

Негмоджонов Б.Б., Агобобян Л.Р., Носкирово З.А.



КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ
САЛОҲИЯТИНИ САҚЛАБ ҚОЛИШ ИМКОНИЯТЛАРИ

618.5
Н 370

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

НЕГМАДЖАНОВ Б.Б., АГАБАБЯН Л.Р., НАСИРОВА З.А.



**КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН АЁЛЛАР
РЕПРОДУКТИВ САЛОҲИЯТИНИ САҚЛАБ
ҚОЛИШ ИМКОНИЯТЛАРИ**

(Монография)

Sam DTI
axborot-resurs markazi
317726



ТИББИЙОТ КО'ЗГУСИ

Самарқанд – 2021 2

УЎК:

КБК:

A 15

Негмаджанов Б.Б., Агабабян Л.Р., Насирова З.А.

Кесар кесишдан кейин аёллар репродуктив салоҳиятини сақлаб қолиш имкониятлари [Матн]: Монография / Негмаджанов Б.Б., Агабабян Л.Р., Насирова З.А. - Самарқанд: ТИВВИҲОТ КО'ЗГУСИ, 2021. - 132 б.

ТУЗУВЧИЛАР:

Негмаджанов Баходур Болтаевич -

СамМИ 2 - сонли акушерлик ва гинекология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Агабабян Лариса Рубеновна - СамМИ ДКТФ акушерлик ва гинекология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари номзоди, доцент.

Насирова Зебнинсо Азизовна - СамМИ ДКТФ акушерлик ва гинекология кафедраси ўқитувчиси, PhD.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Ихтиярова Г.А. - Бухоро Давлат Тиббиёт олийгоҳи 1-сон Акушерлик ва гинекология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Худаярова Д.Р. - СамМИ 1-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Аннотация. Монографияда кесар кесишнинг ҳозирги замондаги ўрни, операция тарихи, учраш частотаси, кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операциядан кейин аёлларни олиб бориш, контрацепция бўйича маслаҳат олиб бориш, реабилитация муаммолари ёритилган. Абдоминал тугруқдан кейин аёллар репродуктив салоҳиятини сақлаш мажбурий элементлардан бири ҳомилдорлик ва интергенетик интервални таъминлаш ҳисобланади. Контрацепция воситаларининг самарадорлиги, тиббий мақбул мезонлари, фойдаланиш усуллари, ножўя таъсирлари ва уларни тuzатиш батафсил баён этилган. Кесар кесишдан кейин контрацепцияни тўғри қўллаш тиббий абортлар сонини 90% га камайтиради. Узоқ муддатли қайтар контрацепция усуллари- бачадон ичи воситаси ва соф прогестинли контрацептивлар кесар кесиш операциясидан кейин юқори самарадор ва мақбул усулларидан бири ҳисобланади.

Муаллифлар тамонидан тақдим этилган маълумотлар далилларга асосланган тиббиётга, контрацептив фойдаланиш тиббий мақбуллигига, шунингдек, муаллифларнинг ўз тажрибасига асосланган.

Ушбу монография акушер ва гинекологлар, репродуктив саломатлик соҳасида ишлайдиган шифокорлар, магистратура резидентлари ва клиник ординаторлар учун мўлжалланган бўлиб, нафақат илмий, балки амалий жиҳатдан ҳам қизиқини уйғотади.

ISBN

© Негмаджанов Б.Б., Агабабян Л.Р., Насирова З.А.. 2021 й.

© ТИВВИҲОТ КО'ЗГУСИ, 2021 й.

МУНДАРИЖА

КИРИШ	4
I БОБ. КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИ ВА ҲОЗИРГИ ЗАМОН КОНТРАЦЕПЦИЯ ВОСИТАЛАРИ (Адабиётлар шархи).....	7
II БОБ. АСОСИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ИННОВАЦИОН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ	24
III БОБ. АБДОМИНАЛ ТУҒРУҚНИНГ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ.....	42
IV-БОБ. ҲОЗИРГИ ЗАМОНДА КЕСАР КЕСИШНИНГ ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАРИ	50
V-БОБ. КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН АЁЛЛАРДА КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ ТУРЛИ УСУЛЛАРИ Қўлланилганда клиника ва ножўя таъсирлари	63
VI- БОБ. ИНТРАОПЕРАЦИОН КИРИТИЛГАН БАЧАДОН ИЧИ КОНТРАЦЕПЦИЯСИННИНГ КЕСАР КЕСИШ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАР ИММУНОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИГА ТАЪСИРИ.....	85
ХОТИМА	94
ХУЛОСА	103
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	105
ИЛОВА	106
Фойданилган адабиётлар рўйхати.....	112
Шартли қисқартмалар рўйхати	131

КИРИШ

Ҳозирги кунда акушерлик соҳасида замонавий технологияларнинг қўлланиши ва такомиллашуви кесар кесиш операциясига кўрсатмаларнинг кенгайишига олиб келмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра ҳозирги кунда «...кесар кесиш – энг кўп тарқалган оператив амалиётлардан бири ҳисобланади...»¹. Кесар кесишдан кейин замонавий контрацепциядан фойдаланиш аёллар ва болалар саломатлигини сақлашга, оналар ва гўдаклар ўлимини пасайтиришга ҳамда оилани режалаштиришни таъминлашга имкон бермоқда, яъни оналар ўлимини 358 000 дан 105 000 гача, неонатал ўлимни 3,2 млн.дан 1,5 млн.гача, исталмаган ҳомиладорликлар сонини 75 млн.дан 22 млн.гача камайганлиги аниқланган. Шу муносабат билан аёлларда ҳомиладорликлар орасидаги интервални узайтириш мақсадида ҳамда кесар кесишдан кейин аёлларда қайтар контрацепциянинг самарали усуллари қўллаш ва ушбу усулларнинг баъзи клиник-лаборатор жиҳатларини аниқлаш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда кесар кесиш ўтказилган аёлларнинг репродуктив ахлоқи ва контрацепция усуллари ҳақидаги ахборотга эга эканлигини аниқлаш, туғруқдан кейинги даврда ва интервалли вақтда буюрилган контрацепциянинг қайтар усуллари - бачадон ичи воситаси (БИВ) ва соф прогестинли контрацепция (СПК) мақбуллиги, ножўя таъсири ва асоратларни келтирувчи хавф омилларини аниқлашган ҳолда акушерлик тактикани такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини жаҳон андозаларига мослаштириш, жумладан репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигини сақлаш, уларда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини

¹ Захарова И. Н. и др. Кесарево сечение – от античности до нашего времени // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – № 2. – С. 24-32

камайтиришга қаратилган қатор вазифалар юклатилган. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича «...оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш»² каби вазифалари белгиланган.

