TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI



- 14.00.00 - Tibbiyot fanlari;
- 14.00.01 - Akusherlik va ginekologiya;
- 14.00.02 - Morfologiya;
- 14.00.03 - Endokrinologiya;
- 14.00.04 - Otorinolaringologiya;
- 14.00.05 - Ichki kasalliklar;
- 14.00.06 - Kardiologiya;
- 14.00.07 - Gigiena;
- 14.00.08 - Oftal'mologiya;
- 14.00.09 - Pediatriya;
- 14.00.10 - Yuqumli kasalliklar;
- 14.00.11 - Dermatologiya va venerologiya;
- 14.00.12 - Tibbiy reabilitologiya;
- 14.00.13 - Nevrologiya;
- 14.00.14 - Onkologiya;
- 14.00.15 - Patologik anatomiya;
- 14.00.16 - Normal va patologik fiziologiya;
- 14.00.17 - Farmakologiya va klinik farmakologiya;
- 14.00.18 - Psixiatriya va narkologiya;
- 14.00.19 - Klinik radiologiya;
- 14.00.20 - Tibbiy genetika;
- 14.00.21 - Stomatologiya;
- 14.00.22 - Travmatologiya va ortopediya;
- 14.00.23 - Hamshiralik ishini tashkil etish;
- 14.00.24 - Sud tibbiyoti;
- 14.00.27 - Xirurgiya;
- 14.00.28 - Neyroxirurgiya;
- 14.00.41 - Xalq tabobati;
- 14.00.35 - Bolalar xirurgiyasi;
- 14.00.34 - Yurak-qon tomir xirurgiyasi

№9-SON

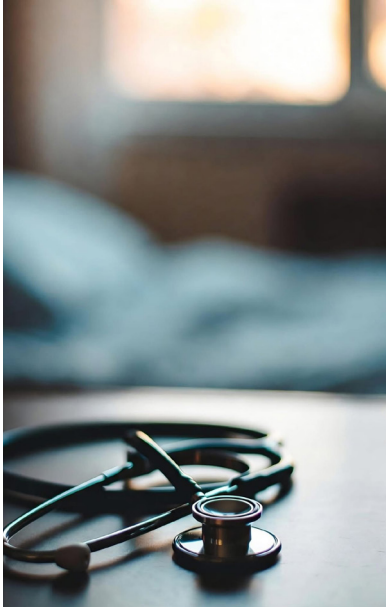
2026-yil, sentabr

tibbiyot-talimi-va-innovatsiyalari.uz

https://t.me/tibbbiyot_2100

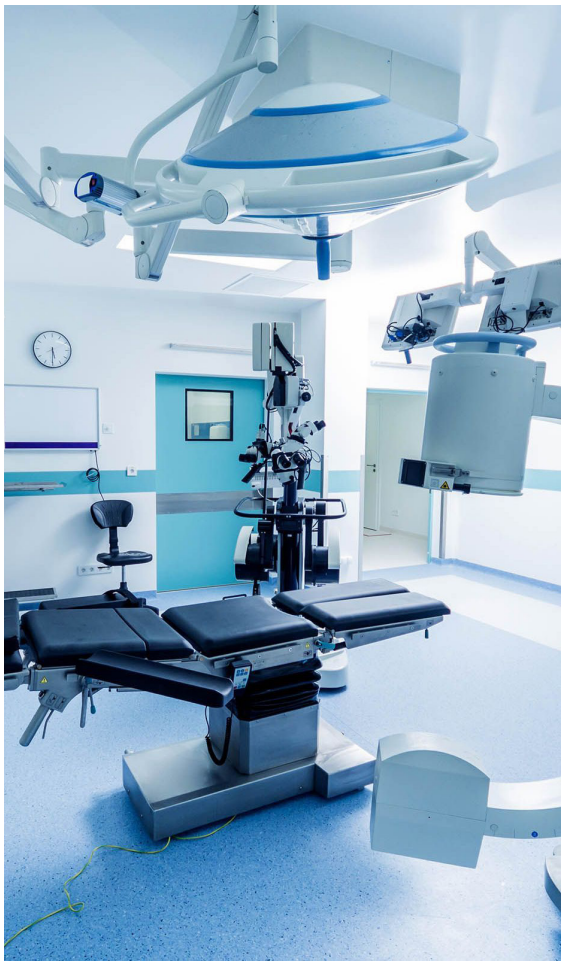
Litsenziya raqami: №745444













Tahrir hay’ati a’zolari:



BOSH MUHARRIR:
Shuhrat Baymuradov Abdujalilovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



BOSH MUHARRIR O‘RINBOSARI:
Iminov Komiljon Odiljonovich
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori

“Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali 29.04.2025-yildan O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Adminstratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan C-5669801 reyestr raqami tartibi bo‘yicha ro‘yxatdan o‘tkazilgan. Litsenziya raqami: №745444.

Tahrir hay’ati a’zolari:



Sharipov Kongratbay Avezimbetovich
Texnika fanlari doktori (DSc), professor



Ishanqulov Artiqboy Eshboyevich
Biologiya fanlari doktori (DSc), professor



Otamuradov Furqat Abdukarimovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), dotsent.



Shuxrat Jumayevich Teshayev
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Oral Aminovna Ataniyazova
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Jalolova Feruza Maxamatjanovna
Tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (DSc), dotsent



Uraqov Shokir Ulashovich
tibbiyot fanlari doktori doktori (DSc)

Aripkhodjaeva Shakhzoda
resident doctor in national medical center

"TIBBIYOT TA’LIMI VA INNOVATSIYALARI"
ilmiy elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi (AOKA) tomonidan 2024-yil 9-oktabrdan boshlab c-5669651 raqami ostida rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazilgan.

Murojaat uchun telefon:
+998 97 748 70 03
Email: @munis_sm

MUNDARIJA

TRIAMSINOLON PREPARATI YORDAMIDA YUZ VA BO‘YIN SOHASIDA JOYLASHGAN YANGI VA ESKI KELOID CHANDIQLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH 8
Boymuradov Shuhrat Abdujalilovich, G‘aybullayev Javohir G‘afurovich

SEREBROVASKULYAR KASALLIKLARDA BUYRAK SHIKASTLANISHINING ISHEMIK-GIPOKSIK MEXANIZMLARI: HIF-1α VA TGF-β1 KO‘RSATKICHLARINING YOSHGA BOG‘LIQ O‘ZGARISHLARI 16
Abdullaev Nodirbek Uroyimjonovich, Mamajonov Iqboljon Maribjonovich

RESULTS OF THE STUDY OF CERTAIN CYTOKINES IN PATIENTS WITH THYROID CANCER 23
Sulaymanov Dilshod Abdirakhimovich, Sabirov Jakhongir Ruziyevich, Yigitaliev Alisher Bakhodirovich, Sarvar Temurovich Islomov

QALQONSIMON BEZ SARATONINING KLINIK KECHUVI XUSUSIYATLARIGA BOG‘LIQ HOLDA INTERLEYKINLAR DINAMIKASINI BAHOLASH 28
Sulaymanov Dilshod Abdiraximovich, Sabirov Jakhongir Ro‘ziyevich, Yigitaliyev Alisher Baxodirovich, Sarvar Temurovich Islomov

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН 34
Фозилбеков Рузикул Анаркулович

DISCRIMINATIVE PERFORMANCE OF HEMATOLOGICAL PARAMETERS FOR IDENTIFYING B-THALASSEMIA CARRIERS: A SECONDARY ANALYSIS OF AN OPEN-ACCESS SCREENING DATASET 47
Alimov Farruh Shuhrat ugli

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH EPIDURAL ANESTHESIA IN OBSTETRIC PATIENTS: A CLINICAL-STATISTICAL ANALYSIS 52
Ikromova Mufazzal Abdurashidovna, Yakubova Marxamat Mirakramovna

PROSTATA BEZI SARATONI DAVOLANGANIDAN KEYIN URODINAMIK TEST NATIJALARINING TAHLILI 58
Haqqulov Erkin Bekmirzayevich, Alimov Jaloliddin Usmonxon o‘g‘li, Rahmatullayev Akmaljon Ortig‘ali o‘g‘li, Sabirov Akmaljon Alijon o‘g‘li

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ 3D-КАТЕГОРИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: МОРФОМЕТРИЧЕСКИ-РОТАЦИОННО-ДИСЛОКАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ 63
Мусаев Шамшодбек Шухратович, Шомуродов Кахрамон Эркинович, Мухиддинов Шахризод Мухиддин угли

