеспечивалась 5-дневным курсом тиберала в суточной дозе 1,5г (монотерапия) или комбинированным лечением, с одновременным назначением метронидазола и атрикана в течение 10 дней. В лечении свежего неосложненного трихомонадного уретрита назначали метронидазол, тинидазол, или тиберал.

Эффективность этиотропной терапии хламидиоза обеспечивалось включением тетрациклина, макролидов и фторхинолонов.

Для профилактики и лечения сопутствующего урогенитального кандидоза, развивающегося после антибиотико терапии, назначали один из антимикотиков системного действия – Дифлюкан, Итраканазол, Тербинафин.

Наиболее сложную задачу представляет лечение смешанной инфекции. Применение азитромицина по схеме: 1-й день - 1,0 г, в последующие 4 дня – по 500 мг 1 раз в день, на курс - 3,0 г - обеспечивало его эффективность в лечении хламидиоза, гонореи и микст-инфекции.

Фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин, таривид, ципробай, абактал) успешно применялись в терапии гонококковой, хламидийной, уреаплазменной и сочетанной инфекции, в соответствующей терапевтической дозировке.

При терапии ПВИ руководствовались правилом, если отсутствует возможность типирования вируса, т.е. определять подгруппы «низкой, средней и высокой степени» онкогенного риска, рекомендуется по возможности раннее удаление клинических проявлений ПВИ.

Генитальные кондиломы у больных удаляли воздействием на пораженные участки кожи, слизистой вульвы и шейки матки СО<sub>2</sub> лазера путём её вапоризации (испарения).

Процесс удаления больные переносили хорошо, никаких болезненных ощущений не отмечали. Образовавшаяся корочка держалась 4-6 дней, после которой эрозия эпителизовалась без образования рубцовой ткани. Динамические наблюдения в сроки от трёх до 6 месяцев показали, что рецидива клинических проявлений папиллома вирусной инфекции не было.

Из семейных пар, обратившихся в клинику по поводу бесплодного брака, были выделены 30 семей, где у женщины при комплексном клинко-лабораторном обследовании была выявлена моно инфекция - вирус простого герпеса. Эпизодическая терапия 30 семейным парам, препаратом Валтрекс (Валацикловир) по 500 мг 2 раза в сутки, в течении 5 дней обеспечивало быстрое уменьшение болевых ощущений, высыхание и эпителизацию эрозий к 3-4 дню, отсутствие рецидивов ВПГ в течении 48 недель после завершения курса лечения.

Таким образом, комплексное этиотропное лечение бактериальных ИППП, согласно стандартам диагностики и лечения Минздрава РУз, с учетом этиологического состава и чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам, приводило к клинической и микробиологической санации пациентов, что является залогом восстановления репродуктивной функции и успешного лечения бесплодия в браке.

В седьмой главе «**Уретропростатиты у мужчин в бесплодном браке, с ИППП и методы их терапии**» приведены результаты обследования и лечения воспаления предстательной и добавочных желёз у мужчин в бесплодном браке, оценка плодовитости спермы мужа в процессе терапии. У

102(20,2%) больных из 500 мужчин, состоящих в бесплодном браке, при клинико-лабораторном обследовании был определён диагноз уретрит и/или простатит. Больных разделили на две группы: 1 группа - 72 больных, с ИППП (трихомонады, хламидии, гарднереллы, ВПГ- или микст); 2 группа - 30 больных с бактериальным уретропростатитом; контрольная группа -20 здоровых фертильных мужчин. Все в возрасте от 20 до 35 лет.

По результатам пальцевого ректального исследования (ПРИ) у 39(54,2%) из 72 мужчин первой группы выявлены признаки хронического простатита, у которых были высеяны трихомонады, а также их сочетание с другой флорой (табл. 2).

**Таблица 2**

**Частота простатитов, везикулитов и эпидидимитов у больных в бесплодном браке в зависимости от выявляемой флоры**

Этиологический фактор простатитов, везикулитов	Число больных	простатит	везикулит	Эпидидимит
<i>Trichomonas vaginalis</i>	54 (75%)	39 (54,2%)	12 (16,7%)	6 (8,3%)
<i>Chlamidia trachomatis</i>	42 (58,3%)	31 (43,1%)	9 (12,5%)	5 (6,9%)
<i>Mycoplasma hominis</i>	6 (7,6%)	6(100%)	2(20%)	
<i>Ureaplasma urealiticum</i>	24(30%)	20(83,3%)	4(16,6%)	1(4,1%)
<i>Herpes simplex virus</i>	26(32,5%)	24(92,3%)	2(7,7%)	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	16(20%)	14(87,9%)	5(31,2%)	

Чаще в воспалительный процесс вовлекалась периферическая зона предстательной железы: 51,5% - в основной группе и 53,3% - в группе сравнения, затем центральная зона: 30,3% - в основной группе и 30% - в группе сравнения. Диффузные поражения имели место соответственно в 18,2% и 16,6% случаев.

Лечение простатитов остаётся большой проблемой. Применение лишь антибактериальных препаратов, не всегда приводит к элиминации возбудителей и не гарантирует излечение пациента от генитальных инфекций. Причина - проникновение лекарственных препаратов в предстательную железу составляет не более 10 - 15%.