Илмий адабиётларда, айнан P.Senapayke ва D.Kramer дунёнинг бир неча давлатларида ўтказилган 25та тадқиқот маълумотларининг таҳлили асосида: бачадон ичи воситаси қўйилган аёллар кичик чанок яллиғланиш касалликлари ва найли бепуштликнинг юзага келиши бўйича хавф гуруҳи ҳисобланади, деган хулосага келишди. Уларнинг натижалари бўйича бачадон ичи воситаси фониди кичик чанок аъзолари яллиғланиш касалликлари хавфи бачадон ичи контрацепциясидан фойдаланмайдиган аёлларга нисбатан 9 марта юқоридир. Бундай тадқиқотлар бутун дунёда БИВ усули қўлланилишининг сезиларли даражада камайтиришга сабаб бўлди (Samuel E., Myers E., Morse J., 2017; Maged A.M. et al., 2018). Аммо, кейинги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бачадон ичи воситасини киритишнинг биринчи ҳафтасидан ташқари, кичик чанок аъзолари яллиғланиш касалликларининг юзага келиш хавфи барқарор жинсий ҳаёт кечирувчи ва бошқа жинсий шериклари бўлмаган аёлларда камроқ намоён бўлади. Кичик чанок аъзолари яллиғланиш касалликлари юзага келишининг бирмунча катта эҳтимоли бачадон ичи воситасини киритгандан сўнг, дастлабки 20 кундагина кузатилади, 3-4 ойдан сўнг вужудга келувчи яллиғланишли касалликлар бу контрацептивнинг киритилиши билан боғлиқ эмас, балки бошқа сабабларига эга (Clarke L., Hade E., Isley M.M., 2020).

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисида 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ–3071-сон Қарори.

Бугунги кунда соҳада орттирилган тажриба ва олиб борилган илмий ва амалий тадқиқотларни эътиборга олиб, абдоминал тугруқдан кейинги қайтар контрацепцияни дифференцирланган қўлланилиши дастурини такомиллаштириш, ҳамда исталмаган ҳомиладорликлар сонини камайтириш, кесар кесишдан кейинги аёлларда репродуктив саломатликни сақлаш масаласи акушерлик ва гинекологияда долзарб ва амалий жиҳатдан муҳим ҳисобланади.

***I БОБ. КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИ ВА ҲОЗИРГИ ЗАМОН
КОНТРАЦЕПЦИЯ ВОСИТАЛАРИ (Адабиётлар шархи)***

Акушерлик фани ҳамда тиббиётнинг кўпгина соҳаларида замонавий технологияларнинг ривожланиши ва такомиллашуви кесар кесиш (КК) операциясига кўрсатмаларнинг кенгайишига олиб келди. Бунинг натижасида, ҳозирги кунда КК – энг кўп тарқалган оператив амалиётлардан бири ҳисобланади [11; 20; 32; 119]. Илгари ЖССТ томонидан КК бажарилишининг ҳар жиҳатдан хавфсиз кўрсаткич сони деб 15% кўрсатилган эди. ККнинг кўрсаткичларидаги кескин силжиш кўпгина сабаблар туфайли рўй бермоқда, жумладан:

1. Бачадонида чандиқ бор аёллар сонининг кўпайиши.
2. Оналар семизлиги ошиши билан.
3. Ҳомиланинг чаноғи билан олдинда келишида КК операциясига кўрсатмаларнинг кенгайиши.
4. Ҳомилани қисқичлар ёрдамида туғдиришга нисбатан ККнинг афзаллиги билан.
5. Туғруқни индукция қилишнинг кўпайганлиги билан.
6. Оналарнинг хоҳиши билан (кулайлиги сабабли, туғруқ дарди олдидан кўрқув ёки туғруқ дардларини сезмаслик учун).
7. Акушер-гинекологларнинг афзал кўришлари туфайли (муолажалар жадвали, даромад олиш).

Дунёда кесар кесишлар сони жуда ўзгарувчан бўлиб, у ҳозирги кунда “эпидемия кўлами”га етган. ККга тиббий зарурият 10-15% ҳолатда туғруқда юзага келади. Аммо, янги тадқиқотларга кўра, операциялар сони аср бошида 12% бўлса, 2015 йилга келиб, 21% гача ошган [139]. Доминикан Республикаси сингари айрим мамлакатларда кесар кесиш ёрдамида 58% бола туғилади, Мисрда операциялар улуши шифохоналарда содир бўладиган жами туғруқларнинг 63%ини ташкил этади. Бразилияда КК тиббий кўрсатмаларсиз 55% ҳолда ўтказилиб, вагинал туғруқлар камбағаллик белгиси ҳисобланади. Австралияда абдоминал туғруқ

сонин турли стационарларда 11,8% дан 47,4% га қадарни ташкил этади [46]. АҚШда КК сонин биринчи туғувчилар орасида 30,8%ни, қайта туғувчилар орасида эса 11,5%ни ташкил этади. Россия Федерациясида охириги йилларда абдоминал туғруқлар сонининг барқарор ўсиш тамойили кузатилмоқда, у 2017 йилда 29,3%га етган [44]. Ўзбекистонда ҳам КК сонининг ошишига мойиллик кузатилмоқда. Охириги 10-15 йилда ушбу операциялар сонин 2 баравардан зиёдга ошди, ҳамда А ва Г РИИАТМ ва РПМ Статистика бўлими маълумотларига кўра, 2017 йилда 18%, баъзи муассасаларда 35–40% ни ташкил қилади.

Бироқ, ККни ўтказиш ҳақидаги масалани ҳал қилишда қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш зарур. Маълумки, абдоминал туғруқларда асоратларининг хавфи 10 ва ундан кўп бараварга, оналар ўлими хавфи эса – икки бараварга ошади [2].

ККнинг техник жиҳатдан бажарилиши осон бўлиб туюлишига қарамасдан, ушбу операцияни (айниқса, қайта бажарилганини) турли клиникаларда учраш сонин 3,3% дан 54,3% гача бўлган, операциядан кейинги яллиғланиш асоратларининг кўп учрайдиган мураккаб оператив аралашувлар туркумига киритиш лозим [53].

Шундай қилиб, замонавий акушерликда ККнинг аҳамияти ошиб бормоқда ва у қатор оғир акушерлик асоратлари ва экстрагенитал касалликларда она ва бола учун ижобий натижани таъминлаши туфайли барча туғруқ операциялари орасида, ҳақли равишда, муҳим ўрин эгаллайди. Аммо ККнинг кўп жиҳатлари ҳал қилинишига қарамасдан, ҳалигача мазкур операциянинг сонин ортиб бориш муаммоси ва шу туфайли “операция қилинган бачадон” муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда.

Кесар кесиш тарихи

Кесарча кесиш (КК) – бўшлиқлардаги жарроҳликнинг энг қадимий амалиётларидан биридир. Ўз тараққиётида у кўпгина даврларни ўтаган, уларнинг ҳар бирида уни бажариш техникаси такомиллашиб борган.

