



## БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛИ

Г.А. Ихтиярова<sup>1</sup> Н.О. Наврузова<sup>2</sup> Муминова Н.Х.<sup>3</sup>

<sup>1-2</sup>Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

<sup>3</sup>Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш  
маркази

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6968960>

### ARTICLE INFO

Received: 01<sup>st</sup> August 2022

Accepted: 03<sup>rd</sup> August 2022

Online: 05<sup>th</sup> August 2022

### KEY WORDS

вагинал микробиоценоз,  
анаэроб дисбиоз, бачадон  
интраэпителиал  
неоплазия, LSIL, HSIL.

Бачадон бўйни касалликларининг кўп кузатилиётгани, репродуктив ёшдаги аёлларнинг саломатлигига салбий таъсири этиопатогенезнинг хусусиятларини, ушбу патологиянинг эрта ташхисини ва олдини олиш тўғрисидаги билимларни тиббиётга тадбиқ қилиш зарурлигини белгилайди. Кўп ҳолларда бачадон бўйни патологияси уrogenитал ёки вирусли инфекция билан бирга ривожланади [5,6,27]. Инфекциядан келиб чиқадиган бачадон бўйни касалликлари аёлларнинг гинекологларга мурожаат қилишларининг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади ва хавфли патологияни ривожланиш еҳтимоли туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади [2,7,38-42]. Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва олдини олиш муаммосининг долзарблиги, биринчи

### ABSTRACT

*Одам папиллома вируси (ОПВ)- асоцирланган ва ОПВ- асоцирланмаган цервикал неоплазиялар, вагинал дисбиоз билан бирга ҳамроҳликда учрайди. Булардан катъий анаэроб, айникса Gardnerella vaginalis Atopobium vaginae билан биргалликда, Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp. ва Eubacterium spp. кўпроқ аҳамиятга эга. Етакчи патогенларнинг хилма хиллиги, аёлларнинг бачадон бўйни раколди касалликларида қин микробиоценозини текшириш ва индивидуал терапияни ўтказиш зарурлигини таказо этади.*

навбатда, бу патогенинг онкологик касаллигининг ривожланишига олиб келади. Бачадон бўйни саратони дунёда репродуктив тизимнинг иккинчи энг кенг тарқалган саратони ва ривожланаётган мамлакатларда аёллар ўлимининг биринчи асосий сабаби ҳисобланади.

Бачадон бўйни сурункали яллиғланиши бачадон бўйнининг цервикал эпителийсининг ўсимтадан олдинги ва бачадон бўйни рак касалликларини ривожланишининг этиологик омилларидан биридир [1,22-26]. Ҳозирги вақтда цервикал каналда бактериял вагиноз (БВ) ва одам папиллома вирусининг (ОПВ) ўртасида боғлиқлик аниқланган [3,4]. Қиннинг рН даражасининг ошиши 35 ёшгача ва 65 ёшдан ошган аёлларда ОПВ нинг бир нечта турлари билан касалланиш ва LSIL ривожланиши хавфини ошириши



кўрсатилган. Чет эл тадқиқотчиларнинг фикрича, бактериал вагиноз (БВ) цервикал неоплазиянинг ривожланишининг кофакторларидан биридир [6,8]. Бундан ташқари, J.M.Klomp ва бошқаларнинг маълумотларига кўра, бачадон бўйни неоплазиясидаги анаэроблар орасида *Gardnella vaginalis* энг кенг тарқалган [13,15].

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

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

CIN диагностикаси учун гистологик ва цитологик усуллар фарқланади. Гистологик текширув вақтида CIN

