

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

M.R. Sobirova, D.D. Kurbanov

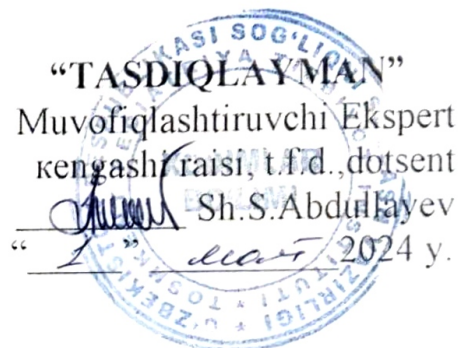
**AYOLLARDA GENITAL PROLAPSINING
JARROHLIK DAVOLASH USULINI
TANLASHNI OPTIMALLASHTIRISH**

Monografiya



Toshkent – 2024

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI**

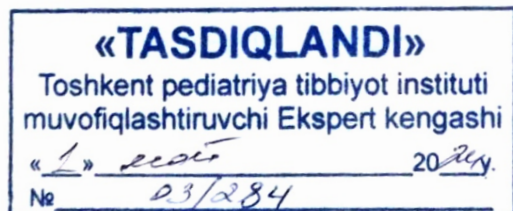


M.R. Sobirova, D.D. Kurbanov

**AYOLLARDA GENITAL PROLAPSINING JARROHLIK
DAVOLASH USULINI TANLASHNI
OPTIMALLASHTIRISH**

Akusherlik va ginekologiya - 14.00.01 bo'yicha monografiya

Monografiya



Toshkent - 2024

UO'S: 459.528.2+18.054.4

KBK: 28.53.58u18

S-17

M.R. Sobirova, D.D. Kurbanov. Ayollarda genital prolapsining jarrohlik davolash usulini tanlashni optimallashtirish / Monografiya/ «Fan ziyosi» nashriyon. Toshkent-2024.- 118 b.

Respublikamizda ayollarda jinsiy a'zolarning prolapsasi tez-tez tug'ilish tarixi bo'lgan ayollarning 40 foizida uchraydi. O'z navbatida, bu holat noqulaylik, jinsiy hayotning buzilishi, stresssiz siydik o'g'irlab ketishning rivojlanishi, ich qotishi va libidoning pasayishiga olib keladi. Shu munosabat bilan biz bu muammoni nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy deb ham atashimiz mumkin. Tos bo'shlig'i mushaklarining ishlamay qolishi va natijada jinsiy a'zolarning prolapsi va prolapsi ko'pincha reproduktiv yoshda boshlanadi va progressivdir. Jarayonning rivojlanishi bilan funktsional buzilishlar kuchayadi, ular ko'pincha bir-birining ustiga qo'yilib, nafaqat jismoniy va ma'naviy azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi balki bemorlarni qisman yoki butunlay nogiron qiladi.

Jinsiy organlarning prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolashning asosiy muammolaridan biri kasallikning qaytalanishining yuqori darajasi bo'lib qolmoqda, bu esa 30% hollarda takroriy jarrohlik aralashuvlarga olib keladi.

Monografiya ayollarda jinsiy a'zolarning prolapsi bo'yicha jarrohlikning asoslarini, klinik kechishi va asoratlarini o'z ichiga oladi, shuningdek, ushbu kasallikni davolashning dolzarb diagnostik masalalari va yangi yondashuvlarini o'rganadi.

Monografiya jarrohlar, umumiy amaliyot shifokorlari, doktorantlar, magistrlar, klinik ordinatorlar, shuningdek, tibbiyot institutlari davolash va pediatriya fakultetlari talabalari o'quv dasturlarida foydalanish uchun zarur qo'llanma hisoblanadi.

ISBN: 978-9910-742-84-2

**© M.R. Sobirova, D.D. Kurbanov.
«Fan ziyosi» nashriyoti 2024**

KIRISH

Mavzusining dolzarbligi . Dunyoda tos a'zolarining prolapsi tos a'zolarining qin bo'shlig'iga yoki undan tashqariga siljishi yoki tushib qolishi qayt qilinmoqda. Zamonaviy qarashlarga ko'ra, tos a'zolarining prolapsi deganda qorin bo'shlig'i bosimi ta'sirida tos a'zolarining dislokatsiyasini tos fastsiyasida xarakterli markaziy yoki paravaginal nuqsonlarning shakllanishi tushunilishi kerak. Jinsiy a'zolarining prolapsi, qoida tariqasida, qo'shni a'zolarining anatomik va funksional yetishmovchiligi bilan birlashtiriladi va ko'pincha siydik va ichak tutilishi bilan birga keladi. Tos a'zolarining prolapsi odatda tug'ish soni va tug'ruq yo'llarining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, ayollar jinsiy a'zolari prolapsi (AJAP) paydo bo'lishi uchun nafaqat tug'ishlar soni, balki ko'proq darajada tug'ishning xususiyatlari ham katta ahamiyatga ega ekanligi ushbu muammo bo'yicha ilmiy izlanishlar olib borilishi zarurligini taqozo etmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, «...2030-yilga borib dunyoda 63 millionga yaqin ayollar jinsiy a'zolarprolapsidan aziyat chekadi, chunki bu vaqtga kelib keksa insonlar soni ikki barobar ko'payadi...»¹. Shuning uchun AJAP muammosi yanada dolzarb bo'ladi.

Jahonda ayollarda genital prolapsning jarrohlik davolash usulini tanlashni optimallashtirishga qaratilgan qator ilmiy tadqiqotlar amalga oshirilmoqda. Bu borada jarrohlik taktikasiga qarab genital prolapsning qaytalanishi va asoratlanishini, obyektiv ko'rik va maxsus so'rovnoma asosida ayollar jinsiy a'zolar prolapsining uchrashi, darajasi va amalga oshirish kerak bo'lgan muolajalar taktikasini ishlab chiqish, jarrohlik amaliyotini hajmi va ayollarni jarrohlik amaliyotidan oldin va keyin hayot sifatini baholash, ayollarda qin va abdominal yo'l orqali jinsiy

¹ Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti 2020 yil

a'zolarining prolapsi bartaraf etishda dumaloq-bachadon va dumg'aza-bachadon boylamlarining pliksiyasi yordamida yangi jarrohlik texnikasini ishlab chiqish, ayollarda jinsiy a'zolar prolapsini bartaraf etish, kasallikni qaytalanishini oldini olish va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan profilaktik davolash chora-tadbirlari algoritmini ishlab chiqish sifatini yaxshilash alohida ahamiyat kasb etadi.

Rossiya mualliflarning fikriga ko'ra, «...tug'ruq paytida tos bo'shlig'ining shikastlanishi 10,3% dan 40% gacha, birinchi tug'malarda esa 73%, jarrohlik aralashuvlar (akusherlik qisqichlari, homilaning vakuumli ekstraksiyasi) qo'llanilgan paytida esa 90% ga yetadi. Qator mualliflarning tadqiqotlari travmatik tug'ish ulushi 50% dan 90% gacha ekanligini ko'rsatadi...»². Jarohatlarning ikkilamchi bitishi ayollarning yarmida genital prolapsning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Og'ir jismoniy mehnat ham ayol jinsiy a'zolarining prolapsiga olib keladigan muhim omillardan biridir. Bundan tashqari, ko'pincha bu patologiya rivojlanishining omili sifatida qorin bo'shlig'i bosimining tez-tez ko'tarilishi ekzogen yoki endogen tabiatda surunkali ichqotishi, surunkali bronxopulmonal, yurak qontomir tizimi kasalliklari sabab bo'lishi alohida kasb etmoqda.

Mamlakatimizda sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish, jumladan ayollarning genital soha kasalliklarni tashxislash va davolashning zamonaviy tizimini shakllantirish, perinatal va onalar o'limi ko'rsatkichlarini sezilarli darajada pasaytirishga alohida e'tibor qaratilmoqda. Aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish darajasini yangi bosqichga ko'tarishda «...reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga ko'rsatiladigan birlamchi tibbiy

²Миклин О.П., Дышловая А.В., Румянсева З.С.и др./ Проллапс гениталий: опыт оперативного лечения.// [Akusherstvo i Ginekologiya](#)2023 23 №23 s.122-128

yordam hajmini kengaytirish va sifatini oshirish...»³ kabi vazifalari belgilangan. Ushbu vazifalar ayollarda jinsiy aʼzolar prolapsning jarrohlik davolash usulini tanlashni optimallashtirish va ginekologik yordam koʻrsatish sifatini takomillashtirish ayollarning hayot sifati yaxshilashiga imkon beradi.

Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 12-noyabrdagi PQ-6110-son “Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sogʻliqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida”, 2020-yil 10-noyabrdagi PQ-4891-son “Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini taʼminlashga oid qoʻshimcha chora-tadbirlar toʻgʻrisida”gi, 2021-yil 28-iyuldagi PQ-5199-son “Sogʻliqni saqlash sohasida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam koʻrsatish tizimini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida”gi, 2021-yil 11-noyabrdagi PQ-6-son “Aholiga tibbiy xizmatlar koʻrsatish sifatini yaxshilash va sogʻliqni saqlash sohasida kadrlar salohiyatini yanada oshirishga oid qoʻshimcha chora-tadbirlar toʻgʻrisida”gi Qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meʼyoriy huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishda mazkur tadqiqotlar muayyan darajada xizmat qiladi.

Mazkur tadqiqot respublika fan va texnologiyalarini rivojlantirishning VI “Tibbiyot va farmakologiya” ustuvor yoʻnalishi muvofiq bajarilgan.

Jahonda soʻnggi yillarda insonlarning oʻrtacha umr koʻrish davomiyliligi oʻsishi natijasida keksa ayollar sonining ortishi AJAPdan aziyat chekuvchi bemorlar sonini ortishiga olib keladi. Agar shunday tendensiya saqlansa, bashoratlar boʻyicha 2030-

³Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 8-noyabrdagi PQ-4513-son “Reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga koʻrsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirish va koʻlamini yanada kengaytirish toʻgʻrisidagi” Qarori.

yillarga kelib, rivojlangan davlatlarning 55 yoshdan oshgan ayollarda bu ko'rsatkich 33% ga yetadi. AJAP rivojlanishi va avj olishiga olib keluvchi mexanizmlarni aniqlash murakkab vazifa hisoblanib, yaratilgan qorin orqali, qin orqali, yuqori texnologik usullar-laparoskopik usul yordamida har xil polimerlardan yasalgan turlar, tasmalar va boshqa moslamalarni qo'llash orqali yaratilgan operatsiya usullari AJAPning qaytalanishsiz davolashning kafolatlay olmayapdi. Xaqiqatda ham jarrohlik amaliyotidan keyingi qaytalanishlar 30-34% gacha yetib bormoqda, ayniqsa bachadon amputatsiyasi, ekstirpatsiyasi, gisterektomiyadan keyingi AJAP miqdori ortib bormoqda.

Jahonda AJAPning zamonaviy jarrohlik amaliyotlarini ko'p sonli usullari mavjud, ammo qaytalanishlar soni kamaymagan [Gonsales Palanca S.J., 2019]. Ayniqsa, qin gumbazning gisterektomiyadan keyingi prolaps xavfi alohida ahamiyatga ega. Ayrim olimlarning chanoq ichida qin gumbazining chanoqda joylashgan bachadon, tuxumdon boylamlari yordamida maxkamlab chanoqning har xil sohalariga osib qo'yish fikrlari, chanoq diafragmasini tashkil qiluvchi mushaklarni mustaxkamlash maqsadida har xil setkalar, tasmalarni qo'llash usullarini qo'llash anatomik butunlikni tiklash yo'lida yaxshi natijalar bermoqda. Ushbu usul fransuz olimi T.M. Julian tomonidan (1996), taqdim etilgan bo'lib, 24 ta qaytalangan prolaps bilan bemorlarda 2 guruhga bo'lib birida sistoseleni yo'qotish uchun sintetik tur protez qo'lladi, 2-guruhda oldingi kolporafiya operatsiya qo'llangan bo'lib, natija 2 yildan so'ng tur protez ishlatilganda qaytalanmagan, odatdagi operatsiyadan keyin 33% bemorda qaytalanish kuzatildi. Shuning uchun sintetik turlar borgan sari yangi turlari yumshoq, elastiklari bilan boyitilib ko'paydi-Polyglactin 910(Ethicon), Ethicon, Sommerville, NJ, sintetik petlali (meshkit) IVS Tunneller, Monarc Sling System,

Perigee i ApogeeVaultSuspension, sintetik turlar: prolendan (intravaginal sling plasty (IVS), Prolift System), mersilendan, lekin ularni qo'llashdan kelib chiqqan asoratlar – «...mesh asoratlar bo'lib, jinsiy buzilishlar, ichak, siydik qopi faoliyatidagi buzilishlari, qindagi yallig'lanish, eroziyalar paydo bo'lishlari bu usullarni keng qo'llashga to'sqinlik qilgan...»⁴. Shuningdek, ushbu protezlarni yoshlarda qo'llash ham ancha tortishuvlarga sabab bo'lmoqda. Sintetik protez to'r, implant, tasmalar turlariga transplantatlar esa autologik, allotransplantatlar, ksenotransplantatlar ga bo'linadi [Буштирева И.О., Чернобабова Т.В. 2017]. Jarrohlik amaliyotining muvaffaqiyatli bo'lishi uchun «...gisterektomiyadan keyingi genital prolapsning oldini olish ham muhimdir. Biroq, profilaktik jarrohlik usullarining xilma-xilligiga qaramasdan, xozirgi kunda ushbu patologiyaning uchrashi 43% ga yetadi...»⁵.

O'zbekistonda chanoq a'zolarining turli kasalliklari, o'tkazilgan tashrixlar natijasida kelib chiqqan har xil darajadagi AJAP xastaligida o'tkazilgan operatsiyalar natijalarini baholash uchun ko'p olimlar tomonidan ilmiy tadqiqotlar olib borilgan [Negmadjanov B.B., Nasimova N.R. 2023]. Xozirda yaratilgan jarrohlik usullari AJAPni radikal usulda davolab yuborishga yetarli bo'lganligi sababli mamlakatimiz ayrim olimlari bachadon va chanoqdagi boshqa boylamlarni sintetik polimer materiallar bilan kuchaytirib bachadon cho'ltog'ini chanoq ichiga maxkamlab osib qo'yish usulini tavsiya etib prolaps qaytalanishlari sonini ancha kamaytirishga muvaffaq bo'lishgan [Kurbanov B.B. 2019],

⁴Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов». 2021.; Giri A. et al. 2017.; Gavrilov M.V.va boshk., 2019; Dietz H.P. 2019.; Kurbanov B.B. 2018; Mangir N. et all. 2020.; Norton J.C. et all. 2021.; Miklin O.P. va boshk., 2023.

⁵Madhu C.K., Hashim H. Surgery for pelvic organ prolapse // European Urology Supplements. – 2018. – T. 17. – N. 3. – S. 119-125.

biroq, ayollarda genital prolapsning jarrohlik davolash usuli optimallashtirilmagan.

Shunday qilib, yuqorida qayt qilinganlar jarrohlik taktikasiga qarab genital prolapsning qaytalanishi va uning asoratlanishini oldini olishda muammolar mavjudligi, ayollar jinsiy a'zolar prolapsining uchrashi, kerak bo'lgan muolajalar taktikasini ishlab chiqish, jarrohlik amaliyotini hajmi va ayollarni jarrohlik amaliyotidan oldin va keyin hayot sifatini baholashga qartilgan so'rovnomalar ishlab chiqilmaganligini ko'rsatib turibdi. Ayollarda qin va abdominal yo'l orqali jinsiy a'zolarning prolapsini bartaraf etishda dumaloq-bachadon va dumg'aza-bachadon boylamlarining pliksiyasi yordamida yangi jarrohlik texnikasini ishlab chiqish orqali, ayollarda jinsiy a'zolar prolapsini bartaraf etish, kasallikni qaytalanishini oldini olish va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan profilaktik davo chora tadbirlari algoritmini ishlab chiqish mavzuning dolzarbligi va zaruratini taqoza qiladi bu esa tadqiqotning dolzarbligini asoslaydi.

1.QIN CHO‘LTOG‘INING GISTEREKTOMIYADAN KEYINGI PROLAPSINING ETIOPATOGENEZI VA OLDINI OLIHNING ZAMONAVIY TUSHUNCHASI.

§ 1.1. Ayollar jinsiy a‘zolari prolaps epidemiologiyasi.

Ayollarda jinsiy a‘zolar prolapsi - chanoq tubi va chanoq a‘zolarining pastlashisindromi alohida yoki birlashgan xolda ayollar xayoti sifatiga salbiy tasir ko‘rsatadi.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloto (JSST) ma‘lumotlariga ko‘ra, 2030-yilga borib dunyoda 63 millionga yaqin ayollar jinsiy a‘zolarining prolapsidan aziyat chekadi, chunki bu vaqtga kelib keksa odamlar soni ikki barobar ko‘payadi va shuning uchun jinsiy a‘zolarining prolapsi muammosi yanada dolzarb bo‘ladi [112; b.90–97]. So‘nggi yillarda Amerika Qo‘shma Shtatlarda ayollar jinsiy a‘zolar prolapsining ortib borishi qayd etildi va shunga ko‘ra ushbu patologiyaga ega bemorlar 2050-yilga borib 3,3 million nafardan 4,9 million nafarga ko‘payishi prognoz qilinmoqda ya‘ni 33% dan ortiq [64; b. 293–298]. JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, ayollarning 2,9 dan 53% gacha ayollarda jinsiy a‘zolar prolapsining ba‘zi ko‘rinishlari qayd etilgan [112; b. 90–97]. Respublikamiz ayollarida genital prolaps ko‘p tug‘uvchi ayollarning 40 foizida uchraydi. Bu o‘z navbatida, bezovtalik, jinsiy faoliyatning buzilishi, streslik siydik tuta olmaslik rivojlanishi, ich qotishi va libidoning pasayishiga olib keladi. Shu sabablik, bu muammoni nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo deb atash mumkin.

Tos a‘zolarining prolapsi bilan kasallangan bemorlarning 47 foizigacha mehnatga layoqatli yoshdagi ayollardir [53;b. 66–70]. Women, S Healt hinitiative Study tadqiqotiga ko‘ra, perimenopauzal yoshdagi 16 616 ayol orasida bachadon prolaps

sini aniqlash darajasi 14,2 %, tsistotsele - 34,3 %, rektotsele - 18,6% ni tashkil etdi [1; b. 42-47]. Ko'p hollarda tos a'zolarining prolapsi deyarli simptomsis kechadi, bu uning populyatsiyada ko'p tarqalganligini isbotlaydi [2; b. 81-84, 3; b. 82-84]. Biroq, AJAP belgilari mavjud bo'lganda, har 5 ayoldan biri 80 yoshga kelib AJAP yoki siydik tuta olmaslik bo'yicha operatsiya qilish xavfiga ega [4; b. 37-46]. Tos a'zolarining prolapsining takrorlanishi 30-40% ga yetadi (Ishchenko A.I. va bosh q., 2021). Ko'p sonli jarrohlik usullari mavjud, ammo retsedivlar soni kamaymaydi (Gonsales Palanca S.J., 2019). Qin cho'ltog'ining gisterektomiyadan keyingi prolaps xavfi alohida ahamiyatga ega. Gisterektomiyadan keyingi genital churrani davolashda oltin standartning yo'qligi va kasallikning juda yuqori takrorlanish darajasi yangi dalillarga asoslangan yechimlarni ishlab chiqishni boshlaydi. Operatsiyaning muvaffaqiyati uchun gisterektomiyadan keyingi genital churraning oldini olish muhimdir. Biroq, profilaktik jarrohlik usullarining xilma-xilligiga qaramas dan, ushbu patologiya uchun 43% ga yetadi (Krasnopol'skaya I.V., 2014). Amerika urologiya assotsiatsiyasi (AUA) tomonidan e'lon qilingan ma'lumotlarga ko'ra, jinsiy a'zolar prolapsi va/yoki stressli siydik tuta olmaslikni jarrohlik yo'li bilan davolash umumiy populyatsiyadagi har to'qqizinchi ayolga kerak [Olsen, 1997] va ichki jinsiy a'zolar prolapsning turli shakllari 60 yoshdan oshgan har to'rtinchi ayolda uchraydi [Aliyev E.A., 2016]. 80 yoshga kelib, barcha ayollarning 11 foizi jinsiy a'zolar prolapsi yoki siydik tuta olmaslik bo'lgani uchun jarrohlik amaliyoti qilinadi (Olsen, 1997). Britaniya olimlari Kirs M. Rinne et al. (2009) 35-73 yoshdagi ayollarda ommaviy meta-tahlil o'tkazildi. Tadqiqotga 8420 ayol (2000-2009) jinsiy a'zolar prolapsi bo'yicha jarrohlik va konservativ davodan o'tgan ayollar kiritilgan. Ular ayollarning 35,6 foizida ichki jinsiy a'zolarning

prolapsi jarrohlik davolanishni talab qiladi, degan xulosaga kelishdi. Jarrohlik amaliyotiga qarab jarrohlik davolash samaradorligi taxminan 81% ini tashkil qiladi. Allotransplantantlardan foydalanish samaradorligi 33,7% ni tashkil etdi. Meta-tahlil ma'lumotlariga asoslanib, ular og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanadigan ayollarda, shuningdek, ko'p tug'gan ayollarda (2 dan ortiq tug'ilish) tos a'zolarining prolapsi 29,6% gacha bo'lishi mumkinligini ta'kidladilar. AJAPning epidemiologiyasi xanuzgacha aniqlanmagan bo'lib qolmoqda. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, tarqalish 30% - 93% orasida o'zgarib turadi [Gavrilov M.V. 2019; Ziganshin A.M., 2017; Qurbonov B. B., 2018; Zenebe C.B. et al., 2021;]. Anketalar yordamida ma'lum aholi qatlamlarida o'tkazilgan 4 ta tadqiqotga ko'ra, 12514 ayoldan 1 071 tasida AJAP aniqlangan (Lawrence, 2008; Zhiyuan Dai et al. 2018; Tegerstedt, 2005; Vitale S.G., 2018). Hendrix va boshqalar ma'lumotlariga ko'ra 50 yoshdan 79 yoshgacha bo'lgan 16 616 ayol orasida AJAP tarqalishini tahlil qilgan prolaps ayollarning 41 foizida qayd etilgan, ularning 34,3 foizida sistoselee, 18,6 foizida rektosele, 14,2 foizida bachadon prolapsi va gisterektomiya qilingan 10 727 ayol orasida, Hendrix, 2002, Handa va boshqalarga ko'ra - sistotsele va rektotselening tarqalishi mos ravishda 32,9% va 18,3% ni tashkil etdi [2; b. 81-84, 23; 123 b.], Women's health initiative tadqiqotiga kiritilgan 412 ayol orasida o'rtacha yillik qin old devori prolapsi (tsistotsele) 9,3, qin orqa devor (rektotsele) 5,7ni va bachadon prolapsi yiliga 100 kishiga 1,5 holatni tashkil etdi. Nygaard va boshqalarga ko'ra [2004] bachadoni olinmagan 270 ayol orasida 25,6% bachadon gimen darajasiga yoki undan pastroqqa tushgan. Jonatan Mart (2008) ayollarda jinsiy a'zolar prolapsini aniqlash bo'yicha Kogort tadqiqotini o'tkazdi. Prolaps uchun kasalxonaga yot qizish darajasi har 1000 kishiga 2,04 ga

to'g'ri keladi, yoshi, pariteti, va tana vazni prolaps uchun kasalxonaga yotqizish xavfi bilan bog'liq bo'lib, ular bilan bog'liq bo'lgan asosiy omillarga moslashtirilgandan so'ng, tadqiqot boshlanganda chekish va semirish holati (Ketle indeksi) va prolaps xavfi bo'yicha sezilarli tendentsiyalar kuzatildi. Ijtimoiy sinf, oral kontratseptivlaridan foydalanish va o'sish prolaps xavfi bilan sezilarli darajada bog'liq emas edi. Gisterekтомиyadan so'ng jarrohlik yo'li bilan davolash talab qiladigan prolapsning uchrashi har 1000 kishidan yiliga 3,6 ni tashkil etdi. Kumulativ xavf gisterekтомиyadan uch yil o'tgach 1% dan gisterek tomoyadan 15 yil o'tgach 5% gacha ko'tariladi. Bachadonni olib tashlashdan keyin prolaps xavfi 5,5 baravar yuqori (95% CI 3,1–9,7). Mualliflarning fikriga ko'ra, [Krasnopol'skiy 2017 , Kulakov 2000, Popov 2017, Qurbonov B. B. 2018], ayollarning 15-30 foizida ichki jinsiy a'zolarining pastlashi va prolapsi kuzatiladi, 50 yoshdan oshgan ayollarda prolapsning uchrashi 40% gacha ko'tariladi. Qari va keksa yoshdagi ayollar orasida jinsiy a'zolar prolapsi darajasi 50-60% gacha ko'tariladi [Popov 2018; Radzinskiy 2014] va odatda estrogen etishmovchilik fonida postmenopauzal davrda va turli urogenital kasalliklar bilan birga kelganda 80% gacha ko'tarilgan. Respublikamizda tug'ilishning yillik o'sishini hisobga olgan holda, jinsiy a'zolar prolapsi ayollarning 45 foizida uchraydi, ularning 18 foizida turli xil asoratlar, shu jumladan hayot tarzi sifati buzilishlari aniqlanadi.

§ 1.2. Ayollar jinsiy a'zolar prolapsining etiologiyasi va patogenezi.

Jarrohlik ginekologiyasining eng dolzarb muammolaridan biri bu ichki jinsiy a'zolarining prolapsi. Kasalliklar ko'p uchrashi bilan tavsiflanadi va 15 dan 40% gacha holatlar qayd etiladi [Abramyan K. N., 2021; Radzinskiy V. E. va boshqalar., 2014;

Moore, R.D.,2012]. Adabiyotga ko‘ra, ginekologik shifoxonadagi ayollar orasida bemorlarning 10 dan 20 foizigacha ichki jinsiy a‘zolar prolapsi tufayli davolanadi [22;b. 66-70]. Akusherlik yordami sifatini oshirishganiga qaramay, o‘z vaqtida tug‘gan barcha ayollarning 50 foizida turli darajadagi jinsiy a‘zolar prolapsi va 50 yoshdan oshgan ayollarda bu patologiya 57-78% hollarda uchraydi [4;b. 37-46,]. Hozirgi davirda ayollar jinsiy a‘zolar prolapsi rivojlanishining asosiy sabablari:

1. Bosh miya va orqa miya rivojlanishidagi chanoq bilan markaziy asab tizimialoqasi buzilganligi sababli tos bo‘shlig‘i mushaklarining tug‘ma etishmovchiligi.

2. Asteniya, o‘tkir charchoq yoki surunkali charchoqning takrorlanishi, ayniqsa asoratli homiladorlik (polihidramnion, ko‘p homiladorlik va boshqalar) tufayli qorin bo‘shlig‘i mushaklarining bo‘shashi. Bachadonning pastga siljishi ichki a‘zolarning umumiy AJAPining aks etishidir.

3. Qin yumshoq to‘qimalarining chuqur yirtilishlari, ayniqsa tor chanoq bilan asoratlangan tug‘ruqlarda ko‘p uchraydi. Tug‘ruqda akusherlik qisqichlaridanfoydalanish katta ahamiyatga ega deb xisoblanadi.

4. Qarilik va keksalik(to‘qimalaratrofiyasi paydo bo‘ladi).

5. Jismoniy zo‘riqish (og‘ir jismoniy mehnatni, ayniqsa balog‘at yoshida, tug‘ruqdan keyin va menopauzada og‘ir yuklarni ko‘tarishni nazarda tutadigan kasbiy faoliyat).

6. Tana vaznining keskin yo‘qolishi (tos mushak va boylamlari atrofiyasi).

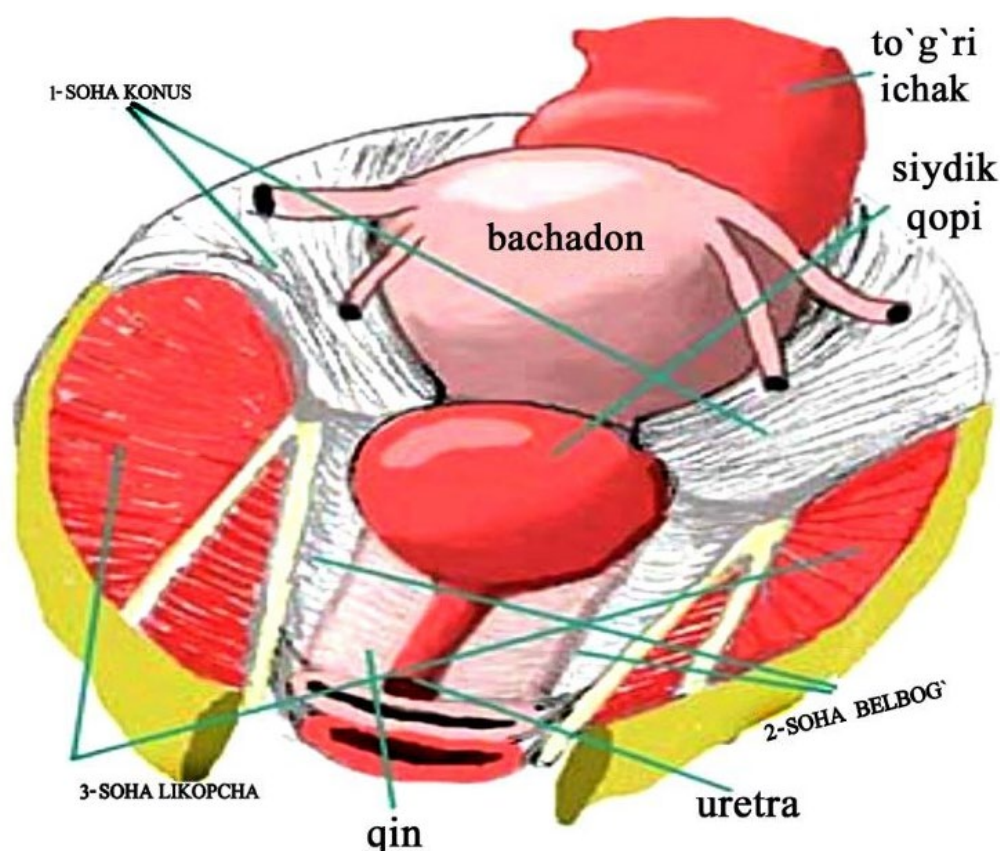
7. Ichak faoliyatining buzilishi, tez-tez va uzoq muddatli ich qotishi bilan namoyonbo‘ladi.

8. Xavf omillaridan biri semzlik bo‘lib, unda qorin va tos mushaklariga bosim kuchayadi.

9. Baʼzida bachadon prolapsining sababi tos aʼzolarining oʻsmalaridir [9;b. 22-27.,23;b. 7,11,19,21-26].

Koʻpincha jinsiy aʼzolar prolapsi bir nechta sabablarning yigʻindisi tufayli yuzaga keladi. Bachadon va/yoki qin prolapsining dastlabki bosqichlari simptomslar boʻlishi mumkin. Bachadon va qinning kichik prolapsi ogʻriqsiz boʻlishi mumkin. Bachadon prolapsi bilan hayz tsikli odatda buzilmaydi. Ayollar birinchi noqulaylikni jinsiy munosabatlar paytida his qilishlari mumkin. Tos suyagi mushaklarining zaifligi ayolda ham, uning jinsiy sherigida ham orgazmning paydo boʻlishiga toʻsqinlik qiladi [26; b. 82-87c]. (1.1. rasm). Jinsiy aʼzolarining prolapsida qinda tortishuvchi ogʻriq va begona jism hissi, qov sohasida doimiy bosim hissi paydo boʻladi. Keyinchalik ogʻriqlar belga va dumgʻazaga tarqaladi. Ammo, eng katta muammolar bachadon prolapsi bilan yuzaga keladigan siydik pufagining boylam apparati zaiflashishi va siydik chiqarishning buzilishi tufayli yuzaga keladi. Avvaliga bu tez-tez boʻlishi mumkin, koʻpincha bachadonning prolapsi stressli siydik tuta olmaslikga olib keladi (kulish, yoʻtalish, ogʻirlik koʻtarish va boshqalar bilan beixtiyor siyish) [26; b. 84-87]. Siydik pufagi devorining sezilarli darajada siljishi va bachadon prolapsida siyish baʼzan faqat bachadon qayta joyiga koʻtarilgandan keyingina mumkin boʻladi. Bundan tashqari, qoldiq siydikning mavjudligi sistit va siydik tizimining boshqa yalligʻlanish kasalliklarini rivojlanishiga sabab boʻladi. Bunga oʻxshash muammolar, najas chiqish qiyinligi va toʻgʻri ichakning toʻliq boʻshatilmasligi toʻgʻri ichak devorining prolapsi bilan yuzaga keladi. Ayol hojatga borishi uchun gʻayrioddiy vaziyatni tanlashga yoki ahlat chiqarish uchun oʻz qoʻli bilan yordam berishga majbur boʻladi [28;b.124-130, 65;b. 21-23].Koʻpincha tos aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari qoʻshiladi, chunki jinsiy aʼzolarining siljishi va qin yorigʻining ochilib qolishi infektsiyaning

rivojlanishi va prolaps shakllanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Jinsiy aʼzolarning osilib yoki tushib qolishi jinsiy aʼzolarida (qon taʼminoti buzilganligi sababli) trofik yaralar paydo boʻlishi mumkin, bachadon boʻyni va qinda shish paydo boʻlihi, aloqada qonashi mumkin. Baʼzida shish va yalligʻlanish tufayli kattalashgan bachadon qisilib qolishi mumkin. Jinsiy aloqa imkonsiz boʻlib qoladi va ijtimoiy faollik ham keskin pasayadi [63; b. 1475-81,64; b. 634-40,67; b. 213-9,76;b. 119-25].