MECHANISM-DEPENDENT KINETICS OF BONE REMODELING AND INFLAMMATORY MARKERS AFTER COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA 69
Khatamov Ulugbek Altibayevich

BACHADON MIOMASINING TURLI TOPIK VARIANTLARI MAVJUD AYOLLARDA EXOGRAFIK TADQIQOT NATIJALARI 75
Muxitdinova Mexriniso Yorkibekovna, Shokirova Sadoqatxon Muxammatsoliyevna

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГЛАУКОМЕ 81
Газизова Лилия Комиловна

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ РЕКЛАССИФИКАЦИЯ ФЕНОТИПА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ КАРДИО-МРТ: ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ 84
Таирова Мадина

СКРЫТОЕ РУБЦОВО-ФИБРОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ДОБАВОЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КАРДИО-МРТ 89
Ходжибекова Юлдуз Маратовна

СЫВОРОТОЧНЫЕ РОСТОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 96
Джураева Дилдора Мухитдиновна, Умирова Мухаббат Абдусатторовна

ОСНОВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ 101
Сарварова Лейла Биналиевна

ДИССОЦИАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 105
Ташкенбаева Наргиза Фархадовна, Курбанов Равшанбек Давлетович

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ARCUS SENILIS В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 112
Ганиева Мафтуна Ракибаевна

OYOQ VENOZ TROFIK YARALARINI KOMPLEKS DAVOLASHNI KLINIK-MORFOLOGIK ASOSLASH: MUAMMONING ZAMONAVIY HOLATI, HAL ETILMAGAN MASALALAR VA ISTIQBOLLARI 117
Hamroyev Xudoyshukur Nutfilloyevich

GENERALIZATSIYALASHGAN EPILEPSIYADA KLINIK, NEYROPSIXOLOGIK VA NEYROTROFIK KO‘RSATKICHLAR ASOSIDA INTEGRAL BAHOLASH MODELINI ISHLAB CHIQISHGA DASTLABKI YONDASHUV 123
Fayziyeva Ra’nogul Hoji qizi, Azizova Ra’no Bahodirovna

TIZZA BO‘G‘IMINING YIRINGLI OSTEOARTRITIDA KLINIK-LABORATOR VA INSTRUMENTAL KO‘RSATKICHLAR ASOSIDA INDIVIDUAL DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH 128
Shoimov Shomurod Eshpo‘lat o‘g‘li

MULTIDIMENSIONAL EFFECTS OF PSYCHOMOTOR REHABILITATION AFTER ISCHEMIC STROKE: A CONTROLLED STUDY OF MOTOR, FUNCTIONAL, BALANCE, AND EMOTIONAL RECOVERY 134
Maftuna Baxtiyor qizi Ibodulloyeva, Zarifboy R. Ibodullayev

КЛИНИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ 145
Шукурова Умида Абдурасуловна, Хатамова Шахло Алтибаевна

TISH RIVOJLANISHINING GISTOLOGIK BOSQICHLARI: ODONTOGENEZ JARAYONIDA HUJAYRAVIY DIFFERENSIALLANISH VA EPITELIAL-MEZENXIMAL O‘ZARO TA’SIRLAR 154
Saidov Quvonchbek Komil o‘g‘li, Bazarova Gulnora Rustamovna

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ПЕРЦЕНТИЛЬНЫХ КРИВЫХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ: ОПЫТ РАЗНЫХ СТРАН И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ УЗБЕКИСТАНА 162
Алимова Насиба Усмановна, Гилязетдинов Камиль Наильевич, Тиллаева Дилфуза Толиповна

HAVONI IFLOSLANTIRUVCHI MODDALARNING SURUNKALI TA’SIRI NATIJASIDA NASLNING NAFAS YO‘LLARI DEVORIDAGI LIMFOID TO‘QIMALARNING TUG‘RUQDAN KEYINGI RIVOJLANISHIGA TA’SIRINI IMMUNOGISTOKIMYOVIY BAHOLASH USULI 169
Azizova Feruza Xusanovna, To‘laboyev Sunnatulla Olimjon o‘g‘li, Saloydinov Azmiddin Shariddin o‘g‘li, Ergasheva Feruza Davlatmirzayevna

PROFILAKTIKA VA GIGIYENA 174
Saidov Quvonchbek Komil o‘g‘li, Bazarova Gulnora Rustamovna

“ONANING HAVONI IFLOSLANTIRUVCHI MODDALARGA SURUNKALI TA’SIRLANISHI SHAROITIDA NASL JIGARINING POSTNATAL RIVOJLANISHI VA DIFFERENSIALLANISHINING XUSUSIYATLARINI IMMUNOGISTOKIMYOVIY BAHOLASH USULI” 181
Azizova Feruza Xusanovna, Abdusalomov G‘ayrat Abdusalomovich, Mamasidikov Soatjon Sodikovich, Xasanov Qobil Xakimovich

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОМАТИКИ ЖЕНЩИН 185
Фозилбеков Рузикул Анаркулович

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОМАТИКИ ЖЕНЩИН

Фозилбеков Рузикул Анаркулович
университетская клиника Акфамедлайн
ORCID: 0009-0007-9163-068X

Аннотация: Воспалительные процессы органов женской репродуктивной системы имеют не только клиническое, но и выраженное психосоматическое значение. При частом и рецидивирующем течении боль, зуд, жжение, патологические выделения, неприятный запах и диспареуния способны поддерживать хронический стресс, тревогу, нарушения сна, снижение самооценки и ограничение социальной и сексуальной активности. Наиболее убедительные данные о снижении качества жизни получены при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе, бактериальном вагинозе, воспалительных заболеваниях органов малого таза и хронической тазовой боли. В исследованиях с применением «SF-36», «WHOQOL-BREF» и «EQ-5D» выявляется ухудшение физических, психических и социальных доменов, а сексуальная функция страдает вследствие боли, ожидания рецидива и изменения интимного поведения [2-7, 12-14]. Цель статьи - систематизировать современные данные о роли воспалительных процессов репродуктивной системы в формировании психосоматических нарушений у женщин, показать взаимосвязь рецидивов с качеством жизни, психическим состоянием и сексуальным здоровьем и обосновать необходимость пациент-ориентированной модели помощи. Проведён аналитический обзор 30 ключевых публикаций, включая клинические рекомендации, систематические обзоры, когортные и поперечные исследования. Синтез доказательств показывает, что повторяемость воспалительных эпизодов и хроническая тазовая боль являются факторами накопленного бремени заболевания; особенно уязвимыми доменами являются психическое здоровье, социальное функционирование, сексуальная функция и субъективная оценка общего здоровья. Практическое значение имеет включение валидированных опросников качества жизни и сексуальной функции в комплексное наблюдение пациенток.

Ключевые слова: воспалительные заболевания репродуктивной системы, психосоматика, качество жизни, рецидивирующий вагинит, бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, ВЗОМТ, хроническая тазовая боль, диспареуния, SF-36, FSFI.

Annotatsiya: Ayollar reproduktiv tizimi a’zolaridagi yallig‘lanish jarayonlari nafaqat klinik, balki yaqqol psixosomatik ahamiyatga ham ega. Kasallikning tez-tez va retsidivlanuvchi kechishida og‘riq, qichishish, achishish, patologik ajralmalar, noxush hid va dispareuniya surunkali stress, xavotir, uyqu buzilishlari, o‘z-o‘zini baholashning pasayishi hamda ijtimoiy va jinsiy faollikning cheklanishini saqlab turishi mumkin. Hayot sifatining pasayishi bo‘yicha eng ishonchli ma’lumotlar retsidivlanuvchi vulvovaginal kandidoz, bakterial vaginoz, kichik chanoq a’zolarining yallig‘lanish kasalliklari va surunkali chanoq og‘rig‘ida olingan. «SF-36», «WHOQOL-BREF» va «EQ-5D» vositalaridan foydalanilgan tadqiqotlarda jismoniy, ruhiy va ijtimoiy domenlarning yomonlashuvi aniqlangan, jinsiy funksiya esa og‘riq, kasallikning qaytalanishini kutish va intim xulq-atvorning o‘zgarishi natijasida buziladi [2-7, 12-14]. Maqolaning maqsadi - reproduktiv tizimdagi yallig‘lanish jarayonlarining ayollarda psixosomatik buzilishlarning shakllanishidagi roliga oid zamonaviy ma’lumotlarni tizimlashtirish, retsidivlarning hayot sifati, ruhiy holat va jinsiy salomatlik bilan o‘zaro bog‘liqligini ko‘rsatish hamda bemorga yo‘naltirilgan yordam modelining zarurligini asoslashdan iborat. Klinik tavsiyalar, tizimli sharhlar, kohort va ko‘ndalang tadqiqotlarni o‘z ichiga olgan 30 ta asosiy nashrning tahliliy sharhi o‘tkazildi. Dalillar sintezi shuni ko‘rsatadiki, yallig‘lanish epizodlarining takrorlanishi va surunkali chanoq og‘rig‘i kasallikning to‘planib boruvchi yuklamasini shakllantiruvchi omillar hisoblanadi; ayniqsa ruhiy salomatlik, ijtimoiy faoliyat, jinsiy funksiya va umumiy salomatlikning subyektiv bahosi eng zaif domenlar hisoblanadi. Hayot sifati va jinsiy funksiyani baholashga mo‘ljallangan validatsiyalangan so‘rovnomalarni bemalarni kompleks kuzatuv jarayoniga kiritish amaliy jihatdan muhim ahamiyatga ega.