Для решения этой проблемы, мы использовали низко интенсивное лазерное излучение (НИЛИ) исходя из факта, что НИЛИ, путем увеличения трансмембранного переноса лекарственных средств, обеспечивает проникновение лекарственных препаратов в осумкованные очаги (Райгородский Ю.М. и соавт., 2002, Боголюбов В.М., 2003, Несмеянов А.Н., 2004.).

Лечение хронического уретропростатита у 72 мужчин, в бесплодном браке (основная группа), проводили методом контактной лазеротерапии, аппаратом «МАТРИКС» (РОССИЯ), с излучающей головкой ЛОЗ и магнитной насадкой ЗМ-50, мощностью 10-15 Вт., частотой 80 Гц.

При лечении больных в бесплодном браке с патоспермией, проводили биполярное лазерное облучение яичек последовательно в течение 5 минут на каждое яичко, затем по 2 минуты на область крестца и промежности. Курс

состоит из 14 ежедневных процедур. При лечении простатита у мужчин с ИППП проводили этиотропное лечение и контактно-зеркальное стабильное облучение в течение 5 минут на область крестца. Курс состоит из 14 процедур.

Лечение трихомонадной инфекции проводили тинидазолом 2,0 гр. однократно и орнидазолом по 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Терапию хламидиоза у мужчин в обеих группах проводили препаратами доксициклин, в стандартных суточных дозах по 0,1 два раза в день.

В основной группе – доксициклин + НИЛИ, курс 14 дней, а в группе сравнения (30 мужчин с простатитом) – доксициклин, курс 21 день.

Проведенное лечение обеспечило следующие результаты: в группе с НИЛИ процент излечения составил 97,2%, когда только у 1 пациента из 72 определялась трихомонадная инфекция, в то время как в группе сравнения процент излечения составил 90,0%, где у 3 пациентов из 30 не наступило этиологического излечения.

В основной группе нормализация размеров предстательной железы произошла в 57,5% случаев, в группе сравнения в 42,8%; болезненность уменьшилась соответственно на 49,1% и 34,6%; а участки уплотнения разрешились на 20,3% и 5,7% соответственно.

В процессе лечения количество лейкоцитов в секрете предстательной железы у мужчин в основной группе нормализовалось (1–10 в п/з) на 59,4%, а в группе сравнения на 25,0%; количество лейкоцитов более 30 в п/з уменьшилось на 48,0% и на 21,1%; количество лейкоцитов 10–30 в п/з уменьшилось на 11,4% и на 3,9% соответственно ( $p \leq 0,05$ ).

Оценку функциональной активности предстательной железы определяли по количеству лецитиновых зерен в поле зрения. Если до начала лечения лецитиновые зерна в большом количестве содержались в соке простаты у пациентов основной группы и группы сравнения, соответственно, в 22,3% и 21,8% случаев; до 50 в поле зрения – в 57,5% и 55,9% случаев соответственно. То, после проведенного лечения лецитиновые зерна в большом количестве в основной группе и группе сравнения, в 60,1% и 41,3% случаев; более 50 в поле зрения, соответственно в 9,3% и 14,5%.

Таким образом, использование НИЛИ в сочетании с системной антибактериальной терапией при лечении воспалительных изменений в предстательной железе, ассоциированных с ИППП позволяет снизить длительность лекарственной химиотерапии и способствует более высокому проценту излечения ИППП и нормализации функциональной активности добавочных желёз, по сравнению с традиционными методами терапии.

Для оценки влияния НИЛИ на сперматогенез нами обследованы 110 мужчин, в бесплодном браке, с ИППП и астенозооспермией, в возрасте от 20 до 35 лет, и 10 фертильных мужчин (контрольная группа). В том числе у 20 мужчин с варикоцеле, у 14 - гипогонадизм, у 75- «идиопатическое бесплодие». У 3 мужчин с первичным гипогонадизмом выявлен истинный крипторхизм. Оперативное лечение варикоцеле и крипторхизма проводилось



в НЦХ им В.Вахидова или РСНПМЦ Урологии МЗРУз. Для лечения использовали лазерный терапевтический аппарат «Матрикс» (длина волны 0,365 мкм, импульсная мощность от 1 до 250 мВт, частота повторения импульсов от 10 до 3000 Гц). Всем больным проводилось биполярное лазерное облучение яичек в боковой и продольной проекциях, ежедневно, по 10 мин на каждое яичко, в течение 14 дней.

НИЛИ применялась как монотерапия, или в сочетании с гормональной стимуляцией при наличии изменений гормонального статуса при гипогонадизме, или в комбинации с этиотропной терапией ИППП. Контрольное исследование спермы и гормонального профиля проводилось через 1 и 2 месяца после лазеротерапии.

После проведенной локальной лазерной терапии у всех больных, достоверно увеличивалась жизнеспособность сперматозоидов, подвижность и количество морфологически нормальных форм ( $p \leq 0,01$ ).

Воздействие НИЛИ на яички вызывает увеличение количества жизнеспособных форм с 78% до 88%, подвижности с 52% до 64% и количества морфологически нормальных форм сперматозоидов с 54% до 66%. Воздействие НИЛИ на семенники вызывает улучшение параметров спермы и снижение уровня ФСГ у всех обследованных больных.

Монотерапия НИЛИ яичек мужчин с варикоцеле повышает концентрацию активно-подвижных форм с 25% до 28%, количество морфологически нормальных форм с 26% до 38%. Эффективность лечения бесплодных мужчин с варикоцеле повышается при комбинированной терапии, когда НИЛИ проводится после операции варикоцеле.