Жуда қадимда КК диний қонунлар амри билан туғруқ вақтида ўлган аёлда ўтказилган, чунки уни ҳомиласи билан кўмиш ножоиз бўлган. Ўша даврларда ККни ҳаттоки тиббий таълимга эга бўлмаган одамлар бажаришган. КК ҳақидаги кўп сонли мулоҳазалар Қадимги Миср, Ҳиндистон, Хитой, Юнонистон, Рим давлатида мавжуд. Юнон афсоналарига кўра, Аполлон Асклепийни унинг ўлган онаси қорнидан олган. Қадимги Рим тарихи, аниқроғи – Гай Юлий Цезар (мил.авв.100–44 йй.) билан КК атамасининг келиб чиқишини боғлашади. Цезар даврида туғаётган аёл ўлган бўлса, қорин девори ва бачадонни кесиш ҳамда ҳомилани олиш йўли билан болани қутқаришга уринишни мажбурий ҳолатга айлантирган қонун чиқарилгани ҳақидаги маълумотлар бор. XVII асргача бу муолажа кесар операцияси деб номланган. КК атамаси 1598 йилда Жак Гилльо томонидан ўзининг акушерлик ҳақидаги китобида киритилган. КК да тирик қолган она ва бола ҳақидаги илк маълумотлар Швейцариядан келган, бунда 1500 йилда чўчқаларнинг кастратори Якоб Нуфер операцияни ўз хотинида амалга оширган. Бир неча кун давом этган туғруқдан ва 13 нафар доя ёрдамидан кейин аёл ўз боласини дунёга келтириш ҳолатида бўлмаган. Унинг ноумид қолган эри охир-оқибат оқсоқоллардан КК га уринишга рухсат олган. Она тирик қолган ва кейинчалик яна 5 нафар болани, шу жумладан эгизакларни соғ-саломат туққан. Кесарча кесишдан дунёга келган гўдак 77 ёшгача яшаган. XVI аср охири – XVII аср бошида бу амалиёт тирик аёлларда ўтказила бошланган. Унинг немис жарроҳи I.Grautmann томонидан бажарилганлиги ҳақидаги илк ишончли маълумотлар 1610 йилга тааллуқли. Машҳур француз акушери F.Maugiceau ўша даврда “кесарча кесиш операциясини амалга ошириш аёлни ўлдириш билан тенг”, деб ёзган. Бу акушерликда антисептиккача давр бўлган. Ўша пайтда операцияни ўтказишга ишлаб чиқилган кўрсатма ва қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган, оғриқсизлантириш қўлланилмаган, ҳомилани олгач, бачадон девори тикилмаган. Тикилмаган жароҳат орқали бачадон таркиби қорин

бўшлигига тушиб, ўлимга сабаб бўладиган перитонит ва сепсисни чақирган. Операция қилинган аёллар қон кетиш ва септик касалликлардан 100% ҳолатларда ўлишган. XVI–XVII асрлар давомида одам анатомиясини, хусусан аёл чаноғини икир-чикиригача тасвирловчи кўп сонли ишлар пайдо бўлган. Анатомиянинг ривожланиши кейинчалик жарроҳликнинг ва жумладан КК операциялари шаклланиши учун сезиларли даражада рағбатлантириш бўлиб хизмат қилди [11,17,18,35]. Аммо, шу билан бирга, цивилизациядан узокда бўлган ва анатомияни билишмаган кўпгина давлатларда ҳам КК муваффақиятли ўтказилган. Европалик сайёҳлар бир неча марта, масалан, Африкада КК нинг муваффақиятли ўтказилганлиги ҳақидаги ҳолатларни айтишган. КК нинг ривожланиши умумий жарроҳликнинг муваффақиятлари билан бевосита боғлиқ. Жарроҳлик амалиётида янги давр 1846 йилда бошланган, бу вақтда дантист Т.Мортон юздаги ўсмани олиб ташлашда эфирни қўллаган. Анестезиянинг бу усули Европада тез тарқалди. Акушерликда мазкур усул, айниқса, 1853 йилда ва 1857 йилда қиролича Викториянинг иккала болаларини туғиш вақтида хлороформ қўлланганда тарқалишга эришилди. Анестезия, антисептика ва асептика жарроҳликда ниҳоят жорий этилгандан сўнг, доялар КК ни бажариш техникасини такомиллаштиришга эътиборни жамлаш имконига эга бўлишди. 1876 йилда италиялик профессор Эдуард Порро КК ни ўтказиш билан параллел равишда бачадонни олиб ташлашни, шу туфайли қон кетишни ва генераллашган инфекциянинг ривожланишини олдини олишни таклиф этган [35]. Бу ҳолат операциядан кейинги сепсис ва ўлим сонини 25% гача камайтиришга имкон берди [11,18]. Аммо тез орада мазкур усулдан воз кечилди, чунки бачадонга чок қўйиш техникаси яшлаб чиқилган. 1882 йилда немис М.Саумлингер амалиётда бачадонга чок қўйишни амалга оширди. Бунинг учун у кумушдан қилинган симли чоклардан фойдаланишни тавсия этган. Россияда илк КК операцияси 1756 йилда Эразмус томонидан, иккинчиси – 1796 йилда Зоммер томонидан бажарилган бўлиб,

инкилоса ҳам ижобий яқунланган. А.Я.Крассовский маълумотларига кўра, 1880 йилгача Россияда жами 12 та КК амалга оширилган. Кейинчалик жарроҳлар томонидан КК ни ўтказиш техникасини такомиллаштириш давом эттирилган. Вақт ўтиши билан мазкур операцияни ўтказишга кўрсатмалар аста-секин кенгайиб борган, ва у кейинчалик акушер-гинекологларнинг қундалиқ амалиётида қатъий ўрнашиб қолди. 1940-50 йилларда КК дунёда 3,5-4% ҳолатни, 1970-80 йилларда – 4-5% ни ташкил этган [8,16]. 1912 йилда В.Kronig ва 1928 йилда В.Selheim бачадон пастки сегментда бўйлама кесма билан ретровезикал кесар кесишни таклиф этишган.

Оператив туғруқлар сонининг кўплиги натижасида бачадони операция қилинган фертил ёшдаги аёллар сони йилдан йилга ошмоқда [23; 35]. И.В.Игнатко ва ҳаммуаллифларнинг (2018) маълумотларига кўра, бачадондаги чандиқлар кесар кесишга кўрсатмалар структурасида иккинчи ўринни эгаллайди ва 19,6%ни ташкил этади [21]. Такрорий кесар кесиш операцияларида аёлларнинг касалланиши кўпроқ учрайди [41; 51].

Бачадонида чандиғи бор аёлларни диспансер олиб боришда шифокорларнинг оқилона тактикаси кўп жиҳатдан уларнинг репродуктив истиқболини белгилайди. Бунда муҳим ўринлардан бирини оилани режалаштириш масалалари эгаллайди, бу масалалар контрацепциянинг хавфсиз усулларини нафақат абортларнинг олдини олиш мақсадида, балки туғруқдан кейинги даврда аёлларни реабилитацияси учун ҳам татбиқ этишни назарда тутди [56]. ККдан кейин аёллар учун самарали ва хавфсиз контрацепция, айниқса, долзарб бўлиб ҳисобланади [31].