Kalit so‘zlar: reproduktiv tizimning yallig‘lanish kasalliklari, psixosomatika, hayot sifati, retsidivlanuvchi vaginit, bakterial vaginoz, retsidivlanuvchi vulvovaginal kandidoz, kichik chanoq a’zolarining yallig‘lanish kasalliklari, surunkali chanoq og‘rig‘i, dispareuniya, SF-36, FSFI.

Abstract: Inflammatory disorders of the female reproductive system have not only clinical but also pronounced psychosomatic significance. In recurrent disease, pain, itching, burning, abnormal discharge, unpleasant odor and dyspareunia may contribute to persistent chronic stress, anxiety, sleep disturbances, reduced self-esteem and restrictions in social and sexual activity. The strongest evidence of impaired quality of life has been obtained in recurrent vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis, pelvic inflammatory disease and chronic pelvic pain. Studies using “SF-36”, “WHOQOL-BREF” and “EQ-5D” demonstrate deterioration across physical, mental and social domains, while sexual function is affected by pain, anticipation of recurrence and changes in intimate behavior [2-7, 12-14]. The aim of this article is to systematize current evidence on the role of inflammatory processes of the reproductive system in the development of psychosomatic disorders in women, to demonstrate the relationship between recurrence and quality of life, mental health and sexual well-being, and to substantiate the need for a patient-centered model of care. An analytical review of 30 key publications was conducted, including clinical guidelines, systematic reviews, cohort studies and cross-sectional studies. The synthesis of evidence indicates that recurrent inflammatory episodes and chronic pelvic pain constitute factors contributing to the cumulative burden of disease; the most vulnerable domains include mental health, social functioning, sexual function and subjective assessment of general health. The practical significance lies in incorporating validated quality-of-life and sexual-function questionnaires into comprehensive patient follow-up.

Key words: inflammatory disorders of the reproductive system, psychosomatic health, quality of life, recurrent vaginitis, bacterial vaginosis, recurrent vulvovaginal candidiasis, pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, dyspareunia, SF-36, FSFI.

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания репродуктивной системы женщин объединяют широкий спектр состояний - от локальных воспалительных и дисбиотических процессов нижних отделов полового тракта до эндометрита и воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Их клиническая значимость определяется частотой рецидивов, длительностью симптомов, риском восходящего инфицирования и возможностью формирования хронической боли и репродуктивных осложнений [1, 17, 18]. При этом для повседневной жизни женщины не менее важны субъективные последствия: тревога из-за повторных симптомов, страх неприятного запаха или выделений, отказ от половой близости, снижение уверенности в себе и необходимость повторных обращений за медицинской помощью. Особенно показательны данные по рецидивирующему вульвовагинальному кандидозу (РВВК). Систематические и клинические исследования описывают это состояние как длительное и изнуряющее, способное снижать физическое и психическое благополучие, нарушать сексуальную активность и влиять на производительность труда [5-10]. При РВВК снижены все основные домены SF-36 по сравнению с контрольными группами, а международные исследования показывают выраженное снижение HRQoL даже в промежутках между острыми эпизодами [4-6]. Бактериальный вагиноз также характеризуется высокой частотой рецидивирования. Современный обзор отмечает, что после стандартной антибиотикотерапии повторный эпизод в течение года развивается у значительной доли женщин [2]. В исследовании Chow и соавт. медиана числа эпизодов за предшествующий год составляла четыре; 74,6% участниц сообщили о негативном влиянии на психическое здоровье, 69,8% - на сексуальное и 67,7% - на физическое здоровье [3]. Эти данные показывают, что клинически “локальное” заболевание способно становиться системной проблемой качества жизни.

При «ВЗОМТ» психосоматическая составляющая во многом формируется через хроническую тазовую боль и отдаленные репродуктивные последствия. В исследовании «PEACH» у женщин с хронической тазовой болью после «ВЗОМТ» показатели физического и психического компонентов «SF-36» последовательно снижались по мере увеличения интенсивности боли [13]. Повторные эпизоды “ВЗОМТ” были связаны с почти двукратным увеличением риска бесплодия и более чем четырехкратным увеличением риска хронической тазовой боли [15]. Современная модель хронической тазовой боли рассматривает ее как состояние, в котором взаимодействуют биологические, психологические и социальные факторы. Настроение, сон, тревога, центральная сенситизация, сексуальная дисфункция и социальные ограничения могут поддерживать друг друга, поэтому изолированное лечение одного органа не всегда восстанавливает качество жизни [19-22, 29-30]. В связи с этим пациент-ориентированная оценка воспалительных заболеваний должна включать не только лабораторную и клиническую верификацию, но и измерение качества жизни, боли, психоэмоционального состояния и сексуального функционирования. Цель настоящей статьи - систематизировать современные данные о роли воспалительных процессов репродуктивной системы в структуре психосоматики женщин, определить основные механизмы снижения качества жизни и предложить направления комплексной профилактики, лечения и медико-социальной реабилитации.



Рисунок 1. Концептуальная схема формирования психосоматических последствий частых воспалительных процессов репродуктивной системы

Как видно из рисунка 1, психосоматическое бремя формируется поэтапно. Повторные воспалительные эпизоды вызывают устойчивые телесные симптомы и ограничения; боль и диспареуния изменяют сексуальное поведение и повседневную активность; ожидание рецидива поддерживает тревогу и гипервигилантность к телесным ощущениям. В итоге локальное заболевание приобретает многокомпонентное влияние на физическое, психическое и социальное функционирование.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ

Зарубежная научная литература убедительно показывает, что воспалительные и рецидивирующие заболевания женской репродуктивной системы могут формировать устойчивое психосоматическое бремя. K. Chow и соавт. при изучении рецидивирующего бактериального вагиноза показали, что заболевание затрагивает не только физическое состояние, но также психическое и сексуальное здоровье; особенно значимыми оказались повторяемость симптомов и неудовлетворённость результатами лечения [3]. Y.-X. Zhu и соавт. установили снижение всех основных доменов SF-36 у женщин с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом [4], а S. Aballéa и соавт. продемонстрировали сохранение ухудшения HRQoL даже между острыми эпизодами заболевания [5]. Эти результаты позволяют рассматривать рецидивирующее воспаление как длительное состояние, влияющее на эмоциональную стабильность и повседневное поведение женщины.

Особое значение для понимания психосоматики имеют исследования хронической тазовой боли после ВЗОМТ. C. L. Haggerty и соавт. показали, что с нарастанием интенсивности боли ухудшаются физический и психический компоненты SF-36 [13]. Работы G. Lamvu и соавт. и современные систематические обзоры биопсихосоциальных подходов подчёркивают взаимное усиление боли, тревоги, нарушений сна, сексуальной дисфункции и социальной дезадаптации [19, 29, 30]. Таким образом, зарубежная школа постепенно перешла от органоцентрической модели к концепции, в которой хронический симптом поддерживается одновременно биологическими, психологическими и социальными механизмами. В отечественных публикациях Узбекистана проблема чаще раскрывается через репродуктивное здоровье, хронический эндометрит, бесплодие и восстановление фертильности. A. Mo‘minov и I. Abdullayeva рассматривают хронический эндометрит с иммунологической и микробиологической позиций и подчёркивают значение рациональной терапии воспалительного процесса [31]. D. A. Sattorova, D. I. Muhammadaliyeva и S. E. Tillayeva связывают репродуктивное здоровье с профилактикой ИППП, бесплодием, психологическим состоянием и качеством жизни женщины [32]. M. S. Mamurjanova обращает внимание на социально-психологические последствия бесплодия и необходимость комплексной поддержки пациенток [33]. O‘. B. Shonazarova и M. Z. Kurbaniyazova исследуют вопросы восстановления репродуктивного потенциала у женщин с нарушениями эндометрия, что дополняет клиническую часть проблемы реабилитационным направлением [34].