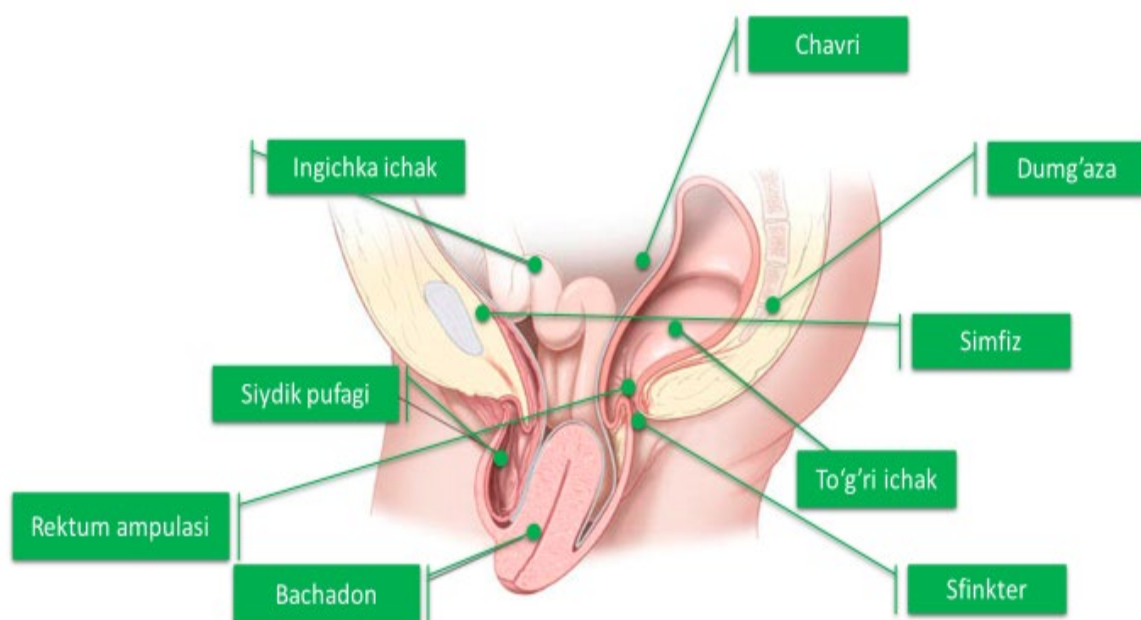
1.1. Rasm. Tos suyagi mushaklarining zaiflashishi.

Shuning uchun jinsiy aʼzolar prolapsi hozirgi kunda nafaqat tibbiy, balki jiddiy ijtimoiy muammolarni ham keltirib chiqarmoqda. Bu ginekologlar va tegishli mutaxassisliklar shifokorlarining diqqat markazida boʻlib qolmoqda. Kasallik koʻpincha reproduktiv yoshda boshlanadi va progressiv xarakterga

ega [65; b.293–298, 1;b. 42-47, 12;b. 341-347,16; b. 37-40, 34; b. 122-128, 39;b. 38-42, 43;b. 55-60, 62;b. 397-408, 66; b. 351, 73;b. 382–395,]. Agar oldingi yillarda jinsiy aʼzolar prolapsi asosan keksa ayollarda uchragan boʻlsa, soʻnggi yillarda ushbu muammoga duch kelgan ayollarni yosharish tendentsiyasi oshdi. [Krasnopol'skiy V. I. va boshqalar, 2019]. Buni bir qator mualliflarning maʼlumotlari isbotlamoqda [Ishchenko A. I. va boshqalar.,2021]. Maʼlumotlarga koʻra, 30 yoshgacha boʻlgan bemorlarda ichki jinsiy aʼzolar prolapsining paydo boʻlishi 10,1% ga, 30 yoshdan 45 yoshgacha – 40,2% gacha va 50 yoshdan oshgan bemorlarda – 50% ga yetadi. Respublikamizda ichki jinsiy aʼzolarning pastlashi va prolapsi 2-3 yoki undan ortiq tugʻganayollarning 45 foizida uchraydi, bu noqulaylik, siydik tuta olmaslik, ich qotishi va libidoning pasayishiga olib keladi. Shu munosabat bilan oilada jinsiy hayot buzilishi, jinsiy aʼzolarning tez-tez yalligʻlanish kasalliklari, ich qotishi bilan bogʻliq muammolar aniqlanadi. Natijada, jarrohlik tashrihlar zarurati tugʻiladi, bu koʻpincha 2 dan 10% gacha boʻlgan hollarda jinsiy aʼzolar pastlashi va prolapsining qaytalanishi bilan birga keladi (SmithF.J.etal., 2013). Maʼlumki, ichki jinsiy aʼzolar prolapsi boʻlgan ayollarni davolashgayondashuv ularning yoshiga bogʻliq (1.2. rasm). Yosh ayollar jinsiy hissiyotlarni saqlab qolish yoki tiklash zarurligini hisobga olish kerak. Aksincha, keksa ayollar uchun operatsiyaning ishonchliligi juda muhimdir, qarilikda bu masala birinchi oʻringa chiqadi [1;b. 42-47, 12;b. 341-347,16; b. 37-40,].

Bugungi kunda jarrohlik davolash usuli genital prolapsni davolashda yagona samarali vosita ekanligi aniqlandi [Krasnopol'skiy V. I. va boshq., 2019], ammo tashrihdan keyin kasallikning qaytalanish darajasi 33-40% ga etadi [Radzinskiy V. E. va boshqalar., 2014]. Randomizatsiyalangan klinik kuzatuvlar

shuni ko'rsatadiki, an'anaviy sistotsele tufayli jarrohlik muolajasini o'tkazgan bemorlarda uzoq anatomik retsediv xavfi operatsiyadan 12 oy o'tgach, sintetik protez yrdamida tuzatilganda bir necha baravar yuqori [Giri A. et al. 2017, Li C., Gong Y., Wang B. 2016, Milani AL et al. 2017, Ferrando CA, Paraiso MFR. A. 2019, Detollenaere R.J. 2015.]. Ayrim olimlar tekshiruvlari buni tasdiqladi va meta-tahlil natijalari ham bu erda shunga o'xshash natijalar berdi [9; b. 22-27, 73; b. 382–395,95; b. 795-801, 134; b. 1-9.].



1.2. Rasm. Ayollar jinsiy a'zolari churra haltasi sxematik tasviri

Maxsus anketalar yordamida klinik qaytalanish sonini tahlil qiluvchi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar natijalari an'anaviy sistotsele korrektsiyasi o'tkazilgan ayollarda ichki jinsiy a'zolar prolapsining qaytalanish xavfi yuqori degan taxminni istisno qilmadi. [105; b.847-858, 108;b. 3, 118;b. 1661-1667, 124;b. 431-440, 132; b. 270-85]. F. Natale et al.tomonidan taqdim etilgan (2002) sintetik lenta Gynemesh PS (Ethicon Inc.)

va Pelvicol (C.R.Bard) tizimidan choʻchqa terisi dermal qismi yordamidacistotseleni jarrohlik davolash samaradorligini taqqoslagan. Ikkala tadqiqot guruhidagi ayollarda uzoq muddatli relapslar (qaytalanishlar) soni taxminan bir xil boʻlgan.

M. Karey et al. (2009) oldingi kolpotomiya-rafiya (70 ayol) va chanoq tubini sintetik toʻrsimon protezi Gynemesh PS, polipropilen Ethicon (69 ayol) bilan mustahkamlash usulini qoʻllash samaradorligi klinik differentsial solishtirishboʻyicha randomizatsiyalangan tadqiqot oʻtkazdilar. Jarrohlik muolajasidan 1 yil oʻtgach, retikulyar protez guruhidagi bemorlar 81% hollarda va 65,6% hollarda oldingi kolpotomiya-rafiya guruhida klinik davolanishga erishilganini qayd etdilar. Qin shilliq qavatning eroziyasi, soʻngra sintetik toʻrsimon lentaning protruziyasi 5,6% ni tashkil etdi holos. Dispareuniya keyinchalik toʻr implanta yordamida operatsiya qilingan 30 ayoldan 5 tasida (16,7 %) va oldingi kolpotomiya-rafiya guruhidagi 33 ayoldan 5tasida (15,2 %) kuzatilgan. Umuman olganda bu guruhdagi tekshiruvlar yaxshi natijalar bergan [25; 320b., 26;b.84-7, 27;b.50-56, 30;b.304-309, 40;b. 886-90,43; b.108-116, 53;b.108-116, 56;b. 73-79, 61;b.309-14, 67;b. 213-9, 75;b. 981-992, 87;b.707-15, 91;b. 59-61, 95;b.795-801, 105;b. 847-858, 112;b. 41-47, 132;b.270-85].

§ 1.3. Jinsiy prolapsni davolashning zamonaviy tamoyillari.

Adabiyotlarda genital prolapsni jarrohlik davolashning turli usullari natijalarini baholash boʻyicha bir qator ishlar mavjud. Shunday qilib, S. H. Cochrane boshchiligidagi guruh ayollarda tos aʻzolarining prolapsini jarrohlik davolash natijalariga bagʻishlangan 22 ta randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar tahlilini oʻtkazdi [Glazener C.M.A.,2009]. Shunday qilib, meta-

tahlilga kiritilgan bemorlarning soni 2368 tani tashkil etdi. Mualliflar qorin bo'shlig'i sakrokolpopektsiyasi vaginal sakrospinal kolpopektsiyasiga qaraganda yuqori klinik davolanish darajasi va dispareuniya bilan bog'liqligini isbotladilar. Ushbu operatsiyani bajarish uchun kamroq vaqt sarflanganiga qaramay, ushbu muolaja ancha kam xarajatlarni talab qildi va ayollarni tezda reabilitatsiya qilish bilan bog'liq edi. Shu bilan birga, cistotseleni an'anaviy jarrohlik tuzatish samarasiz edi va sintetik lenta bilan cistotseleni jarrohlik davolash bilan taqqoslaganda kasallikning keyingi qaytalanishining yuqori darajasi qayd etildi. Stress holatida yangi paydo bo'lgan stressli siydik tuta olmaslik bilan ayollar soni ilgari jarrohlik davolashdan keyin alomatlar paydo bo'lishini qayd etgan bemorlarning umumiy sonining 10 foizini tashkil etdi. Mualliflar, shuningdek, erkin vaginal halqa yordamida implantatsiya qilish, plikatsiya, endopelvik fastsiya yoki qorin bo'shlig'i sakrokolpopektsiyasi uchun Berch kolposuspenziyasi kabi jarrohlik usullarini bir vaqtning o'zida bajarish denovo siydik tuta olmaslik uchrashini bir necha bor kamaytirishga imkon berganligini ta'kidladilar. Bugungi kunga qadar tos bo'shlig'ini jarrohlik yo'li bilan tashrih o'tkazish uchun 7 ta to'r protezini implantatsiya qilish tizimi taklif etildi. Ularning barchasi FDA tomonidan amaldagi 510 protokolining bir qismi sifatida tasdiqlangan va sifat sertifikatiga ega[77; b. 27-34, 79; b. 431, 93; b. 795-801, 98; b. 689-692,104; b. 232, 105; b. 847-858].

Apogee va Perigee tizimlari. Qinning old devorining prolapsini tuzatish uchun Perigee tizimi (American Medical Systems, Minnetonka, MN) ishlab chiqilgan [115; b. 1313-20, 125; b. 337-42,131; b.107-11]. Jarrohlik usuli to'rtta troakar yordamida amalga oshiriladi, ular transobturatoratsiya yo'li bilan kiritiladi. Aksincha, Apogee tizimi (American Medical Systems, Minnetonka, MN) [119; b. 1007-12]jarrohlik davolash maqsadida

yaratilgan rektotsele shuningdek, apikal prolaps uchun taklif etilgan. Bunday holda, kirish ishiorektal chuqurcha hududiga oʻrnatilgan ikkita troakar yordamida amalga oshiriladi. Ikkala implantatsiya tizimi ham choʻchqa terisi dermal qavati qismi va polipropilen lentalar uchun foydalanishga moslashtirilgan. J.N.Nguyen va R.J. Burchette (2008) taʼkidlashicha, kolporafiya-tomiyadan keyin yaxshilanish 55%, tizimlardan foydalangandan keyin esa 89% ga etgan. Mualliflar Perigee tizimidagi operatsiyalardan subʼektiv qoniqishning sezilarli darajada yuqori natijalarini aniqladilar. Inguinal yoki gluteal ogʻriqning biron bir holati qayd etilmagan. Toʻr lentalarini oʻrnatish paytida qin shilliq qavatining eroziyasi chastotasi atigi 5% ni tashkil etdi. Gauruder-Burmester et al. (2007) Perigee bilan operatsiya qilingan 72 ayolni va Apogee operatsiyasidan keyin 48 ayolni kuzatishning uzoq natijalarini eʼlon qildi. Aralashuvdan bir yil oʻt gach, ikkala usul bilan ham ayollarning 93 foizi obʼektiv tiklanishni qayd etishdi, qin shilliq qavatining eroziyasi 3% hollarda yuz berdi. M. Abdel-Fattah et al. (2008) 10 oy davomida Perigee [64; b, 634-40] tizimlari, Apogee [28; b. 124-130] tizimlari bilan operatsiya qilingan 70 ayol kuzatildi va kompleks aralashuv (Perigee+Apogee – 8). Ular perigee tizimi boʻlgan guruhda 25% hollarda va Apogee tizimlari boʻlgan guruhda 10% hollarda denovo (boshqa anatomik mintaq) jinsiy aʼzolari prolapsining keyingi rivojlanishiga ishora qildilar. Kombinatsiyalangan aralashuvdan keyin bunday asorat qayd etilmagan. Shunga koʻra, protez eroziyasi ilgari koʻrsatilgan guruhlardagi ayollarning 6,3, 10,0 va 12,5 foizida qayd etilgan. Shu bilan birga, operatsiya ichidagi asoratlardan bitta rektal shikastlanish holati va bitta operatsiya paytida katta qon yoʻqotish (500 ml dan ortiq) qayd etilgan.

Avaulta Tizimi. Avaulta polipropilen tarmoqli lentasidan (C.R.Bard, Covington, GA) tashkil topgan ushbu implantatsiya ko'p komponentli tizim. Ushbu tizim, shuningdek, qinning old devoriga prolapsni tuzatish uchun transobturator sifatida kiritilgan yoki orqa devor prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ishio-rektal fossa orqali kiritilgan maxsus troakarlardan foydalangan holda to'r protezini o'rnatadi. Tizimda ikkita qo'shimcha ham mavjud yeng distalda joylashgan. Ular to'r protezini bulbokavernoz mushakning ko'ndalang perineum mushak lari orasidagi birikmaga keyingi ikki tomonlama mahkamlash uchun mo'ljallangan. Hozirgi bosqichda adabiyotda natijalarni tavsiflovchi yaxshi dizaynga ega bo'lgan katta klinik tadqiqotlar haqida ma'lumotlar yo'q[113;b. 161-2, 116;b.139-40, 125;b.337-42, 129;b. 1848-55, 131; b.107-11, 134; b.1-9, 135; b.1-8].

Pinnaclean duphold implantatsiya tizimi (Boston Scientific Corp., Natick, MA) bu maxsus komponent vositasidan foydalanadi CapiroSuture Capturing Device (Boston Scientific Corp., Natick, MA). U tos bo'shlig'ining oldingi qismiga, ya'ni sakro spinal boylamlarga joylashtirilgan to'rli polipropilen protezini mahkamlash uchun ishlatiladi. Ushbu usul maxsus troakarlardan foydalanish zarurligini istisno qiladi. Pinnacle tizimi asosan ilgari gisterektomiya operatsiyasi qilingan ayollarda qo'llaniladi. Implantatsiya jarayonida protez shunday joylashtirilganki, u qinning to'liq apikal qismini o'rab oladi[93;b.9,96;b.52-59,99;b.71-79,103;b.81, 106;b.105-106, 110;b.585-9, 131; b.107-11]

Uphold tizimi har biri 4 sm uzunlikdagi ikkita yengga ega bo'lgan to'r protezidan iborat. Ushbu tizim qinning oldingi va apikal nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun javob beradi va bachadon vaginal ekstirpatsiyasini istisno qiladi. Biroq,

bugungi kunda zamonaviy adabiyotlarda ushbu texnikani qo'llash natijalarini ko'rsatadigan yaxshi qiyosiy tahlil bilan chuqur tadqiqotlar to'g'risida ma'lumotlar mavjudemas.

Elevat Tizimi. Elevat tizimi (American Medical Systems, Minnetonka, MN) [115;b.1313-20, 119;b.1007-12] qinning orqa devorda o'tkazilgan kichik kesma orqali kiritishga mo'ljallangan orqa va apikal nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun qo'llaniladi. Ushbu tizimdan foydalanish polipropilen to'r protezini yoki cho'chqa terisi dermal qavatini sakrospinal boylamlarga mahkamlash uchun langar mexanizmiga ega bo'lgan maxsus troakarlardan foydalanish orqali amalga oshiriladi. Elevate tizimidan foydalanish natijalarini tavsiflovchi tadqiqot ma'lumotlari zamonaviy adabiyotlarda mavjud emas.

Prolit Tizimi. Jahon amaliyotida prolit tizimi (J&J, AQSh) ko'pincha jarrohlik davolash uchun ishlatiladi. So'nggi yillarda ushbu texnologiyadan foydalangan holda jarrohlik aralashuvlar sonining o'rtishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. Shunday qilib, 2006-yilda taxminan 100, 2007-yilda – 450 va 2008-yilda – taxminan 1000 ta operatsiya o'tkazildi. Shunday qilib, kelajakda ushbu operatsiyani hohlaydigan ayollar sonining sezilarli darajada ko'payishini kutish kerak[7; b.15-28, 20;b.64-69, 36; b.46-50, 41;b.55-60, 55; b.54-60,56; b.73-79,63; b.1475-81,72; b.459-65,74; b.11-26,76;b. 119-125,].

Prolit tizimining polipropilen to'rli implantatsiya protezi uchta asosiy qismdan iborat: old - qinning old devorini qo'llab-quvvatlaydi; apikal qismni qo'llab-quvvatlaydigan - o'rta; va orqa - rektumning old yuzasiga joylashtirib qo'yiladigan. Usulning mohiyati so'rilmaydigan materialdan tayyorlangan sintetik yumshoq to'rni joylashtirishdir. Maxsus vositalarni to'rsimon implantantni mahkamlash uchun ishlatiladi [36; b.46-50, 41;b.55-60,].

C. Reusenauer et al. (2007) oʻrnatilgan toʻr protezining toʻs boʻshligʻining anatomo-fiziologik tuzilmalari bilan oʻzaro bogʻliqligi haqida juda qiziqarli anatomik tadqiqot haqida xabar berdi. Bunday tadqiqotlar juda katta klinik ahamiyatga ega, chunki operatsiya jarayonida protez oyoqlari maxsus troaklarlar, oʻtkazgichlar va kanyula yordamida ichkarini koʻrmasdan amalga oshiriladi. Amaliyotning mohiyati shundan iboratki, toʻs boʻshligʻining oldingi qismida protez siydik pufagining butun pastki qismida joylashtiriladi, qinning old devorini qoplaydi va bu implantatning yenglari foramen obturatorium orqali obturator nerv-qon tomir tutamidan 3,1–3,4 sm oʻrtaroqda va undan keyingi qismi Foramen Ischidan 2,2–2,4 sm oʻrtaroqda joylashadi. Tos suyagining oldi va oʻrqa zonalarida sintetik protez qinning orqa devori va toʻgʻri ichak oʻrtasida joylashtirish mumkin boʻladi. Implantatning orqa qismining yenglari rektotsele va enterotseleni yoʻq qilish uchun Sakro-spinal boylamlar orqali 0,6–1,0 smpudental asab-tomir toʻplami medial qismi orqali va rektumga oʻrta masofada turib oraligʻi bir xil masofada amalga oshiriladi. Mualliflar shuni koʻrsatdiki, operatsiyani toʻgʻri bajarish texnikasi bilan neyrovaskulyar toʻplamlarga zarar etkazish xavfi minimaldir. A.Valentim Louren co et al. (2006) kolpotomiya-rafiya samaradorligini bir yillik differentsial tahlil natijalarini qayd etdilar, pelvicol sintetik kollagen protezi va Prolit operatsiyasi ichki jinsiy aʼzolar prolapsidan aziyat chekkan 160 bemorda - oldyoki orqa kolpotomiya-levatoroplastika bilan tikishdan soʻng toʻliq tiklanish 14,5 %, kollagen protezi bilan jarrohlik tashrixdan soʻng – 43,4% hollarda va Prolit operatsiyasidan keyin – 40% da davolanish sodir boʻldi. Jinsiy prolapsning qaytalanishi kolpotomiya-rafiyadan keyin ayollarning 63,6% da, pelvicol sintetik protezini oʻrnatgandan soʻng ayollarning 41,5% da va prolit operatsiyasidan keyin ayollarning

44% da qayd etilgan. Genital prolapsining takroriy rivojlanishi mos ravishda tadqiqot guruhlarida 25, 5, 15,1 va 16% da qayd etilgan; kolpotomiyadan keyingi 8 ayol - rafiya, sintetik kollagen protezini oʻrnatgandan soʻng 7 ayol va Prolit operatsiyasidan keyin 3 ayol ikkinchi marta operatsiya qilindi. Shu bilan birga, pelvicol va Prolit sintetik protezini oʻrnatgandan soʻng, hech qanday holatda qin shilliq qavatining eroziyasi qayd etilmagan [7;b.15-28, 56; b.73-79,63; b.1475-81,72; b.459-65,]

Prolit operatsiyasining yuqori samaradorligi M. Cosson et al. tomonidan qayd etilgan (2005). 2005-yilda xalqaro kimyoterapiya jamiyatining navbatdagi konferentsiyasida taqdim etilgan, 2002-yildan 2007-yilgacha Frantsiyada operatsiya qilingan 678 ayolni ommaviy retrospektiv oʻrganish maʼlumotlari asosida qilingan hulosaga asosan ushbu operatsiyalarning barchasi standart protokolga muvofiq va asl texnikaga qatʼiy rioya qilingan holda amalga oshirildi. Cistotseleni jarrohlik yoʻli bilan tuzatish uchun oldingi prolift, rektotseleni yoʻq qilish uchun orqa prolift usuli ishlatilgan. Tekshirilgan ayollarning oʻrtacha yoshi 63,8 yoshni tashkil etdi, shundan 24,3% ilgari bachadonning vaginal ekstirpatsiyasini, 16,7% genital prolapsni jarrohlik yoʻli bilan davolashni va 11,1% stressli siydik tuta olmaslikni jarrohlik yoʻli bilan tuzatishni boshdan kechirgan. Bir vaqtning oʻzida histerektomiya 50,3% hollarda amalga oshirildi. Intraoperativ asoratlar juda kam - 1,3% hollarda kuzatilgan (qon ketish, siydik pufagi va toʻgʻri ichakning shikastlanishi). Operatsiyadan keyingi dastlabki asoratlar ham kamdan – kam uchraydi-kuzatuvlarning 2,5 foizida va bemorlarning atigi 1,3 foizida takroriy jarrohlik aralashuvi talab qilingan. Dastlabki asoratlar orasida gematomalar - 1,8% va tos boʻshligʻi xoʻppozlari - 0,3% tashkil etdi, har xil oʻlchamdagi oraliq flegmonasi, vesikovaginal va rektovaginal oqmalar kabi jiddiy asoratlar juda kam - 0,15% hollarda uchraydi.

Jinsiy prolapsning tashrixdan keyingi kasallikning qaytalaniish darajasi oʻrtacha 5,3% ni tashkil etdi. Jarrohlik natijalari bemorlarning 94,7 foizini toʻliq davolashga olib keldi. Birinchi marta paydo boʻlgan stressli siydik tuta olmaslik ayollarning taxminan 5,4 foizida qayd etilgan. Kichik chanoq boʻshligʻi infiltratlari va qin devori shilliq qavatining eroziyasi juda kamdankam hollarda 0 dan 13,3% gacha (oʻrtacha-6,7%) qayd etilgan. Shunday qilib, mualliflar prolit toʻplamlari yordamida chanoq tubi (diafragmasi)ni mustahkamlashoperatsiyalari va operatsiyadan keyingi asoratlarning past koʻrsatkichlari bilan ushbu operatsialar - yumshoq operatsiya degan xulosaga kelishadi[9; b.22-27, 15; b.195-197].

FDA agentligining 20.10.2008-yildagi koʻplab Markaziy tadqiqotlari natijalariga koʻra, toʻr implantlari bilan tos boʻshligʻi protezining eng koʻp uchraydigan asoratlari orasida protez infeksiyasi va qin devorlarining shilliq qavatining eroziyasi mavjud, shuningdek, ogʻriq, dizurik hodisalar va jinsiy aʼzolar qayta prolapsi va stressli siydikni tuta olmaslikning qaytalanishi oʻrin oladi. Ushbu hisobotda ayrim holatlar ichak yoki siydik pufagining teshilishi va troakar oʻtkazish muolajasi paytida katta ichki tomirlarning shikastlanishi haqida batafsil maʼlumot berilgan. Intraoperativ asoratlarni tahlil qiladigan bir qator tadqiqotlar Apogee yoki Perigee tizimlari, shuningdek Prolit, plastik jarrohlik amaliyotidan oʻtgan 289 ayol (0,7%) orasida katta tomirlarning shikastlanishining ikkita holatini qayd etadi. Ichki jinsiy aʼzolar prolapsi va stressli siydikni tuta olmaslik bilan xastalangan ayollarning taxminan 30% jarrohlik davolanishga muhtoj boʻlishi mumkin. Prolapsni jarrohlik yoʻli bilan davolagandan soʻng dispareunyaning paydo boʻlish darajasi 10 dan 17% gacha (soʻrilmaydigan materialdan sintetik toʻr

protezlarini implantatsiya qilishda disparyuniya rivojlanish xavfi yuqori).

Manbalarga ko'ra, genital prolapsni jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin stressli siydikni tuta olmaslikning qaytalanish darajasi 5-24% gacha. (Noé K.G.et.al., 2015). Bir vaqtning o'zida erkin vaginal halqani implantatsiya qilish, endopelvik fastsiya buklab tikish va Berch usuli bilan Kolposuspenziya (qinni gumbazidan ko'tarib qo'yish) kabi jarrohlik tashrihlarini qo'llash stressli siydikni tuta olmaslik bilan xastalangan ayollar sonini kamaytirishga imkon beradi. (Reisenauer C. et al., 2007). Shunday qilib, zamonaviy adabiyot tahliliga ko'ra, jinsiy a'zolar prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolashning an'anaviy usullari va biomateriallardan tayyorlangan sintetik protezlar va implantlardan foydalanish usullari taqqoslanadigan samaradorlikni namoyish etadi[20,b.64-69].

Gisterektomiya ginekologiyada eng keng tarqalgan operatsiya hisoblanadi. Turli mamlakatlarda histerektomiya chastotasi yashash joyiga va aholining madaniy darajasiga, ko'rsatmalarga va ushbu operatsiyaga psixologik yondashuvga qarab o'zgaradi. Avstraliyada ginekologik operatsiyalar orasida histerektomiya chastotasi 40%, Shvetsiyada - 38%, AQShda - 36%, Buyuk Britaniyada - 25%, Italiyada - 15,5% [46; b.31-36]. Faqat bitta Rossiya Tibbiyot Fanlar Akademiyasi NTSAG va P klinikasi ma'lumotlariga ko'ra, har yili 2000 ga yaqin qorin bo'shlig'i ginekologik operatsiyalari o'tkaziladi va ular orasida histerektomiya 32,5 dan 38,2% gacha tashkil etadi [4;b. 124-131, 5;b.21-32].

Jahon adabiyotining xulosalariga ko'ra, histerektomiyalarning 75% qorin bo'shlig'i, 25% vaginal kirish yo'li bilan amalga oshiriladi [12; b.341-347, 13; b.610-614].Ma'lumki, bachadonning qorin bo'shlig'i ekstirpatsiyasi

ko'pincha asoratlarga olib keladi, ko'p roq qon yo'qotish bilan tavsiflanadi, ayollarning kasalxonada uzoqroq turishi va ularning ish qobiliyatini tiklash uchun ko'proq vaqt talab etiladi [61;b. 309-14]. Shuning uchun bachadonni olib tashlash uchun vaginal yoki Laparoskopik usul foydasiga nisbatni o'zgartirish tibbiy, iqtisodiy, psixologik va ijtimoiy ahamiyatga ega[11;b.28-32,15;b.195-197,17;b.65-68, 22;b.66-70, 24; b.82-86c, 28;b.124-130, 29;b.60,41;b.55-60, 52;b.65-72,81;b.83-87,98;b.71-79,106;b.116-8, 115;b.139-40,133;b.1-9].

Ko'p ginekologik jarrohlarda bachadonni vaginal yoki qorin bo'shlig'i orqali olib tashlash uchun ko'rsatmalar yoki qarshi ko'rsatmalarni aniq bilishadi deb hisoblashadi. Biroq, bu borada hali ham kelishuv mavjud emas. Ginekologik jarrohlarning deyarli 100% ushbu ikkita klassik jarrohlik usullaridan biriga ega[91;b.15-22, 93;b.1134].

H. Rich ginekologik jarrohlarning kasbiy mahorati oshgani sayin, vaginal, qorin va Laparoskopik histerektomiya chastotasining nisbati o'zgaradi, deb hisoblaydi. Uning fikriga ko'ra, yaxshi kasalliklarda bachadon ekstirpatsiyasining 50% laparoskopiyadan foydalanmasdan vaginal kirish orqali amalga oshirilishi mumkin. Ushbu kasallikning qaytalanuvchi kursining asosiy sababi genetik jihatdan aniqlangan tizimli to'lovga layoqatsizlik - jinsiy a'zolar prolapsi bo'lgan bemorlarda biriktiruvchi to'qima displaziyasi 38% [35;b.46-50,63;b.1475-81, 96;b.86-91,104;b.847-858,121;b.1155-1160]. Shu munosabat bilan, o'z to'qimalaridan foydalangan holda keng qo'llaniladigan plastikaning uzoq muddatli natijalari jarrohlarni ham, bemorlarni ham qoniqtirmaydi.

Bachadonni olib tashlashdan keyin vaginal dumg'aza prolapsi muammosi ginekologik jarrohlarda va tegishli mutaxassisliklar shifokorlari uchun dolzarb bo'lib qolmoqda.

Gisterektomiya jarrohlik amaliyotiadan keyingi cho‘ltoq prolapsi to‘g‘ridan-to‘g‘ri bemorlarning hayotiga tahdid soladi, ammo bu turli a‘zolar va tizimlarning funktsional buzilishiga, shuningdek, ayollarning hayot sifatining pasayishiga olib keladi.

Ko‘pincha, vaginal prolaps histerektomiya operatsiyasidan keyin qolgan bo‘sh bo‘shliqqa olib tashlaganidan keyin organlarning prolapsi tufayli yuzaga keladi. Bunday hollarda sistotsele yoki rektotsele tez-tez rivojlanadi - qinning old yoki orqa devorlarining siydik pufagi yoki ichakning bir qismi bilan birga prolapsi aniqlanadi [5;b.21-32, 7;b.15-28, 8;b.129-138, 9;b.22-27, 28;b.124-130, 29;b.60, 44;b.166-169, 51;b.453 b., 58;b.46-47, 67;b.213-9, 80;b.573-77, 89;b.429-435, 99;b.11, 101;b.1187-1192, 108;b.145-151, 109;b.585-89, 132;b.17-22].

Prolaps odatda turli xil noxush alomatlar bilan birga keladi, bu esa ayolni juda noqulay holatga soladi [1;b.42-47, 8;b.129-138,65;b.293–298.]. Ko‘pincha bu jarayon kuchli og‘riq, kechikish yoki aksincha, stressli siydikni tuta olmaslik, tez-tez siyish, ichak harakatlari bilan bog‘liq muammolar bilan birga keladi [14;b.46-56, 16;b.37-40, 18;b.25-27, 24;b.82-86, 37;b.72-75, 40;b.886-90, 43;b.108-116, 45; 450 b., 50;b.164-169,77;b.27-34, 78;b.777-803]. Bachadon olib tashlanganidan keyin qinning to‘liq prolapsi bilan uning devorlarining shilliq qavati og‘ir jarohatlarga moyil bo‘lib, bu yuqumli kasalliklar, xo‘ppoz va hatto to‘qimalarning nekroziga olib keladi [27;b.50-56, 119;b.483-488, 120;b.22-23]. Professor Heitz (2009) fikriga ko‘ra, levatorning ajralishi oldingi kolporrafiyadan keyin cistotselening qaytalanish xavfi 3-4 ball bilan bog‘liq. Levatorni baholash relaps xavfi yuqori bo‘lgan bemorlarni aniqlashi mumkin va to‘r implantatsiyasidan oldin tanlov mezonini sifatida foydali bo‘lishi mumkin[38;b.21-23, 124;b.337-42].

Hozirgi bosqichda ichki jinsiy aʼzolar prolapsini jarrohlik davolash samaradorligi, shuningdek sintetik implantlardan foydalanish xavfsizligi muammosi muhim muammo boʻlib qolmoqda. Toʻr implantatsiyasi texnologiyasi anatomik natijaga erishish uchun juda yaxshi ijobiy natijaga ega, ammo jinsiy buzilishlar, toʻgʻri ichak va siydik pufagining disfunktsiyasi, qin shilliq qavatining eroziyasi va boshqalarni oʻz ichiga olgan asoratlarga olib kelishi mumkin [21;b.1155-1160, 122;b.183-9, 127;b.572-74;131;b.270-85]. Soʻnggi yillarda mesh protezlaridan foydalanish bilan bogʻliq qonuniy daʼvolarning koʻpayishi qayd etildi [20;b.64-69, 36; b.46-50, 72; b.459-65]. Jarrohlikda retikulyar protezlardan foydalanishning munozarali nuqtalari ularni yoshroqyoshda qoʻllashimkoniyatidir. Shu munosabat bilan, sakro-kolpopeksiya operativ davolashning patogenetik va anatomik asosli taktikasidir. Ushbu usul toʻs aʼzolarining barcha tuzilmalarining toʻgʻri anatomiyasini tiklashga va ularni sintetik materiallar yordamida barqaror shakllantirishlarga (promontorium, sakrum burni) biriktirishga imkon beradi [7; b.15-28, 41;b.55-60, 55; b.54-60,56; b.73-79,63; b.1475-81,74; b.11-26,76;b. 119-125,].

Birinchi marta sakrokolpopeksiya 90-yillarning boshlarida Laparoskopik usulda amalga oshirildi [26;b.84-87, 54;b.66–70]. Shu bilan birga, laparotomiya orqali amalga oshirilganda oʻzini yaxshi isbotlagan jarrohlik aralashuvning eng muhim nuqtalari Laparoskopik kirishga moslashtirildi. Shuni taʼkidlash kerakki, hatto Laparoskopik sakrokolpopeksiyadan foydalanishning dastlabki tajribasi ham uning laparotomiyaga nisbatan kamroq shikastlanish kabi afzalliklarini koʻrsatishga imkon berdi, qon yoʻqotishining sezilarli darajada kamayishi, ayollarning kasalxonada qolish muddatining qisqarishi va mehnat qobiliyatining tezroq tiklanishi uning afzalliklaridir [62;b.397-

408, 67;b.213-9, 81;b.83-87, 93;b.1134, 95;b.52-59, 98;b.71-79,110;b.21-4, 125;b.1-8]. So‘nggi yillarda zamonaviy xorijiy adabiyotlarda Laparoskopik sakrokolpopeksiyaning uzoq muddatli natijalariga bag‘ishlangan ko‘plab ilmiy ishlar paydo bo‘ldi [41;b.55-60, 55; b.54-60]. Shu bilan birga, mavjud adabiyotlarda cistotseleni jarrohlik davolashda para-vaginal rekonstruktsiyani qo‘llash bo‘yicha umumlashtiruvchi ilmiy ishlar mavjud emas. Otsutstvuyet takje analiz effektivnosti sochetannix s sakropeksiyei dopolnitelnix korrigiruyuyuxix operativnix vmeshatelstv.