Локальное лазерное облучение яичек у мужчин с гипогонадизмом увеличивает количество морфологически нормальных форм и улучшает подвижность. При идиопатическом бесплодии применение локальной НИЛИ вызывает повышение подвижности сперматозоидов (a+b) с 19% до 34% и увеличение количества морфологически нормальных форм сперматозоидов с 13% до 23%.

Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения оказывает противовоспалительный эффект и способствует нормализации спермы, восстановлению репродуктивной функции у мужчин и может быть эффективным вспомогательным методом комплексной терапии бесплодия.

Исследования эякулята при моно-хламидиозе и при микст-хламидийно-трихомонадной инфекции выявило высокую степень активности воспаления ( $12,2 \pm 0,7$  в п/зр;  $p \leq 0,001$ ) среди всех изучаемых групп. Время разжижения эякулята, показатели появления патологических форм сперматозоидов, высокое содержание белка и повышенная скорость протеолитической активности отмечается при всех формах хламидиоза.

Проведенный курс базовой терапии доксициклином показал купирование лейкоцитарной реакции и появление макрофагов в эякуляте: время разжижения нормализовалось за счет ускорения, достоверно возрастает вязкость спермоплазмы, подвижность сперматозоидов приблизились к норме у больных с моно-хламидиозом с ростом в 1,4 раза,

восстановилось соотношение морфологически нормальных форм сперматозоидов за счет уменьшения доли патологически измененных спермиев у всех больных ИППП.

Под действием доксициклина характерно снижение уровня общего белка и уровня ферментативной протеолитической активности эякулята.

Доля морфологически нормальных сперматозоидов увеличилась до пределов нормы за счет дальнейшего снижения патологических форм  $15,5 \pm 0,5$  -  $18,0 \pm 0,8\%$ , в сравнении с монотерапией доксициклином в 1,5-1,7 раза. Дифференцированный подсчет показал уменьшение доли патологии головок и хвостика до нормы.

В восьмой главе **«Морфологическая характеристика эякулята бесплодных мужчин с хламидиозом до и после лечения НИЛИ»** освещены результаты морфологических исследований, которые показали, что хламидиоз вызывает существенные изменения формы сперматозоидов. Появляются деформированные головки, сдвоенные и деформированные хвосты. Определяются дискретные образования на поверхности хвостов и головок, которые по своим размерам и форме соответствуют хламидиям. Выявляемые с помощью СЭМ патологические изменения формы значительной части сперматозоидов, позволяют утверждать, что хламидиоз, вызывая деформацию сперматозоидов, могут являться причиной нарушения качества спермы и способствовать бесплодию.

Светооптические исследования мазков эякулята после НИЛИ, на фоне медикаментозного лечения, показали существенные улучшения состояния сперматозоидов уже через 3-4 сеанса лазеротерапии. Головки приобретают правильную овальную форму, хвосты удлиняются, но среди сперматозоидов встречаются округлые клетки разных размеров.

СЭМ сперматозоидов, через 3-4 сеанса лазеротерапии на фоне медикаментозного лечения показали существенное положительное влияние даже нескольких сеансов НИЛИ на эти половые клетки.

Большинство сперматозоидов после курса НИЛИ на фоне медикаментозного лечения имеют ровную поверхность головок, длинные ровные хвосты с гладкой поверхностью. Происходит укрупнение головок, удлинение хвостов сперматозоидов и сглаживание поверхности их плазматических мембран. Изменения структуры сперматозоидов лежит в основе их подвижности и увеличивает их способность пенетрации яйцеклеток.

Комплексное применение медикаментозных средств и НИЛИ приводит к ликвидации повреждений поверхности, как головок, так и хвостов, вызванных хламидийной инфекцией. Всё это способствует восстановлению фертильности мужчин с нормальным сперматогенезом.

#### ***Отдалённые результаты лечения бесплодных супружеских пар.***

Клинико-лабораторное тестирование проведено в полном объёме у 460 женщин и 334 мужчин, из 500 бесплодной супружеской пары. После проведённого комплексного этиотропного, патогенетического лечения

ИППП и УГИ у супружеской пары, а также лечения воспаления предстательной железы и других репродуктивных органов, в течении трёхлетнего наблюдения из 334 мужчин получивших полноценное лечение отмечено: -самостоятельно состоялись беременности у жен 126(37,7%) пациентов; -роды у жен 38(11,3%) пациентов; -выкидыши у жен 16(4,8%) пациентов.

Применение методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): ЭКО, ИКСИ и др. у жен 12(3,6%) пациентов обеспечило оплодотворение яйцеклетки при нарушении сперматогенеза и невозможности самостоятельного зачатия.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Первичное бесплодие женщин наблюдается в 1,8 раз чаще по сравнению с вторичным бесплодием. Среди основных причин формирования бесплодия у женщин отмечают: трубно-перитонеальная непроходимость, эндокринные нарушения, иммунологические изменения. ИППП явилось причиной развития первичного и вторичного бесплодия у более половины обследованных женщин.

2. По результатам проспективных исследований у обследованных пар выявлены моно- и микс- ИППП. Основными причинами развития мужского бесплодия служили: нарушения сперматогенеза (аспермия, патоспермии), варикоцеле, воспалительные заболевания добавочных половых желез с обструкцией семявыносящих путей, иммунологические изменения, эндокринные причины. У обследованных женщин причины бесплодия были: obturational органические поражения маточных труб, эндокринная патология, врожденная патология репродуктивных органов.