На наш взгляд, сильной стороной зарубежных работ является использование стандартизированных пациент-ориентированных инструментов — SF-36, WHOQOL-BREF, EQ-5D, FSFI, шкал тревоги и депрессии — и количественное сопоставление психических, физических и сексуальных исходов. В отечественной литературе такие измерения пока представлены ограниченно; основной акцент чаще делается на диагнозе, микробиологических факторах и репродуктивных последствиях. Это не снижает ценности местных исследований, но показывает необходимость следующего этапа — систематического изучения психосоматического компонента воспалительных заболеваний именно в

условиях Узбекистана. С позиции меня, для национальной клинической практики наиболее перспективно сочетание этиологической диагностики и профилактики рецидивов с регулярной оценкой боли, сна, тревоги, сексуального функционирования и качества жизни. Проведение локальных проспективных исследований с валидированными опросниками позволит установить, какие психосоматические механизмы наиболее значимы для женщин Узбекистана и какие вмешательства дают не только клинический, но и субъективно ощущаемый эффект.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в формате аналитического (нарративного) обзора научной литературы. Информационную основу составили клинические рекомендации и публикации, индексируемые в PubMed/MEDLINE и PubMed Central, а также современные обзоры по качеству жизни, хронической тазовой боли, рецидивирующему вульвовагинальному кандидозу, бактериальному вагинозу и ВЗОМТ. В итоговый аналитический массив включено 30 источников, опубликованных преимущественно в 2013-2026 гг.; более ранние работы использовались, если они содержали ключевые данные длительного наблюдения или валидированные показатели качества жизни.

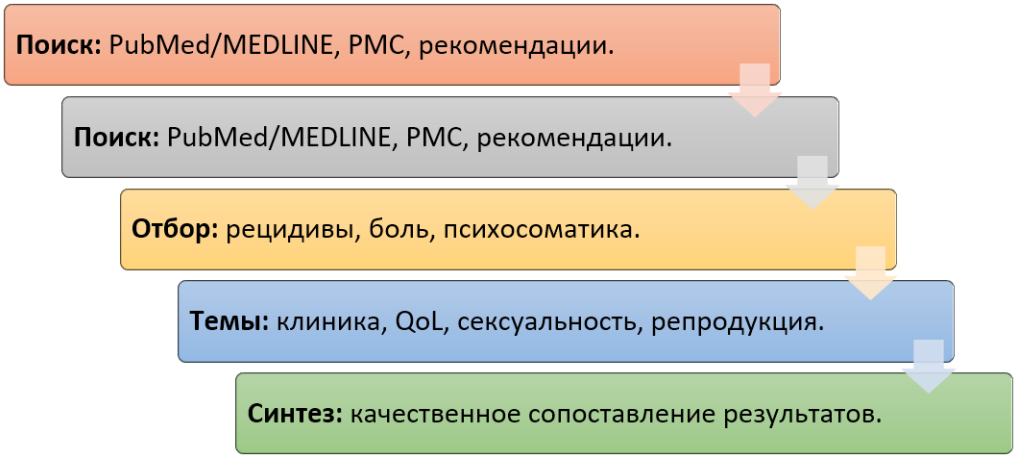


Рисунок 2. Алгоритм отбора и тематического анализа литературных источников

Представленный алгоритм обеспечивает последовательное сопоставление клинического и психосоциального бремени заболевания. Основной акцент делался на исследованиях, в которых качество жизни оценивалось с использованием стандартизированных инструментов или приводились количественные данные о влиянии воспалительных состояний на психическое, сексуальное или социальное функционирование.

АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Синтез литературы показывает, что частые воспалительные процессы репродуктивной системы влияют на качество жизни по нескольким взаимосвязанным траекториям. Во-первых, повторные локальные симптомы создают постоянную физическую нагрузку. Во-вторых, боль и диспареуния ограничивают сексуальное и социальное функционирование. В-третьих, рецидивирование усиливает тревогу, снижает чувство контроля над здоровьем и повышает неудовлетворённость медицинской помощью. В-четвёртых, при восходящем воспалении и ВЗОМТ добавляется страх нарушений фертильности и хронической тазовой боли.

1. Клинико-этиологические особенности. В структуре рецидивирующих воспалительных, инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний наиболее часто обсуждаются бактериальный вагиноз, вульвовагинальный кандидоз, цервиковагинальные инфекции и ВЗОМТ. Бактериальный вагиноз связан с нарушением доминирования Lactobacillus и формированием полимикробного сообщества; рецидивы после лечения остаются частыми, что поддерживает повторяемость выделений и запаха и усиливает психосоциальное бремя [2, 3, 18]. РВВК представляет особый пример заболевания, при котором клиническая тяжесть не всегда отражает субъективное бремя. Даже вне острого эпизода женщины могут сохранять ожидание симптомов и страх повторения заболевания. Глобальная оценка предполагает, что РВВК затрагивает очень большое число женщин и имеет существенное экономическое значение из-за потерь производительности [8]. Современные

обзоры указывают на сложное взаимодействие факторов хозяина, микробиома, иммунного ответа и особенностей Candida spp. [8-11]. ВЗОМТ является полиэтиологическим воспалительным процессом верхних отделов полового тракта. Даже малосимптомное течение может приводить к воспалительному повреждению эндометрия и маточных труб, а повторные эпизоды повышают риск хронической боли и репродуктивных осложнений [1, 15-18]. Именно хроническая тазовая боль превращает перенесённое воспаление в длительный психосоматический синдром, затрагивающий сон, эмоции, работоспособность и сексуальные отношения [13, 19, 20].

Таблица 1. Клинические формы и основные направления влияния на качество жизни

Состояние	Типичные проявления	Рецидивирование/осложнения
Бактериальный вагиноз	Выделения, запах, дискомфорт	Частые рецидивы после лечения
Рецидивирующий ВВК	Зуд, жжение, болезненность, выделения	≥3-4 эпизодов в год в разных определениях
Цервиковагинальные инфекции	Выделения, контактная болезненность, дизурия	Реинфекция и повторные обращения
ВЗОМТ	Тазовая боль, выделения, лихорадка, диспареуния	Рецидивы, спайки, хроническая тазовая боль
Хроническая тазовая боль после воспаления	Боль >3 мес., диспареуния, нарушения сна	Персистирующее состояние

В таблице 1 систематизированы клинические состояния и основные направления их возможного влияния на качество жизни женщин. При бактериальном вагинозе, рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе и цервиковагинальных инфекциях выделения, запах, зуд, жжение и болезненность сопровождаются дискомфортом, который может ограничивать повседневную и интимную активность. Повторные эпизоды заболевания усиливают эмоциональное напряжение и тревогу, связанную с возможным возвращением симптомов, а также могут отрицательно отражаться на партнёрских отношениях и работоспособности. **2. Факторы риска и проблема своевременной диагностики.** К факторам, способствующим повторным эпизодам, относятся нарушение вагинального микробиоценоза, некоторые инфекции, передаваемые половым путём, повторные курсы антибиотиков, метаболические и гормональные факторы, а также недостаточно точная диагностика при сходной симптоматике различных форм вагинита [1, 2, 9-11, 25]. Для ВЗОМТ дополнительное значение имеют позднее обращение, малосимптомное течение и повторное инфицирование.

Психосоматическая проблема начинается уже на диагностическом этапе. При повторных симптомах женщина нередко сталкивается с неопределённостью причины, эмпирическим лечением и рецидивом после временного улучшения. Это снижает доверие к терапии и повышает субъективную тревогу. В обзоре Thomas-White и соавт. подчёркивается, что рецидивирующие урогенитальные инфекции влияют на удовлетворённость медицинской помощью, отношения, психическое здоровье и производительность труда [12]. Диагностическая стратегия должна учитывать, что одинаковые жалобы могут соответствовать различным заболеваниям. Поэтому при рецидивирующем течении особенно важны лабораторная верификация и исключение альтернативных причин симптомов. Для психосоматического исхода значение имеет не только назначенное лечение, но и объяснение диагноза, прогноза и реалистичных ожиданий от профилактики рецидива.