Sakropeksiya bilan birlikda qo‘shimcha tuzatuvchi jarrohlik tashrixlar samaradorligini tahlil qilish ham mavjud emas. Faqatgina bitta ish vaginal shilliq qavatning eroziyasi muammosini va keyingi asoratlarni bartaraf etish usullarini ta‘kidlaydi [32;b.49-52, 36;b.46-50]. Mamlakatimizda Laparoskopik sakropeksiya kamdan kam qo‘llaniladi va bu muammoning hozirgi holatini aks ettiruvchi natijalar yo‘q. Hozirgi vaqtda ichki jinsiy a‘zolar prolapsining patogenetik mexanizmlari va ularning qaytalanishi to‘g‘risida yagona tushuncha mavjud emas. Etiopatogenez masalalarini yanada o‘rganish va jarrohlik tuzatish taktikasini yanada takomillashtirish uchun tos bo‘shlig‘ining turli qismlarida patologiyalarni erta aniqlash uchun bemorlarni tekshirish va davolash algoritmini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Jarrohlik tashrix taktikasini, xususan, ichki jinsiy a‘zolar prolapsining og‘ir darajalarida aniqlash katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bu nafaqat kasallikning asosiy alomatlarini yo‘q qilish, balki tos a‘zolarining normal anatomiyasini, shuningdek tos a‘zolarining funktsional buzilishlarini asoratlarsiz va qaytalanmasdan to‘liq tiklash zarurati bilan bog‘liq[21;b.25-36, 30;b.304-309,]. Yuqorida aytib o‘tilganlar klinik kuzatuvlarni takomillashtirish va ichki jinsiy

aʼzolar prolapsini jarrohlik yoʻli bilan tuzatish usulini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuvni patogenetik asoslash zarurligini yana bir bor tasdiqlaydi. Bugungi kunda mavjud boʻlgan barcha jarrohlik davolash usullari har doim ham patologiyani tubdan yoʻq qilmaydi va ularning baʼzilari koʻp sonli relapslarga ega. Tos suyagi boylam apparatini mustahkamlash uchun sintetik protezlardan foydalangan holda operatsiyaning yangi usullarini ishlab chiqish jarrohlik ginekologiyasining dolzarb mavzusidir[5;b.21-32].

§ 1.4. Hal qilinmagan masalalarni tahlil qilish va ularni hal qilish yoʻnalishlari.

Tos aʼzolarining prolapsi uchun oʻtkazilgan jarrohlik tuzatishning keyingi tahlilida prolapsni jarrohlik yoʻli bilan tiklashda har qanday yondashuvning muhim elementi tos boʻshligʻini ishonchli apikal qoʻllab-quvvatlash [2;b.81-84, 3;b.82-84, 7;b.15-28, 15;195-197, 22;b.66-70, 30;b.304-309, 36;b.46-50, 46;b.31-36, 47;b.76-78, 53;b.44-49, 61;b.309-14, 63;b.1475-81, 66;b.351, 68;b.12-30.] boʻlishi aniqlandi. Turli tadqiqotlarga koʻra, JSST relapsining barcha holatlarining 83% gacha ushbu boʻlimda yoʻqoladi va apikal prolapsni tuzatish oldingi boʻlimda prolapsni rivojlanish xavfini ikki baravar kamaytiradi[8;b.129-138, 11;b.28-32, 17;b.65-68, 69;b.363-368, 71;b.981-88, 72;b. 459-65, 79;b.431, 87;b.707-15, 102;b.81, 109;b.585-9.]. Shu munosabat bilan, koʻplab tadqiqotchilar turli xil sintetik materiallarni qoʻllash bilan qaytalanishga qarshi operatsiya turlaridan foydalanishni tavsiya etadilar. Sintetik implant OPURbilan tuzatish jarrohlik prolapsning barcha turlari uchun, ayniqsa bachadonning aniq prolapsida qoʻllash uchun koʻrsatiladi. Qoviq, hamakda boʻlgani kabi, polipropilen toʻr bilan

ushlab turiladi. Oltita qo‘l va 8 ta fiksatsiya nuqtasi tos a‘zolarini hayot davomida tabiiy va ishonchli qo‘llab-quvvatlaydi. Implant transvaginal tarzda, choksiz o‘rnatiladi. Uch kundan keyin bemor odatdagi turmush tarziga hech qanday cheklovlarsiz qaytadi. Operatsiya samaradorligi 97 foizni tashkil etadi, takroriy prolaps xavfi yo‘q. OPUR bilan birgalikda jarroh qinning orqa devorini (posterior kolpoperionerafiya) tuzatishi, oraliqning asosiy mushaklari - levator anus mushaklarining to‘g‘ri fiziologik holatini tiklashi mumkin (levatoroplastika). OPUR ning muhim kamchiliklari yo‘q. Sakro-bachadon boylamlarini polipropilen lenta bilan almashtirish (sakrospinal gisteropeksiya va vaginopeksiya) bachadon prolapsi (gisteroektomiya) va qin devorlarining prolapsi uchun klassik operatsiya. Polipropilen lenta bachadon va vaginal devorlarini tos a‘zolarining faoliyatini tiklash uchun zarur bo‘lgan holatda mahkam ushlaydi. Qayta tushish ehtimoli juda kam. Lenta Laparoskopikli robot-yordamchi kirish yo‘li bilan o‘rnatiladi, operatsiya taxminan ikki soat davom etadi. 1999 - yil 19-dekabrda tashkil etilgan. Qo‘llanma faol jinsiy hayotni saqlab qolishdan manfaatdor bo‘lgan yosh ayollar uchun tavsiya etiladi[67;b.213-9, 81;b.83-87, 98;b.71-79,110;b.21-4, 125;b.1-8]. Tarmoqning nisbatan kichik o‘lchamlari (transvaginal operatsiyalardan farqli o‘laroq) va uning jinsiy aloqa paytida shikastlangan joylardan tashqaridagi holati qin eroziyasi ehtimolini kamaytiradi[69;b.363-368, 71;b.981-88].

Kamchiliklari: umumiy behushtlik ostida volumetrik aralashuv, agar qorin bo‘shlig‘i organlarida operatsiyalar ilgari bajarilgan bo‘lsa, murakkab. Lentani mahkamlash joyida qin kamarining eroziyasi, jinsiy aloqa paytida og‘riq va noqulaylik bo‘lishi mumkin[.]

So‘nggi yillarda Laparoskopik sakrokolpopeksiyaning uzoq muddatli natijalariga bag‘ishlangan ko‘plab nashrlar xorijiy

adabiyotlarda paydo bo'ldi [67;b.213-9, 81;b.83-87,98;b.71-79,110;b.21-4, 125;b.1-8]. Biroq, mavjud adabiyotlarda sistotseleni tuzatishda paravaginal rekonstruktsiyadan foydalanish bo'yicha umumlashtiruvchi ishlar topilmadi. Sakropeksiya bilan birlashtirilgan qo'shimcha tuzatuvchi aralashuvlarning samaradorligini tahlil qilish mavjud emas. Faqatgina bitta ish vaginal eroziya muammosini va asoratlarni oldini olish usullarini ta'kidlaydi [6;b.18-20,7;b.15-28,22;b.66-70, 27;b.50-56, 42;b. 9-15., 55;b.54-60, 56;b.73-79, 59;b.37-46, 60;b.99-105,].

Tos a'zolarining prolapsini jarrohlik yo'li bilan tiklashning yangi yo'nalishi endoprotez implantatsiyasining koaksiz tizimlarining paydo bo'lishi edi. Ushbu tizimlarning asosiy farqi - bu mahkamlash elementlari-"harpunlar" yordamida tos suyagining eng kuchli tendon tuzilmalariga (Sakro-spinous boylamlar, obturator membranalar) mahkamlash. Ushbu yondashuvning afzalliklari shikastlanish darajasining pasayishida namoyon bo'ladigan past invazivlikdir (troakarlarni to'qimalar orqali amalga oshirilmaydi), yuqori ishonchlilik va xavfsizlik, etarli apikal qo'llab-quvvatlash va transabdominal aralashuvlarga nisbatan arzon narx [62;b.397-408, 63;b.1475-81, 68;b.12-30, 70;b.426-31]. Hozirgi vaqtda bozorda tos a'zolarining prolapsi uchun langarni qayta tiklash uchun ko'plab qurilmalar mavjud (Elevate, Pinnacle/Capio, Uphold, SeraPro, TFS va boshqalar). Pinnacle va Uphold tizimi (Boston Scientific Corp., Natick, MA) maxsus vositadan foydalanishni o'z ichiga oladi Capio Suture Capturing Device (Boston Scientific Corp., Natick, Pinnacle va Uphold tizimi (Boston Scientific Corp., Natick, MA) maxsus vositadan foydalanishni o'z ichiga oladi. Capio Suture Capturing Device (Boston Scientific Corp., Natick, MA) tos bo'shlig'ining old qismiga Sakro orqa gumbaz boylamlariga joylashtirilgan to'r protezini biriktirish uchun, bu troakarlarni o'tkazish zaruratini

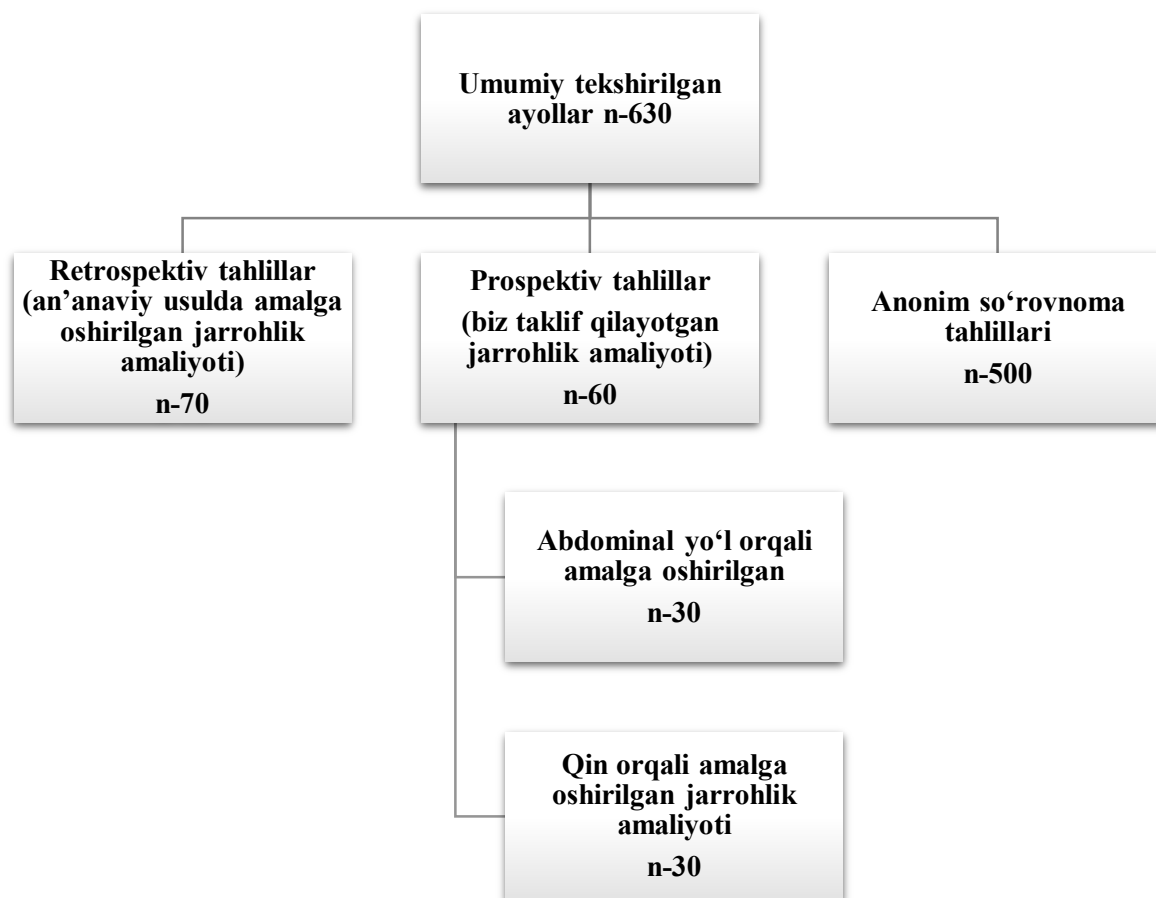
oldini oladi[59;b.37-46, 60;b.99-105, 71;b.981-87,]. Pinnaele tizimi gisterektomiya qilingan bemorlarda qo'llaniladi va to'rt qo'l bilan jihozlangan trapezoidal retikulyar protez bo'lib, implantatsiya jarayonida qinning yuqori qismini o'rab oladigan tarzda joylashadi [27;b.50-56, 42;b. 9-15].

Shunday qilib, jinsiy prolaps epidemiologiyasi, etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari to'g'risidagi manbaalar tahlillarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ushbu kasallikni davolash texnologiyasi va taktikasini takomillashtirish va tos a'zolarining prolapsi paydo bo'lishining anatomik va funktsional holatlarini chuqur o'rganish bo'yicha ko'plab tadqiqotlar o'tkazilganiga qaramay, bu muammo to'liq hal qilinmagan. Jinsiy a'zo prolapslar haqidagi ta'limotda uning patogenezi, tos bo'shlig'i deb ataladigan tos diafragmasining tarangligini oshirish bo'yicha ko'plab masalalarni hal qilish, shuningdek, yanada takomillashgan jarrohlik amaliyoti yordamida tos bo'shlig'i boylamlar tizimini mustahkamlovchi usullarni ishlab chiqishni talab etadi.

§ 2.1. Monografiya yozishiga asos bo'lgan tekshirilayotgan ayollarning umumiy xususiyatlari.

Tadqiqot ishi ko'p markazli prospektiv randomizatsiyalangan va retrospektiv ilmiy tadqiqot materiallariga asoslangan holda amalga oshirildi. Ilmiy tadqiqod ishi Toshkent pediatriya tibbiyot oliygohi qoshidagi Akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrasida, Toshkent shahridagi 9-sonli klinik shifoxonasida shuningdek, Andijon viloyati perinatal markazida va "Saba-darmon" xususiy klinikasi negizida olib borildi. Ilmiy tadqiqod ishi retrospektiv tahlillari

2018-2020-yillar mobaynida va prospektiv tadqiqod ishi 2020 - 2023-yillar oralig'ida olib borildi. (2.1. Rasm)



2.1. Rasm. Tekshirilgan ayollar umumiy hususiyatlari.

Barcha jinsiy a'zolar prolapsiga ega bo'lgan ayollar yoshi, vazni, operativ xavfi bo'yicha ko'rsatkichlari bir xil edi.

Tadqiqot turli darajadagi genital prolapsi bo'lgan 130 bemorda o'tkazildi. Jarrohlik amaliyoti o'tkazgan 70 nafar ayollarning retrospektiv tahlilari (jarrohlik amaliyotining klassik usullari, eng so'nggi modifikatsiyalari bilan), shuningdek, jinsiy a'zolar prolapsi bo'lgan 60 nafar ayolning prospektiv tahlillari o'tkazildi, Ular 2 guruhga bo'lingan - birinchi guruh jinsiy a'zolari bo'lgan 30 nafar ayol biz taklif qilgan jarrohlik amaliyotini abdominal yo'l orqali amalga oshirilgan va ikkinchi

guruh qin usuli bo'yicha jarrohlik amaliyoti qilingan 30 nafar ayoldan iborat. Tekshiruvdan o'tgan ayollarning yoshi 32 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan. Retrospektiv guruhda homilador ayollarning o'rtacha yoshi $45,56 \pm 1,25$ yoshni tashkil etdi.

Jinsiy a'zolar prolaps bilan og'rigan ayollarda jarrohlik davolashning yaxshi natijasining eng muhim komponenti - bu jarrohlik uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarga qat'iy rioya qilish, bunda anamnez, yosh, yondosh kasalliklar, prolaps tabiati va xususiyatlarini, tos a'zolarining disfunktsiyasi mavjudligi hisobga olindi va jinsiy hayotning borligi yoki yo'qligi inobatga olgan holda, jarrohlik davolash ko'lami to'g'risida qaror har bir holatda alohida qabul qilinadi.

Barcha jarrohlik amaliyotlari bachadon miomasi, tuxumdon kistomasi va jinsiy a'zolarining prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolash maqsadida amalga oshirildi.

Abdominal orqali eksterpatsiyasiga ko'rsatma bachadon bo'yni poliplari, bachadon bo'yni eski jarohatlari.

Tadqiqot guruhlari rejalashtirilgan jarrohlik davolanishni talab qiladigan jinsiy a'zolarining prolapsi bo'lgan bemorlarni o'z ichiga qamrab olgan.

Bemorlarni tadqiqod uchun kiritish mezonlari:

- jarrohlik davolashni talab qiladigan genital prolaps,
- 32 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan bemorlarning yoshi;
- turli darajadagi jinsiy a'zolar prolapsining takrorlanishi bilan ayollar;
- ginekologik patologiya va genital prolapsi bo'lgan ayollar

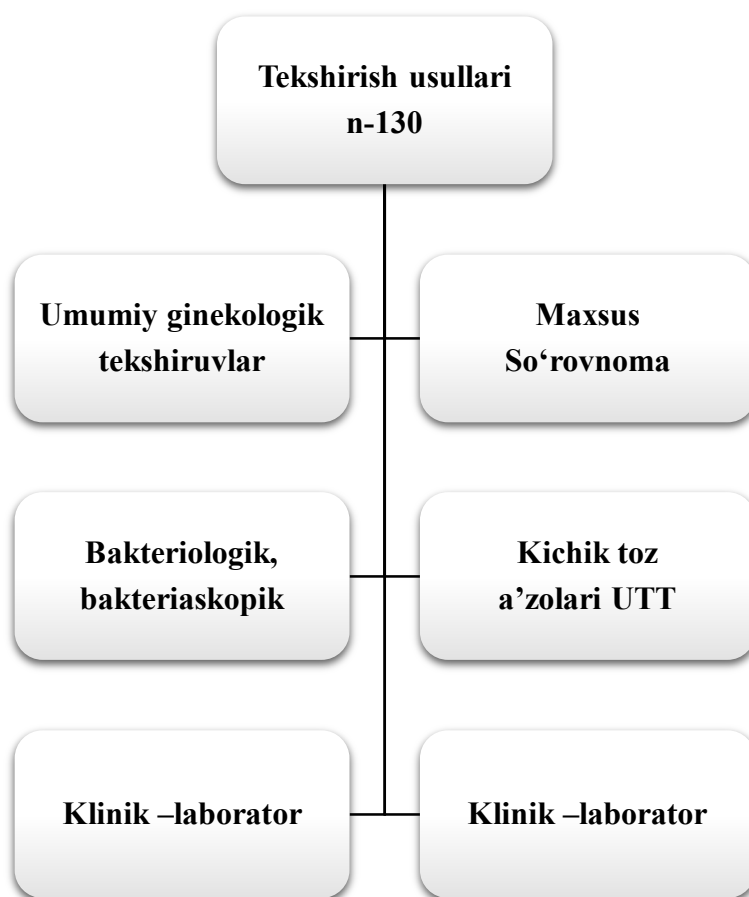
Tadqiqotdan chetlashtirish mezonlari:

- insiy a'zolarining saraton kasalliklari, tos a'zolarida yallig'lanish mavjudligi;
- ayollarning og'ir somatik patologiyasi, bu tanlovli jarrohlik uchun qarshi ko'rsatmadir.

Jarrohlik ko'rsatmalari shikoyatlar, anamnez, genital a'zolarining prolaps darajasi, keng qamrovli klinik va laboratoriya tekshiruvi asosida birga keladigan somatik va ginekologik tashxislar asosida aniqlandi.

§ 2.2. Tadqiqot usullari.

Ginekologik tekshiruv vaqtida 1992-yilda BadenW. F. va Walker T. tomonidan ishlab chiqilgan tasnif bo'yicha tos a'zolarining prolaps bosqichi aniqlandi. Prospektiv guruhdagi bemorlarda 3-4-bosqich prolapsi kuzatilgan, bu qizlik pardasi halqasida va qizlik pardasi halqasidan pastda qinning old va orqa devorlarida joylashishidan dalolat beradi. (2.2. rasm)



2.2. Rasm. Tadqiqod usullari

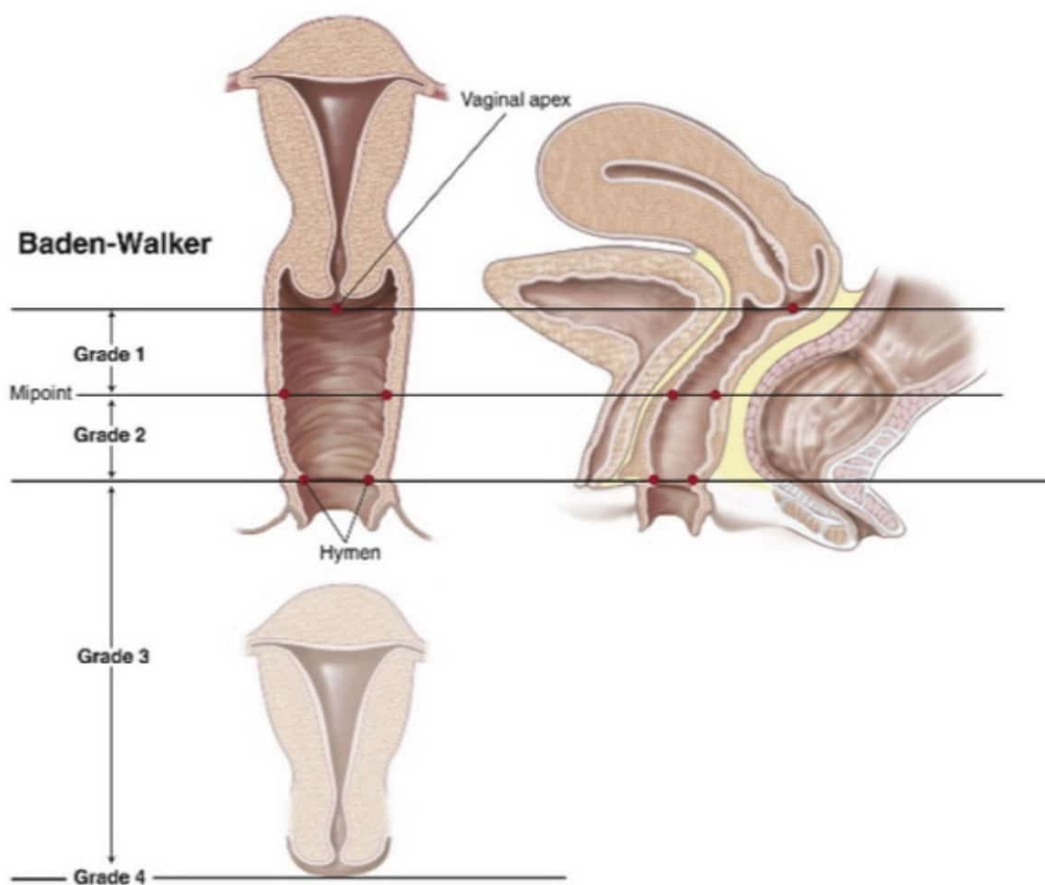
Jinsiy aʼzolarining prolapsi darajasini aniqlashda 1992-yilda BadenW. F. va Walker T. tomonidan ishlab chiqilgan tasnif asosida amalga oshirildi. Oʻlchov birligi normal joylashgan organdan qizlik pardasigacha boʻlgan masofaning yarmiga teng "yarim yoʻl" tizimi. Yaʼni (2.3. rasm).

1-darajali —qizlik pardasigacha boʻlgan masofaning yarmiga tushish;

2-darajali — qizlik pardasiga tushish;

3-daraja — ichki jinsiy aʼzolarining qizlik pardasidan pastga tushishi qizlik pardasigacha boʻlgan masofaning yarmidan koʻp boʻlmagan;

4-daraja — vulvar halqadan tashqarida organlarning toʻliq prolapsi.



2.3.Rasm BadenW. F. va Walker tasnifi T 1992-yil.

Tekshirilayotgan ayollarda keng qamrovli klinik tekshiruvni o'tkazildi, unga ko'ra, ginekologik va rektal tekshiruvlar, laboratoriya (klinik va biokimyoviy qon testlari, koagulogramma, qon guruhi, Rh faktori, RW, OIV, HbS, HCV, siydik tahlili, bakterioskopik usulni aniqlash) kiradi. Vaginal mikroflora, ekto- va endoserviksning tsitologik tekshiruv, instrumental tadqiqot usullari (jarrohlikdan oldin va keyin tos a'zolari va perineumning ultratovush tekshiruv, MRT, kengaytirilgan kolposkopiya), bir vaqtning o'zida materialdan namuna olish bilan ofis histeroskopiyasi. morfologik tekshirish va gisteroskopiya, endoserviksning va endometriyaning alohida diagnostik kuretlari. Ko'rsatkichlarga ko'ra, individual xususiyatlarga, ekstragenital patologiyaga (elektrokardiogramma, tashqi nafas olish funksiyasini tekshirish, pastki ekstremitalarning tomirlarini ultratovush tekshiruv va boshqalar) qarab qo'shimcha tadqiqot usullari, shuningdek, boshqa mutaxassislarining maslahatlari o'tkazildi. Mutaxassislar terapevt, kardiolog, nevropatolog, urolog va boshqalar.

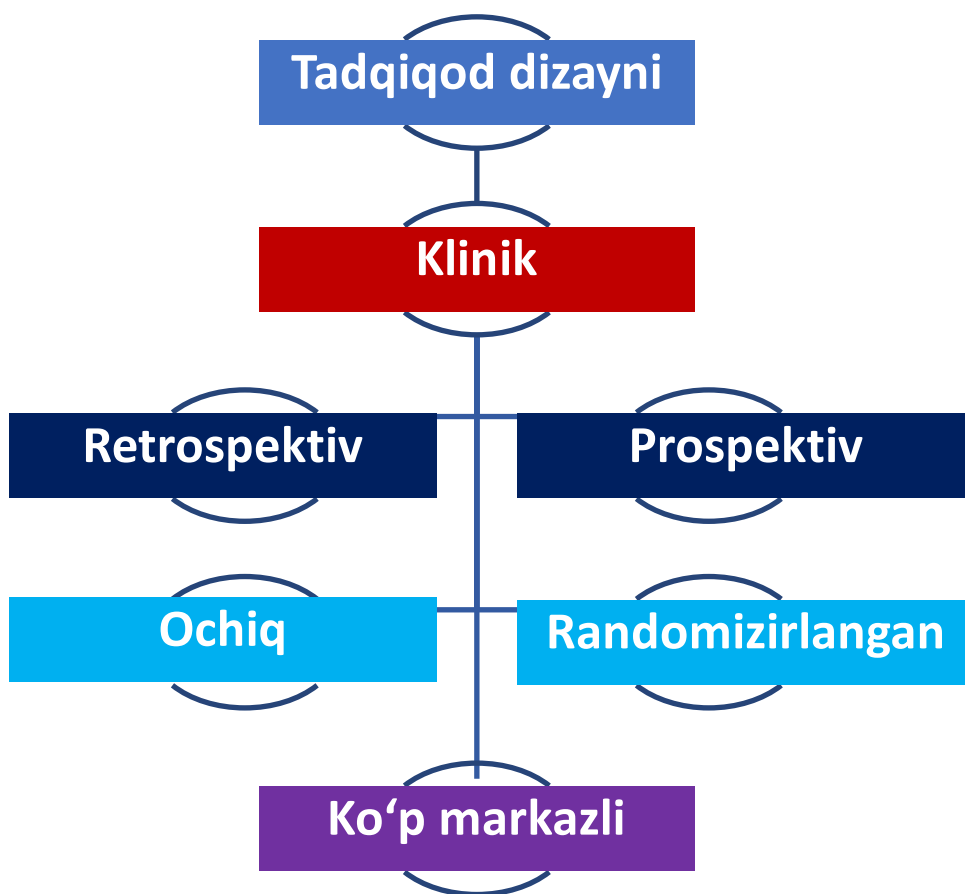
Bemorlarni dinamik kuzatish 30 yoshdan keyin amalga oshirildi. Bemorlar ginekologik tekshiruvdan, tos a'zolarining ultratovush tekshiruvidan o'tdilar, shuningdek, ayollar uchun mahsus so'rovnoma asosida hayot sifatini baholandi va ikkala guruhdagi bemorlarning natijalari taqqoslandi.

§ 2.3. Umumiy klinik tadqiqot usullari.

Jinsiy a'zolar prolapsiga ega bo'lgan ayollarning ahvolini baholash uchun biz quyidagilarni o'tkazdik: anamnestik ma'lumotlarni to'liq to'plash va tahlil qilish (akusherlik, ginekologik, reproduktiv tarix), shu jumladan hayz ko'rish

funktsiyasi, homiladorlik soni, tugʻilish tarixi, tugʻilish usuli (spontan tugʻilish yoki sezaryen, akusherlik qisqichlarini qoʻyish) toʻplandi), tugʻruqdan keyingi davrda yangi tugʻilgan chaqaloqlarning tana vazni, tugʻilish jarohatlarining tabiati (perineumning yorilishi, qin va bachadon boʻyni yirtilishi, perineotomiya). Oʻtmishdagi ginekologik kasalliklarning tabiati va oʻtmishdagi jarrohlik aralashuvlar aniqlandi. Ularni turmush tarzi, ish tartibi, ekstragenital kasalliklar xususiyatlari aniqladi. umumiy koʻrik, ginekologik tekshiruv, maxsus soʻrnoma, agar koʻrsatma boʻlsa tor mutaxassislar koʻrigi (terapevt, revmatolog, urolog, onkoginekolog, kardiolog, qon tomir jarroh va boshqalar.). Ginekologik bimanual va rektal tekshiruvlar odatiy usul boʻyicha oʻtkazildi. (2.4.rasm)

Tashqi jinsiy aʼzolari vizual tekshirishda tos boʻshligʻi yetishmovchiligi belgilari aniqlandi, bu genital yoriq (anusni koʻtaruvchi muskullar oyoqlarining bir-biridan ajralib turishi natijasi) bilan tasdiqlanadi. Vaginal shilliq qavat va bachadon boʻyni holati baholandi; bimanual tekshiruv ichki jinsiy aʼzolarining (qin devorlari va bachadon) lokalizatsiyasini, ularning vaginal kirish qismiga aloqasini, shuningdek, bachadonning shakli, hajmi, mustahkamligi va harakatchanligini aniqladi.



2.4.Rasm. Umumiy klinik tadqiqot usullari.

Anusni ko'taruvchi mushaklarning tonusi va ularning qisqarish kuchi bemordan qinni siqishini so'rash orqali aniqlandi. Agar mushaklar qisqarishi sodir bo'lsa, test ijobiy deb hisoblanadi. Vaginal tekshiruvdan tashqari, bemorlar rektovaginal devorni va anal sfinkterning holatini, to'g'ri ichak shilliq qavatidagi o'zgarishlarni, qoida tariqasida, to'g'ri ichakning old devorida "cho'ntak" ni aniqlash uchun rektal tekshiruvdan o'tdilar. Haddan tashqari cho'zilgan rektum devori mavjudligi aniqlandi va bu rektoselega xosdir.

Tekshirilayotgan jinsiy a'zolar prolapsiga ega bo'lgan ayollarda "Valsalva" deb atalgan kuchlanish testi qo'llaniladi. Valsalva testini o'tkazishda ginekologik kursida to'la siydik

pufagi bo'lgan bemorni kuchanish so'ralgan. Agar siydik chiqarish kanalining tashqi teshigidan siydik tomayotgan bo'lsa, test ijobiy deb hisoblanadi. Jinsiy a'zolarining prolapsi hayot uchun xavfli patologiya bo'lmaganligi sababli, bemorlarning shifokorga kech murojaat qilishlariga olib keladi. Shu sababi ayolning hayot sifatini pasayishi, ijtimoiy moslashuv, siydik tuta olmalik, jinsiy disfunktsiyaga olib keladi. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlash uchun nafaqat umumiy klinik tekshiruv, ginekologik va rektal tekshiruvlar, laboratoriya va instrumental tadqiqotlarni qo'llash, balki ushbu patologiya o'ziga xos xususiyatlarini hisobga oladigan maxsus so'rovnomalardan foydalanish kerak edi. Kasalxonaga yotqizilgan xar bir bemorlarga quyidagi klinik va laboratoriya tekshiruvlari o'tkazildi: umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili. Bundan tashqari, biokimyoviy qon parametrlari aniqlandi: umumiy protein, bilirubin, fermentlar (ALT, AST). Qon sifilis, OIV, gepatit B va S uchun tekshirildi. Barcha bemorlar yuqumli skrining: 3 nuqtadan bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlar, biz tomonda ishlab chiqilgan va tavsiya etilayotgan mahsus so'rovnoma tahlillari olib borildi.

§ 2.4. Hayot sifatini aniqlash uchun so'rovnoma tahlillari.

Maxsus So'rovnoma “Оценка функциональных способностей половых органов у женщин с прлапсом органов малого таза № DGU 17935”

1. Испытываете чувство давления в нижних отделах живота?

2. Испытываете тяжесть в области таза?
3. Выпадает что-то из влагалища, что можете почувствовать или увидеть?
4. Испытываете ли Вы боль или дискомфорт в нижних отделах живота или области половых органов?
5. Испытываете ли дискомфорт при половом контакте?
6. Удовлетворен ли ваш муж половой жизнью?
7. Бывает ли учащённое мочеиспускание?
8. Бывает ли недержание мочи вследствие сильного позыва к мочеиспусканию?
9. Бывает ли недержание мочи при кашле, чихании или смехе?
10. Теряете ли вы мочу в незначительных количествах (по каплям)?
11. Испытываете ли затруднение опорожнения мочевого пузыря?
12. Необходимо ли Вам вправить влагалище для полного опорожнения мочевого пузыря?
13. Испытываете чувство неполного опорожнения мочевого пузыря?
14. Необходимо ли Вам вправить влагалище или часть прямой кишки для полного опорожнения кишечника?
15. Необходимость сильного натуживания для опорожнения кишечника?
16. Бывают ли чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации?
17. Бывают ли эпизоды недержания кала при хорошо оформленном стуле?
18. Бывают ли эпизоды недержания кала при жидком стуле?
19. Бывают ли эпизоды недержания газов?

20. Испытываете ли бол при дефекации?

21. Испытываете ли нестерпимые сильные позывы к дефекации?

1) 1 dan 6 gacha bachadon va qin prolaps mu'ammoariga bog'liq bo'lgan savollar.