3. При анализе анамнестических данных, мужчины указали на частые внебрачные половые связи до женитьбы и внебрачные половые связи после, а у обследованных женщин внебрачные половые контакты констатированы у 1,6%. Важная роль в инфицировании семейной пары и в развитии бесплодия принадлежит мужчине, а также уровню риска репродуктивного поведения супругов. Среди обследованных женщин повышенного поведенческого риска содержание лакто- и бифидо- бактерий в 2 раза ниже по сравнению с женщинами из благополучных семей, а количество факультативных микроорганизмов и содержание дрожжевых грибков выше, что является фактором способствующим длительной персистенции ИППП и развитию нарушений репродуктивной функции.

4. Микроскопическое и культуральное исследование у мужчин выявило наличие *Trichomonas vaginalis* в уретре, эякуляте, как в уретре, так и в эякуляте. Для повышения эффективности лабораторной диагностики скрытого трихомониаза у мужчин находящихся в бесплодном браке, необходимо наряду с микроскопией мазков из отделяемого уретры, использовать культуральный метод с посевом из уретры и эякулята. Хронический трихомониаз у мужчин в бесплодном браке протекает как моно-инфекция, так и микст-инфекция, наиболее часто в сочетании с хламидиями. Корреляционный анализ клинико-лабораторных маркеров

инфекционно-воспалительного процесса в уретре и простато-везикулярном комплексе у лиц с трихомонадно-хламидийной инфекциями прямо коррелирует с сопутствующей потенциально патогенной микрофлорой.

5. У 1/5 мужчин в бесплодном браке выявлен бактериальный уретропростатит, который ассоциирован с ИППП. Поражение простато-везикулярной системы в 3/4 случаев связан с поражением *Chlamidia trachomatis* и больше половины с *Trichomonas vaginalis*. Негативное влияние хламидийной инфекции на сперматогенез отражается в увеличении времени разжижения эякулята и его вязкости, содержания общего белка и количества лейкоцитов, а также числа неподвижных и малоподвижных сперматозоидов, сперматозоидов с патологией головки, хвостика или шейки, что способствует нарушению репродуктивной функции.

6. Поэтапное одновременное лечение ИППП половых партнеров, согласно предложенного алгоритма (1-этап - лечение трихомониаза; 2-этап - лечение бактериальных ИППП; 3-этап - лечение сопутствующей бактериальной флоры) с обязательным определением чувствительности флоры к антибактериальным препаратам, в комплексе с лазеротерапией, способствует быстрой элиминации ИППП и скрытой патогенной бактериальной флоры, приводит к улучшению половой функции.

7. Комплексное лечение бесплодия у мужчин с уретропростатитами с включением НИЛИ оказывает положительное влияние на репродуктивную функцию, обеспечивая противовоспалительный эффект, способствуя нормализации спермы, путем снижения ее вязкости и времени разжижения, увеличением доли морфологически нормальных сперматозоидов и снижения патологических форм.

8. НИЛИ яичек после оперативного вмешательства при варикоцеле и идиопатическом бесплодии повышает концентрацию морфологически нормальных и активно-подвижных форм сперматозоидов.

9. В течении трёхлетнего наблюдения, после проведённого комплексного этиотропного, патогенетического и оперативного (варикоцеле) лечения бесплодных пар, у жен 126 из 334 мужчин получивших полноценное лечение самостоятельно состоялись беременности, у жен 38 пациентов - роды, у жен 16 -выкидыши. У жен 12 пациентов излеченных от ИППП и их осложнений, подготовленных нами к применению методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), проведение ЭКО, ИКСИ обеспечило оплодотворение яйцеклетки при нарушении сперматогенеза и невозможности самостоятельного зачатия.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017Tib.29.01 ON AWARD  
OF SCIENTIFICDEGREE OF DOCTOR OF SCIENCES  
AT THE TASHKENTPEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

---

**TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

**VAISOV ISKANDAR ADKHAMDJANOVICH**

**BARREN MARRIAGE. IMPROVING THERAPY TAKING INTO  
ACCOUNT THE PATHOGENETIC FEATURES OF THE  
REPRODUCTIVE FUNCTION OF MEN WITH UROGENITAL  
INFECTION**

**14.00.11 - Skin and venereal diseases**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (DSc)  
ON MEDICAL SCIENCE**

## TASHKENT – 2017

**The theme of doctoral dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under number №52017.1.DSc/Tib76**

The doctoral dissertation has been prepared at the Tashkent Pediatric Medical Institute.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English) languages on the website of Scientific Council [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) and on the website of «ZiyoNet» Information and educational portal ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz))

<b>Scientific consultant:</b>	<b>Khaitov Kahramon Najmitdinovich</b> Doctor of medical sciences, docent
<b>Official opponents:</b>	<b>Zaslavskiy Denis Vladimirovich</b> Doctor of medical sciences, professor (Russia)
	<b>Nabiev Talat Abduvahabovich</b> Doctor of medical sciences
	<b>Iskhakova Khalida Ilkhamovna</b> Doctor of medical sciences, professor
<b>Leading organization:</b>	Military Medical Academy after S.M. Kirov St.Petersburg (Russia)