3. Репродуктивные последствия. Нарушения репродуктивной функции относятся к наиболее значимым источникам тревоги у женщин с воспалительными заболеваниями верхних отделов репродуктивного тракта. После ВЗОМТ возможны повреждения маточных труб, эктопическая беременность и бесплодие. В исследовании PEACH повторный ВЗОМТ был связан с почти двукратным повышением риска бесплодия и более чем четырёхкратным повышением риска хронической тазовой боли [15]. Даже при отсутствии подтверждённого бесплодия сама информация о потенциальном репродуктивном риске может влиять на психическое состояние и семейные планы. Современные данные по бесплодию показывают высокую распространённость тревоги, депрессивных проявлений и снижения качества жизни; обзор Braverman и соавт. демонстрирует, что эти проблемы наблюдаются в различных культурных контекстах [23]. Метаанализ Salari и соавт. также показывает значительную частоту депрессии, тревоги и стресса среди женщин с бесплодием [24]. Следовательно, при воспалительных заболеваниях репродуктивная составляющая качества жизни формируется двумя путями: через объективные

органические последствия и через субъективное переживание потенциальной угрозы фертильности. Это обосновывает необходимость деликатного консультирования, оценки репродуктивных планов и своевременного направления к специалисту при наличии факторов риска.

4. Психологические и социально-экономические последствия. Психосоматическая нагрузка наиболее отчётливо проявляется при хронической боли и частых рецидивах. Haggerty и соавт. показали, что у женщин после ВЗОМТ физический и психический компоненты SF-36 ухудшались по мере увеличения интенсивности хронической тазовой боли [13]. Физический сводный показатель снизился с 87,3 балла у женщин без хронической тазовой боли до 73,6 при умеренной/выраженной боли; психический - с 78,7 до 67,5 балла. При РВВК исследования с использованием SF-36, WHOQOL-BREF и EQ-5D последовательно демонстрируют ухудшение качества жизни. Zhu и соавт. выявили снижение всех восьми доменов SF-36 у пациенток с РВВК по сравнению с контрольной группой [4]. Aballéa и соавт. показали снижение HRQoL как во время эпизода, так и между эпизодами, причём особенно выраженно страдал психический компонент [5]. Fukazawa и соавт. обнаружили ухудшение физического, психологического и социального благополучия, включая сексуальную сферу и удовлетворённость условиями жизни [6]. В исследовании Lietz и соавт. после шестимесячной поддерживающей терапии улучшение показателей EQ-5D-5L и EQ-VAS наблюдалось у значительной части пациенток; одновременно улучшались отдельные аспекты сексуального здоровья и уменьшалась боль при половом контакте [7]. Это важно с клинической точки зрения: устранение рецидивов может иметь измеримый пациент-ориентированный эффект, выходящий за пределы микологического излечения.

При бактериальном вагинозе данные Chow и соавт. демонстрируют сходную многомерность проблемы: негативное влияние на психическое здоровье отмечали 74,6% респонденток, на сексуальное - 69,8%, на физическое - 67,7% [3]. Поскольку медиана числа эпизодов составляла четыре в год, результаты хорошо иллюстрируют кумулятивное бремя частых рецидивов. Сексуальная дисфункция является одним из ключевых мостов между соматическим симптомом и психосоциальным неблагополучием. Боль во время полового акта, страх усиления симптомов, неприятные выделения и запах могут приводить к избеганию интимности и напряжению в отношениях. Метаанализ Guan и соавт. при хронических тазовых болевых синдромах показал выраженное снижение суммарного FSFI и отдельных доменов сексуальной функции, а также существенно более высокий риск диспареунии [22]. Экономические последствия включают прямые расходы на повторные консультации, лабораторные исследования и лечение и непрямые потери из-за временной нетрудоспособности и снижения продуктивности. Для РВВК глобальный систематический обзор Denning и соавт. подчёркивает значимое экономическое бремя, связанное с потерей производительности [8]. Таким образом, частые воспалительные состояния должны рассматриваться не как изолированный локальный симптомокомплекс, а как фактор общего функционального и социального неблагополучия.

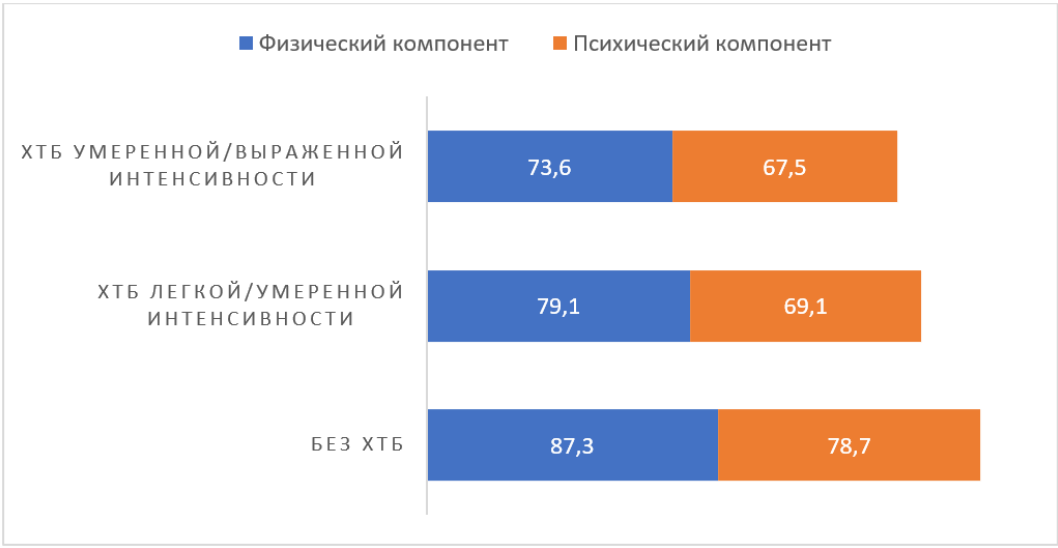


Рисунок 3. Показатели SF-36 после ВЗОМТ в зависимости от выраженности хронической тазовой боли

График демонстрирует выраженную обратную зависимость: чем выраженнее хроническая тазовая боль после ВЗОМТ, тем ниже как физический, так и психический компоненты качества жизни. Это подтверждает необходимость оценивать боль как ключевой медиатор психосоматического бремени.

На рисунке 3 представлено изменение показателей качества жизни по опроснику SF-36 у женщин после перенесённых воспалительных заболеваний органов малого таза в зависимости от выраженности хронической тазовой боли. Прослеживается последовательное снижение как физического, так и психического компонентов здоровья по мере усиления болевого синдрома. Наиболее высокие значения отмечены у пациенток без хронической тазовой боли: физический компонент составил 87,3 балла, психический — 78,7 балла. При наличии боли лёгкой или умеренной интенсивности показатели снижались до 79,1 и 69,1 балла соответственно. Наиболее выраженное ухудшение выявлено при умеренной и выраженной хронической тазовой боли, где физический компонент составлял 73,6 балла, а психический — 67,5 балла.

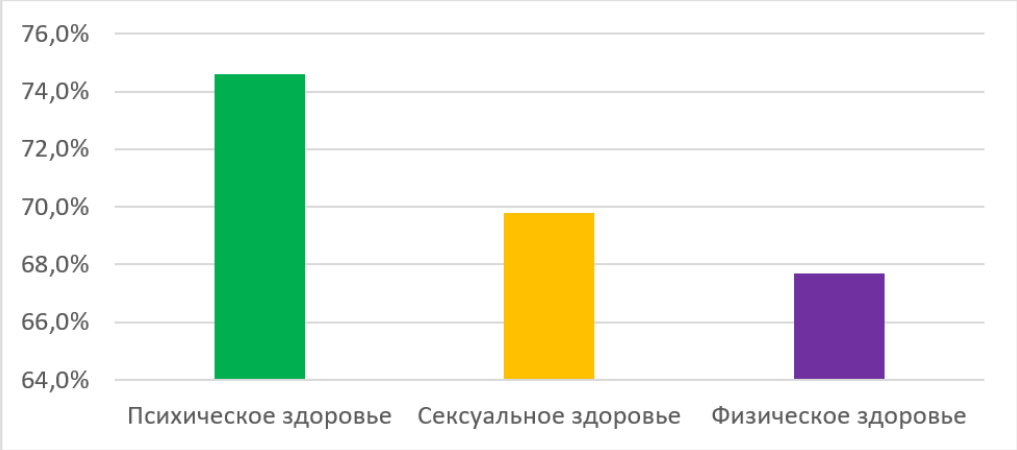


Рисунок 4. Негативное влияние бактериального вагиноза на отдельные сферы здоровья по самооценке женщин

Рисунок 4 показывает, что при рецидивирующем бактериальном вагинозе наиболее часто сообщалось о негативном влиянии на психическое здоровье, однако сексуальная и физическая сферы также были затронуты у большинства опрошенных. Такая структура подтверждает необходимость комплексной оценки заболевания. На рисунке представлена самооценка негативного влияния бактериального вагиноза на различные аспекты здоровья женщин. Наиболее высокая доля участниц отметила отрицательное влияние на психическое здоровье — 74,6%. Негативное воздействие на сексуальное и физическое здоровье указали соответственно 69,8 и 67,7% участниц. Разница между показателями психического и физического здоровья составила 6,9 процентного пункта. Представленные данные показывают, что субъективное бремя бактериального вагиноза затрагивает несколько сфер благополучия, причём наиболее часто участницы отмечали его психоэмоциональную составляющую. Это подчёркивает значимость комплексной оценки качества жизни наряду с клиническими проявлениями заболевания. Однако приведённые проценты характеризуют частоту отрицательных самооценок, а не степень тяжести нарушений; без сведений об объёме выборки и статистическом анализе нельзя судить о значимости различий между показателями.