даражасини аниқлашнинг асосий усули патологик жараённинг кўп қатли ясси эпителий (КҚЯЭ) қатламини ўзгариш даражаси ҳисобланади. CIN I да атипик хужайралар қатламнинг пастки 1/3 қисмини, CIN II - қатламнинг 2/3 қисмигача, CIN III - деярли бутун эпителий қатламини эгаллайди. Цитологик тадқиқотда CIN мезони атипик белгилари бўлган хужайралар, яъни йирик ва гиперхром ядролари бўлган хужайраларнинг суртмада мавжудлиги ҳисобланади. CIN I да бундай хужайралар кам ва улар мос келадиган КҚЯЭ қатламининг оддий хужайраларидан бир оз фарқ қилади; CIN II да улар кўпроқ ва атипия даражаси сезиларли юқори даражада бўлади; CIN III да бундай хужайралар кўп бўлиши мумкин ва уларни саратон хужайраларидан ажратиш қийин. Бундай ноаниқ мезонлар бир қатор ҳолларда турли даражадаги CIN нинг дифференциал морфологик диагностикасида қийинчиликлар туғдиради ва турли мутахассислар ўртасидаги ташхисларнинг номувофиқлигига сабаб бўлади. Бу эса Бетесданинг янги цитологик таснифини ишлаб чиқишга сабаб бўлди [34-37] CIN II ни CIN III билан бир гуруҳга киришига имкон берди - аниқ атипик ясси хужайрали ўзгаришлари (HSIL) деб аталди. Бачадон бўйни рак касллиги учун цитологик скрининг ўтказишда бундай таснифдан фойдаланиш ўзини оқлади, чунки бу эпителиянинг оғир атипияси билан касалланган ҳолатларни ўтказиб юбормаслик ва беморларни тегишли ихтисослаштирилган муассасаларга чуқур текшириш ва даволаш учун юбориш имконини беради. Бироқ,



чуқур текширувда неопластик жараённинг ривожланиш босқичини аниқроқ аниқлаш мақсадга мувофиқдир, чунки даволаш тактикасини танлаш бунга боғлиқ хисобланади. Шу нуқтаи назардан қараганда, CIN нинг уч босқичли таснифидан икки босқичли тизимга (LSIL-HSIL) ўтиш мунозарали кўринади, бу эса замонавий ЖССТ нинг бачадон бўйни ўсмаларининг халқаро гистологик таснифидаги Бетесданинг таснифига ўхшаш бўлиб [4], муалифларнинг тавсиясига қарамай HSIL ташхисини қўйишда қавс ичида CIN II ёки CIN III ни кўрсатиш лозим. Турли биологик потенциалга эга бўлган шикастланишларни бир гуруҳга бирлаштириш баҳс ва мунозораларга сабаб бўлмоқда [9,12]. Бу ҳолат шифокорларни бундай беморлар учун янада радикал даволашни - бачадон бўйни конизациясини амалга оширишга олиб келади. Кўпгина ҳолларда, бу еҳтимол оқланади, гарчи ёш аёлларда бундай даволаниш кейинги даврда ҳомиладорлик пайтида асоратларни келтириб чиқариши мумкин [7,28-33]. Шунингдек, CIN I-II бўлган беморларда консерватив давонинг турли усуллари муваффақиятли бўлиши ва бачадон бўйни эпителиясидаги атипик ўзгаришларнинг тўлиқ регрессиясига олиб келиши кўрсатилган. Шу сабабли, хавfli жараённинг ривожланиш босқичининг аниқроқ таърифи жуда долзарб бўлиб қолмоқда. Фемофлор-16 реал вақт режимида натижаларни аниқлаган ҳолда ПЗР ёрдамида аёлларда нафақат қин ва урогенитал тракт микрофлорасининг ҳолатини баҳолаш учун, балки патоген ва шартли патоген

микроорганизмларнинг ДНКсини аниқлаш учун мўлжалланган. Фемофлор етиштириш қийин бўлган анаэроб микроорганизмларни ўрганишга имкон беради ва айни пайтда юқори сезувчанлик ва ўзига хослигига эга. Микроскопик таҳлил ёрдамида микробиоценоз ва яллиғланиш ҳолатини баҳолаш учун экспресс-тест ўтказилади. Бу усул ҳали ҳам энг долзарб усуллардан бири хисобланади, чунки у тез, қулай ва арзон. Бироқ, микроскопиядан фойдаланиш усулнинг паст сезгирлиги, субъектив натижалар ва тахминий миқдорий баҳолаш билан боғлиқ. Аёл жинсий аъзолари инфекциясининг кўзғатувчиси ўзига хос экзоген омиллар сифатида қин микробиоценозга ҳам бевосита ва билвосита эндокрин-иммун механизмлар орқали таъсир қилиши мумкин [14,16-21].