Аммо, шу билан бирга, туғруқдан кейин аёлларда контрацепция муаммоси кўп ҳолларда ҳал этилмай қолмоқда [50]. Мавзуга доир адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, контрацептив воситаларни етарли даражада қўлламаслик сабабларидан бири, ушбу усуллар ҳақида етарлича ва мувофиқ маълумотнинг йўқлиги ҳисобланади [113]. 87%гача туққан аёллар туғруқ мажмуаларини

контрацепциянинг самарали ва хавфсиз турлари ҳақида маълумот олмасдан тарк этишади [15].

Маълумки, кесар кесишдан кейин биринчи йил давомида ҳомиладорликни тўхтатиш аёл саломатлигига салбий таъсир кўрсатади, гинекологик касалликлар ривожланишига асосий замин яратади, баъзан қайтариб бўлмайдиган оқибатларга ҳам олиб келиши мумкин [19].

Кесар кесишдан кейин амалга оширилган сунъий абортлар кейинги ҳомиладорлик вақтида қуйидаги асоратларга сабаб бўлади: бачадондаги чандиқнинг носозлиги 1,5 мартага, йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши 2,4 мартага ошади [16]. Аборт келгусида аёл репродуктив тизим аъзоларидаги яллиғланиш касалликларига ҳам сабабчи бўлади [14; 40].

КК ўтказилган аёлларда кейинги ҳомиладорлик рўй беришининг мақбул муддати ҳақида яхлит фикрлар йўқ. Кўпчилик акушер-гинекологлар кейинги ҳомиладорликни ўтказилган операциядан 1,5 - 3 йилдан кейин тавсия этишади [23; 51]. ККдан кейин ҳомиладорликнинг кечишини ўрганиш бўйича ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бачадондаги чандиқ носозлигининг энг кам хавфи операциядан кейин 1 йилдан сўнг рўй берадиган ҳомиладорликда аниқланади [54].

Аёллар саломатлигини сақлаш борасида олиб бориладиган ишлар биринчи навбатда аёллар репродуктив хатти-ҳаракатини ўрганишга асосланиши лозим [92].

Кесар кесиш операцияси режалаштирилган ва абдоминал туғруқни ўтказган аёллар самарали ва хавфсиз контрацепция усуллари ҳақида маълумотни антенатал клиникада, туғруқ мажмуасида олишлари керак [72].

Кесар кесишдан кейин аёлларга контрацепциянинг барча усуллари тўғри келса-да, уларнинг ҳар бирини қўллаш вақти қатор омилларга, хусусан, улар орасида энг асосийси ҳисобланган - кўкрак билан эмизишга боғлиқ. Акушер-гинекологлар, маслаҳат берувчи шифокор аёлларга туғруқдан олдинги даврда фақат кўкрак

билан эмизишни ва контрацептивларни қўллашни бошлаганда ҳам, кўкрак билан эмизишни тўхтатмасликни қатъиян тавсия этиши лозимлиги ҳақидаги фикрга қўшилишади [63].

Эмизувчи оналар томонидан қўлланиладиган контрацептив усуллар лактацияга ва бола соғлиғига зарарли таъсир кўрсатмаслиги лозим. Бунда шуни ёдда сақлаш лозимки, аёл шифокорнинг рухсати билан қандай контрацепция усулини танламасин, уни қўллашдан олган фойдаси эҳтимолий яширин хавфдан анча устун ва амалга ошириладиган аборт билан боғлиқ хавфга нисбатан беқиёс бўлади [67;142].

Ҳар бир давлатда аҳоли репродуктив хатти-ҳаракатини ўрганиш тадқиқотлари ўтказилади, унинг материаллари “аҳолини унинг репродуктив танлови учун жавобгарлигини” баҳолашга, шунингдек, ушбу танловни таъминловчи шароитларни яратиш бўйича давлатнинг чора-тадбирларини тўғрилашга ёрдам беради [3].

Репродуктив хатти-ҳаракат репродукция механизмида марказий қисм ҳисобланади. Унинг асосида репродуктив кўрсатма ва туғруқни тартибга солиш ётади [147].

РАРСМ маълумотларига кўра, Ўзбекистонда 8517864 нафар фертил ёшидаги аёллардан 59,1% (5026391) репродуктив ёшидаги аёллар контрацептивлардан фойдаланишади, контрацепциянинг замонавий юқори самарали воситалари билан жами 56,5% фертил ёшидаги аёллар қамраб олинган [РАРСМ стат.бўлими, 2017]. Аёлларнинг қолган қисми ёки биологик усуллар ёрдамида сақланишади ёки қандайдир сабабларга кўра, ҳомиладорликдан сақланишмайди. Контрацептив воситалар ёрдамида ҳомиладорликдан сақланиш ижтимоий-иқтисодий, ахлоқий, руҳий характердаги ўзаро боғланган сабаб ва омиллар мажмуасига боғлиқ.

Шифокорларнинг ўзининг ҳам контрацепциянинг баъзи бир турларига муносабати (ҳар доим ҳам ижобий эмас) муҳим роль ўйнайди. Шу сабабли, муаллифларнинг фикрича, шифокорларнинг

контрацептив воситалар ҳақида хабардорлигининг етарли даражада бўлмаганлиги, контрацепцияни қўллашга қарши кўрсатмаларнинг ҳисобини юритишга расман ёндашуви, кўп ҳолларда, контрацепция замонавий усулларининг нотўғри талқин этилишига ва аҳоли орасида контрацепцияни юқори самарали усулларининг гўёки зарарли таъсири ҳақида оммавий салбий фикрлар шаклланишига олиб келади. Юқори самарали контрацептивларни қўллашдан бош тортишнинг яна бир энг кўп айтиладиган сабаби – ножўя таъсирларнинг юзага келишидан кўрқиш бўлиб, бу сабабни умрида ҳомиладорликка қарши воситаларни қабул қилмаган 36% сўралган аёллар билдиришган [10; 45]. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, контрацептив воситаларни етарли даражада қўлламаслиги сабабларидан бири, мазкур усуллар ҳақида етарлича ва тўғри маълумотнинг йўқлиги ҳисобланади [49; 51].

Ушбу мураккаб ва кўп томонлама муаммога доир олиб борилган бир қатор тадқиқотларга қарамай, ҳозирги вақтга келиб, туғруқдан ҳамда ККдан кейин аёллар репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш муаммолари тиббий-ижтимоий жиҳатларининг комплекс тадқиқоти деярли мавжуд эмас [55; 59]. Ҳаёт тарзи ва шароитларининг хусусиятлари ўрганилмаган, ККдан кейин аёлларнинг репродуктив танловига таъсир кўрсатувчи омиллар ҳақидаги маълумотлар мавжуд эмас, шунингдек, контрацепциянинг у ёки бу усуллари афзалликлари ёки улардан бош тортиш сабаблари ўрганилмаган.