2) 7 dan 12 gacha siydik pufagi yoki siydik ushlab tura olmasli bilan bog'liq savollar. (Sistiselle)

3) 13 dan 21 gacha to'g'ri ichak mu'ammolariga bog'liq savollar. (rektosele)

Keltirib o'tilgan savollar 0 dan 3 balgacha baholanib umumiy qiymat shu asosida chiqariladi. Savollarning o'rtacha arifmetik qiymatini hisoblash umumiy yig'ndi % ga olinadi.

Har bir bo'lim uchun maksimal ball foiz o'lchoviga aylantirilishi kerak. Shu bilan birga, 0% - patologiyaning yo'qligi va 100% - patologiyaning mavjudligi.

Bunday holda, genital organlarning funktsional qobiliyatini umumiy baholash barcha 3 bo'limning o'rtacha % bo'ladi.

100% chegara 4 ta zonaga bo'linishi kerak: ya'niy 75bal - 100%

0 dan 25% gacha – sog'lom ayollar intim gimnastika bilan korreksiya kerak

26% dan 50% gacha – 1 darajali prolaps uchun xavf omil (konservativ davo)

51% dan 75% gacha – 2 darajali prolaps uchun xavf omil

75% dan 100% gacha – 3 darajali prolaps uchun xavf xisoblanadi.

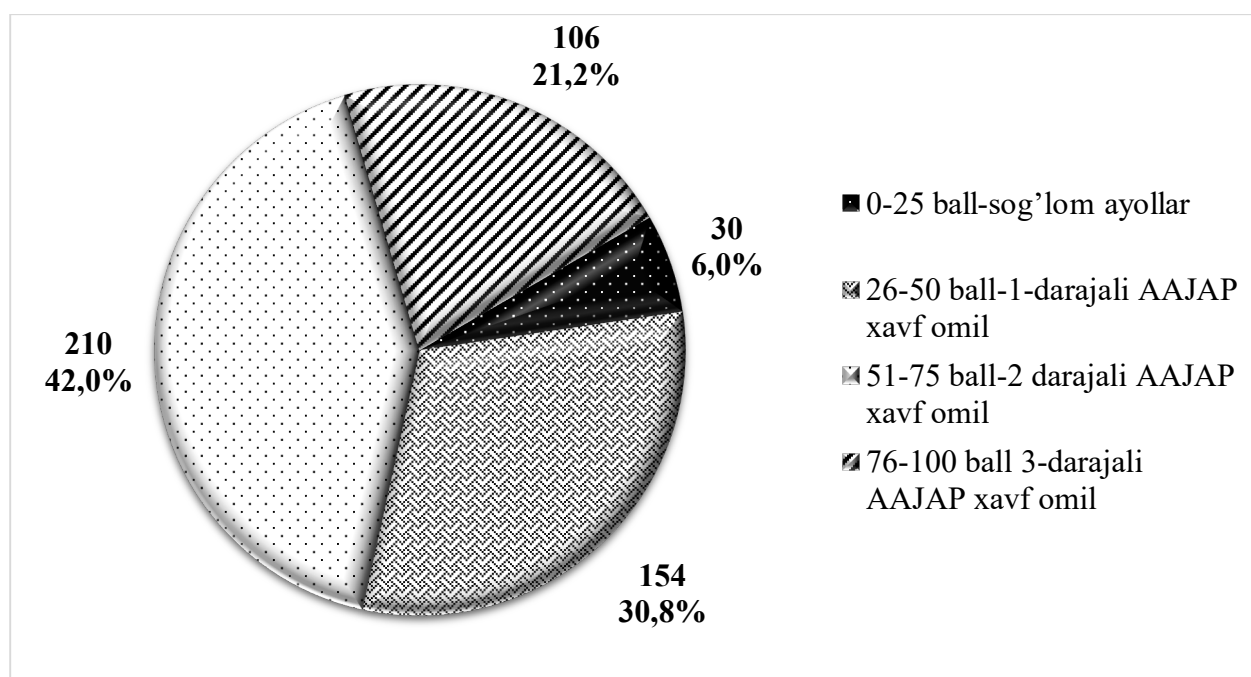
Bemorlarda so'rovnomani to'ldirishda hech qanday qiyinchiliklar bo'lmadi. Bemorlar so'rovnomani to'ldirgandan so'ng, ballar hisoblab chiqildi va keyin olingan ma'lumotlarni statistik qayta ishlash amalga oshirildi.

Yuqorida keltirib oʻtilgan soʻrovnoma asosida tekshirilayotgan 500 nafar ayollarda anonim tarzda soʻrovnoma tahlilari amalga oshirildi. (2.1. jadval)

2.1.Jadval

Tekshiriltgan 500 nafar ayollarida anonim soʻrovnoma tahlilari.

Darajasi	Bemorlar		
	Yoshi	n-500	%
0-25 ball-sogʻlom ayollar	45,28±8,12	30	6
26-50 ball-1-darajali AAJAP xavf omil	48,92±6,65	154	30,8
51-75 ball-2 darajali AAJAP xavf omil	47,75±2,67	210	42
76-100 ball 3-darajali AAJAP xavf omil	48,92±5,6	106	21,2



2.5. Rasm. Anonim soʻrovnoma tahlilari.

Jiniy aʼzolar prolapsiga ega 500 nafar ayollarda anonim tarzda olib borilgan soʻrovnoma tahlillari ayollardan 1 darajali xavf omili 154 nafar (30.8%), 2 darajali xavf omili 210 nafar (42%) da 3 darajali xavf omili 106 -21.2% aniqlandi. (2.6. rasm)

Tadqiqot natijalarini tahlil qilish jarayonida, ayollar toz aʼzolari bilan bogʻliq boʻlgan biz tomonimizdan ishlab chiqilgan va tavsiya etilgan xayot sifatini baholash uchun maxsus soʻrovnoma ishonchli va toʻgʻri ekanligi aniqlandi. Hayot sifatini baholash uchun xastalikni erta bosqichlarini aniqlash, ayollar toz aʼzolari prolapsi bilan hastalangan bemorlarda, ayollar toz aʼzolari prolapsini skriningi uchun, shuningdek, jarrohlik amaliyoti oʻtkazilgandan oldin va kegin bemorlarda keng foydalanishga tavsiya etiladi. Bajarilgan jarrohlik davolashning samaradorligini baholash uchun muhim deb xisoblaymiz. Anketa natijalariga koʻra, biz toz aʼzolari - siydik pufagi va rektal sfinkterning disfunktsiyasi belgilari mavjudligini yoki yoʻqligini baholashimiz mumkin. Obʼektiv maʼlumotlar, umumiy ginekologik tekshiruv, valsalva testidan foydalanish bilan birgalikda soʻrovnomaning tahlil qilish genital aʼzoarning prolaps darajasini aniqlash mumkin. Shunday qilib, soʻrovnomadan foydalanish toz aʼzolarining disfunktsiyasi boʻlgan ayollarning xavf guruhini aniqlashga imkon beradi. (2.7. Rasm).

ELEKTRON HISOBLASH MASHINALARI UCHUN YARATILGAN
DASTURNING RASMIY RO'YXATDAN O'TKAZILGANLIGI TO'G'RISIDAGI

GUVOHNOMA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI

№ DGU 17935

Ushbu guvohnoma O'zbekiston Respublikasining «Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturlar va ma'lumotlar bazalarining huquqiy himoyasi to'g'risida»gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturga berildi:

"Оценки функциональных способностей половых органов у женщин с пролапсом органов малого таза" (OFSP0-POMT.exe)

Talabnoma kelib tushgan sana: **06.06.2022** Talabnoma raqami: **DGU 2022 3391**

Huquq egasi(lari): **Собирова Мохичехра Расулжан кизи UZ;**

Dastur muallifi(lari): **Собирова Мохичехра Расулжан кизи UZ; ; Курбанов Джахонгир Джамалович UZ; ; Зияева Эътиборхон Расулжоновна UZ; ; Кадиров Равшан Хусанович UZ;**

O'zbekiston Respublikasining Dasturiy mahsulotlar davlat reestrida
29.07.2022 y. ro'yxatdan o'tkazilgan.



2.6. Rasm EXM

Tos aʼzolari prolapsining sezilarli belgilari boʻlmagan engil tos aʼzolari disfunktsiyasi boʻlgan ayollarga konservativ davo tavsiya etilishi mumkin.

Qolgan ayollarga jarrohlik davo - reabilitatsiya chora - tadbirlari koʻrsatiladi. Shuni taʼkidlash kerakki, soʻrovnoma nafaqat AJAP muammolari boʻlgan ayollarni aniqlashga, balki genital prolapsni davolash va reabilitatsiya qilish uchun davlat byudjeti mablagʻlarini rejalashtirishga imkon beradi.

§ 2.5. Instrumental tadqiqot usullari.

Agar tekshirilgan ayollarda birgalikda keluvchi yondosh ginekologik patologiya boʻlsa - bachadon miomasi, endometriya poliplar, tuxumdon kistalari va boshqalar, neoplaziyalar va onkologik jarayonni istisno qilish uchun patologik shakllanishlarning Doppler tekshiruvi oʻtkazildi. Miomatoz tugunlar va tuxumdon kistalarining holati 3,5 MGchastotali transabdominal transduser yordamida rangli Doppler tekshirish moslamasi bilan jihozlangan SIMENS SONOLINE VERSA-PRO ultratovush qurilmasi yordamida Doppler usuli bilan baholandi. Klassik dopperometrik koʻrsatkichlar aniqlandi, masalan, qon oqimi tezligi, qarshilik indeksi va boshqalar.

Qon oqimi tezligining egri chiziqlarini baholash uchun qon oqimi tezligi egri chizigʻining burchakdan mustaqil koʻrsatkichlari ishlatilgan. Bular qon tomir qarshiligi indeksi: pulsatsiya indeksi (PI), qarshilik indeksi (QI) va sistolik-diastolik nisbat (SDN).

Bachadon boʻyni kasalliklarini va jarrohlik davolash hajmini aniqlash uchun barcha bemorlarga kengaytirilgan kolposkopiya oʻtkazildi. Jinsiy aʼzolarning prolapsasi boʻyicha organlarni

saqlovchi operatsiyalardan so'ng 0,8% hollarda adenokarsinoma rivojlanishining yuqori xavfini hisobga olgan holda (R. Edvards, J. Duckett, 2010), endometriyal patologiyani istisno qilish va operatsiyadan oldingi davrda jarrohlik aralashuv darajasini aniqlash uchun endometriya biopsiya o'tkazildi, so'ngra gistologik tekshiruv amalga oshirildi.

III BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLAR PROLAPSIDA, DAVOLASH USULINI AN'AVIY VA BIZ TAQDIM ETGAN JARROHLIK AMALIYOTINI SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH VA KLINIK JIHATDAN XARAKTERLASH

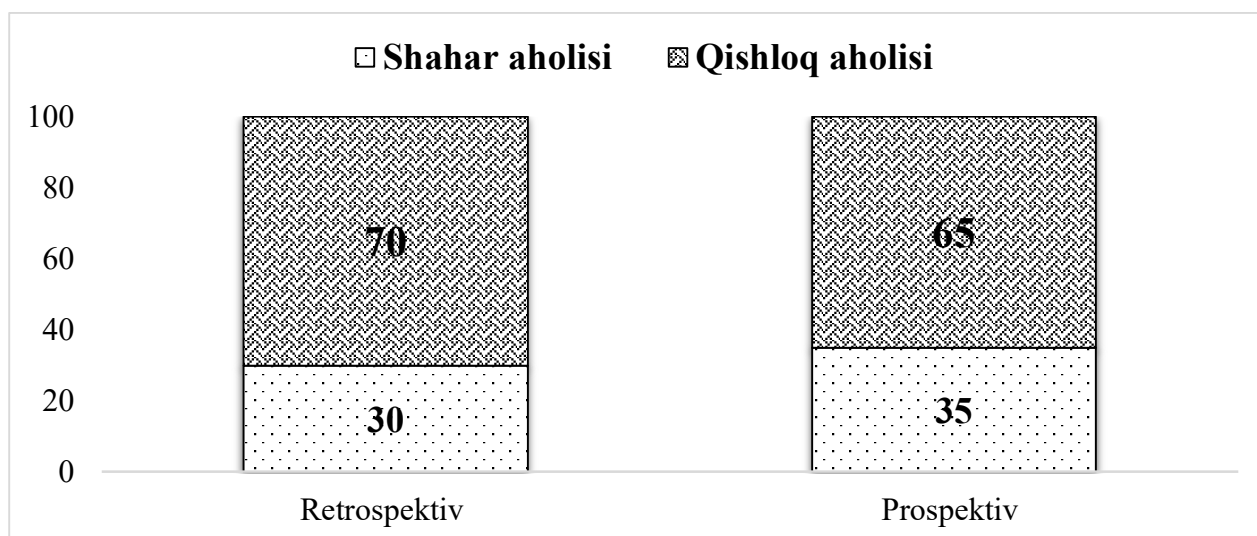
§ 3.1. Retrospektiv va prosperktiv materiallar tahlili.

Yashash hudud bo'yicha ilmiy tadqiqotimiz natijalari shuni ko'rsatdiki ikki guruhda ham yan'iy retrispektiv guruhda 70%, pospektiv guruhimizda 65.5%ni qishloq hududida yashovchi aholi asosiy % ko'rsatgichga ega bo'ldi (3.1 – jadval, 3.1-rasm).

3.1. Jadval

Bemorlarning yashash hududi bo'yicha taqsimlanishi (%).

	Retrospektiv		Prospektiv	
	n	%	n	%
Shahar aholisi	21	30	21	35,00
Qishloq aholisi	49	7	39	65,00



3.1.Rasm.Yashash hududi bo'yicha taqsimlash

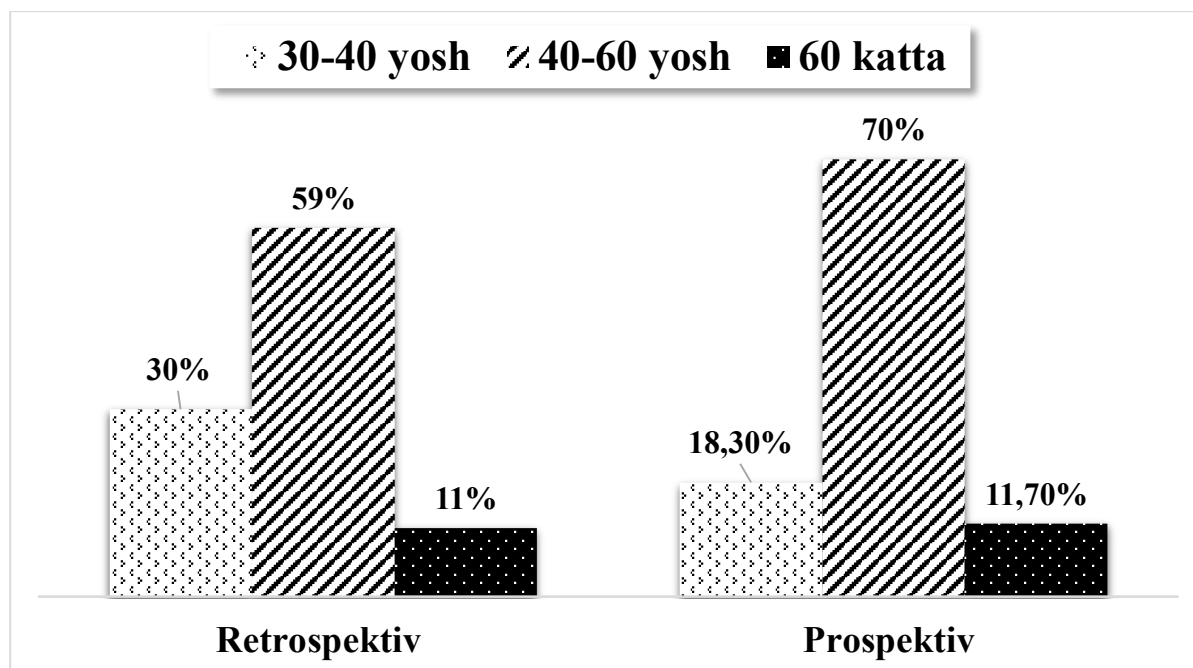
Bundan ko‘rinib turibdiki qishloq aholisini yashash turmush tarzi ham ahamiyat kasb etadi.

Biz ilmi ytdadiqiqod ishimizda yosh bo‘icha ayollarni 3 guruhga taqsimladik asosan jinsiy a‘zolar prolapsiga ega bo‘lgan ayollar 40-60 yosh chegarasini tashkil etdi. Shuni takidlash kerakki 30 yoshdan 40 yoshgacha bo‘lgan ayollarda retrospektiv tahlillarda 30%ni, prospektiv tahlillarda 18,3%ni tashkil etdi va bu jinsiy a‘zolar prolapsi yosharish tendensiyasiga ega ekanligidan dalolat beradi(3.2. jadval, 3.2. pacm).

3.2. Jadval

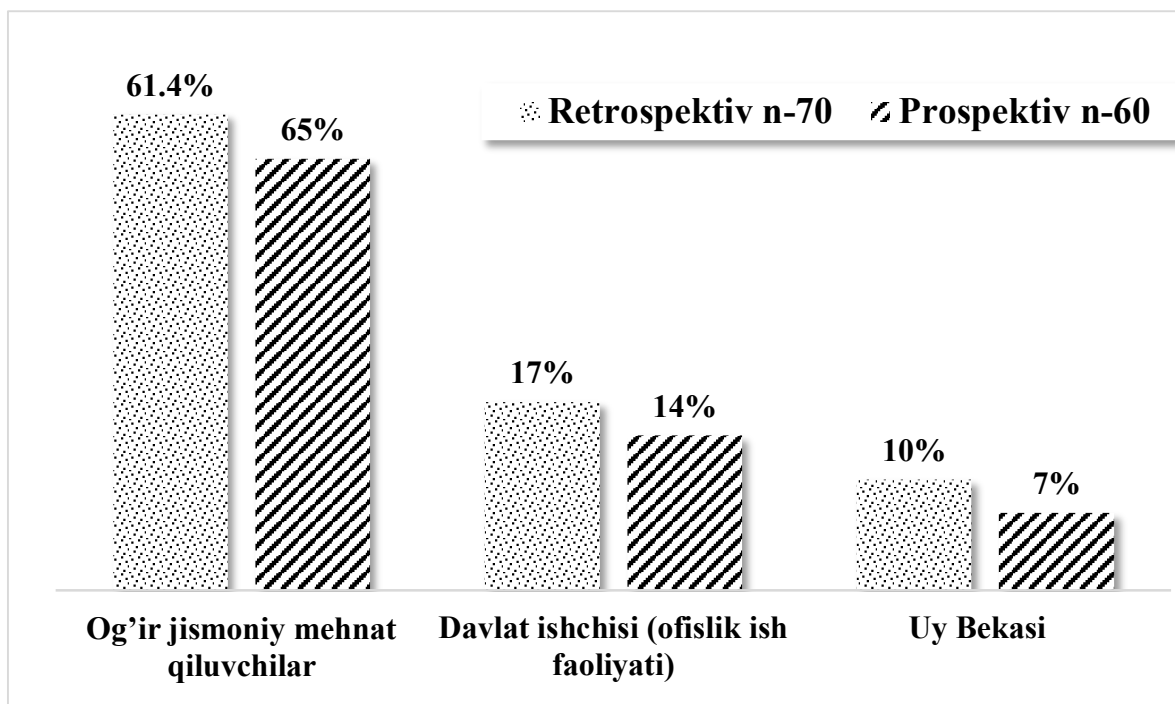
Jinsiy a‘zolar prolapsiga ega bo‘lgan tibbiy ko‘rikdan o‘tgan ayollarning yosh pariyeteti.

	Retrospektiv		Prospektiv	
	n	%	n	%
30-40 yosh	21	30	11	18.3
40-60 yosh	41	59	42	70
60 yosh <	7	11	7	11.7



3.2. Pacm. Tibbiy ko‘rikdan o‘tgan ayollarning yoshi pariyeteti

Jinsiy a'zolar prolapsiga ega bo'lgan ayollarning ijtimoiy holati bo'yicha biz ayollarni uch guruxga taqsimladik va tahlil qildik ikki guruhda ham 61,4%-65% ni asosan og'ir jismoniy mehnat qiluvchi ayollar yuqori ko'rsatgichga ega ekanligi aniqlandi (3.3. rasm).

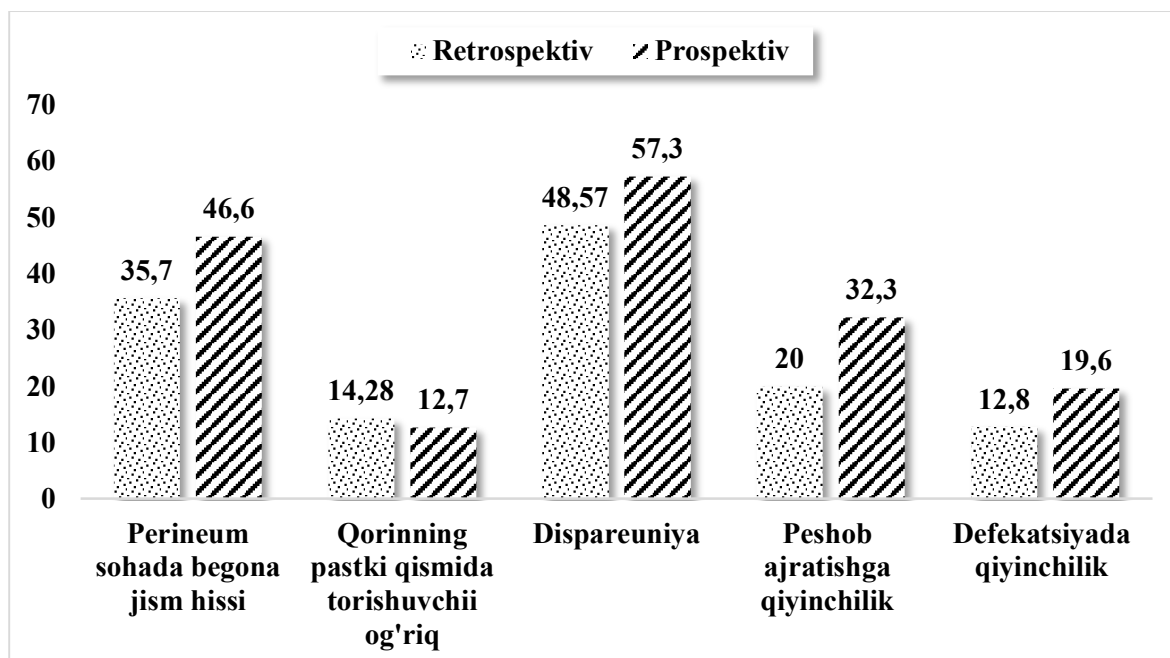


3.3. Rasm. Tibbiy ko'rikdan o'tgan ayollarning ijtimoiy holati (%).

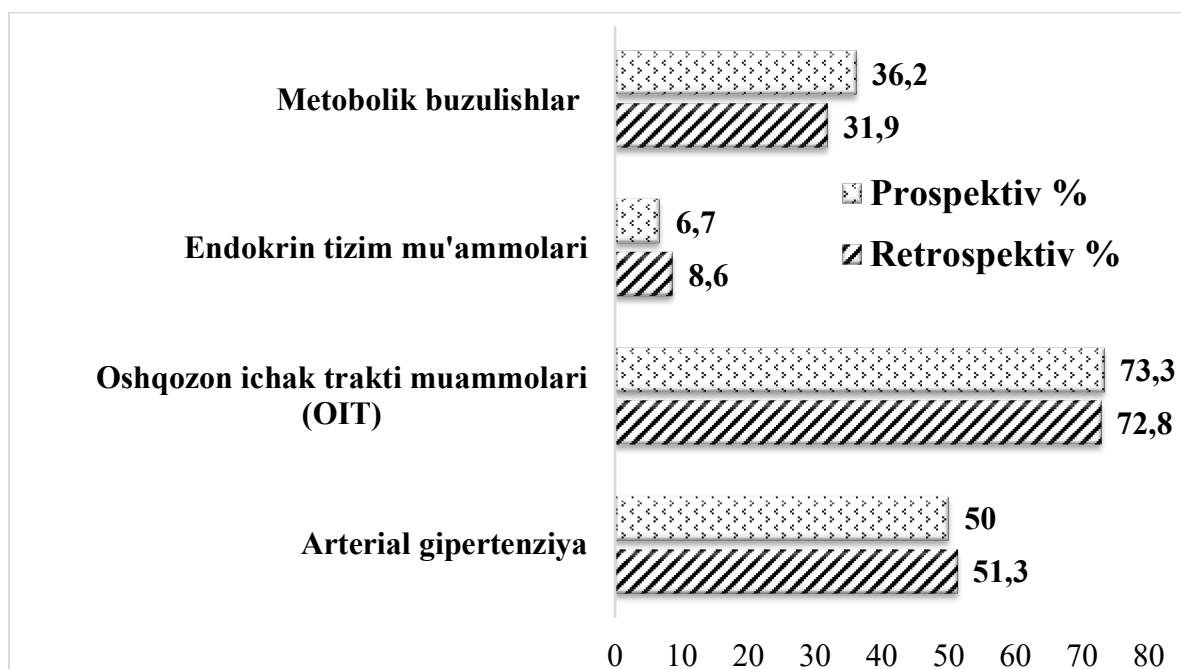
Tekshirilgan ayollarni asosiy shikoyatlari dispareuniya 48,57%-57%ni, perineum sohada begona jism hissi 35,7%-46,6%ni, peshob ajratishga qiyinchilik 20% — 32,3%ni, qorin pastki qismida tortishuvchi og'riq 14,28%-12,7%ni, defekatsiyada qiyinchilik esa 12,8%-19,6%ni tashkil etdi(3.4 rasm).

Ayollar jinsiy a'zolari prolaps xavf omillaridan biri bu somatik kasalliklar bo'lib, ilmiy tadqiqod ishimizning tahlillari shuni ko'rsatdiki ayollarda oshqozon ichak trakti (OIT) muammolari 72,8% -73,3%da ikki guruhda ham yuqori ko'rsatkichlarni ko'rsatdi. Arterial gipertenziya 51,3 – 50%ni,

endokrin tizim muammolari yan'iy qandli diabet 2-tipi 6,7%-7,8%ni tashkil etdi. Metabolik buzulishlar esa tana massa indeksi asosida olib borilgan statistik tahlillar asosida 31,9% — 36,2%ni ya'niy semizlik darajasi 1-2 darajasi qayt etildi (3.5. rasm).

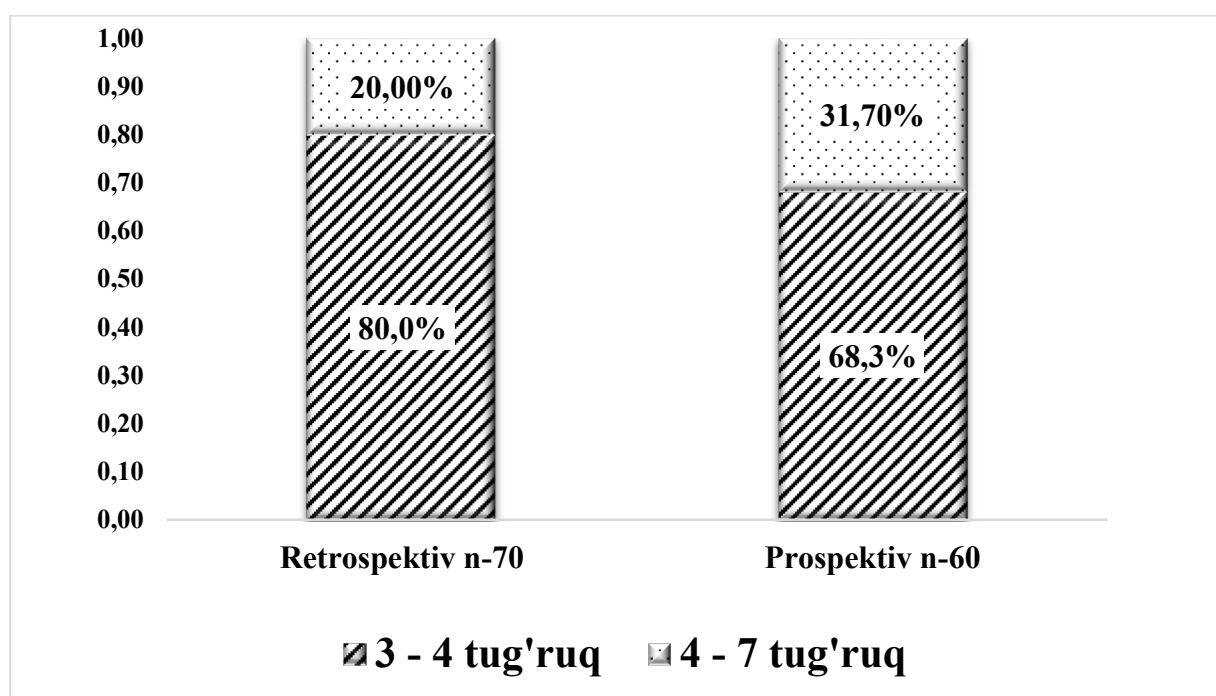


3.4. Rasm. Tekshirilgan ayollar asosiy shikoyatlari.



3.5. Rasm. Tekshirilayotgan ayollarda ekstrogenital kasallik ko'rsatkichlari.

Ayollar jinsiy a'zolar prolapsi rivojlanish negizida adabiyotlarga ko'ra, churra xaltasi shakllanishining asosiy xavf omillari homiladorlik va tug'ruqlar deb hisoblanadi. [58;b.46-47.]. Akusherlik anamnezini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, barcha guruhlardagi tekshirilgan bemorlarning aksariyati anamnezida tabiiy tug'ruq yo'li orqali tug'ganligi aniqlandi. Retrospektiv guruhidagi bemorlarda 3-4ta tug'ruqlar 50 nafar (71,4%) ayollarda, prospektiv guruhda — 36 (60%)da, 4 tadan ko'p tug'ruq esa retrospektiv guruhda 14 nafar (20%), prospektiv guruhda 19 nafar (31,7%) ayollarda kuzatildi va adabiyot ma'lumotlari o'z tasdiqini topdi. Tadqiqotda qatnashgan ayollar anamnezida egizak homiladorlik kuzatilmagan (3.6. rasm).



3.6. Rasm. Tekshirilgan ayollar tug'ish paritet ko'rsatkichlari (%).

Ginekologik anamnez tahlillari abortlar asosiy ahamiyatga ega bo'lib retrospektiv tahlillarda 42.8%ni, prospektiv guruhda 70%ni tashkil etdi. (3.3-jadval)

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tana vazni oraliq yumshoq to'qimalar yirtilish xavfini oshiradi va genital prolaps uchun xavf omillaridan biri xisoblanadi [9;41; 53; 56; 104].

3.3. Jadval

Tekshirilgan ayollarda ginekologik anamnez ko'rsatkichlari (%)

	Retrospektiv n-70		Prospektiv n-60	
	n	%	n	%
Rivojlanmagan xomila	7	10	4	6,67
Abortlar	30	42,8	42	70
Xomilani o'z-o'zidan tushishi	21	30	19	31,7
Bachadon Mioma	15	21,4	12	20
Tuxumdon kistomasi	6	8,6	18	30

Anamnez ma'lumotlarini tahlil qilgandan so'ng, biz tana vaznini 3 guruhga bo'ldik. Anamnezida yangi tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni 4000 gr dan ortiq bo'lganlar retrospektiv guruhimizda 36,0%ni, 3 darajali oraliq yumshoq to'qimalar yirtilish 44%ni tashkil etdi. Prospektiv guruhimizda tana vazni 4000 gr dan ortiq bo'lgan chaqaloqlar 40%ni, 3 darajali oraliq yumshoq to'qimalar yirtilishlari 64,2% ayollarda sodir bo'lgan (3.4-Jadval).

3.4. Jadval

Chaqaloqlar tana vazni va yumshoq toʻqimalar yirtilishi soni

	<i>Retrospektiv n-70</i>					
gr-	n-70	%	0	1	2	3
<3500	16	23,0%	9 (56,3%)	4 (25%)	3 (18,8%)	0 (0%)
3500-4000	29	41,0%	9 (31%)	13 (44,8%)	4 (13,8%)	3 (10,3%)
>4000	25	36,0%	2 (8%)	3 (12%)	9 (36%)	11 (44%)
	<i>Prospektiv n-60</i>					
	n-60	%	0	1	2	3
<3500	10	17,0%	1 (6,3%)*	3 (18,8%)	4 (25%)*	2 (12,5%)
3500-4000	26	43,0%	1 (3,4%)*	3 (10,3%)*	9 (31%)*	13 (44,8%)*
>4000	24	40,0%	0 (0%)	1 (4%)*	7 (28%)*	16 (64%)*

Eslatma: *- birinchi guruh koʻrsatkichlari bilan solishtirganda muhim (*-P<0,05)

Biz retsidiv kuzatilgan jarrohlik aralashuvlar hajmini tahlil qildik, oldingi va orqa kolpoperineotomiya-rafiyasi 39 nafar (57,4%) ayolda amalga oshirildi, anamnezida oraliq yumshoq toʻqimalari yirtilishi boʻlgan 31 nafar (44,29%) ayolda faqat orqada kolporafiya amalga oshirilgan. Bundan tashqari, ushbu operatsiyalar 12 nafar (17,2%) ayolda bachadonning qorin boʻshligʻini ekstirpatsiya qilish, 8 nafar (11,4%) ayolda bachadonningqin orqali amputatsiyasi, 38 nafar (54,3%) ayolda ventrofiksatsiya bundan tashqari 9 nafar (54,3%) TVT – O siydik pufagini qayta joylashtiris amalga oshirilgan(3.5. Jadval).

3.5. Jadval

Genital prolaps bilan retrospektiv guruh ayollarda operativ davo turlari (%)

Jarrohlik amaliyoti turi	n	%	Retsediv
Klassik kolpoperineolevator plastikasi	39	57,14	24 (34.3%)
Orqa kolporafiya	31	44,3	-
Makkol bo'yich kuldoplastika	1	1,43	-
Bachadonning qin orqali ektirpatsiyasi	8	11,43	4 (10%)
Qorin bo'shlig'iga kirish orqali bachadonni ektirpatsiyasi	12	17,14	6 (15.4%)
TVT – O siydik pufagini qayta joylashtirish	9	12,89	-
Ventrofiksatsiya	38	54,29	15 (38,5%)

Jarrohlik aralashuvlar hajmi etarli darajada amalga oshirilmagan, shuniga ko'ra 49 nafar (70,15%) ayolda operatsiyadan keyingi turli davrlarda kasallikning qaytalanishi kuzatilgan.

Xulosa qilib shuni atish kerakki kolpoperineorafiya qilingandan so'ng eng muxim bo'lgan operativ amaliyotni amalga oshirilmagan bu xam bo'lsa qin va yo'g'on ichak fassiyasi bir biriga tikilmagan, xamda rektumga cho'kma chok (pogrujnoy) qo'llanilmaganligi sababli ushbu operatsiyalardan keyin retsedivlar soni ko'paygan. Jarrohlik amaliyoti bayonnomasida bu amaliyotlar korsatilmagan.