Defense will take place «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 at \_\_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council Dsc.27.06.2017.Tib.29.01. at the Tashkent pediatric medical institute at address: (100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street, 223. Phone/fax: (99871) 262-33-14 e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Doctoral dissertation is registered in Informational-resource center of Tashkent pediatric medical institute, registration number №\_\_\_\_\_, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: 100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street, 223. Phone/fax: (99871) 262-33-14)

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 year  
(mailing report \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ 2017 year)

**A.V. Alimov**  
Chairman of the Scientific Council for the  
award of the degree of Doctor of Science,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**E. A. Shamansurova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council  
for the award of the degree of Doctor of  
Science, Doctor of Medical Sciences,  
Professor

**D.I. Akhmedova**  
Chairman of the Scientific Seminar of the  
Scientific Council for the award of the degree

## INTRODUCTION (abstract doctoral dissertation)

**The urgency and relevance of the theme of dissertation topic.** According to WHO, the incidence of infertile marriages varies widely and is increasing in all countries of the world. In the age group 20-24 years, the fertility rate fell by 42%, while in the group of 35-39 years - 92%. It is believed that this situation is highly dependent on the frequency of STI in the region. However, the reasons that lead to an increase in the number of infertile marriages, diverse, and the problem of marital infertility are unique depending on the health of both spouses.

**The aim of the research work:** is to study the risk factors, structures and diagnostics of infertility in couples, as well as diseases of accessory sex glands in men with infertility caused by STI and latent infections of the urogenital tract, with clinical and microbiological rationale optimize their therapy.

**The object of the research work:** were history in 2196 infertile women in marriage, examined and treated in the clinic Medical Center of Obstetrics and Gynecology and 500 infertile couples married and 433 women socially negative status surveyed in clinic Republican Medical Center of Obstetrics and Gynecology Ministry or in the hospital of Dermato-Venereal Dispensary in Tashkent city and Tashkent region.

**The scientific novelty of the research work** is as follows:

88,6% of married couples living in a infertile marriage are determined by one or more sexually transmitted infections (chlamydia, ureaplasma, trichomonas, gonokokk). Thus virus infection (herpes simplex virus, cytomegalovirus) HSV, CMV and combinations there of with other infections detected in almost all women. Established the important role of men in the opening couple of infection and infertility, as well as the influence of the level of behavioral risk women to the possibility of infection and lesions of the reproductive organs;

the leading cause of female infertility proved obstructive complications that women (29,3%) are found in many times more likely than men (3,8%). The causes of tubal obstruction in women are inflammatory infectious diseases of the pelvic organs, in primary infertile women - STI, and the secondary infertility - most post-abortion complications, and post-partum;

found that 59% of men of infertile marriages were normal levels of sperm from 4,8% - the sperm are not found, and 36.2% had various options pathospermia. The leading factor of male infertility appeared: varicocele (9,6%), inflammatory diseases of the accessory sex glands seminal tract obstruction (3,8%), asthenozoospermia (7,2%) and oligozoospermia (8,4%);

results of complex microbiological survey of men and women in a barren marriage possible to estimate the incidence of sexually transmitted infections, and other opportunistic infections, to identify the most common variants of Trichomonas mixed infection in men with dominance diseases trichomonas,

chlamydial infection. In chronic trichomoniasis in men detection of trichomonas in the ejaculate indicates involvement of prostate-vesicular complex;

biotsinoza infringements in the reproductive tract in men with chronic trichomoniasis (before and after the causal treatment) with the definition of associative pathogenic organisms (staphylococci, enterobacteria), have expressed virulent characteristics. Correlation relationship parameters associative microflora with markers of the pathological process in the urethra and prostate-vesicular complex.

on large clinical material set the frequency of occurrence of different etiological factors in prostatitis, vesiculitis and epididymitis, the necessity of taking clinical samples simultaneously from various localized areas of the reproductive tract of men of infertile marriages (scraping of the scaphoid fossa of the prostate secretion, urine, semen) using traditional (microscopy and culture method) and modern methods of diagnosis;

spermatologic first studied changes in men of infertile marriages with prostatitis and vesiculitis caused by STI and UI. It was found a decrease sperm concentration and a sharp decrease in their mobility (asthenozoospermia), especially in patients with mixed infection;

etiotropic evaluated the clinical efficacy of the treatment of STI, as well as prostatitis and vesiculitis caused by STI and UI conducted in view of determining the sensitivity of chlamydia, mycoplasma, ureaplasma to antibiotics and the simultaneous examination and treatment of sexual partners. The effectiveness of treatment provided using the most sensitive antibiotics (tetracycline, fluoroquinolones, macrolides, aminoglycosides new) together with pathogenic (interferon, enzyme therapy, physical methods - the CO<sub>2</sub> laser and LILR) and symptomatic therapy;

for the first time in the treatment of chronic urethra prostatitis in men of infertile marriages, due to STI to evaluate the results of systemic antibiotic therapy in the minimum coursework doses and the use of LILR in the projection of the prostate: the findings suggest the possibility of reducing the pill burden and increasing the effectiveness of treatment for inclusion in the therapeutic program of low-intensity laser radiation;

it found that the clinical use of low-intensity laser radiation in the treatment of inflammatory changes in the prostate gland associated with STI in men of infertile marriages, provides anti-inflammatory effect, promotes the normalization of sperm and restore reproductive function;

the first to demonstrate a positive effect on the testes in LILR normalization of sperm, varicocele and idiopathic infertility, which increased the concentration of active-motile forms results in an increase in viable form and amount forms morphologically normal sperm.