Шундай қилиб, КК сонининг ошиши интра- ва постоперацион асоратлар ривожланиш хавфини анчагина оширади, бу эса кейинчалик репродуктив функциянинг тикланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Шунинг учун шифокор операциянинг бажарилишини, операциядан кейинги даврнинг олиб борилишини муайян акушерлик вазияти билан чегараланмасдан, аёлнинг генератив ва репродуктив функциясини сақлаш жиҳатидан қараб чиқиши лозим. Бироқ, ҳозирги вақтда кесар кесиш ўтказган аёлларда репродуктив тизим аъзоларининг хусусиятлари, қайтар

контрацепция усулларининг самарадорлиги ва хавфсизлиги билан боғлиқ бир қатор ҳал этилмаган масалалар қолмоқда [11].

Кесар кесишдан кейин контрацепциянинг турли усуллари самарадорлиги ва мақбуллигига замонавий қарашлар

Туғруқдан кейинги контрацепция муаммолари бўйича амалга оширилган бир қатор ишларга қарамасдан, ҳозирги вақтга қадар, айниқса, ККдан кейин контрацепциянинг турли усулларини (КУ) эрта қўллаш имкониятлари ҳақида ягона нуқтаи назар мавжуд эмас. Goldstuck N. D., Steyn P. S. (2013) маълумотларига кўра, аёллар ҳомиладорлик вақтида контрацепция ҳақида тўғри маслаҳат олишлари натижасида туғруқдан кейин ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш учун маслаҳат олмаган аёлларга нисбатан 2,2 марта камроқ мурожаат қилишади [102].

Шунинг учун ҳам, мутахассислар контрацепция масалалари маслаҳат олишни туғруқдан олдин муҳокама қилишни тавсия этишади [153]. Туғруқдан кейин контрацепция воситаларини қўллашни бошлаш учун тавсиялар лактацион аменорея усулининг (ЛАУ) самарадорлиги жуда паст даражагача пасайган вақтда қўшимча контрацептив ҳимояни таъминлаш билан боғлиқ.

Фертиликни табиий бошқаришда ЛАУ катта роль ўйнайди. ЛАУ дан тўғри фойдаланилганда унинг самарадорлиги 98% ни ташкил қилади. ЛАУнинг афзалликларига: барча эмизувчи аёлларга истисносиз тўғри келадиган усул бўлганлиги, кўкрак билан озиқлантириш имтиёзига асосланганлиги, ва мазмунан, аёллар учун харажат талаб этмаслиги киради [13]. Охирги клиник тадқиқотлар мазкур усулнинг назарий жиҳатдан асосланган юқори самарадорлигини тасдиқлайди [6]. Бироқ, оператив туғруқдан кейин ЛАУнинг қўлланилиши чегараланган, чунки кўп аёлларда ККдан кейин учраш сони 72%га етган гипогалактия туфайли лактациянинг табиий контрацептив ҳимоя сифатидаги самарадорлиги етарли даражада бўлмаслиги аниқланган [60].

Баъзи муаллифларнинг фикрича, умумий популяцияда, хусусан, ККдан кейин аёлларда кўкрак билан эмизишнинг

камайишига мойиллигини эътиборга олиб, контрацептивларнинг эрта қўлланилиши амалиётда бажарилиши лозим [24; 31]. Қўшимча озиклантиришни қўлловчи, мунтазам эмизмайдиган, шунингдек, кўкрак билан умуман эмиздирмайдиган оналарга келсак, бундай ҳолларда, уларга, муаллифларнинг фикрича, контрацепцияни туғруқдан кейинги учинчи ҳафтасидан бошлаб қўлланилиши кўрсатилган [56].

ЖССТ мақбулликнинг тиббий критерияларига кўра, ККдан кейин аёлларда контрацепциянинг турли усулларини қўлланилиши кўзда тутилган [34]. КК ўтказилган аёлларда контрацепциянинг анъанавий (ритмик усул, жинсий алоқа вақтида сақланиш) ва тўсиқли (презервативлар, цервикал қалпоқчалар, губка, диафрагмалар, спермицидлар) усулларининг ишлатилиши табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёлларга нисбатан фарқ қилмайди.

Афсуски, контрацепциянинг мазкур турларининг самарадорлиги [12 – 35%] анчагина паст, аммо бу усул жинсий йўллар орқали ўтувчи касалликлар профилактикасида катта аҳамиятга эга [88].

Самарадорлиги юқори бўлган ихтиёрий жарроҳлик контрацепция усулининг қўлланилиши ККдан кейин мунозарали масала бўлиб қолмоқда. Ушбу контрацепция усулининг самарадорлиги 100%га етади. Аммо, шунини қайд этиш лозимки, ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси қайтмас усул бўлиб, уни фақат келажакда бошқа фарзанд кўришни истамаган аёллар танлашлари мумкин [72; 79].

Охирги йилларда гормонал контрацепцияни (ГК) қўллаш тамойилларини ишлаб чиқишга қизиқиш ортди. ЎзР ССВнинг статистик маълумотларига кўра, фертил ёшдаги аёллар сонидан ўртача 30,6%и ГКни таблетка ва инъекция кўринишида қабул қилишади. Илмий адабиётларда туғруқдан кейинги яқин ойларда ГКни қўллаш тамойиллари ҳақидаги маълумотлар жуда кўп, аммо ККни ўтказган аёлларда бу масалани ўрганишга тааллуқли ишлар жуда кам.

Монография

Орал контрацептивлар (ОК) ҳам юқори самарадорликка эга контрацептивлар ҳисобланади (99%гача). Ушбу контрацептивлар қайтар контрацепция усуллари ҳисобланиб, фертилик дарров тикланади [17; 19; 30]. Бундан ташқари, уларнинг контрацептив таъсиридан ташқари даволаш хусусияти ҳам маълум; эндометриоз, ҳайзолди синдроми, альгодисменоррея, бачадондан дисфункционал қон кетишлар, тухумдонларнинг функционал кисталари, эндометрийнинг гиперпластик жараёнларида терапевтик таъсир кўрсатади [42].

Туғруқдан кейинги даврда контрацепция мақсадида, биринчи навбатда, гестагенлар [мини - пили] қўлланилади. Жуда кўпгина тадқиқотларда тоза гестагенлар қўлланилишида сут ишлаб чиқаришини камайтирувчи аралаш орал контрацептивлардан (АОК) фарқли равишда, уларнинг кўкрак билан озиклантиришга таъсири аниқланмаган [45; 67]. ЖССТ хулосасига кўра, таркибида фақат гестаген бўлган таблетка шаклидаги ОКни эмизувчи оналарда туғруқдан кейин ва ККдан сўнг бчи ҳафтадан бошлаб, қўллашга чекловлар йўқ. Аммо В.Н. Прилепская (2017)нинг фикрича, мини-пилини эмизувчи ва эмиздирмайдиган оналарда эртароқ (дастлабки 3-4 ҳафтада) бошлаш мақсадга мувофиқ [47].

Аммо гестагенларни қўллаш натижасида, биринчи ой мобайнида туғруқдан ва ККдан сўнг ациклик қон кетишлар эҳтимоли мавжуд [19; 62; 90].