Bachadon eksterpatsiyasidan so'ng, ikkinchi etapda esa kolpoperineolevatoro plastikada yana yuqorida aytilgan xatoliklar takrorlangan.

Ekstirpatsiya yakunida — birinchi bosqichda amalga oshirib dumg‘aza-bachadon boylamlari qin tubiga tikilmagan xamda plikatsiya amalga oshirilmaganligi sababli retsedivlar kuzatilgan.

Ventrofiksatsiya amaliyoti hozirgi vaqtda dunyoda foydalanilmaydi. Chunki bu amaliyot qinning orqa va oldi devorlarini tushishini oldini olmaydi.

Biz 6 nafar ayollarda retsidiv holatini kuzatdik. Shunga qaramay TVT-O operatsiyasi faqat 1 ayolda amalga oshirilgan. Xozirgi zamonda “TVT-O” xamda Byorch jarrohlik amaliyotlari peshobni ushlab tura olmasligini bartaraf etuvchi yagona usullar deb xisoblanadi va eng ko‘p bajariladigon usullar hisoblanadi. (avtor). Bizning fikrimizcha, 3 ta muhim omil hisobga olinmagan: qorin bo‘shlig‘i bosimining oshishi bilan birga keladigan ekstragenital kasalliklarning mavjudligi, shuningdek og‘ir jismoniy mehnat, makrosomiya, asoratli tug‘ruqlar

Shunday qilib retrospektiv guruhda amaga oshirilgan jarrohlik amaliyotlari katta xatolar bilan, yoki samaradorligi past bo‘lgan amaliyotlar (ventrofiksatsiya) amalga oshirilgan. Yuqorida keltirib o‘tilganlardan xulosa qilish mumkinki, AJAPda xirurgik amaliyotlar standartlashtirish zarur ekanligini tasdiqlaydi. Bizning Respublikamizda xozirgi vaqtgacha standartlar ishlab chikilmagan.

Biz retrospektiv guruhidagi ayollarning genital prolaps takrorlanishi uchun xavf omillarini tahlil qildik. Shuni ta’kidlash kerakki, 37 nafar (52,9%) ayolda qayd etilgan genital prolapsning takrorlanishida og‘ir jismoniy mehnat hali ham muhim ahamiyatga ega ekanligi aniqlandi. Shu bilan birga, oshqozon-ichak traktikasalligi ya’niqabziyat bo‘lib 46 nafar (65,71%) ayollarda doimiy ich qotishi bilan namoyon bo‘ldi. Shunday qilib, jinsiy a’zolar prolapsining takrorlanishida yetarli darajada to‘g‘ri tanlanmagan jarroxlik amaliyoti, shuningdek, uning paydo

bo'lishida og'ir jismoniy mehnat va surunkali oshqozon ichak trakti muammolari bilan bog'liq bo'lgan qorin bo'shlig'i bosimining oshishi muhim ahamiyatga ega degan xulosaga kelish mumkin (3.6. Jadval).

3.6. Jadval

Retrospektiv guruhdagi ayollarda genital prolapsning takrorlanishiga olib keladigan xavf omillari.

Retsediv xavf omillari	n	%
Og'ir jismoniy mehnat	37	52,86
Surunkali somatik kasallik (yo'tal)	22	31,88
Surunkali oshqozon ichak trakti mu'ammolari (ich qotish)	46	65,71

Yuqorida keltirib o'tilgan ma'lumotlariga ko'ra tos a'zolari boylam apparatni mustahkamlash uchun qo'shimcha chora-tadbirlar talab etiladi, bu bizning ilmiy tadqiqod ishimiz asosidir.

Shuning uchun biz ayollar jinsiy a'zolar prolapsini davolashning yangi jarrohlik usullarini takomillashtirish bilan bir qatorda, qaytalanishlarning oldini olish uchun yuqoridag iyondosh kasalliklarga davo chora tadbirlarini olib borish juda muhim deb xisoblaymiz.

Retrospektiv guruhdagi jami 70 nafar jarroxlik amaliyoti qilingan ayollardan 47 nafarida (70%) jarroxlik amaliyotidan keyingi retsedivlar kuzatilgan. Ularda ham qovuq, ham to'g'ri ichak va anal sfinkter yetishmovchilig alomatlari bor edi. Retrospektiv guruhning 24 nafar (51%) ayollarida siydik pufagi, dizurik buzulishlar va siydik tuta olmaslik. To'g'ri ichakning faolligi bo'yicha gaz va najas tuta olmaslik kuzatilgan, bu

hodisalar 23 nafar (48,9%) ayollarda kuzatilgan. Aralash ya'ni dizurik buzilishlar va najas va gazlarni ushlab turmaslik 2 nafar ayolda qayd etilgan, bu 4% ni tashkil etdi. Barcha ayollarda qin va bachadon devorlarining prolapsi bor edi (3.7. Jadval).

Shunday qilib, bu ma'lumotlar jarrohlik aralashuvi, birinchi navbatda, noto'g'ri, ikkinchidan, nuqsonli amalga oshirilganligini ko'rsatadi. Jarroxlik taktikasi yetarli darajada to'g'ri tanlanmasdan amalga oshirilgan va reabelitatsiya yetarli darajada bo'lmagan. Shuning uchun biz jarroxlikdan keyingi retsedivlarni tahlil qildik va uning asosida biz ishlab chiqqan genital prolapsning takrorlanishining oldini olish uchun innavatsion o'z uslubimizni taklif qilamiz.

3.7. Jadval

Jinsiy a'zolarining prolapsi bilan jarrohlik amaliyoti amalga oshirilgan ayollarda retsedivlarning klinik belgilari

	n	%
Jarrohlikdan keyingi retsediv	47	67,15
1. dizurik buzulishlar va siydik tuta olmaslik	24	51,1
2. gaz va najas tuta olmaslik	23	48,9
3. aralash ya'niy dizurik buzulishlar va najas va gazlarni ushlab turmaslik	2	4,3

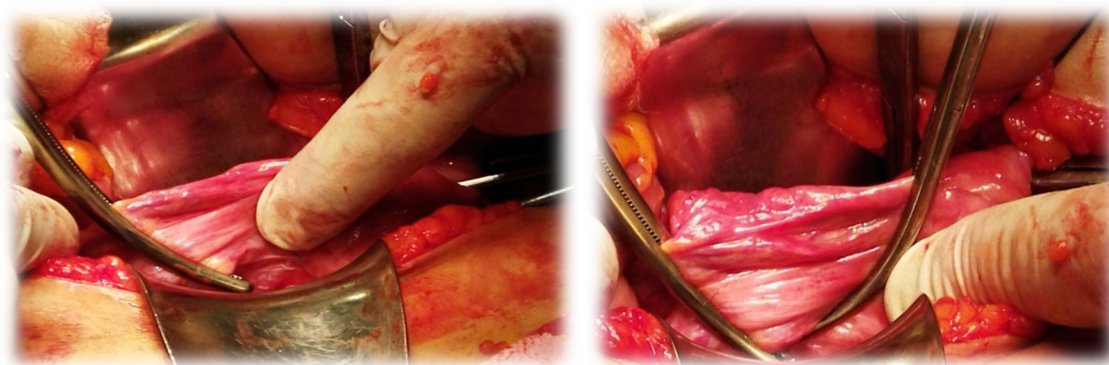
§ 3.2. Ayollar jinsiy a'zolar prolapsini qorin bo'shlig'i orqali jarrohlik davolash amaliyotida bachadon dumaloq va dumg'aza - bachadon boylamlarining plikatsiyasining samaradorligi.

Biz taklif etayotgan jarroxlik turi ayollarda 3-4 darajali jinsiy a'zolar prolapsida qo'llaniladi. Bachadonni abdominal ekstirpatsiya qilish bo'yicha jarroxlik amaliyoti asosiy ko'rsatmalarlar bachadon kattaligi 12 xaftalik xomiladan katta

bo'lgan, bachadon miomasi, tuxumdon kistomasiga ega ayollarda amalga oshiriladi, yan'i 12 nafar bachadon miomasiga yega ayollarda 18 nafar tuxumdon kistomasiga ega ayollarda amalga oshirildi.

Operatsiya anesteziya ostida o'tkazildi — orqa miya anesteziyasi (SMA).

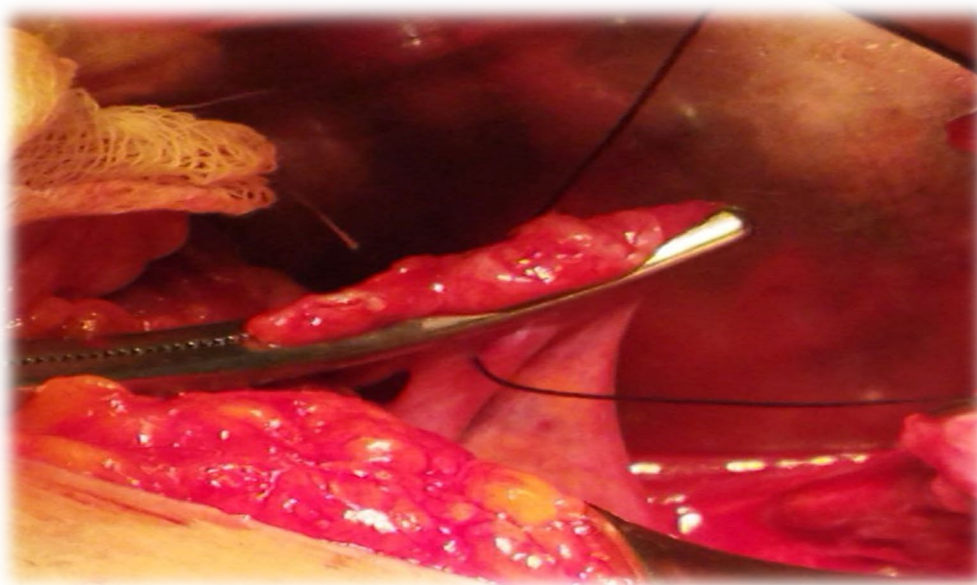
Tos infundibulyar boylami, bachadon ortiqdari, dumaloq – bachadon boylamlari Koxer qisqichiga siqiladi rezeksiya qilinadi. (3.7. Rasm.) Qolgan bosqichlar standart me'zonlar asosida amalga oshiriladi. Biz kardinal boylamlarni bog'lashni boshlaymiz — bachadon qin gumbazidan maxsus tarzda ajratib olinadi, u dumg'aza-bachadon boylamlarini shikastlamagan holda ushlab turish uchun bachadon naylari darajasida dumaloq kesma amalga oshiriladi.



3.7. Rasm. Tos infundibulyar boylami, bachadon ortiqdari, dumaloq – bachadon boylamlari va tuxumdon boylamlarini Koxer qisqichi yordamida klemmaga olinishi.

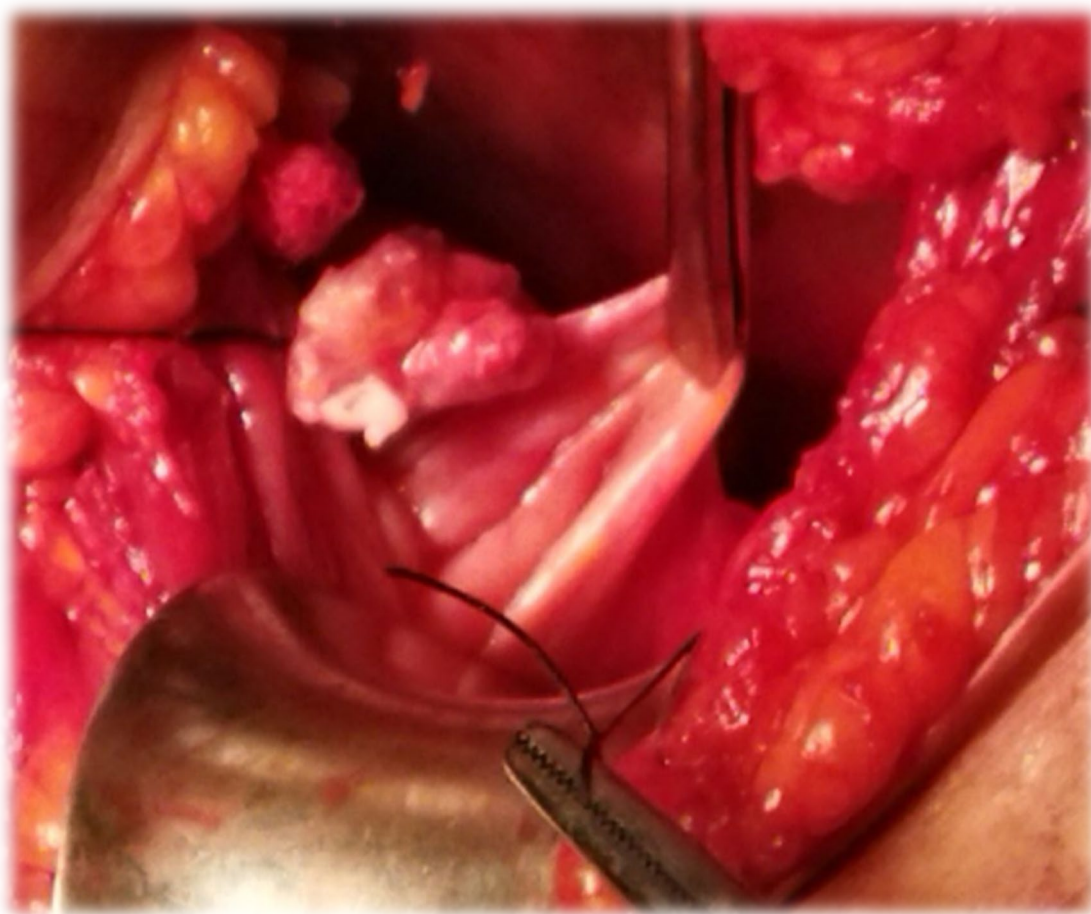
Bachadonni yuqoriga ko'tarish orqali qin bachadondan siljiydi, shuning uchun qin Reverden bo'yicha choklar bilan tikiladi va ikkala kardinal boylamlar qinning ikkala tomonidan naychalar shaklida qin devorlariga tikiladi. (3.8. Rasm.)

Shunday qilib, endi qin gumbazi eng kuchli kardinal, dumgʻaza-bachadon boylamlari tomonidan ushlab turiladi.



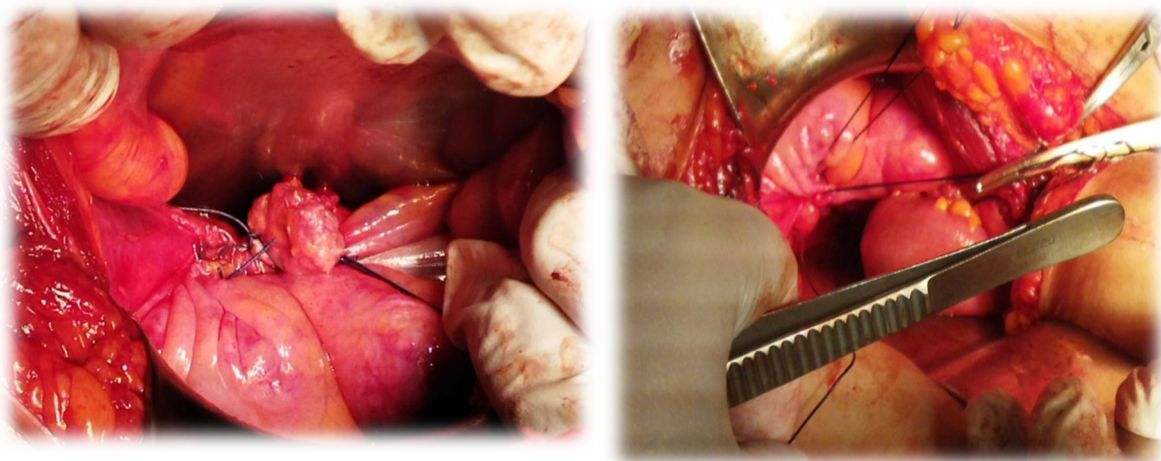
3.8. Rasm. Ikkala kardinal boylamlar qinning ikkala tomonidan naychalar shaklida qin devorlariga tikilishi.

Abdominal usul bilan bachadon ekstirpatsiyasi amalga oshirilgandan soʻng bachadon ortiqlari Vikril 2 choki bilan mahkam bogʻlanadi. Soʻngra bachadon dumaloq boylamlari har 2 tomondan soʻrilmaydigan iplar bilan chokga olinib dumgʻaza-bachadon boylami oʻrta qismiga mahkamlanadi. Shundan soʻng, orqa Duglass qorin pardasi qarama-qarshi tomonga punktir chiziqsimon chokga olinib, u chok ham dumgʻaza-bachadon boylamidagi chokga qoʻshiladi. Chok shu yosinda davom etib siydik pufagining tubiga vistseral qavatiga punktirsimon oʻtib boradi. Chok iplari shunday bogʻlanadiki, choklar orasida toʻgʻri ichakni bemalol boʻshatish uchun 3 koʻndalang barmoqli kanal qoladi (3.9. Rasm).



3.9. Rasm. Oldi Duglass qorin pardasi qarama-qarshi tomonga punktir chiziqsimon chokga olinishi

Shunday qilib dumgʻaza-bachadon boylamining distal qismiga 3 qavatli choklar qoʻyish bilan amalga oshirildi. Choklarga qinning yonbosh devorlarining olinishi qin devorlarining pastlab tushib qolishini oldini olishga yordam beradi. (3.10. Rasm).



3.10. Rasm. Taklif qilingan usuli yordamida har ikki tomonning plikatsiyasining yakuniy ko‘rinishi

Xosil bo‘lgan konglomerat sakropeksiya amaliyotini ishonchli tarzda setkali implantni biriktirishga negiz bo‘adi.

Bizning tomonimizdan tavsiya qilinayotgan jarrohlik usuli siydik qopini repozitsiyasi va levatoroplastika bilan yakunlanadi.

Natijada quyidagi natijalarni olishga muvaffaq boldik:

- Chanoq tubini mustahkamlash — har 2 tomondan dumg‘aza-bachadon va bachadon dumaloq boylamlarini bir-biriga pliksiya qilish va levatoroplastika bilan amalga oshirildi.
- Tsistosele muammosini uning yanada rivojlanmasligi uchun siydik qopi devorini dumg‘aza-bachadon va bachadon dumaloq boylamlariga tikib qo‘yish bilan erishiladi;
- Siydik pufagi va orqa Duglasning vistseral pardasi va ularning dumg‘aza-bachadon va bachadon dumaloq boylamlariga mahkamlanishi tufayli churra xaltasi ishonchli tarzda tikiladi, bu bizning operatsiyamizdan keyin kichikchanoq ikkala Duglas chuqurchasi sohasidagi ishonchli biriktiruvchi to‘qima va mushak asosini hosil qiladi.

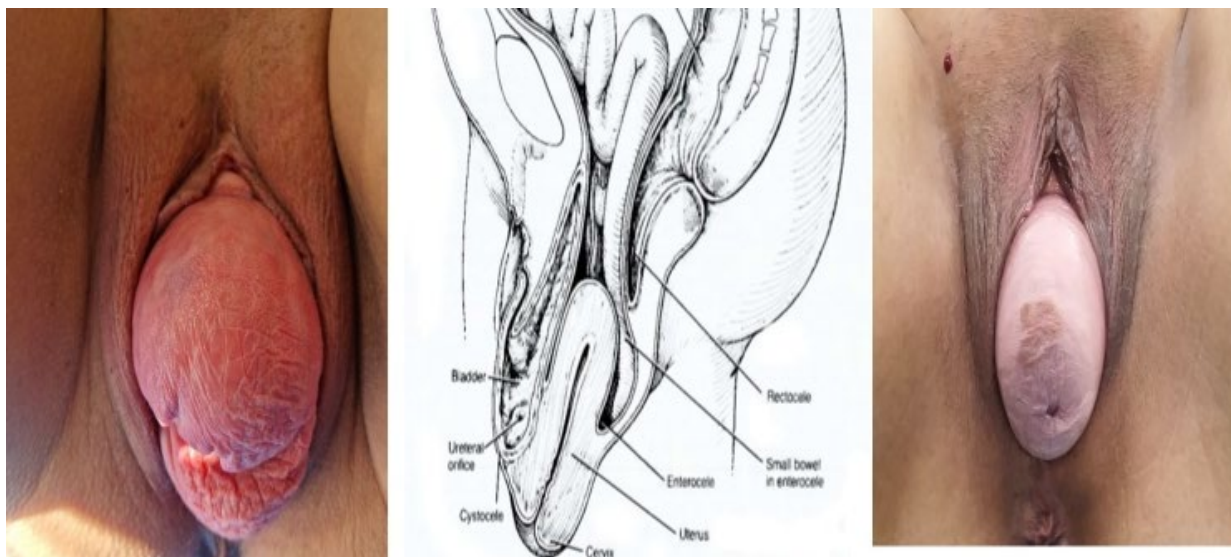
- Bachadon ortiqqlari, konus-tos boylamlari, tubar burchak, tuxumdon larning o'z boylamlari, bachadonning dumaloq boylamlari bir-biri bilan bo'lganligi sababli maxsus bitta tugun hosil qiladi va bu shakllangan birlashma keyinchalik tos bo'shlig'ining shakllanishida ishtirok etadi, keyinchalik ular ikkala tomondan bir-biri bilan bog'lanadi va kuchli tos tubinitashkil qiladi. Bu esa AJAPning qaytalanishini oldini oladi.

- Bachadon qin orqali introperitoneal tarzda kesiladi. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, bachadonning dumg'aza-bachadon va yumaloq boylamlari kesishmaydi, balki qinning orqa devori bilan bog'langan holda qoladi. Bu dumg'aza-bachadon va yumaloq boylamlar o'rtasida sakropeksiya tasma-sini ularning plikatsiyasidan keyin ishonchli biriktirilishiga imkon beradi.

-

§ 3.3. Jinsiy a'zolarining prolapsi uchun jarrohlikning vaginal usulida bachadon yumaloq va dumg'aza bachadon boylamlarining samaradorligini asoslash.

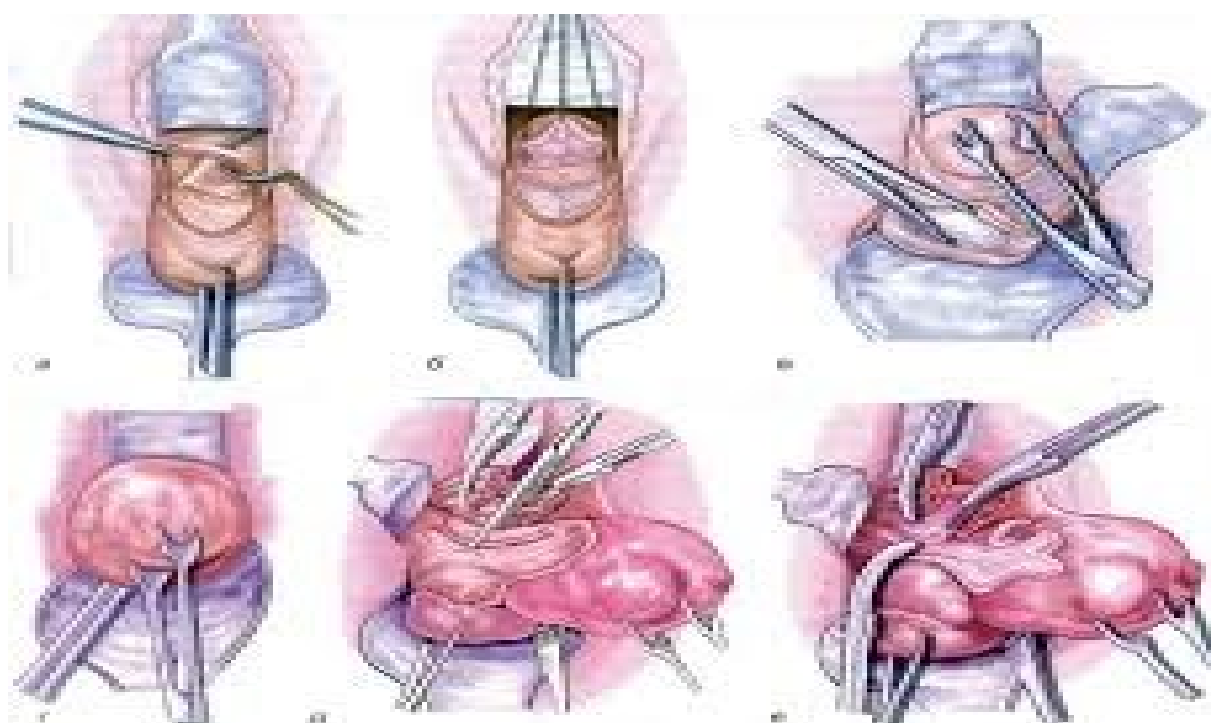
Ayollar jinsiy a'zolar prolapsi jarrohlik amaliyotini qin orqali amalga oshirishga ko'rsatma bachadon 3-4 darajali prolapsida, bachadon hajmi 12 xaftalikdan kichik bo'lgan, jinsiy a'zolar prolapsi churra haltasiga ega bo'lgan ayollarda amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyoti chanoqqa kirishning qin usuli bilan amalga oshiriladi (3.11. Rasm).



3.11.Rasm. Jinsiy a'zolar churra halta asosiy tarkibi

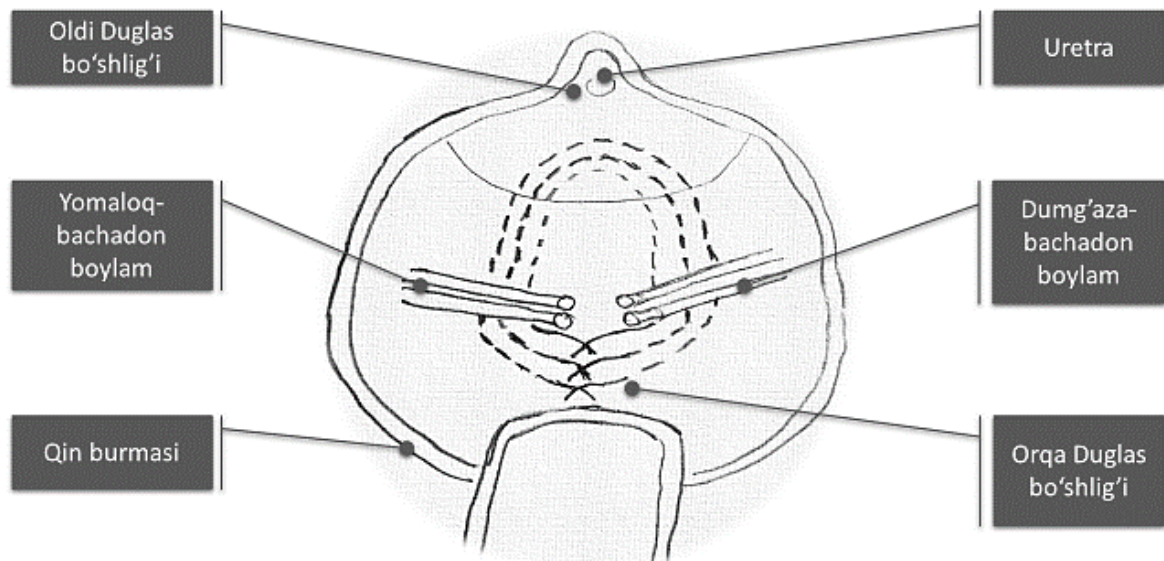
Operatsiya anesteziya ostida o'tkazildi — umurtqa anesteziyasi (SMA). Bemor operatsiya stoliga litotomiya holatida yotqizilgan (oyoqlari bir-biridan ajratilgan, maxsus stendlarga joylashtiriladi). Biz qin shilliq qavatida baliq og'ziga o'xshash dumaloq kesma bilan kesamiz [Xirsh X.A., Kezer O., Ikle F.A. 2007]. Keyin old va orqa gumbazlarni ochamiz. (3.12. rasm). Hech qanday tub farq yo'q, bachadon old yoki orqa qin gumbazlari orqali chiqarilishi mumkin. Biz orqa gumbaz orqali foydalanamiz, chunki bu erda bachadonning yumaloq boylami aniqlik bilan ko'rinadi. Yumaloq bachadon, kardinal, konus-tos boylamlarini ketma-ket kesib chok qo'yish va bog'lashdan so'ng bachadon chiqariladi va olib tashlanadi. Shu bilan birga, bachadonning yumaloq boylami konus-tos boylami bilan bitta tugunda joylashgan bo'lib, bu juda muhimdir. Kardinal boylam bachadonning yumaloq boylamini qo'shib ikki tomondan tikiladi. Shunday qilib, bachadonning yumaloq, konus-tos boylamlari va kardinal boylamlar tos tubida kuchli yagona konglomeratini hosil qiladi.

Soʻngra bachadon yumaloq boylamlari har 2 tomondan soʻrilmaydigan iplar bilan chokga olinib dumgʻaza-bachadon boylami oʻrta qismiga mahkamlanadi. Shundan soʻng, orqa Duglass qorin pardasi qarama-qarshi tomonga punktir chiziqsimon chokga olinib u chok ham dumgʻaza-bachadon boylamidagi chokga qoʻshiladi. Chok shu yosinda davom etib siydik pufagining oldingi devoridagi vistseral qavatiga punktirsimon oʻtib boradi. Chok iplari shunday bogʻlanadiki, choklar orasida toʻgʻri ichakni bemalol boʻshatish uchun 3 koʻndalang barmoqli kanal qoladi.



3.12. Rasm. Qin usulida bachadon ekstirpatsiyasi.

Shunday qilib dumgʻaza-bachadon boylamining distal qismiga 3 qavatli choklar qoʻyish bilan amalga oshirildi. Choklarga qinning yonbosh devorlarining olinishi qin devorlarining pastlab tushib qolishini oldini olishga yordam beradi. (3.13. rasm).



3.13. Rasm.Churra halta tikish metodikasi.

Ushbu hosila siydik pufagini qorin bo'shlig'i tomoniga va yuqoriga tortib ko'taradi va sistoselleni bartaraf etadi. Bizning tomonimizdan tavsiya qilinayotgan jarrohlik usuli siydik qopini repozitsiyasi va levatoroplastika bilan yakunlanadi.

Natijada quyidagi natijalarni olishga muvaffaq boldik:

Bachadonning barcha boylam apparati, qorin parda old va orqa gumbazi bir-biriga bog'langan holda kuchli tos tubini yaratishda ishtirok etadi.

- Chanoq tubini mustahkamlash — har 2 tomondan dumg'aza-bachadon va bachadon dumaloq boylamlarini bir-biriga plikatsiya qilish kolpoperineo levatoroplastika va siydik pufagi repozitsiyasi bilan yakunlanadi.

- Tsistosele muammosini uning yanada rivojlanmasligi uchun siydik qopi devorini dumg'aza-bachadon va bachadon dumaloq boylamlariga tikib qo'yish bilan erishiladi;

- Siydik pufagi va orqa Duglasning qorin pardasi va ularning dumg'aza-bachadon va bachadon yumaloq boylamlariga mahkamlanishi tufayli churra xaltasi ishonchli tarzda tikiladi, bu

bizning operatsiyamizdan keyin kichikchanoq ikkala Duglas sohasidagi ishonchli biriktiruvchi to‘qima va mushak asosini hosil qiladi.

- Yana bir o‘ziga xos xususiyat shundaki, chuqur qin to‘g‘ridan-to‘g‘ri yangi hosil bo‘lgan tos bo‘shlig‘iga biriktirilganligi sababli hosil bo‘ladi, bu normal intim hayotni tiklash uchun asos bo‘lib, bu shubhasiz hayot sifatini yaxshilaydi va oilani saqlab qoladi.

- yangi yaratilgan tos bo‘shlig‘i sintetik lentani birlashtirishga sakropeksiya amaliyotini bajarish uchun asos bo‘lib xizmat qilishi mumkin — bu operatsiya vaginal bosqichdan keyin laparoskopik usulda amalga oshiriladi.

Biz tavsiya etayotgan jarrohlik amaliyoti uchun Uzbekiston Respublikasi adliya vazirligi huzuridagi intellektual mulk agentligidan 1 patent uchun ijobiy ekspertiza xulosasi olingan.

Ayollarda qinning to‘liq prolapsi bilan biz operatsiya texnikasini takomillashtirdik va uni sakropeksiya bilan to‘ldirdik, bizning texnikamiz yangi bo‘lib, quyidagilardan iborat:

Dumg‘aza va dumaloq boylamlarni plikatsiya qilishning asosiy maqsadi keyinchalik sakropeksiyaning amalga oshirishidir. Gap shundaki, lentani qinning orqa devoriga bog‘lansa, agarda qorin bo‘shlig‘i bosimi oshsa, kerakli darajadgi qalinlikka ega bo‘lmagan va mushak to‘qimasidan iborat qinning orqa devorlarikeyinchalik qin cho‘ltog‘i qayta tushib qolishi mumkun. Shunga ko‘ra biz sakropeksiya jarrohlik texnikasini optimallashtirdik.

1- Bachadon qin teshigidan ekstroperitoneal tarzda kesiladi. Shu bilan birga, shuni ta’kidlash kerakki, bachadonning dumg‘aza-bachadon va yumaloq boylamlari kesishmaydi, balki qinning orqa devori bilan bog‘langan holda qoladi. Bu dumg‘aza-bachadon va yumaloq boylamlar o‘rtasida sakropeksiya tasma

ularning plikatsiyasidan keyin ishonchli biriktirilishiga imkon beradi.

2- Biz ishlab chiqqan va tavsiya etayotgan texnika nafaqat qin cho'ltog'ini lenta yordamida iloji boricha dumg'azaga mahkamlash vabalki yuqorida aytib o'tilganidek, churra xaltasining 3 qavatili chokga tikish imkonini beradi.

3- Ushbu usul qovni yangi yaratilgan anatomik tuzilishga xavfsiz tarzda mahkamlash imkonini beradi. Bu ularning orasiga prolen lenta bilan o'ralgan dumaloq va dumg'aza-bachadon boylamlarini, shuningdek, old va orqa duglasning visteral pardasini va siydik pufagini o'z ichiga oladi, shuning uchun bu bilan siydik pufagi ham yuqoriga ko'tariladi. Qinning old devori qovning keyinchalik tushib qolishi ishonchli tarzda oldi olinadi.