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

Тадқиқот учун материал бачадон бўйни (экзоцервикс) цервикал каналининг эпителиал хужайраларининг суртмасидан олинди. Материал 0,5 мл физиологик эритма эга бўлган эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий хужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами ("Стандарт диагностика", Бухоро шахри) ёрдамида аниқланди. Қин микробиоценозини ўрганиш Фемофлор реагентларидан ("Стандарт диагностика", Бухоро шахри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига



мувофиқ ("Стандарт диагностика", Бухоро шаҳри) ПЗР-РВ усулида ўтказилди. Қин микробиоценоз ҳолатини ўрганилиши, биоптатнинг майдонини ҳисобга олган ҳолда мураккаб жараён ҳисобланади. Қабул қилинган материалдаги эпителия хужайралари сони ҳар бир намунадаги инсон геномик ДНКсини таҳлил қилиш натижалари билан баҳоланди. Махсус дастурий таъминот ёрдамида умумий бактериал масса (УБМ), лактобациллалар ва турли хил шартли патоген микроорганизмлар (факультатив- ва облигат-анаэроб МО, микоплазмалар ва ачитқисимон замбуруғлар) миқдори (геном эквивалентида / мл (гэ/мл) аниқланди. Барча аниқланган бактериялар орасида нормал флоранинг улушини, факультатив аэроб микроорганизмлар ва анаэроб микроорганизмларнинг фоизда баҳоланди. 136 та "Фемофлор-16" тестларининг клиник синови маълумотларига кўра, биоценоз турларининг қуйидаги таснифи таклиф қилинди:

1. Нормоценоз (мутлоқ нормоценоз) - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибидаги нормал флоранинг улуши, нисбий патоген микроорганизмлар (НПМ) нисбатан 80% дан ортиқ бўлган, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 10<sup>4</sup> гэ / мл дан кам;
2. Нисбий нормоценоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибида нормал флоранинг улуши НПМ га нисбатан 80% дан ортиқ, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 10<sup>4</sup> гэ / мл дан ортиқ;
3. Ўртача (аэроб ёки анаэроб) дисбиоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унда

лактобактериялар улуши НПМга нисбатан 20-80% ичида аниқланади ва аэроблар ёки анаэроблар улуши ортади; 4. Оғир (аэроб, анаэроб ёки аралаш) дисбиоз - биоценознинг бир варианты, бунда аэроблар ёки анаэроблар улуши НПМга нисбатан 90% га етади ва лактобактериялар улуши УБМга нисбатан 10% дан камроқ камаяди. Замонавий молекуляр-биологик ташхис усуллари жорий этиш қинда яшовчи шартли патоген микроорганизмларнинг тур таркибини тушунишни сезиларли даражада кенгайтиришни имконини берди. Вагинал микробиоценознинг асосий муҳим иштирокчиларининг сифат ва миқдорий баҳоси бачадон бўйни неоплазиялари билан оғриган беморларда хавфли ўзгаришлар бўлгунга қадар аниқланган дисбиотик касалликларни даволашда дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш учун зарур шарт-шароитларни яратади.

**Тадқиқот мақсади:** вагинал микробиоценоз ҳолатини ўрганиш ва аёлларда жинсий аъзоларнинг юқумли ва яллиғланиш касалликларини дифференциал ташхис қилиш учун ПЗР усули (Фемофлор-16) ёрдамида бачадон бўйни касалликларини аниқлаш. Бачадон бўйни касалликлари билан оғриган 136 нафар беморлар клиник-лаборатор текширувдан ўтказилди. Барча беморлар зарур ташхис стандартидан ўтказилди: бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш, экто- ва эндоцервиксдан олинган суртмаларни цитологик текшириш, ОПВ учун полимераза занжири реакцияси (ПЗР), рН-метрия, кенгайтирилган колпоскопия, бачадон бўйни



биопатларининг цистологик текшируви. Қин микробиоценозни ўрганиш учун материал қиннинг орқа ён деворидан, ОПВни аниқлаш учун – цервикал каналдан йиғилган. Суртмани 1 мл физиологик эритмага эга бўлган Эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий ҳужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ёрдамида аниқланди. Ўрганишларни реал вақтда ПЗР усули (ПЗР-РВ) ёрдамида Фемофлор-16 реагентларидан фойдаланган ҳолда (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига мувофиқ (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ўтказилди.