**Implementation of the research results.** The main results of the thesis presented in the form of four guidelines and used in the treatment of patients with sexually transmitted infections, and the couple married in a barren clinics Republican specialized scientific - practical medical Center of Obstetrics and



Gynecology, Tashkent regions Dermato-Venereal Dispensary. Dissertation materials used in the educational process in the departments of dermatovenerology and of the obstetrics and gynecology departments of Tashkent medical academy and Tashkent pediatric medical institute.

On the theme of dissertation are published 35 publications, including 2 - in foreign scientific journals, as well as participation in a monograph, four guidelines.

**The outline of the thesis.** A retrospective analysis of case histories of 2196 women with infertility in marriage revealed:

couples with the primary impairment of fertility (718) is 1,8 times larger than secondary infertility (468);

tube-peritoneal causes of infertility in 76,3%, and endocrine - at 35,7%;

Immunological Infertility (ASAT by the presence in the blood) – 8,5% of women;

The presence of an STI in 54% of women, including a 46,8% with primary and 59,7% with secondary infertility. The most frequently identified Chlamydia (at 50,7%), ureaplasma, combinations there of and combinations with other infections and trichomonas were detected in 12,2% and 4,4% of gonorrhoea among women;

Significant association between the occurrence of secondary infertility and transferred operative intervention because of inflammatory problems of the reproductive organs (adnexectomy, tubektomiya, diagnostic curettage and abortion, DEC cervix erosion), which is several times more frequently performed in women with secondary infertility.

Initiation of sexual intercourse between the ages of 16 and 25 in connection with marriage, sexuality only in marriage, poor awareness of STI and contraceptive methods.

Comprehensive survey of 500 couples living in a barren marriage, revealed:

From 88,6% the presence of pairs of symmetrical mono or mix- STI (chlamydia – 50,7%, trichomonas - 25% gardnerelly – 31,2%, gonorrhoea -4,4%) and viral infection in almost all women secondary infertility;

The leading cause of female infertility are obstructive complications that women (29,3%) are found in many times more likely than men (3,8%). The cause of tubal obstruction in women, which is often associated with endometritis and endocervicitis are inflammatory infectious diseases of the pelvic organs, in primary infertile women - infections, sexually transmitted infections, and for secondary infertility - most post-abortion complications, and post-partum;

Endocrine disorders in 19,5% of women;

Of the surveyed 500 men had normal levels of sperm in 59%, from 4,8% of the male sperm are not found, and 36,2% had various options pathospermia. The leading factor of male infertility appeared: varicocele (9,6%), inflammatory diseases of the accessory sex glands seminal tract obstruction (3,8%), asthenozoospermia (7,2%) and oligozoospermia (8,4%);

The important role of infection in couples and in the development of infertility belongs to the man, as well as the level of risk of reproductive behavior of spouses. For women providing sexual services (high-risk behavior), 100% of the cases determined by the different mix of mono- and STI (trichomoniasis,

chlamydia, gardnerelly, syphilis, gonorrhea, HIV, etc.), which are accompanied by reproductive dysbiosis genital organs and significantly more likely than women in a barren marriage.

An examination of the spouses of infertile married, *trichomonas vaginalis* was detected in only 60,9% of the husbands of women with urogenital trichomoniasis installed. Raise the half, compared to light microscopy stained smears, the effectiveness of the laboratory diagnosis of trichomoniasis in men hidden in a barren marriage allows Cultures Study urethral discharge and ejaculate. Detection of trichomonas in the ejaculate is correlated with clinical and laboratory signs of pathological process in prostate-vesicular complex:

Chronic trichomoniasis in men of infertile marriages occurs as a mono-infection in  $22,0 \pm 5,9\%$  of patients, and in  $78,0 \pm 5,9\%$  observed mixed infection with other STI. The most common variant of chronic trichomoniasis mixed etiology is bi-component mixed infection with chlamydia ( $56,0 \pm 7,1\%$ );

Disbiotic disorders in the reproductive tract of infertile men with chronic urogenital trichomoniasis are characterized by the release of a large titer ( $> 10^4$  CFU / ml) associative potentially pathogenic microflora of urethral discharge ( $50,0 \pm 7,1\%$ ) and ejaculate, with the dominance of its consisting of gram-positive staphylococci and Enterobacteriaceae (Escherichia often). A significant proportion of the microflora (70-90%) of the urogenital bacterial isolates that have expressed virulent and persistent characteristics.

The use of traditional methods of diagnosis revealed a 20,2% of men of infertile marriages bacterial uretroprostatitis, of whom 70,6% associated with STI. Using ultrasonic technology in combination with traditional methods of diagnosis reveals a high prevalence of bacterial prostatitis. The most significant in the defeat of prostate-vesicular systems are: *chlamidia trachomatis* - the number of patients - 54(75%), including prostatitis in 39(54,2%), vesicles in 12(16,7%), epididymitis 6(8,3%); and *trichomonas vaginalis* - 42 patients (58,3%), prostatitis in 31(43,1%), vesicles in 9(12,5%) and epididymitis in 5(6,9%).