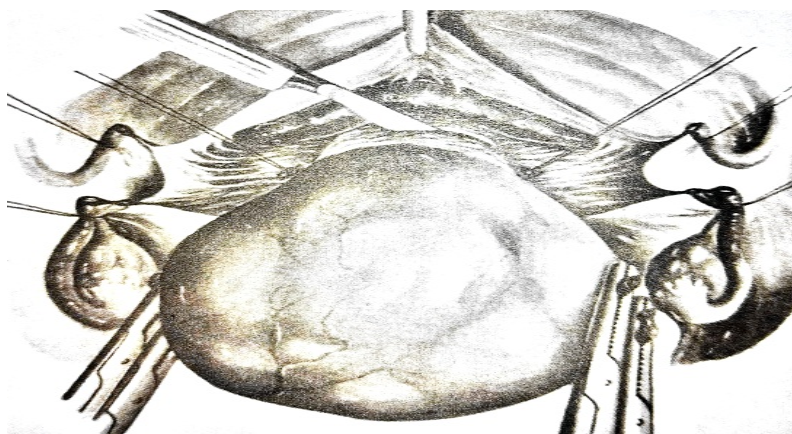
4- Lentaning proksimal qismi qorin bo'shlig'iga 2chi va 3chi dumg'aza umurtqa pog'onalari orasidagi to'qimalarga mahkamlanadi.

5- Sakropeksiya qorin bo'shlig'ini ekstirpatsiya qilish paytida xar bir AJAPga ega bo'lgan ayollarga tavsiya etiladi.

Operatsiyadan so'ng barcha bemorlar tekshiruvdan o'tkazildi, ginekologik bimanual va rektal tekshiruvdan o'tkazildi, qin devori va gumbazining holatini, ularning qinga kirish joyiga nisbatan lokalizatsiyasini aniqlandi. Levatorlar tonusi bemorni qinni siqishini so'rash orqali aniqlandi. Agar mushaklarning qisqarishi sodir bo'lsa, u holda ijobiy test sifatida baholandi. Biz tomonimizdan ishlab chiqilgan jarrohlik amaliyoti AJAP bilan bo'lgan ayollarda laparoskopik usulda xam bajarilishi mumkun. Shuningdek kursatma deb asoslanib AJAPni laparoskopik eksterpatsiya davrida boylamlarning pliksiya qilib kiritish muhim deb xisoblaymiz. Chunki kelgusida churra halta va qin devori tushib qolishi ishonchli ravishda oldi olinadi. Qo'shimcha qilib aytish kerakki, biz taklif qilgan jarronlik amaliyotida 32 nafar

ayolda TVT-O amaliyoti bajarilgan. Ob'yektiv ma'lumotlar va genital prolapsning rivojlanish mexanizmlari asosida qin devorlarining dumaloq, dumg'aza-bachadon boylamlarini plikatsiya qilishdan iborat bo'lgan patogenetik asoslangan jarrohlik taktikasi ishlab chiqilgan bo'lib, bu kasallikning qaytalanishini oldini olishga yordam beradi, bu esa yuqori iqtisodiy samaradorlikni ta'minlaydi va ushbu amaliyot amalga oshirishga kulay, oson bo'lganligi sababli xar bir ginekologik yordam ko'ratish bosqichlarida keng foydalanish mumkun.

Shunday qilib, biz dumaloq va dumg'aza- bachadon boylamlarining ikkala tomonida ishlab chiqilgan plikatsiya operatsiyasi texnikasi, ayniqsa, 4- darajali jinsiy a'zolar prolapsiga ega bo'lgan ayollarda sakropeksiya operatsiyasini yanada ishonchli bajarishga imkon beradi. Kardinal boylamlarni klemmaga olib kesilgandan sung ikki tomondan kesib boylanadi so'ng intraperitoneal eksterpatsiya usuliga o'tamiz. (3.14. Rasm).



3.14. Rasm. Intraperitoneal eksterpatsiya usuli.

Uning afzalligi dungaza — bachadon boylamlar kin tubida biriktirilgan holda koladi. Ekstroperitoneal ekstrapatsiya usulida esa dungaza- bachadon boylamlari kesiladi va o‘z mokhiyatini yo‘qotadi. Biz ekstroperitoneal usullarini saraton kasalliklarida amalga oshiramiz. Shuning uchun, ekstroperitoneal ekstrapatsiya usulida qin cho‘ltog‘i aksariyat hollarda qayta tushib qoladi. Chunki dung‘aza — bachadon boylami qinning kardinal boylami bilan birgalikda qinning orqa devoriga tikilmaydi va prolaps qaytalanishi kuzatiladi. Shuning uchun biz intraperitoneal eksterpatsiya tikuvni taklif qilamiz.

Keyinchalik, biz bachadonning kranial qismini tortamiz va dung‘aza- bachadon boylamlarni shikaslamasdan sirkulyar kesma qilamiz. Bunday holda, qin naychasi bachadon bo‘ynidan buzilmasdandung‘aza — bachadon boylamibilan ajratiladi.

Shu bilan birga, dung‘aza — bachadon boylamlari o‘tadigan tomirlar tomonidan qinning oziqlanishi buzilmaydi.

Bachadonni olib tashlaganimizdan so‘ng, biz qin cho‘ltog‘ini uzluksiz Reverden choklari bilan tikishni davom ettiramiz, tikuv ikkala kardinal va dung‘aza-bachadon boylamlarni bir-biriga bog‘lab qo‘yadi, shundan so‘ng biz churra qopini yo‘q qilishga va bizning usulimiz yordamida tos bo‘shlig‘ining kuchli mushak biriktiruvchi to‘qimasini yaratishga kirishamiz.

Qinning old devori ichki bo‘g‘izidan biriktirmaning orqa devoriga o‘tish bilan ularga zarar bermasdan, biz sirkulyal kesmalar qilamiz.

Dumaloq — bachadon boylamlari dung‘aza — bachadon boylamiga tikiladi, birinchi qavat Duglasning oldi, orqa qorin pardasi va qin devorining bir qismi dung‘aza — bachadon boylami o‘rtasidan va siydik pufagini oldingi tomondagi to‘qimasi birgalikda punktirsimon choklarga olinib tikiladi va bog‘lanadi,

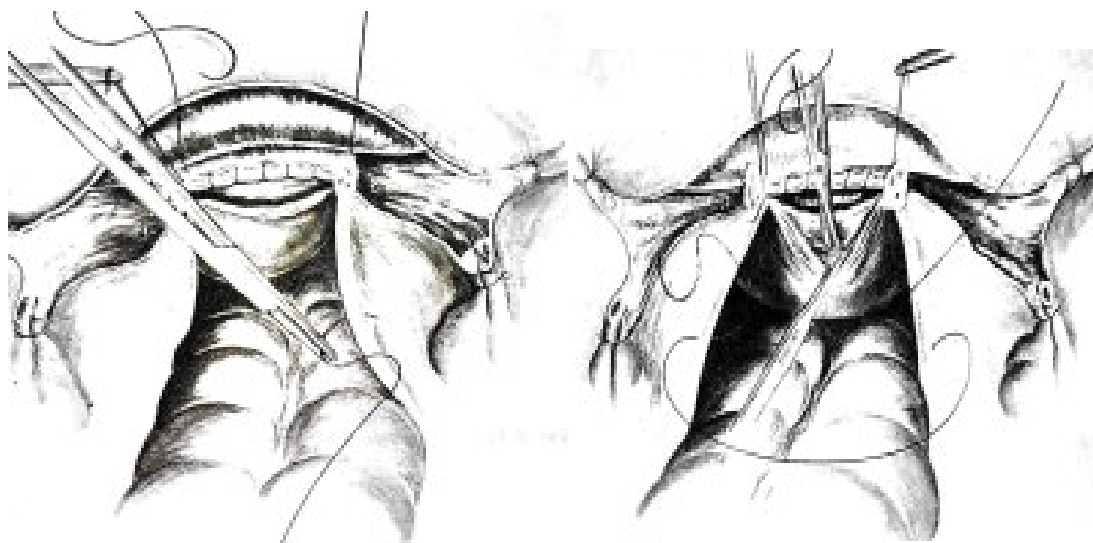
shunday qilib birinchi qavat hosil qiliadi. 2-3-qavatlar xam yuqorida keltirib o‘tilgan birin ketinlikda amalga oshirilida.

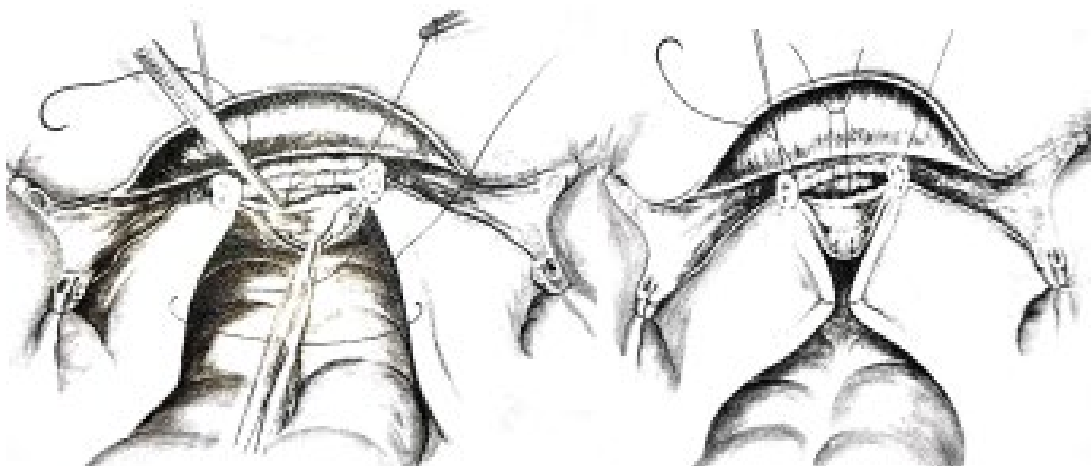
Biz tomonimizdan ishlab chiqilgan va tavsiya etilgan jarrohlik taktikasi amalga oshirishda 2 ta qoidaga amal qilish kerak:

1) to‘g‘ri ichak, orqa gumbaz va dumg‘aza – bacadon dublikatsiyalar oralig‘ida o‘lik bo‘shliq hosil bo‘lmasligi kerak.

2) oxirgi qavat rektal devor oldida punktirsimon choklar bilan ushlanish zarur.

Ushbu usul churra qopining haddan tashqari kattaligida amalga oshiriladi, bu hollarda biz V.V. Moshkovich usuliga ko‘ra qo‘shimcha xaltasimon (kiset chok) tikuvlarni qo‘llaymiz.





3.15. Rasm.Mokkol kuldoplastika usuli Xirsh X.A., Kezer O., Ikle F.A. 2007

Shundan so‘ng biz tomonimizdan ishlab chiqilgan va taklif qilgan 3 qavatli choklar metodikasini qo‘llashni davom ettiramiz.

Shunday qilib, churra xaltasining katta o‘lchamlari bilan biz birinchi navbatda V.V. Moshkovich choklarini qo‘llaymiz va keyin churra qopini tikish orqali biz taklif qilgan usulni amalga oshirishga o‘tamiz, bunda churra xaltasi butunlay yo‘q qilinadi.

Agar to‘qima displaziyasiga shubha qilingan bo‘lsa, dumg‘aza — bachadon boylamlari orasidan sintetik prolen tasma-sini ekstraperitaneal joylashtirgandan so‘ng dumg‘aza — bachadon boylamlarini tikish amalga oshiriladi, so‘ngra sakropeksiya qilinadi.

Bachadon ekstirpatsiyasini qin usulida amalga oshirish uchun xuddi shu qoida bo‘yicha sintetik prolen lentalarni o‘rnatish mumkun.To‘g‘ri ichak va oxirgi chok o‘rtasidagi boylamlarni plikatsiya qilishda choklarni qo‘llashda to‘g‘ri ichakda defekatsiya erkin evakuatsiya bo‘lishi uchun 3 ta ko‘ndalang barmoqchali masofani qoldirish kerakligi axamiyatga ega.

1 usul: 1-2 darajali ayollar jinsiy a‘zolari prolapsida oldi, orqa kolpoperineolevatoroplastikada, biz bachadon bo‘yni old

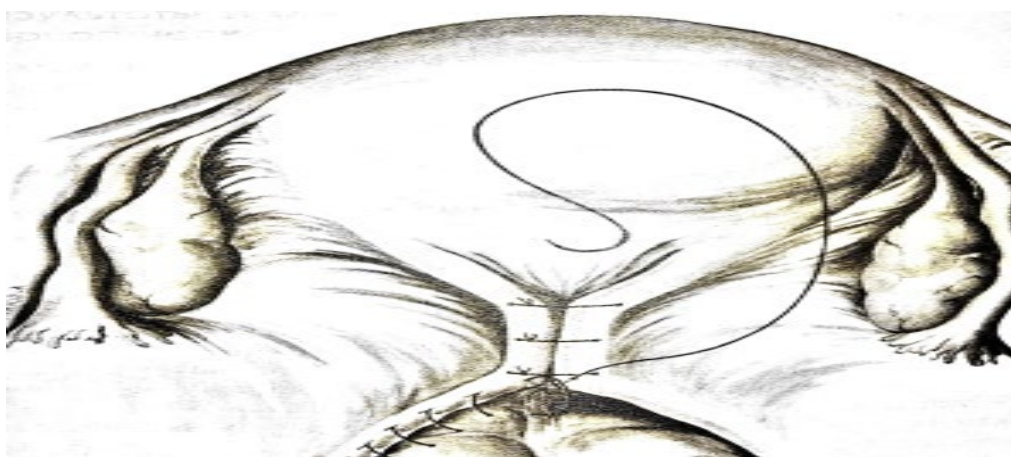
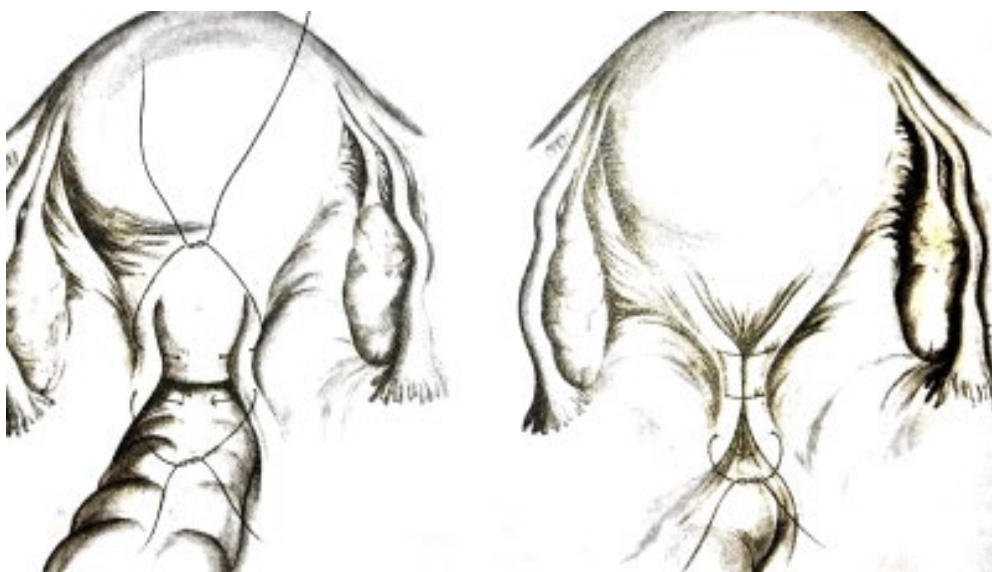
devorida kardinal boylamlari ikki tomondan plikatsiyasini o'tkazishni maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Buning uchun old va orqa Duglas bo'shlig'i ochiladi va plikatsiya so'rilmaydigan iplar yordamida amalga oshiriladi, shundan so'ng qin devorlarining butunligi tiklanadi.

2-usul: Faqat orqa qin gumbazi ochiladi va 3 qator dumg'aza – bachadon boylalari xar ikkala tarafdin chokga olinib bir-biriga tikiladi. Ushbu texnikaning ikkalasi ham 2 ta muammoni hal qilishga imkon beradi. (3.15. Rasm).

- bachadon bo'yni tushib qolishini bartaraf etiladi va qin normal anatomik holatiga yuqoriga ko'tariladi

- bachadonning egilishi bartaraf etiladi.

Oldi, orqa kolpoperineolevatoroplastikada amalga oshirish bachadonning holatini o'zgartirmaydi va bachadon prolapsi xavfini saqlaydi. Shunday qilib, biz jinsiy a'zolarining 1-2-darajali prolapsi va bachadonning egilishida, ayniqsa, reproduktiv funksiyani saqlamoqchi bo'lgan yosh ayollarda kardinal boylam yoki dumg'az – bachadon boylamlari plikatsiyalarni amalga bajarishga oson usul sifatida prolapsni yo'q qilishni taklif qilamiz (3.16. rasm). Og'ir holatlarda biz qorin bo'shlig'i va qin orqali ayollarda jinsiy a'zolarining prolapsini davolash va oldini olish uchun yuqorida tavsiflangan jarrohlik amaliyotini taklif qilamiz. Qorin bo'shlig'i texnikasiga kelsak, biz sakropeksiyaning bajarish kerak deb hisoblaymiz, chunki biz yaratgan yangi biriktiruvchi mushak to'qimasi cho'ltog'i ishonchli tarzda sakropeksiya uchun sintetik lentani mahkamlash imkonini beradi. Shunday qilib, biz 1-2-darajali va 3-4-darajalar uchun standartlashtirilgan jarrohlik usullarini jinsiy a'zolar prolapsidan aziyat chekadigan ayollarga yordam berish standartlari sifatida taklif qilamiz.



3.16. Rasm dumg‘aza – bachadon boylam plikatsiyasi Xirsh X.A., Kezer O., Ikle F.A. 2007

Yuqorida keltirib o‘tilganlardan kelib chiqqan xolda, jarrohlik metodikasi uchun ixtiro patentiga ariza berildi va birlamchi ijobiy ekspertiza xulosasiga sharhlov olindi.

Dissertatsiya ishni bajarish jarayonida “Способ укрепления тазового дна” nomli ixtiro patentiga birlamchi ijobiy ekspertiza xulosasi olindi. (O‘zbekiston Respublikasi intellektual mulk agentligi tomonidan 2023-yil 12-aprel IAP 2023 0201 –son bilan berilgan). (3.17. Rasm).

Xulosa qilib aytish mumkinki, bu jarrohlik metodikasi jinsiy a‘zolari churra xaltasiga ega bo‘lgan ayollar keng qo‘llanilishi mumkin. Ayollar uchun ko‘shimcha jarrohlik amaliyotini, iqtisodiy xarajat talab etilmasligi bilan avzaldir. Bu amaliyot qo‘llashda osonligi xar bir akusher ginekolog 2 drajali statsionar sharoitda bajara oladi va qiyinchilik tug‘dirmaydi.

IFI-02- shakl

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ADLIYA VAZIRLIGI HUZURIDAGI
«INTELLEKTUAL MULK MARKAZI» DAVLAT MUASSASASI**
CENTER FOR INTELLECTUAL PROPERTY STATE INSTITUTION
UNDER THE MINISTRY OF JUSTICE OF THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN

100011, Toshkent shahri, Xadra mavzei, 53 uy

12 APR 2023 IAP № 20230201/1 – son

Собинова М. Р., д. 4, улица Лаيفлак обод,
Юнусбадский район, г. Ташкент, Республика
Узбекистан, 100190. Телефон: +998 (97)473-53-32
E-mail: makhichekhrasobirova1991@gmail.com

Yozishma vaqida talabnoma raqamiga havola qilinsin
При переписке следует ссылаться на номер заявки

Talabnoma ko‘rib chiqishga qabul qilinganligi to‘g‘risida
QAROR
РЕШЕНИЕ
о принятии заявки к рассмотрению

(21) Talabnoma № IAP 2023 0201 Заявка №	(22) Talabnoma topshirilgan sana 31.03.2023 Дата подачи заявки
(71) Talabnoma beruvchi(lar) Заявитель(и)	Собинова Мохичехра Расулжан кизи, UZ
(72) Muallif(lar) Автор(ы)	Собинова Мохичехра Расулжан кизи, UZ Курбанов Джахонгир Джамолович, UZ Курбанов Бахадир Бабинович, UZ Абдуллаев Расул Набиевич, UZ Абдуллаева Малиха Азизовна, UZ
(54) Ixtiro nomi Название изобретения	Tos tubini mustahkamlash usuli Способ укрепления тазового дна

Ushbu talabnoma bo‘yicha rasmiy ekspertiza tugallanganligini ma‘lum qilamiz (Qonunning* 21-moddasi).
Rasmiy ekspertiza ixtiro formulasiining 1 bandida ko‘rsatilgan ixtiro bo‘yicha o‘tkazildi.
Настоящим уведомляем, что формальная экспертиза по данной заявке завершена (статья 21 Закона*).
Формальная экспертиза проведена в отношении изобретения, указанного в 1 пункте формулы изобретения.
Izoh: Talabnoma beruvchining rasmiy ixtiro nomlasiga ko‘ra talabnoma to‘g‘risidagi ma‘lumotlar muddatdan avval nashrda chop etiladi.
Примечание: по ходатайству заявителя будет осуществлена досрочная публикация сведений о заявке.

**Ixtirolar va foydali
modellar bo‘limi**
Отдел изобретений
и полезных моделей



* O‘zbekiston Respublikasining «Ixtirolar, foydali modellar va sanoat namunalari to‘g‘risida» Qonuni
* Закон Республики Узбекистан «Об изобретениях, полезных моделях и промышленных образцах»
*** Ixtiroga O‘zbekiston Respublikasi patentini berish uchun talabnoma tuzish, topshirish va ko‘rib chiqish qoidolari, 22.03.2004 y. 1329-son bilan Adliya vazirligida ro‘yxatga olingan.
*** Правила составления, подачи и рассмотрения заявки на выдачу патента Республики Узбекистан на изобретение, рег. Минюста №1329 от 22.03.2004 г.

3.17. Rasm O‘zbekiston Respublikasi intellektual mulk agentligi tomonidan 2023-yil 12-aprel IAP 2023 0201

IV. BIZ TAKLIF ETAYOTGAN JARROHLIK AMALIYOTINING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI TAXLILLARI

Jarrohlik amaliyoti olib borilgan ayollarda asoratlar intraoperatsion, erta operatsiyadan keyingi (30 kungacha) va operatsiyadan keyingi kechki asoratlarga (30 kundan ortiq) bo'lingan. Ayollarda intraoperatsion asoratlar retrospektiv va prospektiv guruhlarimiz tahlillari shuni ko'rsatdiki bemorlarda operatsiya davomiyligi o'rtacha $81,1 \pm 1,5$ daqiqani (120 dan 220 daqiqagacha), prospektiv guruhida o'tkazilgan jarrohlik amaliyoti, ya'ni bachadonni yumaloq va dumg'aza bachadon boylamlari plikativasi bemorlarda — $65,6 \pm 2,2^*$ (60 dan 140 daqiqagacha) tashkil etdi. Operatsiya paytida yo'qotilgan qon Retrospektiv guruhimizda 250 dan 300 ml gacha o'zgarib, o'rtacha $267,4 \pm 3,3$ ml, prospektiv guruhimizda — 110 dan 200 ml gacha, o'rtacha $193,7 \pm 5,61$ aniqlandi. ($P < 0,05$). Gemotransfuziyon terapiya talab qilinmadi. Ayollarda kunlik yotoq birinchi guruhimizda 4 kun, ikkinch guruhda 3 kunni tashkil etdi bemorlarni jarrohlikdan so'ng tez tiklanishidan va iqtisodiyi jihatdan maqbuldir. Jarrohlikdan so'ng hayot sifati baholandi retrospektiv guruhga nisbatan prospektiv guruhimizda qoniqarli. (4.1 -jadval)

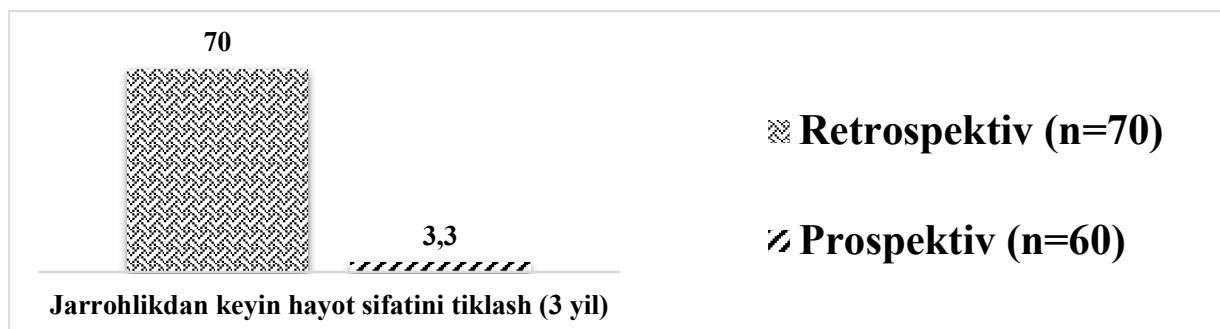
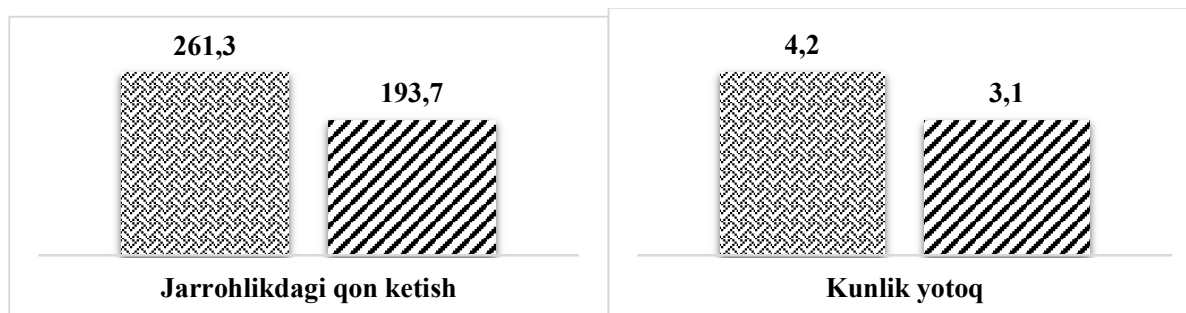
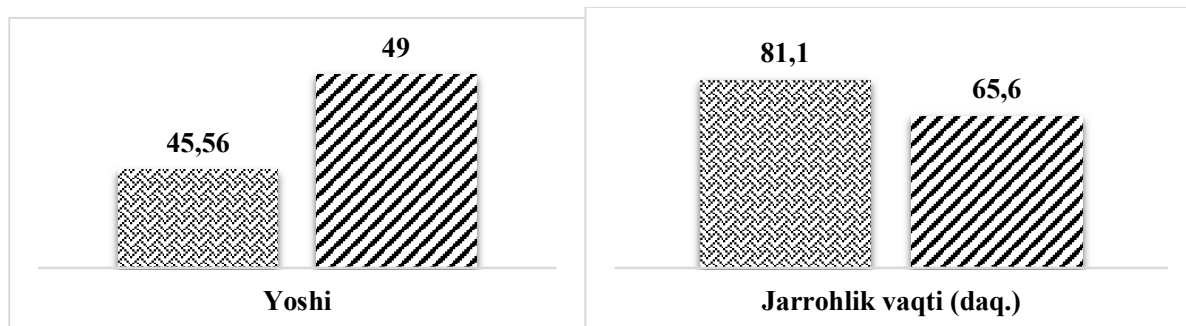
4.1. Jadval

Tekshirilayotgan guruhlarda jarrohlik aralashuvining xususiyatlari

Ko'rsatkichlar	Retrospektiv (n=70)	Prospektiv (n=60)
Yoshi	$45,56 \pm 1,25$	$49,0 \pm 1,12$
Jarrohlik vaqti (daq.)	$81,1 \pm 1,5$	$65,6 \pm 2,2^*$

Jarrohlikdagi qon ketish	261,3±3,1	193,7±5,61*
Kunlik yotoq	4,2±0,13	3.1±0,10*
Jarrohlikdan keyin hayot sifatini tiklanishi (3 yil)	30%	99.7%

Izox *- retrospektiv guruhga nisbatan sezilarli (*-P<0,001;)



4.1. Rasm. Tekshirilayotgan guruhlarda jarrohlik aralashuvining xususiyatlari

Jarrohlik amaliyotidan soʻnggierta davrlarda(3 kungacha) ayollarda asoratlarni tahlillari shuni koʻrsatdiki, qorin pastida va oraliq yumshoq toʻqimalarda ogʻriq ikki guruhda ham baravariga xar 3chi ayolda kuzatildi, yaʼni retrospektiv guruhda 23 (34%)ni,

prospektiv guruhda 20(33%) ni tashlik etdi. Gipertermiya retrospektiv guruh ayollarida 14 (20%) dakuzatilgan, gipertermiya sababi qinning paravezikal sohasining gematomalari edi. Gematamani jarrohlik yo‘li bilan davolash talab qilinmadi, ular konservativ terapiya paytida rezorbsiyaga uchradi (antibakterial, yallig‘lanishga qarshi terapiya).(4.2. jadval)

Prospektiv guruhimizda esa 2 (3%) ayollarda gipertermiya kuzatildi va bu Foley kateteri 2 kun turganligi, siydik yo‘l infeksiyasi rivojlanganligi sababli vujudga kelgan.

4.2. Jadval

Bemorlarda jarrohlik amaliyotidan keyingi erta davrda asoratlari(3 kun)

Asoratlari	Retrospektiv n-70	Prospektiv n-60	P – ko‘rsatqich
Qorin pastida va oraliq yumshoq to‘qimalarda og‘riq	23 (34%)	20(33%)	$p > 0,05$
Gipertermiya	14 (20%)	2 (3%)	$p < 0,05$
Gematoma	8 (11.4%)		$p < 0,05$
Peshob ajratishga qiyinchilik	41 (41%)	2 (3.3%)	$p < 0,05$
Peshob ushlabb tura olmaslik	6 (8.6%)		$p < 0,05$

Eslatma. Ma’lumotlar chastotalar (%) sifatida taqdim etiladi. Farqlar $p > 0,05$ da statistik ahamiyatga ega emas, Xi-kvadrat testi, kuzatishlar soni < 5 , Fisher testi

Jarrohlik amaliyotidan keyingi kechki davrlarda biz asoratlari (3 yillik) tahlillarini olib bordik va hayot sifatini baholandi. O‘z navbatida biz bularni 3 guruhga bo‘ldik dizurik buzulishlar, ya’ni siydik tuta olmaslik, tomchilab oqib ketish ananaviy usulda

bajarilgan jarrohlikdan keyin 24 nafar 70% ayollarda kuzatildi.(4.3. Jadval).

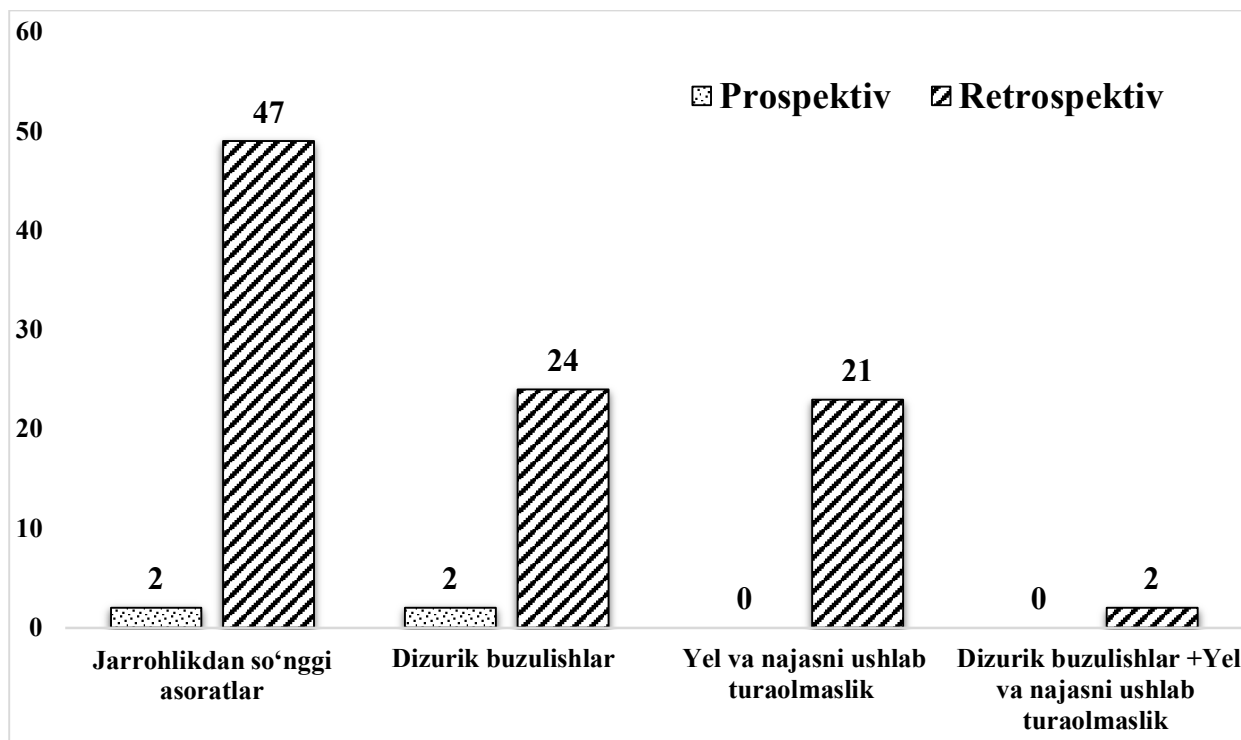
4.3. Jadval

Jarrohlik amaliyotidan keyingi kechki davrlardagi asoratlar

	Retrospektiv		Prospektiv	
	n	%	n	%
Jarrohlikdan soʻnggi asoratlar	47	67,2	0	0
Dizurik buzulishlar	24	34,29	0	0
Yel va najasni ushlab turaolmaslik	21	30	0	0
Dizurik buzulishlar +Yelva najasni ushlab turaolmaslik	2	2,86	0	0

Eslatma: ^-ikkinchi guruh koʻrsatkichlari bilan solishtirganda sezilarli (^-P<0,01).

Yel va najasni ushlab turaolmaslik retrospektiv guruh, yaʼni ananaviy jarrohlik amaliyoti oʻtkazgan ayollarda 23 nafar 32,86%ni, aralash turi dizurik buzulishlar va yel va najasni ushlab turaolmaslik 2 nafar 2,86% ni tashkil etdi. Prospektiv guruhda yuqoridagi asoratlar kuzatilmadi.