Туғруқдан ва ККдан кейин “Депо-Провера” типидagi инъекцион воситалар ва “Норплант” тери ости имплантати сингари узайтирилган таъсирдаги прогестагенларнинг қўлланилиш эҳтимоли ҳақидаги масала олимлар орасида мунозарали. Улар ҳам юқори самарали ва лактация ҳамда боланинг ривожланишига таъсир кўрсатмайди [62; 89]. Шу билан бирга, уларнинг таъсири узок вақт оралиғига мўлжалланган ва бу давр ичида воситани бекор қилишнинг иложи йўқ, бундан ташқари, уларни қўллаганда ҳам ҳайз даврining бузилишлари кузатилади, шунингдек, воситанинг

инъекцияси, имплантат капсуласини киритиш ва олиб ташлаш учун махсус ўргатилган тиббий ходим талаб этилади [104].

АОКнинг эстроген компоненти эрта туғруқдан кейинги даврда тромбоземболик асоратларни кучайтириши мумкин [108]. Бундан ташқари, этинил эстрадиол (ЭЭ) сут миқдорини камайтириш хусусиятига эга [120]. Масалан, López-Farfan J. A. et al. ва ҳаммуаллифларнинг тадқиқотларида таркибида 30 мкг ЭЭ бўлган АОКни қўллагандан 18 ҳафтадан сўнг, сут миқдори назорат гуруҳидаги 61% га нисбатан 41,9%га камайган [131].

Шу сабабли ЖССТ тавсияларида эмизувчи аёлларга туғруқдан кейин 3 ҳафтагача АОК тавсия этилмайди (уларнинг қўлланилиш хавфи афзаллигидан устун), эмизувчи аёллар учун эса, 6 ҳафтагача қўлланилиши мутлақо мумкин эмас ва бчи ойгача тавсия этилмайди [140].

Бугунги кунга келиб, кесар кесишдан кейин аёлларда бачадон ичи воситаси (БИВ) усулини ишлатишга доир қатор ишлар бағишланган. Осие, Яқин Шарқ ва Лотин Америкасининг кўпгина давлатларида, уларнинг ичида фойдаланувчиларнинг мутлақ сони жиҳатидан Хитой (репродуктив ёшдаги қарийб 79 миллион аёллар), фоиз жиҳатидан - КХДР (49%) [145] ва Ўзбекистон (46,1%) [5] етакчилик қилмоқда. Россияда уни репродуктив ёшдаги 14,5% аёллар қўллашади (2015 йилда Россия Федерацияси аҳолисининг саломатлиги ҳақидаги Давлат маърузаси). БИВ усули ҳомиладорликнинг олдини олиш воситаларига қўйиладиган талабларга етарли даражада тўлиқ жавоб беради. У қайтар, юқори самарали (98–99,5%), аёл организмига тизимли таъсир кўрсатмайди, қўлланилиши қулай, турли ижтимоий гуруҳлар қўллаши учун мумкин бўлган ҳаммабоп, доимо ўзини назорат қилишни талаб этмайди, бундан ташқари, узоқ вақт ва узлуксиз қўлланилиши мумкин [156].

КК ўтказилган аёлларда БИВ масалаларини ўрганишга бағишланган илмий нашрлар кам. Барча тадқиқотчиларнинг ҳисоблашича, БИВнинг қўлланилиши операциядан кейинги

даврининг кечишига, асоратлар сонига, лактацион функцияга, кейинчалик эса ҳайз функциясининг тикланишига салбий таъсир кўрсатмайди [151].

Контрацептивни олгандан кейин фертилликнинг тикланиши ўртача 1-2 ойдан кейин рўй беради [4]. Усулни қўллашга қарши кўрсатмалари бўлмаган ва кўкрак билан эмизишни давом эттирувчи аёллар учун БИВ танлов усули ҳисобланади [14]. Ҳозирги вақтда турли хил шаклдаги БИВлари мавжуд бўлиб, таркибига кумуш, мис, пластмасса киритилган; Мирена номли БИВ таркибида левоноргестрел гормони мавжуд (Bayer) [44]. Янги “Gyne Fix” ён тармоқларсиз мис сақловчи контрацептив ҳам ҳозирги кунда қўллана бошлаган [163].

Мис сақловчи ва инерт БИВни лактация жараёнига таъсир қилмаслиги натижасида, уларни кесар кесиш ўтказган ва кўкрак сути билан эмизадиган аёлларда қўллаш мумкин [65]. Левоноргестрел сақловчи БИВни қўллаганда кўкрак сутида гестагеннинг озгина миқдори аниқланади, аммо гормоннинг бундай кам концентрацияси боланинг ривожланиши ва соғлиғига таъсир кўрсатмайди [34].

Мис/гестаген сақловчи БИВни тўғри қўллаганда ҳомиладорликнинг рўй бериш сони 0,1% дан 1,5% гача бўлади, инерт БИВни қўллаганда эса, 2-4%га етади [4; 88]. Бачадоннинг перфорацияси ҳолати охириги маълумотларга кўра, камдан-кам – 1000 та киритилган БИВга 1,3 дан ошмайди [8; 17]. Хитойда (17 йил давомида), Бельгияда ва Мексикада ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, КК вақтида БИВни бевосита кўрув назорати остида киритиб, уни бачадоннинг тубида жойлаштиришда бачадоннинг перфорацияси ҳолатлари кузатилмаган, қон кетишлар камдан-кам кузатилган. КК вақтида БИВни киритиш лохиялар табиатига, бачадон инволюциясига, туғруқдан кейинги госпитализация давомийлигига таъсир кўрсатмаган [72]. Бу масала ККдан кейинги аёллар учун алоҳида аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда адабиётларда ККдан кейин БИВни қўллашда иммунологик тадқиқотлар ҳақидаги маълумотлар кам сонли ва бир-бирига қарама-қарши. Шу билан бирга, адабиётда БИВни эрта киритишнинг умумий иммунитет ҳолатига таъсири ҳақида аниқ маълумотлар мавжуд эмас.

Манбаларда келтирилишича, БИВнинг экспульсия сони 1,2% дан 13%га учрайди [9; 45]. Туғруқдан ва ККдан кейин киритилган БИВнинг асосий камчилиги БИВ экспульсияси ҳолатининг ошиши ҳисобланади, чунки бу даврда бачадон кескин қисқаради, бачадон бўйни эса кенгайган бўлади. Баъзи муаллифларнинг таъкидлашича, БИВни йўлдош туғилгандан кейин 10 дақиқадан кечиктирмай киритилса, экспульсия коэффиценти камаяди [65; 79; 115].

Brahmana I., Nugul S. ва ҳаммуаллифларнинг [2019] маълумотига кўра, БИВ бевосита КК операцияси вақтида киритилганда, контрацептивларнинг экспульсияси ҳолати жуда камдан-кам ҳолатда кузатилади (БИВни туғруқдан кейин киритилганига нисбатан камроқ) [91].