Таблица 2. Ключевые исследования влияния воспалительных состояний на качество жизни женщин

Источник	Состояние / выборка	Инструмент	Основной результат
Zhu et al., 2016 [4]	102 женщины с РВВК + 101 контроль	SF-36	Все 8 доменов SF-36 ниже при РВВК; снижены физический и психический сводные показатели.
Aballéa et al., 2013 [5]	Женщины с РВВК в Европе и США	HRQoL, SF-36/ utility	Снижение качества жизни во время и между эпизодами; выраженное влияние на психическое здоровье и продуктивность.
Fukazawa et al., 2019 [6]	100 женщин с РВВК + 101 контроль	WHOQOL-BREF	Ухудшение физического, психологического, социального и средового доменов.
Lietz et al., 2023 [7]	360 женщин после 6 мес. поддерживающей терапии	EQ-5D-5L, EQ-VAS	Улучшение качества жизни и сексуального здоровья после терапии.
Chow et al., 2023 [3]	62 женщины с бактериальным вагинозом	Онлайн-опрос	Негативное влияние: психическое 74,6%, сексуальное 69,8%, физическое 67,7%.

Haggerty et al., 2003 [13]	547 участниц PEACH	SF-36	Хроническая тазовая боль после ВЗОМТ связана с прогрессивным снижением физического и психического здоровья.
Trent et al., 2011 [15]	Данные PEACH	Длительное наблюдение	Повторный ВЗОМТ связан с почти 2-кратным риском бесплодия и >4-кратным риском хронической тазовой боли.
Johnson et al., 2025 [29]	14 РКИ, 871 пациентка с ХТБ	Систематический обзор	Биопсихосоциальные подходы улучшают боль и психометрические исходы; важны CBT/ACT и функциональная активность.

Представленные исследования подтверждают значимое влияние воспалительных заболеваний женской репродуктивной системы на качество жизни. Наиболее выраженные изменения отмечаются в физической, психоэмоциональной и сексуальной сферах. Рецидивирующее течение заболевания связано с более стойким снижением показателей качества жизни, тогда как адекватная терапия способствует их улучшению. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексной оценки состояния пациенток с учётом не только клинических проявлений, но и психосоциальных и репродуктивных последствий.

Таблица 3. Психосоматические домены и рекомендуемые инструменты оценки

Домен	Что оценивается	Возможный инструмент	Практическое значение
Общее качество жизни	Физическое, психическое и социальное функционирование	SF-36 / EQ-5D / WHOQOL-BREF	Сравнение бремени заболевания и динамики лечения
Боль	Интенсивность, длительность, влияние на активность	VAS/NRS, pain interference scales	Выявление хронической боли как медиатора снижения QoL
Сексуальная функция	Желание, возбуждение, лубрикация, оргазм, удовлетворенность, боль	FSFI	Оценка диспареунии и сексуального ограничения
Тревога/депрессия	Аффективные симптомы и дистресс	HADS, PHQ-9, GAD-7	Определение необходимости психоподдержки
Социальное функционирование	Работа, семейные отношения, ограничения активности	Домены SF-36 / целевые вопросы	Оценка медико-социального бремени
Репродуктивные переживания	Страх бесплодия, планы беременности	Репродуктивный анамнез + специализированные PROMs	Пациент-ориентированное консультирование

В таблице 3 систематизированы основные психосоматические домены, которые целесообразно учитывать при комплексной оценке состояния женщин с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы. Представленные направления охватывают общее качество жизни, выраженность болевого синдрома, сексуальную функцию, тревожно-депрессивные проявления, социальное функционирование и репродуктивные переживания. Каждый из этих компонентов отражает отдельный аспект влияния заболевания, однако в клинической практике они нередко взаимосвязаны и формируют единое психосоматическое бремя.



Рисунок 5. Биопсихосоциальная модель психосоматического бремени воспалительных заболеваний репродуктивной системы

Рисунок 5 отражает биопсихосоциальный характер влияния воспалительных заболеваний репродуктивной системы на состояние женщины. Психосоматическое бремя формируется за счёт взаимосвязи медицинских симптомов, репродуктивных рисков, психологических реакций и социально-сексуальных ограничений. Такая модель подчёркивает необходимость комплексной оценки пациентки с учётом не только клинических проявлений, но и их влияния на эмоциональное состояние, репродуктивные планы и социальное функционирование. Биопсихосоциальная модель объясняет, почему клиническая тяжесть заболевания не всегда совпадает с субъективной тяжестью. У одной пациентки ведущим фактором может быть боль, у другой - страх рецидива, нарушения интимной жизни или репродуктивные опасения. Следовательно, комплексное ведение должно быть индивидуализированным.

5. Профилактика и комплексная организация помощи. Первичная профилактика должна быть направлена на снижение риска инфекций и нарушения вагинального микробиоценоза, повышение репродуктивной грамотности, рациональное применение антибактериальных препаратов и консультирование по профилактике ИППП. При состояниях с высокой частотой рецидива пациентка должна получать реалистичное объяснение вероятности повторного эпизода и признаков, требующих повторного осмотра [1, 2, 10, 25-27]. Вторичная профилактика включает раннюю этиологическую диагностику, лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, оценку ответа и профилактику реинфекции. Принципиально важно избегать циклического эмпирического назначения терапии без подтверждения диагноза у пациенток с повторными жалобами, поскольку диагностическая неопределённость сама по себе способна увеличивать психоэмоциональное напряжение.

Третичная профилактика ориентирована на снижение накопленного бремени заболевания. Она включает контроль хронической боли, оценку сексуальной функции, выявление тревожно-депрессивных симптомов, обсуждение репродуктивных планов и направление к смежным специалистам при соответствующих показаниях. При хронической тазовой боли современные систематические обзоры поддерживают биопсихосоциальный и междисциплинарный подход [19, 20, 29, 30]. Для клинической практики целесообразен переход от эпизодической модели «симптом - лечение» к непрерывной траектории: профилактика - ранняя диагностика - этиотропная терапия - контроль клинического ответа - профилактика рецидива - оценка боли и качества жизни - оценка сексуального и репродуктивного здоровья - психосоциальная поддержка. В таком подходе критерием успеха становится не только исчезновение симптомов, но и восстановление повседневного функционирования.