4.2. Rasm. Jarrohlikdan so'nggi asoratlar

Jarrohlik amaliyoti olib borilgan ayollarda amaliyotdan kegin 1 oy va 3 yil dan so'ngi mudatlarda AJAP qaytalanish tabiati tahlillari olib borildi. Bir oy mobaynidagi qaytalanishlar tabiati retrospektiv guruhimizda o'rganilganda qaytalanish belgilari kuzatilmadi. Prospektiv guruhimizda 2 nafar ayollarimizda ya'niy 3% da dizurik belgilar aniqlandi. Uch yildan so'ngi tahlillarimiz shuni ko'rsatdiki retrospektiv guruh ayollarda qingumbazning to'liq bo'lmagan prolapsi 12 (5,9%), qingumbazning to'liq prolapsi 9 (4,41%), 2 darajali qin oldi devorining prolapsi va 1 darajali qin orqa devorining prolapsi 3 (6,12%), 2 darajali qin orqa devorining prolapsi va 1 darajali qin old devorining prolapsasi 2 (2,85%), Qinoldingi devorining 1 darajali prolapsi 23 (46,9%) nafar ayollarda uchragan. Prospektiv guruhimizda prolapsning takrorlanishi aniqlanmadi. (4.4. Jadval)

4.4. Jadval

AJAP qaytalanishining tabiati va chastotasi

AJAP qaytalanishining tabiati va chastotasi		
	Retrospektiv n- 49	Prosprktiv n- 38
1 – oy	Prolapsning takrorlanishi aniqlanmadi	3.3% ayolda dizurik buzulishlar
3 — yil	Qingumbazning to‘liq bo‘lmagan prolapsi 12 (24.4%); 2 darajali qin oldi devorining prolapsi va 1 darajali qin orqa devorining prolapsi 3 (6,12%); 2 darajali qin orqa devorning prolapsi va 1 darajali qin old devorining prolapsasi 2 (2,85%); 1 darajali qinoldingi devorining prolapsi 23(46,9%).	Prolapsning takrorlanishi aniqlanmadi

Biz tomonimizdan ishlab chiqilgan va taklif etilayotgan mahsus so‘rovnoma tahlillari jarrohlikdan song ayollarda olib borildi va quydagi natijalar aks etdi. Soglom ya’niy AJAP belgilariga ega bo‘lmagan ayollarimiz retrospektiv guruhimizda 21 (30%) ashkil etdi. Prospektiv guruhimizda 50 (96%) tashil etdi. Retrospektiv guruhda birinchi darajali AJAP uchun havf omil 23 nafar ayolda ya’ni (46,9%) ni, 2- darajali AJAP xavf omil 14 (20%)ni, 3-darajali AJAP xavf omil 12 (17,2%) aniqlandi. Prospektiv guruhimizda esa 1-darajali AJAP uchun xavf omil 2 (3,8%)ni tashkil etdi.(4.5 Jadval)

4.5 Jadval

Jarrohlik davolashdan keyingi mahsus so'rovnoma asosida ayollarning hayot sifatini baholash.

Ballar asosida soʻv natijalari	Bemorlar	
Darajasi	Retrospektiv n-49	Prospektiv n-52
0-25 ballsoғʻlom ayollar	21 (30%)	50
26-50 ball1-darajaliAJAP xavf omil	23 (46.9%)	2 (3.8%)
51-75 ball. 2 darajali AJAP xavf omil	14 (20%)	-
76-100 ball3-darajali AJAP xavf omil	12 (17.2%)	-

Shunday qilib, yuqorida keltirib oʻtilgan maʼlumotlar biz taklif etayotgan jarrohlik amaliyotini yotoq kuni kamligi, jarrohlik amaliyoti davrida qon yuqotish miqdor ozligi, asoratni kamligi, tez hayot sifati tiklanishi biz ishlab chiqqan va taklif etayotgan amaliyot afzal ekanligini tasdiqlaydi. Yukorida keltirib utilgan malumotlar shuni tasdiklaydiki, retrospektiv guruximizdagi ayollarda asosiy AJAP olib keluvchi yetarli darajada jarroxlik amaliyoti taktikasi tanlanmaganligi, egk profilaktik davo chora tadbirlari olib borilmagan xamda xavf omillardan ogʻir jismoniy mexnat etibordan chetta kolgan. Bizning metodikamizda ayollarni jaroxlik amaliyotidan oldin xavf omillarni aniklab bartaraf etib, amaliyotdan sung xam reabilitatsiya chora tadbirlarini davom ettirishdan iborat, yaʼni egk rivojlanmasligni oldini olish, ogʻir jismoniy mexnatni istisno qilish va tos mushak tukimalarini mustaxkamlash uchun maxsus mashklardan foydalanish nazorat ostida olindi.

TADQIQOT NATIJALARI

Ayollar jinsiy a'zolarining prolapsi zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib, ginekologik kasalliklar tarkibida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, kech reproduktiv yoshdagi ayollarda tos a'zolarining prolapsi uchrashi 28-30%ni tashkil qiladi va postmenopozal davrda bu ko'rsatkich 60-80% gacha oshadi [5;b.21-32 25;b.320, 56;b.73-79. 61;b.309-14, 68;b.12-30]. 50 yoshdan keyin deyarli har ikkinchi ayol shunga o'xshash patologiyaga duch keladi va ularning 11,1 foizi jarrohlik davolashga muhtoj hicoblanadi.

Jarrohlik usullarining xilma xilligiga qaramay, AJAPning takrorlanishi pasaymaydi [1;b.42-47, 6;b.81-84, 114;b.113-1120]. Ko'pincha, dastlabki anatomik va funksional buzilishlarni noto'g'ri tiklash shuningdek, tos a'zolarining prolapsini tuzatishda jarrohlik taktikasini noto'g'ri tanlash kasallik belgilarining qaytalanishiga olib keladi. AJAPning takroriy shakllari 30-40% hollarda uchraydi [12;b.341-347,15;b.195-197, 24;b.82-86, 26;b.84-87, 32;b.49-52, 73;b.382-395, 81;b.83-87, 83;b.13-21, 105;b.105-106].

Jarrohlik davolash uchun eng qiyin va klinik amaliyotda juda keng tarqalgan tos a'zolari tushishining takrorlanish shakllaridan biri bu qin gumbazning gisterektomiyadan keyingi prolapsidir [52;b.65-72, 59;b.37-46 83;b.13-21, 108;b.145-151, 109;b.585-589, 116;b.601, 124;b.337-42], ularning uchrashi turli mualliflarning fikriga ko'ra, 0,5 dan 43% gacha [1;b.195-197, 41;b.55-60]. Masalan, V. E. Radzinskiy va boshqalar. (2008) qorin bo'shlig'iga kirish yo'li bilan gisterektomiyadan so'ng qin gumbaz yoki bachadon bo'ynining elongatsiyasi, oldingi jinsiy a'zolar prolapsi bo'lmagan ayollarning 5 foizida va qin orqali gisterektomiyadan keyin — bemorlarning 12 foizida kuzatilgan.

Ta'kidlanganidek, qin gumbazining apikal qismini jarroxlik yo'li bilan gisterektomiya paytida fiksatsiya qilish kasallikning qaytalanish uchrashining pasayishiga va shunga mos ravishda operatsiya samaradorligining oshishiga olib keladi [35;b.56-60, 44;b.166-169, 46;b.31-36, 59;b.37-46].

To'rli sintetik implantlarning jarrohlik amaliyotiga joriy etilishi, shuningdek, tos a'zolarining prolapsining takrorlanishi sonining kamayishiga va jarrohlik davolash natijalarini optimallashtirishga yordam berdi. Biroq, to'rli protezlardan foydalanish doimiy og'riq, qin shilliq qavati eroziyasi, deformatsiyalar, o'smalar va implantlarning infeksiyasi kabi to'r bilan bog'liq asoratlarni xavfini oshirdi; uretro-, sisto- va rekto-vaginal oqmalarning shakllanishiga olib keladi [74;b.119-125,98;b.11].

So'nggi yillarda jahon tendensiyalarini hisobga olish va bir qator muvaffaqiyatsizlikka uchraganligi sababli Yevropa va AQSH mamlakatlarida to'rli polipropilen implantlardan foydalanish, genital prolapsni jarrohlik davolashda foydalanish uchun yangi texnologiyalarni ishlab chiqish dolzarb bo'lib qolmoqda. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, toz a'zolarini mahkamlash chun boylam apparitidan foydalanish yordamida gisterektomiyadan keyingi genital churraning oldini olish uchun ishlab chiqilgan jarrohlik usuli 100% samaradorlikka erishildi.

Bachadonning to'liq prolapsi bo'lgan bemorlarda qin gumbazning gisterektomiyadan keyingi prolapsining takrorlanish tezligini va to'r bilan bog'liq asoratlarni kamaytirishni ta'minlash uchun jarrohlik texnikasini optimallashtirish zarurati ushbu tadqiqot uchun asosiy sabab bo'ldi.

Yuqorida keltirib o'tilgan ilmiy tadqiqotimizning maqsadini shakllantirishga imkon berdi: ayollarjinsiy a'zolar prolapsini

bartaraf etish va uning qaytalanishini oldini olish uchun jarrohlik amaliyotini innavatsion usulini ishlab chiqish va asoslash.

Biz tomonimizdan tekshirilgan va jarrohlik amaliyoti olib borilgan 45 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 60 nafar bemorni o'z ichiga oladi.

Ko'plab manbalarning ma'lumotlari jinsiy a'zolarining prolapsini yosharish tendensiyasiga ega ekanligini ko'rsatdi, bu AJAP uchun tibbiy yordam so'ragan keksa yoshdagi bemorlar sonining ko'payishiga olib keladi [31;b.67-69, 37;b.72-75, 39;b.38-42, 43;b.108-116]. Bu kasallikning bosqichma-bosqich rivojlanishi va bemorlarning jarrohlik davolanishni istamasligi bilan bog'liq (Furst A. va boshqalar, 2019) [108;b.585-89]. Bizning tahlillarimizga ko'ra 30 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan ayollarda AJAP uchrashi retrospektiv guruhda 30%ni, prospektiv guruhda 18.3% tashkil etdi.

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra asoratli tug'ruqlar, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tana vazni, oraliq yumshoq to'qimalar yirtilish xavfini oshiradi va genital prolaps uchun xavf omillaridan biri xisoblanadi [5;b.21-32, 36;b.46-50, 52;b.65-72., 105;b.105-106]. Anamnez ma'lumotlarini tahlil qilgandan so'ng, biz tana vaznini 3 guruhga bo'ldik. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni 4000 gr dan ortiq bo'lganlar retrospektiv guruhimizda 25.8%ni, 3 darajali oraliq yumshoq to'qimalar yirtilish 22.2%ni tashkil etdi. Prospektiv guruhimizda tana vazni 4000 gr dan ortiq bo'lgan chaqaloqlar 40%ni, oraliq yumshoq to'qimalar yirtilish 64.2% bemorlarda sodir bo'lgan. Chet el adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqning vazni 4000 g dan ortiq bo'lsa, tos a'zolarining prolapsi xavfi sezilarli darajada oshadi [103;b.232]. Adabiyot ma'lumotlari homiladorlik va tug'ilishning tos a'zolari prolapsining shakllanishidagi ahamiyatini ko'rsatadi [58;b.46-47].

AJAP olib keluvch yani bir qator xavf omillar oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'lib, qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga olib keladi, bu tos a'zolarining kelib chiqishi patogenezida xavf omillaridan biri hisoblanadi [12;b.341-347, 115;b.139-40]. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, tadqiqotga kiritilgan bemorlarning 72.8% -73.3 foizida qorin bo'shlig'i bosimini oshiradigan kasalliklar (ich qotib qolishga olib keladigan surunkali oshqozon-ichak kasalliklari, arterial gipertenziya 51.3–50%ni, metabolik buzulishlar 31,9%- 36,2%ni ya'niy semizlik darajasi 1-2 darajasi qayt etild. Bir qator mualliflar qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga olib keladigan surunkali kasalliklarga bemorlarda tos a'zolari prolapsining kuchayishi va rivojlanishi haqida keltirib o'lgan [128;b.1848-55, 10;b.1848-55, 87;b.707-15.].Anamnestik ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan ayollarning asosiy shikoyatlari dispareuniya 48,57%-57%ni, perineum sohada begona jism hissi 35,7%-46,6%ni, peshob ajratishga qiyinchilik 20% — 32,3%ni tashkil etdi. Mahalliy va xorijiy adabiyotlariga ko'ra, yuqoridagi shikoyatlar prolaps bilan og'rikan bemorlarning 10-58 foizida uchraydi, bu bizning natijalarimizga to'g'ri keladi [54;b.12-30, 68;12-30, 107;b.3.].

Jinsiy a'zolarining prolapsi diagnostikasi anamnez ma'lumotlarga asoslangan, funksional testlar bilan ginekologik tekshiruvlari (Valsalva testi va yo'tal testi), tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi ko'rsatkichlari, kichik tos a'zolarining MRT, maxsus so'rovnomadan foydalangan holda bemorlarni so'roq qilindi.

AJAP va prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolash natijasi ko'plab omillarga bog'liq bo'lib, ularning asosi har bir holatda to'g'ri jarrohlik taktikasini tanlashdir.

Shunday qilib, AJAP epidemiologiyasi, etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari to'g'risidagi manbaalar tahlillarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ushbu kasallikni davolash texnologiyasi va taktikasini takomillashtirish va tos a'zolarining prolapsi paydo bo'lishining anatomik va funksional holatlarini chuqur o'rganish bo'yicha ko'plab tadqiqotlar o'tkazilganiga qaramay, bu muammo to'liq hal qilinmagan. Ayollar jinsiy a'zo prolapslari haqidagi ta'limotda uning patogenezi, tos bo'shlig'i deb ataladigan tos diafragmasining tarangligini oshirish bo'yicha ko'plab masalalarni hal qilish, shuningdek, yanada takomillashgan jarrohlik amaliyoti yordamida tos bo'shlig'i boylamlar tizimini mustahkamlovchi usullarni ishlab chiqishni talab etadi.

Dissertatsiya ishini bajarish jarayonida **“Способ укрепления тазового дна”** nomli biz ixtiro patentiga birlamchi ijobiy ekspertiza xulosasini oldik. (O'zbekiston Respublikasi intellektual mulk agentligi tomonidan 2023-yil 12-aprel IAP 2023 0201 –son bilan berilgan).

Xulosa qilib aytish mumkinki, bu jarrohlik metodikasi jinsiy a'zolari churra xaltasiga ega bo'lgan ayollar keng qo'llanilishi mumkin. Ayollar uchun ko'shimcha jarrohlik amaliyotini, iqtisodiyxarajat talab etilmasligi bilan afzaldir. Bu amaliyot qo'llashda osonligi xar bir akusher ginekolog 2 darajali statsionar sharoitda bajara oladi va qiyinchilik tug'dirmaydi.

Yuqorida keltirib o'tilgan ma'lumotlar biz taklif etayotgan jarrohlik amaliyotini jarroxlik texnikaning soddaligi, yotoq kuni kamligi, jarrohlik amaliyoti davrida qon yo'qotish miqdor ozligi, asoratni kamligi, tez hayot sifati tiklanishi amaliyot afzal ekanligini tasdiqlaydi.

Ayollarning hayot sifatini yaxshilash uchun barcha joylarda ginekologik amaliyotga biz tomonimizdan ishlab chikilgan va

tavsiya etilayotgan davolash-profilaktika chora-tadbir algoritmini standart sifatida joriy etish zarur deb xisoblaymiz. (1. Rasm)

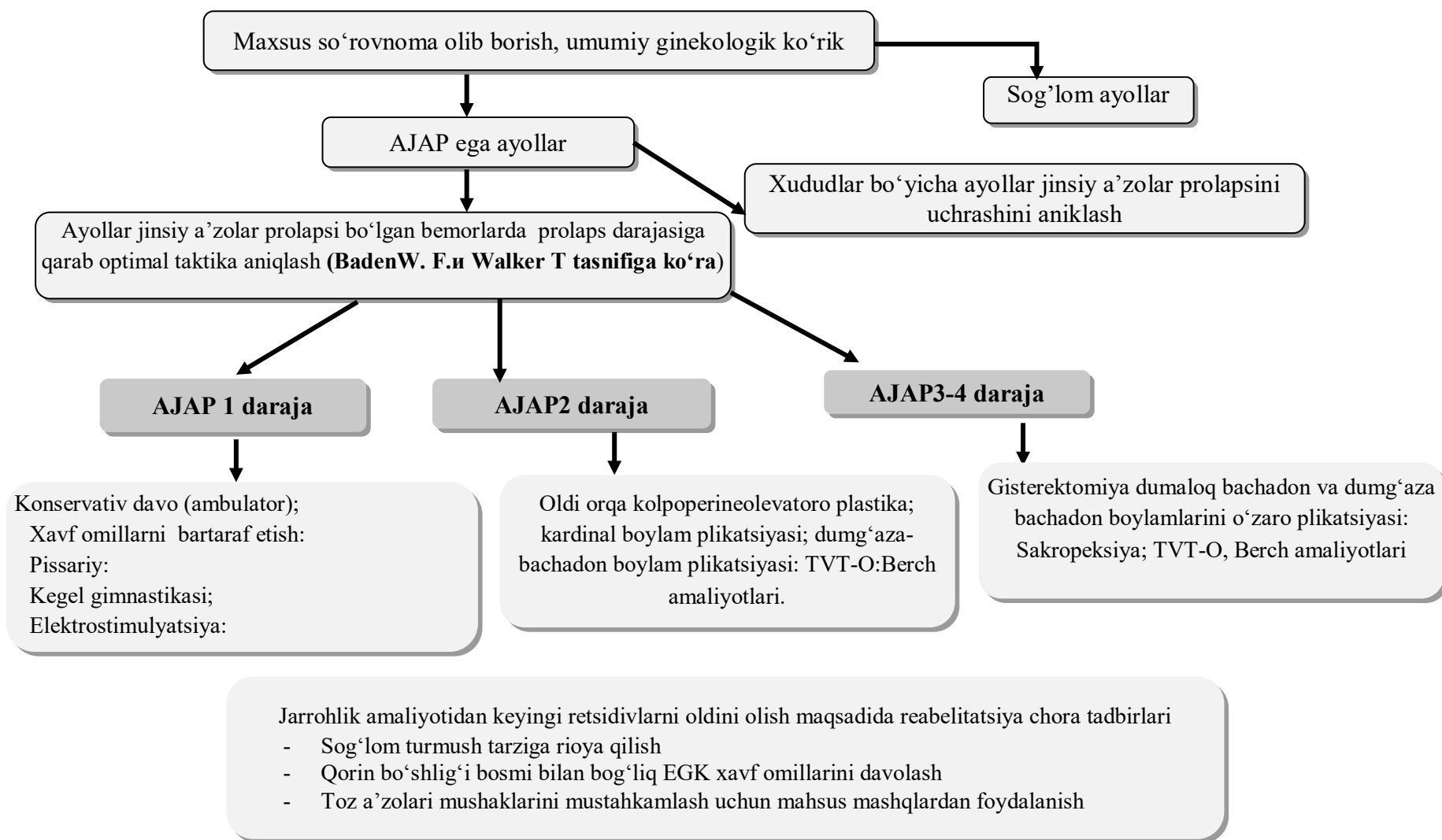
Shunday qilib, biz tomonimizdan ishlab chiqilgan dumaloq va dumg‘aza-bachadon boylamlarining ikkala tomonida plikatsiya jarrohlik texnikasi, ayniqsa, 4- darajali

jinsiy a‘zolar prolapsiga ega bo‘lgan ayollarda sakropeksiya operatsiyasini yanada ishonchli bajarishga imkon beradi. Biz taklif etayotgan yangi jarrohlik amaliyoti oson va ortiqcha moliyaviy xarajatlar talab etmaydi va har qanday darajadagi ginekologik bo‘limlarda amalga oshirish mumkinligi boshqa usullardan afzalroqdir.

Xulosa qilib aytish mumkinki, bu jarrohlik usuli jinsiy a‘zolari prolapsiga ega bo‘lgan ayollarda keng qo‘llanilishi mumkin. Ayollar uchun o‘tkaziladigan qo‘shimcha jarrohlik amaliyoti, iqtisodiy xarajat talab etilmasligi bilan afzaldir. Bu amaliyot qo‘llashda osonligi, xar bir akusher ginekolog 2 darajali statsionar sharoitida bajara oladi va qiyinchilik tug‘dirmaydi.

Biz taklif etayotgan jarrohlik amaliyotini yotoq kuni kamligi, jarrohlik amaliyoti davrida qon yo‘kotish miqdori ozligi, asoratni kamligi, tez hayot sifati tiklanishi amaliyotning afzal ekanligini tasdiqlaydi. Tadqiqot natijalari asosida algoritm ishlab chiqildi.

Algoritmga asosan: 500 bemorda olib borilgan so‘rovnomaga asosan JAP bor be morlardagi klinik belgilarning xarakteristikasi, laborator,UTT ma‘lumotlari, sog lom ayollardagi shu ma‘lumotlar xam olinib bemorlardagi uzgarishlarni kasallik ning belgilari ekanligiga xulosa qilishga asos bo‘ladi.



1. Rasm. Ayollar jinsiy a'zolar prolapsida optimal profilaktik davo - chora tadbirlar xajmini tanlash bo'yicha algoritmi

Ushbu ma'lumotlarni jadval xolatida tadqiqod davomida kursatib o'tilgan. Bu ma'lumotlarni taxlil qilib JAP ning darajasi aniqlanadi. Ushbu algoritm bosqichi ambulator-poliklinika soxasida amalga oshirildi. JAPning diagnostikasi ma'lumotlari barcha ambulator-poliklinika akusher-ginekologlar tomonidan uzlashtirib olingan. JAP diagnostika va uning darajalari aniqlangandan so'ng 1- darajadagi prolapslar bor ayollarni ambulatoriya sharoitida konservativ usullar bilan davolanishi mumkin bo'ladi. Shuningdek, ushbu bemorlarga "Xavf omillarini bartaraf etish, Kegel gimnastikasi, Elektrostimulsiya" usullarini qo'llanildi. So'ngra JAP bilan 2-3-4- darajali bemorlarda tashrixlarning optimal variantini qo'llash taktikasi amalga oshirildi.

JAP ning 2-3-4- darajali turlarida asosan jarroxlik amaliyotlari olib boriladi. Qanday jarroxlik amaliyoti qullash xarbi bemor uchun aloxida masala xisoblanib individual taktika qo'llanildi.

JAPning 2 - darajali turida asosan jarroxlik amaliyotlari olib boriladi "Oldiorqa kolpoperineolyevatoroplastika; TVT-O: kardinal boylam plikatsiyasi; dumg'aza-bachadon boylam plikatsiyasi. Ushbu jarroxlik amaliyoti yangi usul qo'llanganda 100% li musbat natijalar olindi, tashrixdan so'ng umuman AJAP ning qaytalanishi kuzatilmadi. Ushbu natija genital prolapsning boshlang'ich bosqichlarida yangi usulni qullashga ko'rsatma borligidan dalolat berdi.

AJAPning 3-4 darajali bosqichlarida tashrixni bachadon ekstirpasiyasi o'tkazishni taqozo etishi aniqlandi va tashrix davrida yangi usulni qo'llash uchun tos ichi barcha boylamlarini bachadon, tuxumdon boylamlarini kesishda u boylamlarning tashrix oxirida qinning tushib kolmasligi uchun boylamlar chultloqlari maksimal darajada qullanilishini xisobga

olgan xolda kesishni rejalashtirishni taqozo etadi. Bu bemorlarda “Gisterektomiya, dumaloq bachadon va dumg‘aza - bachadon boylamlarini o‘zaro plikatsiyasi: Sakropeksiya; TVT-O amaliyoti” amalga oshirildi. Bachadon dumaloq, kardinal, dumg‘aza – bachadon, tuxumdonlarning boylamlari va qin gumbazi qorin pardasini Reverden bo‘yicha choklar bilan tikiladi va ikkala kardinal boylamlar qinningikkala tomonidan naychalar shaklida qin devorlariga tikiladi. Shunday qilib, endi qin gumbazi eng kuchli kardinal, dumg‘aza-bachadon boylamlari tomonidan ushlab turiladi. Bachadon ortiqlari, konus-tos boylamlari, tubar burchak, tuxumdonlarning o‘z boylamlari, bachadonning yumaloq boylamlari bir-biri bilan bog‘langanligi sababli maxsus bitta tugun(ikkala tomondan koglomerat) hosil qiladi va bu shakllangan birlashma keyinchalik tos bo‘shlig‘ining shakllanishida ishtirok etadi. Tashrix ohirida ular ikkala tomondan bir-biri bilan bog‘lanadi va kuchli tos tubinitashkil qiladi. Bu esa AJAPning qaytalanishini oldini oladi. AJAP qaytalanishi oldi olinganligi, bemorlarning shifohonada yotish kunlarini qisqarishi, asoratlarning uchramasligi, bemorlar hayot tarzining yaxshilangani ayni AJAP xastalida sog‘liqni saqlashni byutjet hisobini rejalashtirishda taklif etilgan “AJAP hastaligini jarroxlik davolashning yangi usuli” ortiqcha sarf-xarajatlarni qisqartirishga imkoniyat beradi.

XULOSALAR

Ayollarda genital prolapsning jarrohlik davolash usulini tanlashni optimallashtirish mavzusi bo'yicha tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori dissertatsiya mavzusidagi tadqiqotlar asosida quyidagi xulosalar taqdim etildi:

1. Retrospektiv tadqiqot tahlillariga ko'ra, ayollarda genital prolapsning jarrohlik amaliyotidan keyingi takrorlanish darajasi yuqori bo'lib, 70% holatda aniqlandi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, retsedivlarning asosiy sabablari ayollarning 2/3 qismida jarrohlik amaliyotini yetarli darajada to'g'ri tanlanmaganligi bo'lib, ushbu patologiyaga olib keladigan omillarni aniqlash va bartaraf etishdan iborat bo'lgan davolash va profilaktika choralarining etishmasligidir. Yuqoridagilar yagona davolash-profilaktika chora-tadbirlarini ishlab chiqish zarurligini taqozo etadi.

2. Keng qamrovli tadqiqotlarga asoslangan izlanishlar natijasida ayollar jinsiy a'zolarining prolapsi yosharish tendensiyasiga ega ekanligi aniqlandi. Ayol jinsiy a'zolari prolapsining birinchi belgilari 30-36 yoshda aniqlangan. Keng qamrovli tadqiqotlarga ko'ra, 30 va undan katta yoshdagi ayollarning atigi 4 foizida ayollar jinsiy azolari prolaps belgilari aniqlanmadi, tekshirilganlarning 30,8 foizida 1 darajali ayollar jinsiy azolari prolaps belgilari, 42 foizida 2 darajali ayollar jinsiy azolari prolaps belgilari va qolgan 21,2 foizida 3-4 darajali ayollar jinsiy azolari prolaps belgilari kuzatilgan. Ayollar jinsiy azolari prolaps belgilari rivojlanish uchun xavf omillar bo'lib asoratli tug'ruq, og'ir jismoniy mehnat va ekstrogenit kasalliklar aniqlandi.

3. Biz taklif qilayotgan tadqiqotlar majmuasiga quyidagilar kiradi: obyektiv tekshiruv va maxsus ishlab chiqilgan

so‘rovnomadan foydalanish kasallikning dastlabki bosqichlarida ayol jinsiy a‘zolarining prolapsini aniqlash va uning darajasini baholash. Bu o‘z navbatida differensial davolash taktikasini ishlab chiqish imkonini beradi va skrining sifatida tavsiya etiladi. Ayollarning hayot sifatini yaxshilash uchun patologiyani aniqlash usuli, ma‘lum bir mintaqaning byudjetini rejalashtirishga imkon beradi.

4. Ayollar jinsiy a‘zolarining prolapsini jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun biz ishlab chiqqan usul qin va qorin bo‘shlig‘iga kirish orqali ham, laparoskopiya usulida ham qo‘llaniladi. Uning soddaligi va qulayligi tufayli u ginekologik yordamning barcha qatlamlarida qo‘llaniladi va ko‘rsatmalarga qarab, sakropeksiya va TVT-O bilan samarali birlashtirilishi mumkin. 3 yildan keyingi ayollar hayot sifatini o‘rganish obyektiv va mahsus so‘rovnoma natijalari tahlil qilish asosida jarrohlik amaliyotidan keyingi retsedivlar va kasallik bartaraf etilganligi tasdiqlandi.

5. Operatsiyadan oldingi va keyingi davrda biz ishlab chiqqan davolash-profilaktika chora-tadbirlarining samaradorligi yagona jarrohlik taktikasi va ayollar jinsiy a‘zolarining prolapsiga olib keladigan omillarni bartaraf etish asosida isbotlangan. Anonim so‘rovnoma natijalarini tizimli tahlil qilish ma‘lum bir mintaqada genital prolapsning yangi holatlarini o‘z vaqtida aniqlash va sog‘liqni saqlash byudjetini maqsadli rejalashtirish imkonini beradi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. AJAP bilan ogʻrigan bemorlarga standart ginekologik tekshiruvlar bilan bir qatorda kasallikning bosqichini va uning asoratini aniqlash uchun maxsus soʻrovnomadan foydalanish tavsiya etiladi. Jarrohlik amaliyotidan soʻng ayollarning hayot sifatini baholash va operatsiyaning taktikasi haqida subyektiv mulohazalarga javob olish mumkin. Biz tomonidan ishlab chiqilgan soʻrovnoma AJAPning uchrashi va bosqichini aniqlash uchun tavsiya etiladi, bu esa bunday ayollarni davolash uchun byudjetni rejalashtirish imkonini beradi.

2. Retsidivlarning yuqori takrorlanish tezligini hisobga olgan holda, AJAPni jarrohlik davolash taktikasini standartlashtirishni kiritish kerak. Shunga koʻra tavsiya etilayotgan qin va qorin boʻshligʻi orqali eksterpatsiyalarda jarrohlik amaliyoti albatta, dumgʻaza va dumaloq boylamlarni plikatsiya qilish, old va orqa Duglas-churra qopining qorin pardasini soʻrilmaydigan 3 bosqichli choklar bilan tikish birga boʻlishi kerak.

3. Jarrohlik amaliyotning tavsiya etilgan texnikasi koʻp vaqtni olmaganligi, bajarishda osonligi, retsedivlar yoʻqligi, ishlab chiqilgan texnikasi butunlay yangi boʻlib, AJAPdan aziyat chekadigan ayollar uchun ginekologik stssionar yordamning barcha darajalarida qoʻllanilishi mumkin.

4. Keng qamrovli tadqiqotlar asosida bizprofilaktik davo chora-tadbirlar algoritmini ishlab chiqdik va jarrohlik davolash taktikasini oʻrnatdik, bu intro va operatsiyadan keyingi asoratlarning uchrashini kamaytirish va kasallikning qaytalanishini bartaraf etish uchun tekshiruv muddatini qisqartirish imkonini beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Aliyev E.A., Axmedova E.V /Prolaps tazovix organov (obzor literaturi) //Koloproktologiya. 2016. № 2 (56). S. 42-47.
2. Banaxevich R.M., Barkovskiy D.Ye/ / Rezultati operativnix vmeshatelstv u jenshin s retsidivom prolapsa zadnego segmenta vlagalisha // Zaporozskiy meditsinskiy jurnal. 2014. № 3 (84). S. 81-84.
3. Banaxevich R.N., Akimova K.B., Pariyenko Ye.A., Vdovichenko Ye.A. /Analiz ekstragenitalnix faktorov razvitiya retsidiva genitalnogo prolapsa // Zaporozskiy meditsinskiy jurnal. 2014. № 5 (86). S. 82-84.
4. Barinova E.K., Damirova S.F., Aryutin D.G., Ordinyants I.M., Gagaev Ch.G., Zulumyan T.N., Ordinyants E.G. /Apikal prolapsni qin orqali kirishdan foydalangan holda davolashga differentsial yondashuv.//Akusherlik va ginekologiya. 2020; 6: 124-131.<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.6.124>
5. Barsukov A.N., Kulikov A.A., Peresada O.A./Osenka stepeni prolapsa tazovix organov i vibor metoda xirurgicheskoy korreksii // Reproktivnoye zdorovye v Belarusi. 2010. № 5 (11). S. 21-32.
6. Baxayev V.V., Gorin B.C., Salov P.P., Lutsik L.A /Rabochaya klassifikatsiya prolapsa gyenitaliy u jenshin.//Jurnal akusherstva i jenskix bolezney. 2009. T. 58. № 5. S. 18-20.
7. Bejenar V.F., Guseva Ye.S., Sipurdeeva A.A., Rusina Ye.I., Suladze L.K.
/Sravnitel'naya otsenka kachestvajiznibolnixposlekorreksiigenitalnogoprolapsarazlichnimisinteticheskimiimplantatami//Jurnal akusherstva i jenskix bolezney. 2013. T. 62. № 5. S. 15-28.