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

### Натижалар ва уларни муҳокамаси:

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

### Жадвал № 1.

#### Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи

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

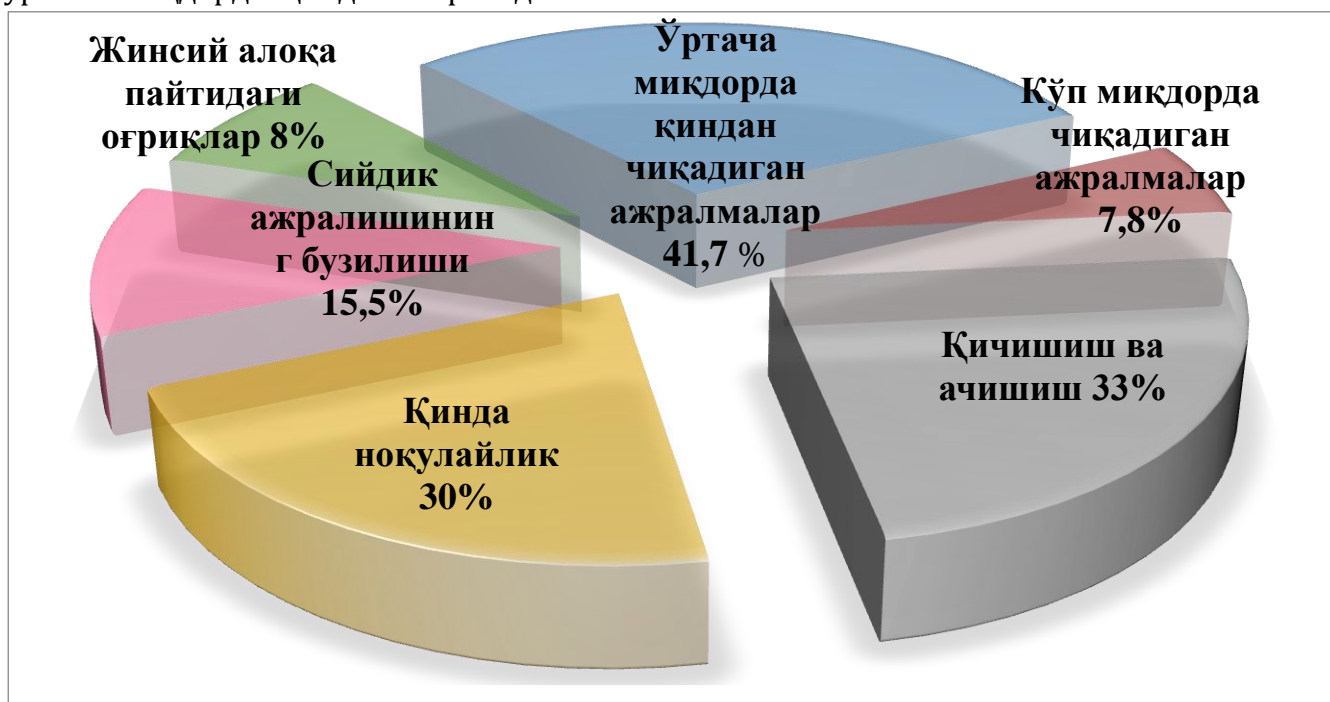
Ёш тарихини батафсилроқ ўрганиш натижаси шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида 3 нафар (11,5%) 21-25 ёшгача бўлган амалий соғлом аёллар учраган (1 - жадвал). Назорат гуруҳидаги аёлларнинг аксарияти 26-30 ёшни 9

нафар (34,6%) ташкил этди. LSIL ВПЧ- бўлган аёллар гуруҳида асосий қисми 26-30 ёшгача бўлган 19 нафар (51,4%) аёллар ташкил қилди. LSIL ВПЧ+ бўлган аёллар гуруҳида асосий қисми 36 ёш ва ундан ката бўлган аёллар ташкил

қилган бўлиб, аёллар орасида улар тахминан 36,6% ни ташкил қилган. HSIL бўлган гуруҳида 32 нафар аёллар ташкил қилиб, бу гуруҳда асосий ёшни 36 ёш ва ундан катта бўлган 15 нафар (46,9%) аёллар ташкил қилди. HSIL бўлган гуруҳда 21 ёшдан 25 ёшгача ва 26 ёшдан 30 ёшгача бўлган аёллар 15,6 % ини (5 нафар аёлни) ташкил қилди.

Бизнинг тадқиқотимизда енгил ва ўртача миқдорда қиндан ажраладиган

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



1 расм – текширилаётган аёлларнинг клиник белгилари

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

аниқланган. Дисбиоз, ПЗР-РВ бўйича, фақат 1 аёлда аниқланган.

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



(LSIL, ОПВ-мусбат) беморларда қин микробиознинг тузилиши 2-гуруҳ кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилмади.