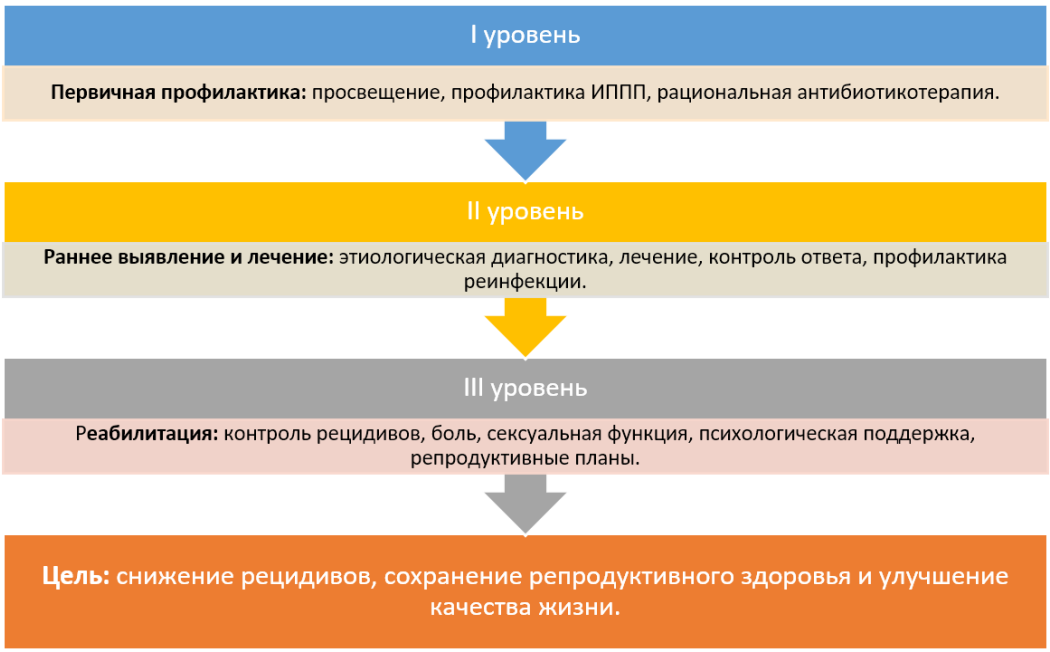


Рисунок 6. Трехуровневая модель профилактики и комплексной помощи женщинам с частыми воспалительными процессами

Таблица 4. Практическая модель пациент-ориентированного ведения

Этап	Основные действия	Пациент-ориентированный исход
Первичная оценка	Анамнез, осмотр, лабораторная верификация, исключение альтернативных причин	Понимание диагноза и снижение неопределенности
Лечение	Этиотропная терапия по показаниям, контроль переносимости	Купирование симптомов и снижение риска осложнений
Контроль результата	Оценка ответа и причин рецидива	Снижение частоты повторных эпизодов
Расширенная оценка	SF-36/EQ-5D, боль, FSFI, скрининг тревоги/депрессии при показаниях	Выявление скрытого психосоматического бремени
Реабилитация	Психологическая поддержка, ведение хронической боли, репродуктивное консультирование	Восстановление качества жизни, сексуального и социального функционирования

В таблице 4 представлена поэтапная пациент-ориентированная модель ведения женщин с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы. Она объединяет диагностику, лечение, контроль рецидивов, оценку качества жизни и реабилитацию. Такой подход позволяет учитывать не только клинические симптомы, но и психоэмоциональные, сексуальные и репродуктивные последствия заболевания. Проведённый анализ показывает, что частые воспалительные процессы женской репродуктивной системы могут иметь выраженные психосоматические последствия. Наиболее убедительная закономерность - накопительный характер бремени: повторяемость симптомов увеличивает продолжительность физического дискомфорта, снижает чувство контроля над заболеванием и усиливает влияние на интимную, семейную и профессиональную жизнь. Поэтому рецидивирование следует рассматривать не только как микробиологическую или клиническую характеристику, но и как фактор качества жизни.

Сопоставление исследований РВВК, бактериального вагиноза и ВЗОМТ показывает общий набор уязвимых доменов: боль/дискомфорт, психическое здоровье, сексуальное функционирование и социальная активность. Различается механизм их формирования. При вагинальных состояниях ведущими могут быть зуд, выделения, запах и страх рецидива; при ВЗОМТ - хроническая тазовая боль и репродуктивные опасения. Тем не менее конечный психосоматический фенотип сходен: тревога, ограничение поведения, ухудшение отношений и снижение субъективного благополучия. Важным выводом является необходимость различать биомедицинский исход и пациент-ориентированный исход. Нормализация лабораторных показателей не гарантирует восстановления качества жизни, если сохраняются боль, страх рецидива, сексуальная дисфункция или психологический дистресс.

Напротив, успешная поддерживающая терапия при РВВК сопровождалась улучшением качества жизни и сексуального здоровья, что показывает возможность обратимости части психосоматического бремени [7]. Вместе с тем причинно-следственные связи сложны. Психологический дистресс может быть следствием рецидивирующего заболевания, но также способен усиливать субъективное восприятие боли и телесных симптомов. Современная литература по хронической тазовой боли поэтому рекомендует не противопоставлять «органическое» и «психологическое», а рассматривать их как взаимодействующие компоненты единой клинической системы [19, 20, 29].

Для исследований в Узбекистане особенно актуально получение локальных данных. Международные показатели качества жизни могут зависеть от культурных норм, отношения к сексуальному здоровью, стигматизации гинекологических симптомов, семейной поддержки и доступности медицинской помощи. Перспективным является проведение клинико-социального исследования с использованием валидированных русской и узбекской версий SF-36/WHOQOL-BREF, FSFI и кратких шкал тревоги/депрессии. Настоящая работа имеет ограничения, характерные для нарративного обзора. Исследования отличаются по определениям рецидивирования, диагностическим критериям, составу выборок и инструментам оценки качества жизни, что ограничивает прямое количественное сравнение. Доказательная база по отдельным состояниям неодинакова. Для РВВК имеются исследования с валидированными HRQoL-инструментами, тогда как для бактериального вагиноза и некоторых других рецидивирующих вагинитов количество таких работ меньше. Кроме того, данные о психосоматическом влиянии могут быть подвержены эффектам самоотбора и самоотчёта. Региональные данные по странам Центральной Азии ограничены, поэтому перенос международных оценок на местную популяцию требует осторожности. Это является основанием для проведения проспективных и поперечных исследований с единым набором пациент-ориентированных исходов.

У женщин с повторными воспалительными эпизодами проводить этиологическую верификацию диагноза и избегать необоснованного многократного эмпирического лечения. Фиксировать частоту рецидивов за последние 12 месяцев и длительность симптомов как показатели накопленного клинического бремени. При хронической тазовой боли, диспареунии и частых рецидивах включать оценку качества жизни с помощью валидированного PROM (например, SF-36 или EQ-5D). При жалобах на интимную сферу использовать структурированную оценку сексуальной функции, включая FSFI, при соблюдении конфиденциальности и добровольности. При выраженном дистрессе проводить скрининг тревоги и депрессии и при необходимости обеспечивать психологическую или психотерапевтическую поддержку. У пациенток с ВЗОМТ и планами беременности обсуждать репродуктивные риски и показания для последующего обследования. Развивать междисциплинарную модель помощи, объединяющую акушера-гинеколога, специалиста по боли/физиотерапевта, психолога и репродуктолога по клиническим показаниям. В региональных исследованиях оценивать не только клиническое излечение, но и изменение качества жизни, сексуальной функции, трудоспособности и удовлетворённости медицинской помощью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частые воспалительные процессы репродуктивной системы женщин представляют собой многокомпонентную медицинскую и психосоматическую проблему. Рецидивирующие симптомы способны снижать физическое и психическое благополучие, нарушать сексуальную функцию, ограничивать социальную активность и формировать тревогу по поводу репродуктивного здоровья. Наиболее последовательные количественные данные получены при РВВК, бактериальном вагинозе и хронической тазовой боли после ВЗОМТ. Снижение качества жизни связано не только с наличием заболевания, но и с частотой рецидивов, интенсивностью боли, диспареунией и длительностью симптомов.

Поэтому оценка эффективности лечения должна включать пациент-ориентированные исходы наряду с клиническими и лабораторными критериями. Оптимальная модель помощи должна быть непрерывной и междисциплинарной: профилактика, точная диагностика, этиотропное лечение, контроль рецидивов, оценка хронической боли, сексуального и репродуктивного здоровья, а при необходимости - психосоциальная поддержка. Такой подход позволяет рассматривать здоровье женщины не только как отсутствие инфекции, но и как восстановление полноценного физического, эмоционального и социального функционирования.