8. Bezmenko A.A., Berlev I.V. Etiologiya i patogenez genitalnogo prolapsa // Jurnal akusherstva i jenskix bolezney. 2011. T. 60. № 1. S. 129-138.
9. Bushtireva I.O., Chernobabova T.V., Borontov V.G., Antimirova V.V., Babich Ye.S. /Prolaps genitaliy. otsenka effektivnosti razlichnix metodov xirurgicheskoy korreksii // Glavniy vrach Yuga Rossii. 2017. № 3 (56). S. 22-27.
10. Chow D. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse / D. Chow, L. V. Rodríguez // Curr. Opin. Urol. – 2013 Jul. – № 23 (4). – P. 293–298.
11. Gavrilov M.V., Lapina I.A., Taranov V.V., Koltinova T.G. /Opit korreksii prolapsa genitaliy pri pomoshi laparoskopicheskoy lateralnoy kolpopeksii u pasiyentok, perenesshix totalnuyu ili subtotalnuyu gisterektomiyu. // RMJ. Mat i ditya. 2019. T. 2. № 1. S. 28-32.
12. Gasparov A.S., Babicheva I.A., Dubinskaya Ye.D., Lapteva N.V., Dorfman M.F. /Xirurgicheskoye lecheniye prolapsa tazovix organov // Kazanskiy meditsinskiy jurnal. 2014. T. 95. № 3. S. 341-347.
13. Gliznitsa V.A., Xutorskaya Ya.A. Prolaps tazovix organov // V knige: /Aktualnaya medisina materialil Studencheskoy nauchno-teoreticheskoy konferensii, posvyashchennoy 120-letiyu so dnya rojdeniya S. I. Georgiyevskogo. 2018. S. 610-614.
14. Grechkanov G. O., Kotova T. V., Kachalina T. S. vaboshqalar / Tos a'zolarining prolapse bo'lgan ayollarni konservativ davolashning zamonaviy imkoniyatlari // Akusher-ginekologning Rossiya byulleteni 2021, 21-jild, №3, 46-56.
15. Dubinskaya Ye.D., Babicheva I.A., Barabanova O.E., Lapteva N.V., Radkova M.V. /Effektivnost razlichnix xirurgicheskix metodov korreksii prolapsa tazovix organov // Aktualnie

- problemi gumanitarnix i yestestvennix nauk. 2014. № 11-2. S. 195-197.
16. Ziganshin A.M., Kulavskiy, V.A. / Kliniko-anamnesticheskiye dannie patsiyentok s prolapsom genitaliy. // Tavricheskiy mediko-biologicheskij vestnik. 2017. T. 20. № 2-2. S. 37-40.
17. Ziganshin A.M., Kulavskiy V.A. / Metod prognozirovaniya faktorov riska razvitiya prolapsa tazovix organov. // Tavricheskiy mediko-biologicheskij vestnik. 2016. T. 19. № 2. S. 65-68.
18. Ivanova O.Yu., Zatolokina M.A., Zaxarova K.V. / Kliniko-anamnesticheskiye i morfologicheskkiye osobennosti u jenshin s prolapsom genitaliy // Innova. 2017. № 3(8). S. 25-27.
19. Ishenko A.A., Ishenko A.I., Aleksandrov L.S., Gilyadova A.V. / Vozmojnosti provedeniya xirurgicheskix vmeshatelstv, napravlennix na korektsiyu prolapsa tazovix organov, v usloviyax ginekologicheskogo otdeleniya gorodskogo rodilnogo doma // Arxiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva. 2018. T. 5. № 2. S. 83-87.
20. Kamoyeva S.V. / Novie texnologii ispolzovaniya setchatix implantatov v rekonstruktivnoy xirurgii tazovogo dna pri prolapse tazovix organov u jenshin // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2012. T. 12. № 1. S. 64-69.
21. Kaprin A.D., Kostin A.A., Filimonov V.B., Vasina I.V., Vasin R.V. / Operativnoye lecheniye tazovogo prolapsa. // Voprosi urologii i andrologii. 2013. T. 2. № 3. S. 25-36.
22. Krasnopolskaya I.V., Popov A.A., Tyurina S.S., Fedorov A.A., Slobodyanyuk B.A., Manannikova T.N., Barto R.A., Golovin A.A. / Sravnitelniy analiz primeneniya transvaginalnoy sakrospinalnoy fiksatsii i laparoskopicheskoy sakrokolpopeksii

- v lechenii pasiyentok s genitalnim prolapsom // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2014. T. 14. № 5. S. 66-70.
23. Krasnopolskaya I. V. /Klinik tavsiyalar-ayol jinsiy a'zolarining prolapsi – 2021-2022-2023 (19.01.2023) - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan. Yaxshilangan tartib: Omskdagi bolalar urologiyasi <http://disuria.ru>
24. Krasnopolskaya I. V. /Ayollardatosbo'shlig'Idisfunktsiyasi: klinika, diagnostika, davolashtamoyillari//Akusherlikvaginekologiya 2018. №2 82-86c.
25. Krasnopolskiy V. I., Buyanova S. N., Shchukina N. A., Popov A. A. /Operativ ginekologiya. 3-nashr. //M.: Medpress-Inform; 2017 yil. 320S.
26. Qurbonov B. B. /Jinsiy a'zolar prolapsasini jarrohlik davolash samaradorligini qiyosiy baholash.// O'zbekiston Respublikasi milliy tibbiyot-xirurgiya markazi gazetasi N. I. Pirogov Tomonidan Yaratilgan. 2018; 13(2): 84-7.
27. Kuznetsov R.V., Kajina M.V., Yagovdik I.N., Rovbut S.F., Fomenkov A.S., Kuznesova G.S. /Analiz xirurgicheskogo lecheniya prolapsa genitaliy i otsrochennie oslojneniya //Reproduktivnoye zdorovye v Belarusi. 2010. № 5 (11). S. 50-56.
28. Loran O.B., Seregin A.V., Dovlatov Z.A./Rezultati primeneniya sovremennix maloinvazivnix texnologiy v lechenii prolapsa tazovix organov u jenshin.//Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya. 2015. № 2. S. 124-130.
29. Makarenko M.V., Govseev D.A., Mixalchuk P.F., Tyan O.V. Primneneniye laparoskopichyeskoy assistirovannoy

- gisterektomii u bolnix s prolapsom matki//Zdorovye jennini. 2014. № 3 (89). S. 60.
30. Matveeva A.S., Ilkanich A.Ya., Lopaskaya J.N. /Differensirovanniy podxod k korreksii tazovogo prolapsa//V sbornike: Fundamentalnie i prikladnie problemi zdorovye sbyerejeniya cheloveka na Severe sbornik materialov III Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konfe-rensii. 2018. S. 304-309.
 31. Mgeliashvili M.V., Buyanova S.N., Petrakova S.A., Yerema V.V. /Xirurgicheskiy metod ukrepleniya matki u patsiyentok s tyajeloy formoy apikalnogo prolapsa//Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2018. T. 18. № 6. S. 67-69.
 32. Mgeliashvili M. V., Buyanova S. N., Petrakova S. A., Yudina N. V. /Jinsiy a'zolar prolapsasining og'ir shakllari bo'lgan yosh bemorlarni jarrohlik davolash xususiyatlari.// Akusher-ginekologning Rossiya byulleteni. 2017; 17(6): 49-52.
 33. Mehovskaya L.YU., Yelgina S. I., Moses V. G., Rudayeva E. V., Moses K. B. /Klinik amaliyotda doktor Arabinning ginekologik pessariyasini qo'llash tajribasi.// Kuzbassdagi ona va bola. 2020; 3: 56-60.
 34. Miklin O. P., Dyshlovaya A. V., Rummyantseva Z. S. va boshq./ Jinsiy a'zolar Prolapsi: jarrohlik davolash tajribasi.// Akusherlik va ginekologiya 2023 №23 p.122-128.
 35. Rossiya Federatsiyasi sog'liqni saqlash vazirligi. /Klinik tavsiyalar "ayol jinsiy a'zolarining Prolapsi". 2021. //Mavjud: https://roag-portal.ru/recommendations_gynecology 23.
 36. Musin I. I., Naftulovich R. A., Absalomova D. F., Luzina L. V., Popova E. M., Altinov D. V., Molokanova A. R., Yashchuk K. N. /Qo'shimcha xavf omillarini hisobga olgan holda jinsiy a'zolar prolapsi uchun rekonstruktiv operatsiyalar usulini tanlash.//Amaliy tibbiyot. 2020; 18(2): 46-50.

37. Mirovich Ye.D., Grebelnaya N.V., Mityukov V.A., Petrenko S.A.
/Prichini vozniknoveniya prolapsa tazovix organov u jenshin v razlic
ichnie periody jizni // Tavricheskiy mediko-
biologicheskiy vestnik. 2013. T. 16. № 2-2. S. 72-75.
38. Mironov V.N. // Ureterogidronefroz pri prolapse tazovix organov
u jenshin // Urologiya. 2012. № 5. S. 21-23.
39. Musin I.I., Imelbayeva A.G., Mextiyeva E.R.
/Xirurgicheskoye lecheniye i profilaktika prolapsa genitaliy v razlic
hix vozrastnix gruppax. // Kreativnaya xirurgiya i onkologiya.
2017. T. 7. № 4. S. 38-42.
40. Negmadjonov B.B., Shavkatov X.Sh. / Jinsiy a'zolar prolapsi
relapsi va asoratini jarrohlik davolashni takomillashtirish. /
Scientific progress volume 3 is issue 1 | 2022 ISSN: 2181-1601
Uzbekistan www.scientificprogress.uz 886-90
41. Nasimova N. R., Shamsiyeva M. Sh. / Aellardadagi turli
darajadagi kin prolapsini jarrohlik davolash usullari. // Doktor
axborotnomasi 2020 yil. № 1 P. 55-60
42. Orazov M.R., Radzinskiy V.Ye., Xamoshina M.B., Nosenko
Ye.N., Silantyeva Ye.S., Kampos Ye.S. / Vzglyad na
patogeneticheskiye mexanizmi formirovaniya prolapsa tazovix
organov // Trudniy patsiyent. 2018. T. 16. № 1-2. S. 9-15.
43. Orazov M.R., Xamoshina M.B., Nosenko Ye.N., Silantyeva
Ye.S., Kampos Ye.S. / Patogeneticheskiye mexanizmi
formirovaniya prolapsa tazovix organov // Akusherstvo i
ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye. 2017. № 3 (17).
S. 108-116.
44. Pamfamirov Yu.K., Xmara P.G., Samoylenko A.V.
/Korreksiya vipadeniya kupola vlagalisha posle vlagalishnoy
ekstirpatsii matki // Tavricheskiy mediko-biologicheskiy
vestnik. 2017. T. 20. № 2-2. S. 166-169.

45. Petros P. Jenskoye tazovoye dno. Funktsii, disfunktsii i ix lecheniye v sootvetstvii s Integralnoy teoriyey / P. Petros // The Female pelvic floor. – Med. press-inform, 2016., 453s.
46. Podzolkova N.M., Glazkova O.L., Kuznetsov R.E., Sozayeva L.G., Ignatchenko O.Yu., Lazareva V.S. /Differensirovanniy podxod k korreksii apikalnogo defekta pri nesostoyatel'nosti tazovogo dna u jenshin // Voprosi ginekologii, akusherstva i pyerinatologii. 2017. T. 16. № 3. S. 31-36.
47. Polyanin D.V., Lukach A.A., Britan M.S., Olxovikova S.V., Uss Ye.A. /Oslojneniya operativnogo lecheniya prolapsa genitaliy razlichnix stadiy//Vestnik Uralskoy myeditsinskoy akademi-cheskoy nauki. 2012. № 1 (38). S. 76-78.
48. Radzinskiy V.Ye., Xanzadyan M.L., Demura T.A., Konon R. /Osobennosti nakopleniya kol-lagenov I i III tipov i elastina v svyazochnom apparate matki pri prolapsax genitaliy (immunogistoximicheskiye issledovaniya) //Medit'sinskiy vestnik Yuga Rossii. 2014. № 4. S. 95-100.
49. Radzinskiy V.Ye., Xanzadyan M.L., Demura T.A. /Matriksnie metalloproteinazi i ix ingibitori v patogeneze prolapsa tazovix organov //Doktor.Ru. 2014. № S1. S. 7-10.
50. Salimova L.Ya., Shalayev O.N., Parsadanyan S.A., Omarova R.Z. /Diagnosticheckaya znachimost' dopolnitel'nix instrumental'nix metodov obsledovaniya patsiyentok s prolapsom g' genitaliy//Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhbi narodov. Seriya: Meditsina. 2013. № S5. S. 164-169.
51. Savelyeva G. M. va boshq. /Milliy rahbariyat / / Akusherlik-M.: Geotarmedia. – 2015. 453 s.
52. Seykina V.A., Jarkin N.A., Burova N.A., Proxvatilov S.A. /Modifikatsiya sposoba kombinirovannogo xirurgicheskogo lecheniya tyajel'ix form vipadeniya jenskix polovix organov

- //Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik. 2018. T. 21. № 4. S. 65-72.
- 53.Seykina V.A., Jarkin N.A., Burova N.A., Proxvatilov S.A. /Obosnovaniye sposoba xirurgicheskogo lecheniya tyajelix form prolapsa jenskix polovix organov//Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy jurnal. 2018. № 4. S. 44-49.
- 54.Sravnitelnyy analiz primeneniya transvaginalnoy sakrospinalnoy fiksatsii i laparoskopicheskoy sakrokolpopeksii v lechenii patsiyentok s genitalnim prolapsom / I. V. Krasnopol'skaya [i dr.] // Rossiyskiy vestnik akusheraginekologa. –2014. – № 5 (14). – S. 66–70.
- 55.Tarabanova O.V., Grigorova A.N., Kravsova N.A./Setchatie protezi v rekonstruktivnoy xirurgii tazovogo dna u ginekologicheskix bolnix//Jurnal akusherstva i jenskix bolezney. 2012. T. 61. № 6. S. 54-60.
- 56.Fedorova A.A. /Analiz i isxodi lecheniya u patsiyentok s prolapsom genitaliy //Sistemniy analiz i upravleniye v biomeditsinskix sistemax. 2016. T. 15. № 1. S. 73-79.
- 57.Fedorova A.A. /Noviy podxod k lecheniyu prolapsa genitaliy//Sistemniy analiz i upravleniye v biomeditsinskix sistemax. 2019. T. 18. № 1. S. 54-58.
- 58.Xatagova M.V., Safina N.S., Kaxiani Ye.I., Dudnichenko T.A. /Prolaps tazovix organov: metodi xirurgicheskoy korrektsii u bolnix s elongatsiyey sheyki matki //V sbornike: Mechnikovskiye chteniya-2019 materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy studencheskoy konferentsii s mejdunarodnim uchastiyem. Pod redaktsiyey A.V. Silina, S.V. Kostyukevicha. 2019. S. 46-47.
- 59.Shkarupa D. D., Kuba N. D., Popov E. N., Shapovalova E. A., Zaytseva A. O. /Unilateral apikal sling-sakrospinal

- fiksatsiyaning yangi ko'rinishi.// Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. 2019; 68(1): 37-46
- 60.Shkarupa D. D. va boshq. I va II darajadagi qo'llab-quvvatlash nuqsonlari uchun to'silish bo'shlig'ini birgalikda tiklash: posterior intravaginal sling va subfasial kolporrafiya. Akusherlik va ginekologiya. 2016; 8: 99-105.
- 61..Alkış I, Karaman E, Han A, Gülaç B, Ark HC. /The outcome of Manchester-Fothergill operation for uterine descent repair: a single center experience. //Arch Gynecol Obstet. 2014 Aug;290(2):309-14. doi: 10.1007/s00404-014-3200-1. Epub 2014 Mar 18.
- 62.American College of Obstetricians and Gynecologists et al. Pelvic organ prolapse // Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery. – 2019. – T. 25. – N. 6. – C. 397-408.
- 63..Baines G., Price N., Jefferis H., Cartwright R., Jackson S.R. /Mesh-related complications of laparoscopic sacrocolpopexy.// Int. Urogynecol. J. 2019; 30(9): 1475-81
- 64..Brennan EA, Bhayana D, Tang S, Birch C, Murphy M, Cernaiko D, Ross S, Robert M. / Anchor placement and subsequent movement in a mesh kit with self-fixating tips: 6-month follow-up of a prospective cohort. //BJOG. 2014 Apr;121(5):634-40. doi: 10.1111/1471-0528.12536. Epub 2014 Jan 13.
- 65.Chow D. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse / D. Chow, L. V. Rodríguez // Curr. Opin. Urol. – 2013 Jul. – № 23 (4). – P. 293–298.
- 66.Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, Int'Hout J, Vierhout ME, Kluivers KB, van Eijndhoven HW. /Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomised

- non-inferiority trial. //BMJ. 2015 Jul 23;351:h3717.doi: 10.1136/bmj.h3717.
- 67.Detollenaere RJ, Kreuwel IA, Dijkstra JR, Kluivers KB, van Eijndhoven HW. /The Impact of Sacro-spinous Hysteropexy and Vaginal Hysterectomy With Suspension of the Uterosacral Ligaments on Sexual Function in Women With Uterine Prolapse: A Secondary Analysis of a Randomized Comparative Study. //J Sex Med. 2016 Feb;13(2):213-9. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.006. Epub 2016 Jan 21.
 - 68.Dietz H.P. /Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse // Best Practice & Research Clinical Obstetrics &Gynaecology. – 2019. – T. 54. – C. 12-30.
 - 69.Duan L, Lu YX, Shen WJ, Liu X, Liu JX, Zhang YH, Ge J, Zhao Y, Niu K, Wang WY. /Long-term effectiveness of transvaginal high uterosacral ligament suspension. //Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2017 Jun 25;52(6):363-368. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.06.002. Chinese.
 - 70.Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Martin A, Guzman Rojas R, Langer S, Shek K, et al. /Intrapartum predictors of maternal levator ani injury. //Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2017;96(4):426-31.
 - 71.Eilber KS, Alperin M, Khan A, Wu N, Pashos CL, Clemens JQ, Anger JT. /Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. //Obstet Gynecol. 2013 Nov;122(5):981-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a8a5e4.
 - 72.Eisenberg VH, Steinberg M, Weiner Z, Alcalay M, Itskovitz-Eldor J, Schiff E,Lowenstein L. /Three-dimensional transperineal ultrasound for imaging mesh implants following sacrocolpopexy. //Ultrasound Obstet Gynecol. 2014 Apr;43(4):459-65. doi: 10.1002/uog.13303.

- 73.Enhanced recovery pathways in abdominal gynecologic surgery: a systematic review and metaanalysis / J. A. Jeanny [et al.] // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2015. – № 95 (4). – R. 382–395.
- 74.Giri A. et al. /Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies // American journal of obstetrics and gynecology. – 2017. – T. 217. – N. 1. – C. 11-26.
- 75.Li C., Gong Y., Wang B. /The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis // International urogynecology journal. – 2016. – T. 27. – N. 7. – C. 981-992
- 76.Madhu C.K., Hashim H. /Surgery for pelvic organ prolapse // European Urology Supplements. – 2018. – T. 17. – N. 3. – C. 119-125.
- 77.Mangir N., Roman S., Chapple C.R., MacNeil S./ Complications related to use of mesh implants in surgical treatment of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: infection or inflammation?// WorldJUrol. 2020.N. 4., 27-34 p.
- 78.NICE Guidance – Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: (C) NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. BJU Int. 2019 May; 123(5): 777-803.
- 79.Norton J.C., Khalil M.I., Bhandari N.R. /Early postoperative complications and factors associated with early vs late discharge of patients undergoing colporrhaphy for pelvic organ prolapse: a national report.// Urol. Pract. 2021; 8: 431.
- 80.Farthmann J, Watermann D, Erbes T, Roth K, Nanovska P, Gitsch G, Gabriel B. /Functional outcome after pelvic floor reconstructive surgery with or without concomitant

- hysterectomy.// Arch Gynecol Obstet. 2015 Mar;291(3):573-7. doi: 10.1007/s00404-014-3435-x. Epub 2014 Sep 9.
- 81.Ferrando CA, Paraiso MFR. A. / Prospective Randomized Trial Comparing RestorelleY Mesh and Flat Mesh for Laparoscopic and Robotic-Assisted Laparoscopic Sacrocolpopexy. //Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2019 Mar/Apr;25(2):83-87. doi: 10.1097/SPV.0000000000000655.
 - 82.Guillot-Tantay C, Chartier-Kastler E, Perrouin-Verbe MA, Denys P, Léon P, PhéV. /Complications of non-continent cutaneous urinary diversion in adults with spinal cord injury: a retrospective study. Spinal Cord. 2018 Sep;56(9):856-862. doi: 10.1038/s41393-018-0083-1. Epub 2018 Mar 7.
 - 83.Friedman T., Eslick G.D., Dietz H.P. /Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis.//Int. Urogynecol. J. 2018; 29(1): 13-21.
 - 84.Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. Int Urogynecol J. 2013 Nov;24(11):1803-13. doi: 10.1007/s00192-013-2171-2. Review.
 - 85.Gutman RE. Does the uterus need to be removed to correct uterovaginal prolapse? Curr Opin Obstet Gynecol. 2016 Oct;28(5):435-40. doi: 10.1097/GCO.0000000000000307. Review.
 - 86.Guzmán Rojas R, Kamisan Atan I, Shek KL, Dietz HP. Defect-specific rectocelerepair: medium-term anatomical, functional and subjective outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2015 Oct;55(5):487-92. doi: 10.1111/ajo.12347. Epub 2015 Jul 14.
 - 87.Hamuro A, Tachibana D, Wang H, Hayashi M, Yanai S, Kurihara Y, Misugi T, Katayama H, Nakano A, Koyama M. /Combined reconstructive surgery involving uterosacral colpopexy and anterior vaginal mesh implantation for pelvic

- organ prolapse. // J Obstet Gynaecol Res. 2016 Jun;42(6):707-15. doi: 10.1111/jog.12952. Epub 2016 Feb 24.
- 88.Hans Peter Dietz.// Australian Family Physician.Vol. 44. – № 7, 2015. – p. 446-452.
- 89.Hoke TP, Tan-Kim J, Richter HE. /Evidence-Based Review of Vaginal Native Tissue Hysteropexy for Uterovaginal Prolapse. //Obstet Gynecol Surv. 2019 Jul;74(7):429-435. doi: 10.1097/OGX.0000000000000686.
- 90.Hudson CO, Sinno AK, Northington GM, Galloway NT, Karp DR. /Complete transvaginal surgical management of multiple bladder calculi and obstructed uterine procidentia.// Female Pelvic Med Re-constr Surg. 2014 Jan-Feb;20(1):59-61. doi: 10.1097/SPV.0b013e318288ad82. Review.
- 91.Ichikawa M, Kaseki H, Akira S. /Laparoscopic versus abdominal sacrocolpopexy for treatment of multi-compartmental pelvic organ prolapse: A systematic review.//Asian J Endosc Surg. 2018 Feb;11(1):15-22. doi: 10.1111/ases.12478. Review.
- 92.Ismail S.I., Bain C., Hagen S. /Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. //Cochrane Database Syst.Rev. – 2010. Sep 8;(9):CD007063.
- 93.Jan H, Ghai V, Thakar R. / Simplified Laparoscopic Sacrohysteropexy. /J Minim Invasive Gynecol. 2018 Nov - Dec;25(7):1134. doi: 10.1016/j.jmig.2018.01.014. Epub 2018 Jan 31.
- 94.Jha S, Cutner A, Moran P. /The UK National Prolapse Survey: 10 years on./ Int Urogynecol J. 2018 Jun;29(6):795-801. doi: 10.1007/s00192-017-3476-3. Epub 2017 Sep 15.
- 95.Karapanos L, Salem J, Akbarov I, Heidenreich A, Zugor V./Surgical treatment of pelvic organ prolapse. //Aktuelle Urol.

- 2018 Feb;49(1):52-59. doi: 10.1055/s-0043-123273. Epub 2018 Feb 1. Re-view. German.
96. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P, Hertel H. /Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolporectopexy for vaginal vault prolapse. //Int J Gynaecol Obstet. 2017 Apr;137(1):86-91. doi: 10.1002/ijgo.12095. Epub 2017 Feb 2.
 97. Lachica R, Chan Y, Uquillas KR, Lee RH. /Vaginal Delivery After Dührssen Incisions in a Patient With Bladder Exstrophy and Uterine Prolapse. //Obstet Gynecol. 2017 Apr;129(4):689-692. doi: 10.1097/AOG.0000000000001938.
 98. Lone F, Curnow T, Thomas SA. /Laparoscopic sacrohysteropexy versus vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse using validated questionnaires: 2-year prospective study.// Int Urogynecol J. 2018 Jan;29(1):71-79. doi: 10.1007/s00192-017-3405-5. Epub 2017 Jul 7.
 99. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. /Surgery for women with anterior compartment prolapse. //Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 30;11:CD004014. Review.
 100. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. /Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. //Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 9;2:CD012079. doi: 10.1002/14651858.CD012079. Review.
 101. Marschke J, Pax CM, Beilecke K, Schwab F, Tunn R. /Vaginal hysterectomy with apical fixation and anterior vaginal wall repair for prolapse: surgical technique and medium-term results. //Int Urogynecol J. 2018 Aug;29(8):1187-1192. doi: 10.1007/s00192-018-3600-z. Epub 2018 Mar 24.

102. Matthews CA. /Minimally Invasive Sacrocolpopexy: How to Avoid Short- and Long-Term Complications. //Curr Urol Rep. 2016 Nov;17(11):81. Review.
103. Meister MR, Sutcliffe S, Lowder JL. /Definitions of apical vaginal support loss: a systematic review./ Am J Obstet Gynecol. 2017 Mar;216(3):232.e1-232.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.078. Epub 2016 Sep 15. Review.
104. Milani AL, Damoiseaux A, Int'Hout J, Kluivers KB, Withagen MIJ. / Long-term outcome of vaginal mesh or native tissue in recurrent prolapse: a randomized controlled trial.// Int Urogynecol J. 2018 Jun;29(6):847-858. doi: 10.1007/s00192-017-3512-3. Epub 2017 Nov 22.
105. Milani R, Frigerio M, Palmieri S, Manodoro S. /Transvaginal mesh removal with native-tissue repair for mesh shrinkage and recurrent uterovaginal prolapse following vaginal mesh-augmented surgery. //Int J Gynaecol Obstet. 2017 Oct;139(1):105-106. doi: 10.1002/ijgo.12248. Epub 2017 Jul 17.
106. Minaglia S. /Vaginal trachelectomy following laparoscopic supracervical hysterectomy and sacrocer-vicopexy. //Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2014 Mar-Apr;20(2):116-8. doi: 10.1097/SPV.0b013e3182a09a57.
107. Mowat A, Maher D, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Maher C. /Surgery for women with posterior compartment prolapse.// Cochrane Database Syst Rev. 2018 Mar 5;3:CD012975. doi: 10.1002/14651858.CD012975. Review.
108. Manodoro S, Frigerio M, Cola A, Spelzini F, Milani R. /Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapsed.

- //IntUrogynecol J . 2018;29(1):145-151. doi: 10.1007/s 00192-017-3448-7.
109. Myers EM, Siff L, Osmundsen B, Geller E, Matthews CA./ Differences in recurrent prolapse at 1 year after total vs supracervical hysterectomy and robotic sacrocolpopexy. //Int Urogynecol J. 2015 Apr;26(4):585-9. doi: 10.1007/s00192-014-2551-2. Epub 2014 Nov 1.
 110. Nacheva A, Kovachev S, Markov V, Spasov P, Vasilev N, Kostov I. /Richter's sacrospinous ligament fixation and its place in current gynecology. //Akush Ginekol (Sofia). 2014;53(2):21-4. Bulgarian.
 111. Neron M, Ferron G, Vieille P, Letouzey V, Fatton B, de Tayrac R. /Treatment of neovaginal prolapse: case report and systematic review of the literature. //Int Urogynecol J. 2017 Jan;28(1):41-47. doi: 10.1007/s00192-016-3009-5. Epub 2016 Apr 2. Review.
 112. Norinho de Oliveira P, Bourdel N, Rabischong B, Canis M, Botchorishvili R. /What to Do With Recurrent Prolapse After Vaginal Mesh Failure? //J Minim Invasive Gynecol. 2016 Feb 1;23(2):161-2. doi: 10.1016/j.jmig.2015.09.013. Epub 2015 Sep 25.
 113. Onukwugha E. The total economic burden of overactive bladder in the United States: a disease-specific approach/E. Onukwugha, I. H. Zuckerman, D. McNally [et al.] // Am. J. Manag. Care. – 2009. – № 15. – P. S90–S97.
 114. Ow LL, Lim YN, Dwyer PL, Karmakar D, Murray C, Thomas E, Rosamilia A. /Native tissue repair or transvaginal mesh for recurrent vaginal prolapse: what are the long-term outcomes? //Int Urogynecol J. 2016 Sep;27(9):1313-20. doi: 10.1007/s00192-016-3069-6. Epub 2016 Jun 20.

115. Rahmanou P, Price N, Jackson S. /Laparoscopic hysteropexy: a novel technique for uterine preservation surgery. // Int Urogynecol J. 2014 Jan;25(1):139-40. doi: 10.1007/s00192-013-2129-4. Epub 2013 Nov 6.
116. Rappa C, Saccone G. /Recurrence of vaginal prolapse after total vaginal hysterectomy with concurrent vaginal uterosacral ligament suspension: comparison between normal-weight and overweight women. //Am J Obstet Gynecol. 2016 Nov;215(5):601.e1-601.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.022. Epub 2016 Jun 21. Erratum in: Am J Obstet Gynecol. 2017 Nov;217(5):615.
117. Schachar JS, Devakumar H, Martin L, Farag S, Hurtado EA, Davila GW. /Pelvic floor muscle weakness: a risk factor for anterior vaginal wall prolapse recurrence.// Int Urogynecol J. 2018 Nov;29(11):1661-1667. doi: 10.1007/s00192-018-3626-2. Epub 2018 Mar 19.
118. Serati M, Braga A, Bogani G, Leone Roberti Maggiore U, Sorice P, Ghezzi F, Salvatore /S. Iliococcygeus fixation for the treatment of apical vaginal prolapse: efficacy and safety at 5 years of follow-up.// Int Urogynecol J. 2015 Jul;26(7):1007-12. doi: 10.1007/s00192-015-2629-5. Epub 2015 Feb 5.
119. Sirha R, Lorena Pazos-Rey et al. /Piomoma durante el puerperio: reporte de un caso.// Ginecología y Obstetricia de México, 2019., 87(7):483-488.
120. Stone DE, Swarer KM, Barenberg BJ, O'Leary DE. /Retropubic Midurethral Sling Colonization With Staphylococcus lugdunensis. //Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2016 May-Jun;22(3):e22-3. doi: 10.1097/SPV.0000000000000281.
121. Tahaoglu AE, Bakir MS, Peker N, Bagli İ, Tayyar AT. /Modified laparoscopic pectopexy: short-term follow-up and

- its effects on sexual function and quality of life. //Int Urogynecol J. 2018 Aug;29(8):1155-1160. doi: 10.1007/s00192-018-3565-y. Epub 2018 Mar 2.
122. Teramoto S, Narushima M, Kojima I, Takagi Y, Shimoji T. /Study on the treatment of pelvic organ prolapse complicated with uterine myoma. //Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2014 Oct;105(4):183-9. Japanese.
 123. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI, Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. /The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. //Int Urogynecol J. 2018 Mar;29(3):431-440. doi: 10.1007/s00192-017-3519-9. Epub 2017 Dec 29.
 124. Tsai CP, Hung MJ, Shen PS, Chen GD, Su TH, Chou MM. /Factors that affect early recurrence after prolapse repair by a nonanchored vaginal mesh procedure. //Taiwan J Obstet Gynecol. 2014 Sep;53(3):337-42. doi: 10.1016/j.tjog.2014.07.004.
 125. Unger CA, Paraiso MF, Jelovsek JE, Barber MD, Ridgeway B. /Perioperative adverse events after minimally invasive abdominal sacrocolpopexy. //Am J Obstet Gynecol. 2014 Nov;211(5):547.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.07.054. Epub 2014 Aug
 126. Unger CA, Walters MD, Ridgeway B, Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MF. /Incidence of adverse events after uterosacral colpopexy for uterovaginal and posthysterectomy vault prolapse.//Am J Obstet Gynecol. 2015 May;212(5):603.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.11.034. Epub 2014 Nov 27.
 127. Vitale SG, Laganà AS, Noventa M, Giampaolino P, Zizolfi B, Buttice S, La Rosa VL, Gullo G, Rossetti D. /Transvaginal Bilateral Sacrospinous Fixation after Second Recurrence of

- Vaginal Vault Prolapse: Efficacy and Impact on Quality of Life and Sexuality. //Biomed Res Int. 2018 Feb. 28; 2018:572-7165. doi: 10.1155/2018/5727165. eCollection 2018
128. Weber MA, Lakeman MM, Laan E, Roovers JP. /The effects of vaginal prolapse surgery using synthetic mesh on vaginal wall sensibility, vaginal vasocongestion, and sexual function: a prospective single-center study. //J Sex Med. 2014 Jul;11(7):1848-55. doi: 10.1111/jsm.12545. Epub 2014 Apr 16.
 129. Weintraub AY, Friedman T, Baumfeld Y, Neuman M, Krissi H. /Long term subjective cure rate, urinary tract symptoms and dyspareunia following mesh augmented anterior vaginal wall prolapse repair. //Int J Surg. 2015 Dec;24(Pt A):33-8. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.10.027. Epub 2015 Oct 23.
 130. Weintraub AY, Friedman T, Baumfeld Y, Neymeyer J, Neuman M, Krissi H. /Long-term functional outcomes following mesh-augmented posterior vaginal prolapse repair. //Int J Gynaecol Obstet. 2016 Oct;135(1):107-11. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.04.005. Epub 2016 Jun 16.
 131. Wood SL, Owen J. /Vaginal Cerclage: Preoperative, Intraoperative, and Postoperative Management. //Clin Obstet Gynecol. 2016 Jun;59(2):270-85. doi: 10.1097/GRF.0000000000000191. Review.
 132. Yurteri-Kaplan LA, Mete MM, St Clair C, Iglesia CB. /Practice patterns of general gynecologic surgeons versus gynecologic subspecialists for concomitant apical suspension during vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse. //South Med J. 2015 Jan;108(1):17-22. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000222.
 133. Zenebe C.B. et al. /The effect of women's body mass index on pelvic organ prolapse: a systematic review and meta

analysis // Reproductive health. – 2021. – T. 18. – N. 1. – C. 1-9.

134. Zhiyuan Dai et al./Do Pelvic Organ Prolapse Quantification Examination Ba end D QuindeSelection of Operation for Severe Pelvic Organ Prolapse . // [Journal of Investigative Surgery](#) .December 2018.33(1):1-8.
DOI:[10.1080/08941939.2018.1533055](#)

MUNDARIJA

KIRISH.....	3
I QIN CHO‘LTOG‘INING GISTEREKTOMIYADAN KEYINGI PROLAPSINING ETIOPATOGENEZI VA OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY TUSHUNCHASI.....	9
§ 1.1. Ayollar jinsiy a‘zolari prolaps epidemiologiyasi.....	9
§ 1.2. Ayollar jinsiy a‘zolar prolapsining etiologiyasi va patogenezi.....	12
§ 1.3. Jinsiy prolapsni davolashning zamonaviy tamoyillari.....	18
§ 1.4. Hal qilinmagan masalalarni tahlil qilish va ularni hal qilish yo‘nalishlari	31
§ 2.1. Monografiya yozishiga asos bo‘lgan tekshirilayotgan Ayollarning umumiy hususiyatlari.....	34
§ 2.2. Tadqiqot usullari.....	37
§ 2.3. Umumiy klinik tadqiqot usullari.....	39
§ 2.4. Hayot sifatini aniqlash uchun so‘rovnoma tahlillari.....	42
§ 2.5. Instrumental tadqiqot usullari.....	48
III.AYOLLAR JINSIY A‘ZOLAR PROLAPSIDA, DAVOLASH USULINI AN‘AVIY VA BIZ TAQDIM ETGAN JARROHLIK AMALIYOTINI SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH VA KLINIK JIHATDAN XARAKTERLASH.....	50
§ 3.1. Retrospektiv va prosperktiv materiallar tahlili.....	50
§ 3.2. Ayollar jinsiy a‘zolar prolapsini qorin bo‘shlig‘i orqali jarrohlik davolash amaliyotida bachadon dumaloq va dumg‘aza - bachadon boylamlarining plikatsiyasining samaradorligi.....	60
§ 3.3. Jinsiy a‘zolarining prolapsi uchun jarrohlikning vaginal usulida bachadon yumaloq va dumg‘aza bachadon boylamlarining samaradorligini asoslash.....	65
IV. BOB BIZ TAKLIF ETAYOTGAN JARROXLIK AMALIYOTINING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI TAXLILLARI.....	78
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	97

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI**

M.R. Sobirova, D.D. Kurbanov

**AYOLLARDA GENITAL PROLAPSINING JARROHLIK
DAVOLASH USULINI TANLASHNI
OPTIMALLASHTIRISH**

1715



Bosishga ruxsat etildi: 04.07.2024 yil
Bichimi 60x84 $\frac{1}{16}$. «Times New Roman»
garniturada raqamli bosma usulda chop etildi.
Shartli bosma tabog‘i 7,3. Adadi 100. Buyurtma № 135

**“Fan va ta’lim poligraf” MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent shahri, Do‘rmon yo‘li ko‘chasi, 24-uy.**

ISBN 978-9910-745-13-3