The negative impact of Chlamydia mono – infection on spermatogenesis (in comparison with the norm) is reflected in:

Increase ejaculate liquefaction period, and its viscosity, total protein, and proteolysis of white blood cell count, as well as the number of fixed and immobile sperm, sperm with abnormal head, tail or neck;

a decrease of active spermatozoa and rate Farris;

When mixed infection observed a marked increase in white blood cell count, viscosity and the coefficient of Farris than with mono-infection, indicating that the negative impact of parasitic existence of chlamydia and microbial flora, as well as a more pronounced toxic and pathogenic effects on each other and sperm.

The simultaneous treatment of STI at sexual partners step by step, according to the offered algorithm: 1. Treatment of trihomoniasis. 2. Treatment of other STI. 3. Treatment of satellite pathogenic bacterial flora; the simultaneous use of causal and pathogenetic (enzyme therapy, magneto-laser) therapy with the obligatory definition of sensitivity of STI and bacterial flora to antibiotics promotes rapid

elimination of STI, hidden microorganisms other pathogenic bacterial flora and improves sexual function.

The inclusion of LILR and wobenzym in the complex treatment of infertile men with Chlamydia had a positive effect on the reproductive function:

The suppression of inflammation – 4,7 times, an increase in macrophages – 1,3-1,4 times, which was accompanied by a decrease in viscosity and time of thinners to normal sperm, increasing the concentration of OH and an acceleration of proteolysis; increase in the proportion of morphologically normal sperm by reducing the pathological forms and increase the coefficient of Farris to normal.

About wall of proteolytic activity and total protein concentration in semen of patients with Chlamydia can be used as a biochemical diagnostic assay determination of inflammatory reactions in the prostate gland during monitoring causal therapy.

The clinical use of low-intensity laser radiation in the treatment of inflammatory changes in the prostate gland, associated with infections, sexually transmitted, in men of infertile marriages provides anti-inflammatory effect, promotes the normalization of sperm, the restoration of reproductive function in men and can be an effective additional method combined therapy infertility;

Laser effect on the testes in normospermia leads to an increase in viable form from 78% to 88%, the mobility of - from 52% to 64% and the number of morphologically normal sperm forms - from 54% to 66%;

Local laser irradiation of testes monotherapy varicocele increases the concentration active call sign forms from 24% to 36%, the number of morphologically normal forms from 26% to 38%. The effectiveness of the treatment of infertility increased use of LILR after surgery varicocele;

Idiopathic infertility local application of laser causes an increase in sperm motility (a + b) from 19% to 34% increase in the number of morphologically normal sperm forms from 13% to 23%.

During the three years of observation, conducted after etiotropic complex, pathogenetic and operational (varicocele) treatment at 126 women (37,7%) of the 334 men who received proper treatment, independently held pregnancy, wives 38(11,3%) patients - childbirth, wives 16(4,8%) –miscarriages.

In 12 women (3,6%) patients were cured of sexually transmitted infections and their complications, prepared by us to use the methods of assisted reproductive technology (ART), EF, ISI fertilization provided in violation of spermatogenesis and the impossibility of self-conception.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST of PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Гчасть; Ipart)**

1. Ваисов И.А., Ваисов А.Ш., Саипова Н.С., Агзамходжаева С.С. Факторы риска развития кандидоза, особенности его течения, методы диагностики и лечения//Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2006. - № 1-2. - С. 61-67. (14.00.00. №14)
2. Ваисов А.Ш. Агзамходжаева С.С., Мусаева Н.Ш., Ваисов И.А. Роль акушер-гинеколога в первичной и вторичной профилактике ИППП // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. - №3. - С.6-8 (14.00.00. №14)
3. Косцов Д., Хикматов Р.С., Ваисов И.А. Некоторые аспекты иммунологического бесплодия // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. - № 4. - С. 30-32 (14.00.00. №14)
4. Ваисов А.Ш., Ваисов И.А., Агзамходжаева С.С. Роль акушер - гинеколога в первичной и вторичной профилактике ИППП//Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. - № 3. - С. 6-8 (14.00.00. №14)
5. Ваисов И.А. Генитальный герпес и бесплодный брак //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2008. - № 4. - С. 22-24 (14.00.00. №14)
6. Ваисов А.Ш., Аллаева М.Д., Бекмуратова Э.Э., Ваисов И.А., Агзамходжаева С.С., Муратханова Д.А., Мусаева Н.Ш. Факторы среды и их влияние на рост заболеваемости ИППП. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2009. - № 1. - С. 33-36.(14.00.00. №14)
7. Ваисов А.Ш., Ваисов И.А., Хамидов Ф.Ш., Акбарова С. Папилломавирус человека: эпидемиология, диагностика и лечение //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2009. - № 1. - С. 71-78 (14.00.00. №14)
8. Ваисов И.А., Каримова М.К., Мусаева Н.Ш., Аллаева М.Д. Вирус папиллома человека (ВПЧ) //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2009. - № 3. - С. 43-45. (14.00.00. №14)
9. Ваисов А.Ш., Аллаева М.Д., Ваисов И.А., Бекмуратова Э.Э. и др. Факторы среды и их влияние на рост заболеваемости ИППП //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2009, №1 -С.33-36. (14.00.00. №14).
10. Ваисов И.А., Султанов С.Н., Мадаминова Л.М. Оценка факторов риска и характеристика поражений репродуктивных органов супругов в бесплодном браке, страдающих от инфекций, передающихся половым путём. //Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – Киев, 2009. - №4. - С.81-85. (список ВАК 2009)