Список использованной литературы:

1. Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports, 70(4), 1-187. DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1

2. Abbe, C., & Mitchell, C. M. (2023). Bacterial vaginosis: A review of approaches to treatment and prevention. Frontiers in Reproductive Health, 5, 1100029. DOI: 10.3389/frph.2023.1100029
3. Chow, K., Wooten, D., Annepally, S., Burke, L., Edi, R., & Morris, S. R. (2023). Impact of (recurrent) bacterial vaginosis on quality of life and the need for accessible alternative treatments. BMC Women's Health, 23, 112. DOI: 10.1186/s12905-023-02236-z
4. Zhu, Y.-X., Li, T., Fan, S.-R., Liu, X.-P., Liang, Y.-H., & Liu, P. (2016). Health-related quality of life as measured with the Short-Form 36 (SF-36) questionnaire in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. Health and Quality of Life Outcomes, 14, 65. DOI: 10.1186/s12955-016-0470-2
5. Aballéa, S., Guelfucci, F., Wagner, J., Khemiri, A., Dietz, J.-P., Sobel, J., & Toumi, M. (2013). Subjective health status and health-related quality of life among women with recurrent vulvovaginal candidosis in Europe and the USA. Health and Quality of Life Outcomes, 11, 169. DOI: 10.1186/1477-7525-11-169
6. Fukazawa, E. I., Witkin, S. S., Robial, R., Vinagre, J. G., Baracat, E. C., & Linhares, I. M. (2019). Influence of recurrent vulvovaginal candidiasis on quality of life issues. Archives of Gynecology and Obstetrics, 300(3), 647-650. DOI: 10.1007/s00404-019-05228-3
7. Lietz, A., Eckel, F., Kiss, H., Noe-Letschnig, M., & Farr, A. (2023). Quality of life in women with chronic recurrent vulvovaginal candidosis: A sub-analysis of the prospective multicentre phase IIb/III Prof-001 study. Mycoses, 66(9), 767-773. DOI: 10.1111/myc.13602
8. Denning, D. W., Kneale, M., Sobel, J. D., & Rautemaa-Richardson, R. (2018). Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: A systematic review. The Lancet Infectious Diseases, 18(11), e339-e347. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30103-8
9. Blostein, F., Levin-Sparenberg, E., Wagner, J., & Foxman, B. (2017). Recurrent vulvovaginal candidiasis. Annals of Epidemiology, 27(9), 575-582.e3. DOI: 10.1016/j.annepidem.2017.08.010
10. Donders, G., Sziller, I. O., Paavonen, J., Hay, P., de Seta, F., Bohbot, J. M., Kotarski, J., Vives, J. A., Szabo, B., Cepuliene, R., & Mendling, W. (2022). Management of recurrent vulvovaginal candidosis: Narrative review of the literature and European expert panel opinion. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 12, 934353. DOI: 10.3389/fcimb.2022.934353
11. Matheson, A., & Mazza, D. (2017). Recurrent vulvovaginal candidiasis: A review of guideline recommendations. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57(2), 139-145. DOI: 10.1111/ajo.12592
12. Neal, C. M., & Martens, M. G. (2022). Clinical challenges in diagnosis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. SAGE Open Medicine, 10, 20503121221115201. DOI: 10.1177/20503121221115201
13. Haggerty, C. L., Schulz, R., Ness, R. B., & PID Evaluation and Clinical Health Study Investigators. (2003). Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. Obstetrics & Gynecology, 102(5 Pt 1), 934-939. DOI: 10.1016/S0029-7844(03)00695-1
14. Smith, K. J., Tsevat, J., Ness, R. B., Wiesenfeld, H. C., & Roberts, M. S. (2008). Quality of life utilities for pelvic inflammatory disease health states. Sexually Transmitted Diseases, 35(3), 307-311. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31815b07dd
15. Trent, M., Bass, D., Ness, R. B., & Haggerty, C. (2011). Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: Findings from the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study. Sexually Transmitted Diseases, 38(9), 879-881. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31821f918c
16. Ness, R. B., Soper, D. E., Holley, R. L., Peipert, J., Randall, H., Sweet, R. L., Sondheimer, S. J., Hendrix, S. L., Amortegui, A., Trucco, G., Songer, T., Lave, J. R., Hillier, S. L., Bass, D. C., & Kelsey, S. F. (2002). Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the PEACH randomized trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5), 929-937. DOI: 10.1067/mob.2002.121625
17. Ness, R. B., Hillier, S. L., Kip, K. E., Soper, D. E., Stamm, C. A., McGregor, J. A., Bass, D. C., Sweet, R. L., Rice, P., & Richter, H. E. (2004). Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. Obstetrics & Gynecology, 104(4), 761-769. DOI: 10.1097/01.AOG.0000139512.37582.17
18. Ravel, J., Moreno, I., & Simón, C. (2021). Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 224(3), 251-257. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.10.019
19. Lamvu, G., Carrillo, J., Ouyang, C., & Rapkin, A. (2021). Chronic pelvic pain in women: A review. JAMA, 325(23), 2381-2391. DOI: 10.1001/jama.2021.2631
20. Vincent, K., & Evans, E. (2021). An update on the management of chronic pelvic pain in women. Anaesthesia, 76(Suppl 4), 96-107. DOI: 10.1111/anae.15421
21. Ghai, V., Subramanian, V., Jan, H., Doumouchtsis, S. K., & CHORUS Collaboration. (2022). A systematic review highlighting poor quality of evidence for content validity of quality of life instruments in female chronic pelvic pain. Journal of Clinical Epidemiology, 149, 1-11. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2022.04.016

22. Guan, Y., Yu, G., Wang, G., & Bai, Z. (2019). The negative effect of urologic chronic pelvic pain syndrome on female sexual function: A systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal, 30(11), 1807-1816. DOI: 10.1007/s00192-019-03984-z
23. Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: A global lens on the last decade of research. Fertility and Sterility, 121(3), 379-383. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.013
24. Salari, N., Babajani, F., Hosseinian-Far, A., Hasheminezhad, R., Abdoli, N., Haydarisharaf, P., & Mohammadi, M. (2024). Global prevalence of major depressive disorder, generalized anxiety, stress, and depression among infertile women: A systematic review and meta-analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics, 309(5), 1833-1846. DOI: 10.1007/s00404-024-07444-y
25. Pappas, P. G., Kauffman, C. A., Andes, D. R., Clancy, C. J., Marr, K. A., Ostrosky-Zeichner, L., Reboli, A. C., Schuster, M. G., Vazquez, J. A., Walsh, T. J., Zaoutis, T. E., & Sobel, J. D. (2016). Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 62(4), e1-e50. DOI: 10.1093/cid/civ933
26. Thomas-White, K., Navarro, P., Wever, F., King, L., Dillard, L. R., & Krapf, J. (2023). Psychosocial impact of recurrent urogenital infections: A review. Women's Health, 19, 17455057231216537. DOI: 10.1177/17455057231216537
27. Farr, A., Effendy, I., Frey Tirri, B., et al. (2021). Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072, level S2k). Mycoses, 64(6), 583-602. DOI: 10.1111/myc.13248
28. Sobel, J. D., Wiesenfeld, H. C., Martens, M., et al. (2004). Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. New England Journal of Medicine, 351(9), 876-883. DOI: 10.1056/NEJMoa033114
29. Johnson, S., Bradshaw, A., Bresnahan, R., Evans, E., Herron, K., & Hapangama, D. K. (2025). Biopsychosocial approaches for the management of female chronic pelvic pain: A systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 132(3), 266-277. DOI: 10.1111/1471-0528.17987
30. McReynolds, D., Shiraz, R., Tangey, M.-A., Egerton, T., & Frawley, H. (2025). Effectiveness of multidisciplinary treatment compared to single discipline treatment of female chronic pelvic pain: A systematic review and meta-analyses. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 132(12), 1716-1733. DOI: 10.1111/1471-0528.18322

TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

2026. № 9

Muharrir: Sherzod Qurbonov

Mas’ul kotib: Surmaniso Mirzaliyeva

Dizayner: Oloviddin Sobir o‘g‘li

© Materiallar ko‘chirib bosilganda “Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali manba sifatida ko‘rsatilishi shart. Jurnalda bosilgan material va reklamalardagi dalillarning aniqligiga mualliflar ma’sul. Tahririyat fikri har vaqt ham mualliflar fikriga mos kelamasligi mumkin. Tahririyatga yuborilgan materiallar qaytarilmaydi.

Jurnalga istalgan payt quyidagi rekvizitlar orqali obuna bo‘lishingiz mumkin. Obuna bo‘lgach, @iqtisodiyot_77 telegram sahifamizga to‘lov haqidagi ma’lumotni skrinshot yoki foto shaklida jo‘natishingizni so‘raymiz. Shu asosda har oygi jurnal yangi sonini manzilingizga jo‘natamiz.

Mazkur jurnalda maqolalar chop etish uchun quyidagi havolalarga
maqola, reklama, hikoya va boshqa ijodiy materiallar yuborishingiz mumkin.
Materiallar va reklamalar pullik asosda chop etiladi.
El.Pochta: sq143235@gmail.com
Bot: @munis_sm
Tel.: 97 748 70 03





Google scholar

PubMed MEDLINE
NIH U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
Advancing Health Through Knowledge