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

LSILга хос бўлган эпителия ҳужайраларида ўзгаришларни сақлаб қолишига ёрдам беради.

3-гуруҳ (HSIL) беморлари орасида фақат ҳар 4 чи беморда нормоценоз аниқланган, шу жумладан мутлақ нормоценоз – 2 нафар (6,3%), шартли – 5 нафар (15,6%) текширилган беморларда аниқланган. HSIL билан касалланган аёлларнинг кўпчилигида vaginal микробиотнинг ҳолати дисбиоз мезонларига жавоб берди, шу жумладан текширилганларнинг оғир дисбиози (59,4%). 3-гуруҳдаги беморларда дисбиозни аниқлаш частотаси шартли соғлом аёлларга (4-гуруҳ), шунингдек, LSIL (1 ва 2-гуруҳлардаги) билан оғирган беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлган, бу эса бачадон бўйнидаги диспластик жараённинг ривожланишида вирус-бактериал ассоциацияларнинг назариясининг фойдасига йўналаши мумкин. (2-жадвал).

## Жадвал №2

### Бачадон бўйни касалликлари билан аёлларнинг клиник жиҳатдан соғлом аёлларда қин микробиознинг тузилиши

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



Эслатма. Бу жадвалда № 2: ОПВ- — ОПВ -манфий, ОПВ+ —ОПВ -мусбат; статистик жиҳатдан муҳим фарқлар: а- 1 ва 4-гурӯҳлар ўртасидаги, б-2 ва 4-чи гурӯҳлар ўртасидаги, с-3-4-чи гурӯҳлар ўртасидаги, d - 1-2-чи гурӯҳлар ўртасидаги, е - 1 ва 3-чи гурӯҳлар ўртасидаги, f - 2 ва 3-чи гурӯҳлар ўртасидаги фарқ

Жадвал№3

## Бачадон бўйни касалликлари бўлган аёлларда қин микробиоценозинг миқдорий таркиби

№	Тадқиқот номи	2-чи гурӯҳ (LSIL, ОПВ-; n =37)	3-чи гурӯҳ (LSIL, ОПВ+; n = 41)	4- чи гурӯҳ (HSIL; n = 32)	5-чи гурӯҳ (норма; n = 26)
	Материални олишни назорати	6,8	6,8	5,4	7,8
1	Умумий бактериал масса	7,6(7,2-7,9) <sup>f,g</sup>	7,7(7,4-8,2) <sup>f,h</sup>	8,0(7,4-8,4) <sup>g,h</sup>	7,8 (7,3-8,1)
<b>НОРМОФЛОРА</b>					
2	Lactobacillus spp.	7,5(6,8-7,8) <sup>b,g</sup>	7,6 (7,1-8,0) <sup>h</sup>	7,0(5,37,6) <sup>d,g,h</sup>	7,8(7,3-8,1) <sup>a,b,d</sup>
<b>ФАКУЛЬТАТИВ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР</b>					
3	Enterobacterium spp.	3,1 (2,6-3,4)	2,9 (2,5-3,3)	3,1 (2,6-3,5) <sup>d</sup>	2,8 (2,4-3,2) <sup>d</sup>
4	Streptococcus spp.	2,6 (1,7-3,6) <sup>b</sup>	2,5 (1,9-3,7) <sup>c</sup>	2,5 (2,1-3,9) <sup>d</sup>	2,1 (1,6-3,1) <sup>a,b,c,d</sup>
5	Staphylococcus spp.	3,0 (2,0-3,5)	2,9 (2,3-3,6)	3,1 (2,3-4,0) <sup>d</sup>	2,9 (2,4-3,5) <sup>d</sup>
<b>ОБЛИГАТ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР</b>					
6	Gardnerella vaginalis + Prevotella bivia + Porphyromonas spp.	4,5 (3,5-6,1) <sup>b,g</sup>	3,9 (3,2-6,2) <sup>c,h</sup>	7,2 (6,1-7,6) <sup>d,g,h</sup>	3,5 (3,1-4,3) <sup>a,b,c,d</sup>
7	Eubacterium spp.	4,5 (3,6-5,7) <sup>b,g</sup>	4,4 (3,2-5,7) <sup>c,h</sup>	6,4 (5,5-6,8) <sup>d,g,h</sup>	3,6 (3,1-4,8) <sup>a,b,c,d</sup>
8	Sneathia spp. + Leptotrichia spp. + Fusobacterium spp.	2,1 (0-3,3) <sup>h</sup>	2,1 (1,4-2,9) <sup>h</sup>	3,4 (2,1-6,9) <sup>d,g,h</sup>	2,0 (1,3-2,6) <sup>g</sup>
9	Megasphaera spp. + Veillonella spp. + Dialister spp.	3,5 (2,6-4,7) <sup>b,g</sup>	3,3 (2,3-4,8) <sup>c,h</sup>	5,8 (4,1-7,2) <sup>d,g,h</sup>	3,0 (2,3-3,8) <sup>a,b,c,d</sup>