11. Ваисов И.А. О влиянии папилломавирусов на репродуктивное здоровье, возможности диагностики и терапии // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2010. - № 1-2. – С 42-45. (14.00.00. №14)
12. Ваисов И.А. Предварительное обследование супружеской пары на ИППП при подготовке к ЭКО // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2011. - № 4. - С. 49-52. (14.00.00. №14)
13. Агзамходжаева С.С., Ваисов И.А., Шахиев Г.Ю. Влияние инфекций на состояние репродуктивных органов женщин из различных социальных групп и оптимизация методов терапии// Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2012. - № 4. - С. 64-67 (14.00.00. №1)
14. Ваисов И.А., Агзамходжаева С.С. Анализ нарушений микрофлоры репродуктивного тракта у мужчин в бесплодном браке, инфекционного генеза. сообщение №1// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2012. - №1. -С.23-24 (14.00.00. №14)
15. Ваисов И.А., Агзамходжаева С.С. Анализ нарушений микрофлоры репродуктивного тракта у мужчин в бесплодном браке, инфекционного генеза, сообщение №2 //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2012. - №1. -С.25-26 (14.00.00. №14)
16. Ваисов И.А., Х.К. Шодиев, И.М. Байбеков. Эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в комплексном лечении бесплодных мужчин //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2012. №1. - С.7-9. (14.00.00. №14)
17. Vaisov I.A. Morphological characteristics of spermatozoa of men in a barren marriage with identified Chlamydia// IJBM International Journal BIOMEDICINE. - USA, 2012. – Vol. 2, issue1. - P. 62-65. (список ВАК 2012)
18. Ваисов А.Ш., Ваисов И.А. Лазерные технологии в дерматологии. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2012.- №3. - С.59-63 (14.00.00. №14)
19. Султанов С.Н., Хаитов К.Н., Ваисов И.А., Агзамходжаева С.С. Отдалённые результаты комплексного лечения супружеских пар с бесплодием инфекционного генеза. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2014.- №2. - С.73-75.(14.00.00. №14)
20. Ваисов И.А. Особенности воспаления простато-везикулярных желёз у мужчин в бесплодном браке с инфекциями, передающимися половым путём. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2015. - №1. -С.4-6 (14.00.00. №14)
21. Ваисов И.А., Хаитов К.Н., Мухамедов И.М. Оценка эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в комплексной терапии мужчин в бесплодном браке с ИППП. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2015. - №1. -С.6-9.(14.00.00. №14)
22. Ваисов И.А. Особенности воспаления простато-везикулярных желёз у мужчин в бесплодном браке с инфекциями передающимися половым путём.//Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015. - №3. - С.72-73. (14.00.00. №1)

23. Ваисов И.А. Динамика показателей спермы мужчин бесплодных в браке после лечения низкоинтенсивным лазерным излучением. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015. - №3. – С.73-74 (14.00.00. №1)

### **Пбўлим (Пчасть; Пpart)**

24. Ваисов И.А., Мадаминова Л.М. Характеристика поражений репродуктивных органов супругов в бесплодном браке, инфекционного генеза // Doctor Axborotnomasi. – Самарканд, 2009. - №3, часть 2. - С. 359-360.
25. Агзамходжаева С.С., Джуманиязов О. Шахиев Г.Ю., Ваисов И.А. Факторы социальной экологии и репродуктивное здоровье// Doctor Axborotnomasi. – Самарканд, 2009. - №3, часть 2. - С. 360-363.
26. Агзамхаджаева С.С., Бекмуратова Э.Э., Бикбова Е.А., Ваисов И.А.,. Распространенность и особенности профилактики ИППП в группах повышенного поведенческого риска // Врачебное дело. – Украина, 2009. - №5-6. - С. 69-72
27. Vaisov I.A. Electron microscopy of spermatozoa chlamidia // European journal of natural history. – Prague, 2012. - №1. –Р. 6-8. (Импакт Фактор 0,321)
28. Vaisov I.A., Baibekov I.M. Morphological characteristics of spermatozoa of men in barren marriage with identified Chlamydia// International journal of Research in Pharmacology & Pharmacotherapeutics. - India, Andhrapradesh, 212. – Vol. 01, issue 02. –Р. 126-130.
29. Ваисов И.А., Шадиев Х.К. Оценка репродуктивной системы мужчин, страдающих бесплодием на фоне ИППП, и совершенствование терапии// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2008. - № 4. – С. 121
30. Ваисов И.А. Оценка клинической эффективности препарата Гатиспан в терапии негонококкового уретрита// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. - № 3. – С.. 34-35
31. Ваисов И.А., Алиева Д.А., Козиева Г.Н. Оценка эффективности Зитролида в лечении пациенток с генитальным хламидиозом //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2007. - № 3. - С. 11-12
32. Ваисов И.А., Ваисов А.Ш., Бекмуратова Э.Э. Аутрич – новая форма профилактики и активного выявления ИППП в группах повышенного поведенческого риска //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2008. - № 4. - С. 77
33. Агзамходжаева С.С., Джуманиязов А.А., Ваисов И.А., Особенности сексуального поведения и распространённости ИППП у женщин репродуктивного возраста // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2008. - № 4. – С.. 78.

34. Ваисов И.А., Асадов Х.Д., Байбеков И.М. Структурные изменения яичек при некоторых видах мужского бесплодия //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2005. - №2. – С. 21.
- 35.Ваисов И.А. О влиянии папилломавирусов на репродуктивное здоровье, возможности диагностики и терапии. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2009. - № 2. - С. 56