Escobar M., Shearin S. (2019) фикрига кўра, простагландинлар синтезининг ингибиторлари буюрилганда БИВнинг экспульсияси ва оғриқли синдромнинг ривожланиш хавфи сезиларли даражада камаяди [99]. Баъзи олимларнинг [97] таъкидлашича, простагландинлар синтезининг ингибиторлари, хусусан, ибупрофеннинг буюрилиши БИВ қўлланилганда оғриқ синдромининг сонига таъсир кўрсатмайди.

Ҳозирги вақтга қадар ККдан кейин БИВни киритиш вақти ҳақидаги масаланинг муҳокамаси давом этмоқда. Шунини таъкидлаш жоизки, туғруқдан сўнг дарҳол БИВни киритиш чўзилган туғруқ, узоқ давом этган сувсиз оралик, бачадон бўйнининг 2-даражали йиртилиши, йўлдошнинг зич бирикиши, бачадон бўшлиғига қўл билан кириш, туғруқдан кейин ва эрта туғруқдан кейинги даврда қон кетишлар, бачадондаги чандиқнинг носозлиги сингари оғишмалар кузатилмаган ҳолдагина асосли, деб ҳисобланади [127]. Е.А.Чернуханинг (2016) фикрича, КК ўтказилганда эътиборни,

биринчи навбатда, операцияни техник жиҳатдан тўғри бажариш ва операциядан кейинги даврни олиб боришга қаратиш лозим, контрацепция масалаларини эса, кейинроқ ҳал қилиш мумкин [65]. ЖССТнинг БИВни табиий йўллари орқали туғруқ ва ККдан кейин қўллаш бўйича тавсиялари қуйидаги ҳолатларни ўзида мужассам этади:

1) туғруқдан кейин дастлабки 48 соат давомида БИВни киритиш афзалликлари, умуман олганда, қўллашнинг назарий ёки тасдиқланган ҳавфидан устундир;

2) 48 соатдан 4 ҳафтагача бўлган даврда ҳар қандай БИВни киритиш тавсия этилмайди;

3) 4 ҳафтадан сўнг ҳар қандай БИВни кўрсатма бўйича киритиш мумкин;

4) туғруқдан кейинги септик асоратларда барча БИВлар мутлақо мумкин эмас [52].

В.Н.Прилепская ва муаллифларнинг фикрича, БИВни туғруқдан кейинги даврда 6-8 ҳафтадан бошлаб киритиш мақсадга мувофиқ [47].

Эмизмайдиган аёлларга нисбатан эмизувчи аёлларда БИВни киритиш оғриқсиз ўтиши, БИВни киритгандан сўнг оғриқ ва қон кетишлар камроқ кузатилиши ҳақидаги маълумотлар мавжуд [68]. Туғруқдан кейин аёлларда мис сақловчи БИВнинг қўлланилишида қуйидаги ножўя реакциялар ва асоратлар кузатилиши мумкин: гиперполименоррея (2,65 – 18,9%), қорин пастида оғриқ (6,7–9,8%), ациклик қонли ажратмалар (4,5–8,1%) ва кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (1,8 – 3,2%) [5].

Илмий адабиётларда репродуктив аъзоларининг яллиғланишли касалликлари юзага келишида контрацепция фонид а яллиғланиш жараёнининг оғир кечишига урғу бериб, бачадон ичи контрацептивларининг етакчи ролини кўриб чиқадиган нашрлар мавжуд [36], С.У.Наркулова, Ф.А.Атаходжаева ва ҳаммуаллифлар (2017) эса уларнинг учраш сони 25,9 – 31,8% эканлигини таъкидлашади [39]. 1980 йилда Р. Senanayake ва D.Kramer дунёнинг

бир нечта давлатларида ўтказилган 25 та тадқиқот маълумотларини нашр этишди ҳамда БИВ қўйилган аёллар кичик чанок аъзолари яллиғланиш касалликлари (КЧАЯК) ва найли бепуштликнинг юзага келиши бўйича хавф гуруҳи ҳисобланади, деган хулосага келишди [44]. Бунинг натижада бутун дунёда мазкур усул қўлланилишининг сезиларли даражада камайишига олиб келинди. Аммо, кейинги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, БИВни киритишнинг биринчи ҳафтасидан ташқари, КЧАЯК юзага келиш хавфи барқарор жинсий ҳаёт кечирувчи ва бошқа жинсий шериклари бўлмаган аёлларда камроқ намоён бўлади [67]. КЧАЯКнинг юзага келишининг бирмунча каттароқ эҳтимоли БИВни киритгандан сўнг, дастлабки 20 кундагина кузатилади [78]. 2-3 ойдан сўнг вужудга келувчи кичик чанок яллиғланиш касалликлари БИВнинг киритилиши билан боғлиқ эмас [87].

Баъзи тадқиқотчилар БИВ киритилганда КЧАЯК учраш сонларини камайтириш мақсадида антибактериал профилактика буюришни мақсадга мувофиқ деб таъкидласа, бошқа муаллифлар антибиотикларнинг ижобий таъсирини аниқлашмади [58].

БИВни вақтидан олдин олиб ташлашга мажбур бўлинган энг кўп тарқалган ножўя реакциялардан бири ҳайз даврининг бузилиши ҳисобланади. Прогестаген гормонини ажратувчи воситалар қон йўқотишлар ҳажмини БИВ киритишдан олдинги даражага нисбатан 40-50% га камайтириши аниқланган. Энг яхши натижаларни “Мирена” БИВ беради, у темир танқислик камқонлигининг профилактик воситаси бўлиб ҳам ҳисобланади [42].

Ҳайзлараро қонли ажралмаларнинг, айниқса, БИВ киритилгандан кейинги дастлабки 3 ойда келиши кузатилиши мумкин. Бундай асоратлар кузатилган аёллар фоизи мис сақловчи БИВ қўлланилгандан кўра, инерт воситаларни қўллаганда кўпроқни ташкил этади. Прогестаген ажратувчи бачадон ичи гормонал воситаларни қўллаганда ҳайзлараро қонли ажралмаларнинг келиши дори-дармонларсиз ва мис сақловчи воситаларни қўллашдан кўра кўпроқ кузатилади, аммо ушбу аёллар томонидан йўқотиладиган

қон ҳажми камроқ бўлади [49]. Эндометрида простагландинлар эндоген чиқарилишининг ошиши - ҳайз вақтида қон йўқотишларининг ошиши, дисменорея ва бачадон қисқаришларининг кучайиши сабабларидан биридир [60].

Шундай қилиб, клиницистларнинг контрацепция муаммосига алоҳида эътиборига қарамай, кесар кесишдан кейин контрацепциянинг замонавий турлари қўлланилиши билан боғлиқ кўпгина масалалар мунозарали бўлиб қолмоқда.

II БОБ. АСОСИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ИННОВАЦИОН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳозирги замонда кесар кесиш операциясини бажаришда юқори эффе́ктив технологияларнинг қўлланилиши, пери- ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш ва керак бўлмаган оператив амалиётларни олдини олиш олдимизда турган вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади.