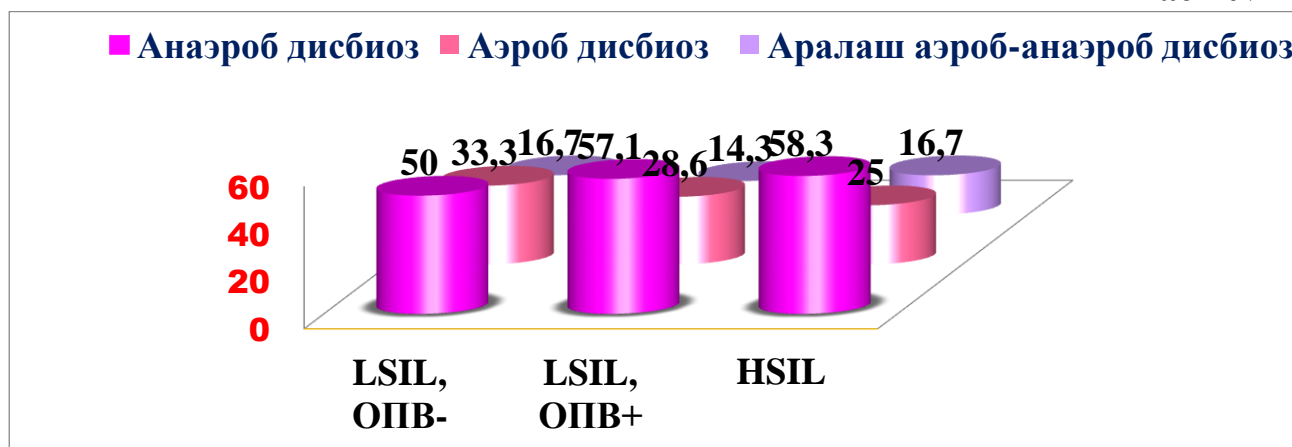


10	Lachnobacterium spp./ Clostridium spp.	3,4 (2,2-4,4) <sup>b,g</sup>	(2,2-2,8 (2,2-4,1) <sup>h</sup>	4,1 (2,9-5,1) <sup>d,g,h</sup>	2,7 (2,2-3,5) <sup>a,b,d</sup>
11	Mobiluncus spp./ Corynebacterium spp.	3,5 (2,8-4,1) <sup>b,f,g</sup>	3,1 (2,5-3,9) <sup>f,h</sup>	3,9 (3,0-4,6) <sup>d,g,h</sup>	3,1 (2,5-3,8) <sup>a,b,d</sup>
12	Peptostreptococcus spp.	3,3 (2,3-4,4) <sup>b,g</sup>	2,9 (2,3-4,0) <sup>c,h</sup>	4,4 (2,9-6,2) <sup>d,g,h</sup>	2,6 (2,2-3,3) <sup>a,b,c,d</sup>
13	Atopobium vaginæ	3,1 (2,6-5,1) <sup>b,f,g</sup>	2,5 (2,0-3,8) <sup>f,h</sup>	6,6 (2,8-7,5) <sup>d,g,h</sup>	2,5 (2,0-3,1) <sup>a,b,d</sup>
<b>АЧИТҚИСИМОН ЗАМБУРУҒЛАР</b>					
14	Candida spp.	2,7 (2,4-3,3)	2,6 (2,4-2,9)	2,6 (2,4-3,0)	2,5 (2,3-2,8)
<b>МИКОПЛАЗМАЛАР</b>					
15	Mycoplasma hominominis	2,6 (2,4-3,3)	2,5 (2,3-2,9)	2,5 (2,3-3,0)	Аниқланмаган
16	Ureaplasma spp.	3,0 (0,0-4,2) <sup>b</sup>	1,7 (0,0-4,8)	2,9 (0,0-4,9) <sup>d</sup>	1,3 (0,0-3,8) <sup>a,b,d</sup>
<b>ПАТОГЕН МИКРООРГАНИЗМЛАР</b>					
17	Mycoplasma genitalium	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган

1, 2, 3 ва 4-гурӯҳлардаги беморларда тузилиши ва ўртача даражада ифодаланган дисбиозда анаэроб дисбиоз устунлик қилди – шу жумладан 5 (62,5%), 3 (50%), 4 (57,1%) ва 7 (58,3%), аэроб дисбиоз камроқ аниқланди – шу жумладан 2 (25%), 1 (33,3%), 2 (28,6%) ва 3 (25%) аёлларда.

Аралаш аэроб-анаэроб дисбиоз мос равишда 1 (12,5%), 1 (16,7%), 1 (14,3%) ва 2 (16,7%) беморда ташхис қўйилди. Олинган маълумотлар олдинги тадқиқотлар натижалари билан мутлоқ мос келди, бу эса CIN ва БВ ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади (Расм № 2).

**Расм № 2**





Вагинал биотопнинг умумий бактериал масса даражаси 3-гуруҳдаги беморларда энг юқори эди - 108 ГЭ/мл, лактофлора миқдори эса таққослаш гуруҳидаги (4-гуруҳ) ва 1 ва 2-гуруҳлардаги беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст бўлди. (3-жадвал). Бундан ташқари, 4-гуруҳдаги беморларда облигат ва факультатив анаэробларнинг мутлоқ таркиби 5-гуруҳ (норма) ва 2-, 3-гуруҳдаги аёлларнинг кўрсаткичларига нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлди. Миқдори бошқа гуруҳлардаги беморларга қараганда 1000-10000 марта кўп бўлган *Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp., *Atopobium vaginae*, *Eubacterium* spp. и *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp., гуруҳларига мансуб микроорганизмларга алоҳида эътибор қаратиш лозим, мос равишда 107,2, 106,6, 106,4 ва 105,8 ГЭ/мл ни ташкил этди. 4-гуруҳдаги беморларда облигат анаэроблар сони ҳам нормага (5-гуруҳ) нисбатан сезиларли даражада ошди, аммо ошиши 10-100 бараварга етди. Таққослаш гуруҳига нисбатан HSIL билан оғриган беморларда факультатив анаэроблар сонининг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилди, аммо шунга ўхшаш кўрсаткичлар билан фарқ ўртача эди ва бир катталик тартибидан ошмади (10марта). Шундай қилиб, бачадон бўйни дисплазияси билан ва соғлом аёлларда қин микробиоценознинг сифат ва миқдорий таркиби сезиларли даражада фарқ қилади. Олинган маълумотлар бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда дисплазиянинг оғирлиги ва

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

## **Хулоса.**

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

2. ОПВ - билан боғлиқ бўлган цервикал неоплазиялари облигат анаэробларнинг асосий иштирокида қинда оғир дисбиотик жараёнларнинг



ривожланиши билан кечади. Анаэроблар орасида энг муҳимлари Gardnerella vaginalis Atopobium vaginae, Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp. ва Eubacterium spp. билан боғланган микроорганизмлар ҳисобланади.

3. Етакчи патогенларнинг хилма-хиллиги бачадон бўйни рақ олди

патологияси бўлган беморларда қин микробиоценозни ҳар томонлама ўрганиш зарурлигини тақозо этади, бу эса ўрганилаётган асосий биотоп иштирокчиларни индивидуал терапия мақсадида юқори аниқлик ва ўзига хослик билан миқдорий ва сифат жиҳатидан баҳолаш имконини беради.

## References:

1. Ашурова Н.Г., Наврузова Н.О. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017. № 3 4(I). С. 29 - 30.
2. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике шейки матки// Альманах молодой науки. 2018 № 4. С. 21-23.
3. Ваганова С.Е.. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2010. №5. С. 116-120
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №1 Том 12. С. 60-63
5. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси, 2019. № 4. С. 78-80.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 66-71
7. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
8. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1.1 (117). С. 313-314.
9. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
10. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Д. Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки. Журнал природных средств правовой защиты. 2021 10 мая; 22(1 (2)):65-72.



11. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Тиббиёт ва спорт, 2020. № 1. С. 74-77.
12. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Медицина и спорт. 2020 (1): С.74-7.
13. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари.
14. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., & Каримова, Г. К. (2020). Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки. Проблемы биологии и медицины, (1.1), 117.
15. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, У. О., Шукуров, И. Б., & Аманова, Х. И. (2019). Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки. Доктор ахборотномаси, (4), 77-82.
16. Наврузова, Н. О., Каримова, Г. К., & Ихтиярова, Г. А. (2020). Современные подходы к диагностике патологии шейки матки. Тиббиёт ва спорт, (1), 74-77.
17. Наврузова, Н., Ихтиярова, Г., & Наврузова, Ў. (2020). БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ГИНЕКОЛОГИК ВА СОМАТИК АНАМНЕЗИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ. Scientific progress, 1(2).
18. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари.
19. Наврузова, Нилуфар О., Гулчехра А. Ихтиярова и Гульнора Дж. Матризаева. «Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки». Журнал природных средств правовой защиты 22.1 (2) (2021): 65-72.
20. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С., Кузина Т.В. Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов тарпии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. // Акушерство и гинекология. 2012. №2. С. 86-89
21. Овчинникова Н.В. Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки. // Акушерство и гинекология. 2011. №6. С. 41-46
22. Прилепская В.Н., Костава М.Н. Патология шейки матки: теория, практика // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. – 2012 г.
23. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. М 2007; 211.
24. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки // Проблемы биологии и медицины, 2020. №1(116). С. 127-129.
25. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б.. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57
26. Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдомов А.Б., Наврузова Н.О. Особенности предменструального синдрома у подростков // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 3(111). С. 130-132.



27. Nilufar Navruzova, Gulchehra Ikhtiyarova, Ogilkhon Navruzova, Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases // «SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN: 2181-1601 // Volume: 1 , ISSUE: 2
28. Navruzova, Nilufar O., Karshiyeva, Elnora E., Kattakhodjayeva, Makhmuda Kh., Ikhtiyarova, Gulchehra A. «METHODS FOR DIAGNOSING DISEASES OF THE UTERINE CERVIX» Frontiers in Bioscience-Landmark 2022 27(1): 20-28
29. Navruzova, N., Ikhtiyarova, G., & Navruzova, O. Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases. SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN, 2181-1601.
30. Navruzova, N. O., Karshiyeva, E. E., Ikhtiyarova, G. A., Hikmatova, N. I., Olimova, N. I., & Muminova, N. K. (2021). CLINICAL AND LABORATORY MARKERS FORECASTING OF CERVICAL DISEASES AND ITS PREVENTION. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 13098-13110.
31. Navruzova, N. O., Karimova, G. K., & Ikhtiyarova, G. A. (2020). Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology. Medicine and sports, (1), 74-77.
32. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. Problems of Biology and Medicine, (1.1), 117.
33. Navruzova N.O., Karshiyeva E.E., Ikhtiyarova G.A., Hikmatova N.I., Olimova N.I., Muminova N.Kh. Clinical and laboratory markers forecasting of cervical diseases and its prevention// Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021. 13098-13110
34. Navruzova N.O., Karimova G.K., Ikhtiyarova G.A. Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology // Medicine and sports, 2020. N. 1. P. 74-77.
35. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K., Navruzova U.O., Shukurov I.B., Amanova Kh.I. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 77-82.
36. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K. Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases // Problems of Biology and Medicine 2020. N. 1.1 (117). P. 313-314.
37. Kenjaeva Z.O., Khamdamova M.T., Khamdamov A.B., Navruzova N.O. The course and features of the premenstrual syndrome in adolescent girls // Problems and solutions of advanced scientific research 2019. № 3(111). P. 130-132.
38. Ikhtiyarova, G. A., Navruzova, N. O., & Karimova, G. K. (2019). Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases. Doctor akhborotnomasi, (4), 78-80. SCIENTIFIC PROGRESS VOLUME 3 | ISSUE 1 | 2022 ISSN: 2181-1601 Uzbekistan www.scientificprogress.uz Page 207
39. Ikhtiyarova G.A., Navruzova N.O., Karimova G.K. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 78-80.
40. Navruzova, N., Ikhtiyarova, G., & Navruzova, O. Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases. SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN, 2181-1601.



41. Ikhtiyarova, G. A., Navruzova, N. O., & Karimova, G. K. (2019). Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases. *Doctor akhborotnomasi*, (4), 78-80.
42. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. *Problems of Biology and Medicine*, (1.1), 117.