ҲҚТ-10 бўйича кесар кесиш операциясининг кодлари куйидагича келтирилган:

082 – кесар кесиш операцияси, бир ҳомилали тугрук

082.1-электив кесар кесиш

082.1-шошилинч кесар кесиш

082.2-кесар кесиш ва гистерэктомия

082.8-бошқа бир ҳомилали кесар кесиш

082.9-ноаниқ сабабли кесар кесишлар

084.2-кўп ҳомилали тугрукда кесар кесиш

Бажарилиш бўйича кесар кесиш операцияси турли категорияларга бўлинади:

1-категория

Шошилинч кесар кесиш- она ва ҳомила ҳаётига бевосита хавф бўлса; операция учун вақт- 15-30 минут (максимум 30 минут)

-киндик тизимчасининг тушиб қолиши;

-йўлдошнинг олдинда ётиши (оғир қон кетиш);

-нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши;

-узок муддатли брадикардия (3 дақиқа давомида дақиқасига 70 дан кам);

-ҳомиланинг ўткир дистресси;

-бачадон ёрилиш хавфи ёки ёрилиши.

2-категория

Фавқулотдаги кесар кесиш- ҳозирги вақтда она ва ҳомила ҳаётига хавф бор, аммо кесар кесишни бажариш учун 1 соат вақт мавжуд (максимум 75 дақиқа)

Монография

- чанок ва бош диспропорцияси;
- туғруқ вақтида патологик КТГ.

3-категория

Режалаштирилган кесар кесиш- кесар кесиш операцияга мухтож, аммо она ва ҳомила томонидан шошилиш кўрсатмалар йўқ. Кесар кесишни ўтказиш учун вақт -4 соат.

- кесар кесишга тайёрланган аёлда қоғоноқ сувлари кетган;
- преэклампсия;
- туғруқ фаолиятининг сустлиги.

4- категория. Электив кесар кесиш. Туғруқ фаолияти бошлангунча, кесар кесишни режалаштириш. Вақт -24 соат.

Ўлаётган аёлда бажариладиган кесар кесиш:

-кесар кесиш авваламбор она ҳаётини сақлаш учун, юрак тўхтаганда бажарилади, чунки юрак-ўпка ва церебрал реанимациянинг асосий компоненти ҳисобланади;

-агар юқори кўрсатилган реанимация чоралари 4 минут ичида давом эттирилса, ва самара бўлмаса, кесар кесиш ўтказилиши керак.

Ўлган аёлда бажариладиган кесар кесиш- ҳомила ҳаётини сақлаб қолиш учун бажарилади.

Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар:

-кесар кесишга кўрсатма катта врачларнинг биргаликдаги кўруви асосида (кундузи- бўлим бошлиғи, кечкурун- жавобгар навбатчи врач) қўйилади;

-кесар кесишга кўрсатма асосланган ва туғруқ тарихига киритилган бўлиши керак;

-аёлга тиббий кўрсатмалар асосланган ҳолатда кесар кесиш операциясини тавсия қилиш керак.

Ҳомиладорлик вақтида кесар кесишга кўрсатмалар:

-йўлдошнинг олдинда жойлашуви;

-кесар кесишдан кейин 2 та ва ундан ортиқ чандикнинг мавжудлиги;

-анамнезида корпорал кесиш борлиги;

-ҳомиланинг тахминий вазни 3500 грамм ва ундан зиёд бўлиб, чанок билан келиши;

-кўп ҳомилалик, биринчи ҳомила чанок билан ёки кўндаланг келиши;

-ҳомила туғилишига тўсқинлик қилувчи кичик чанок аъзолари ўсмалари ва чанок суяклари деформацияси;

-антиретровирусли терапия олмаган ОИВ билан касалланганлар;

-ҳомиладорликнинг учинчи триместрида намоён бўлган бирламчи генитал вирусли инфекция.

Туғруқ вақтида кесар кесишга кўрсатмалар:

-ҳомиланинг хавфли ҳолати;

-нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиши ва йўлдошнинг олдинда келиши;

-бачадон ёрилиш хавфи ва ёрилишининг бошланиши;

-киндик тизимчасининг олдинга келши ва тушиб қолиши;

-вагинал туғруқ учун имконият бўлмаган ҳолатдаги хориоамнионит;

-обструктив туғруқ;

-ҳомила тирик бўлганда онанинг агония ҳолати ёки бирданига ўлиб қолиши.

Кесар кесишга қарама- қаршилик:

Ҳомиланинг интранатал нобуд бўлиши.

10 апрель 2015 йилдаги ЖССТ нинг айтиши бўйича, кесар кесиш фақат тиббий кўрсатмалар бўйича бажарилиши керак; Ўзбекистон акушер- гинекологлари ассоциацияси тавсиясига кўра, аёлнинг хохиши кесар кесиш операциясига кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

Кесар кесиш операцияси бажарилишини камайтирувчи омиллар:

-туғруқ вақтида бевосита қўллаб қувватлаш;

-41+ ҳафтада туғруқ индукцияси;

-туғруқ вақтида партограммани ишлатиш;

Монография

-катта врач билан кесар кесишга кўрсатмани кўйиш;

-патологик КТГ да ҳомила қони РН ни аниқлаш.

Кесар кесиш операцияси бажарилишига таъсир қилмайдиган омиллар:

-туғруқ вақтида юриш;

-туғруқнинг 2 даврида вертикал ҳолатда ёки ёнбош ҳолатда бўлиш;

-эпидурал анестезия.

Кесар кесиш операциясини бажаришдаги текшириш усуллари.

-анамнез йиғиш;

-аллергологик анамнез;

-она ва ҳомила ҳолатини баҳолаш;

-қон группаси ва резус омилни аниқлаш;

-гемоглобин ва гемокритни аниқлаш;

-анестезиолог кўриги;

- қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оксил, мочевина, билирубин, қанд, трансaminaзалар);

-ЭКГ;

- терапевт кўриги;

- қоннинг ивиш ва фибринолитик тизими кўрсаткичлари.

Бундан ташқари қуйидаги текшириш усуллари ўтказилди:

Ультратовушли текшириш. Контрацептив воситаларнинг репродуктив тизим ҳолатига таъсирини ўрганиш мақсадида кичик чанок аъзолари «Toshiba» (Xagio SSA-660A) фирмасининг ультратовушли аппаратида текширилди. Эхография иккита технология бўйича ўтказилган: умумий қабул қилинган усулда, яъни сийдик пуфагини тўлдириб, трансабдоминал датчик билан 3,5 мгц частотада ҳамда трансвагинал датчикдан фойдаланган ҳолда. Ультратовушли биометрия бачадоннинг учта ўлчамини (узунлиги, олдинги-орқа ўлчами ва кенглиги) ўлчашни, М-эхо ўлчовини, БИВ ва бачадон туби ўртасидаги масофани ўлчашни, БИВ ва эндометрийнинг юқори қавати ўртасидаги масофани ўлчашни

ўзида мужассам этган. Бачадон танасининг узунлиги бўйлама кесимда ички бўғиздан бачадон тубининг энг узокдаги нуктасигача ўлчанди. Бачадон танасининг олдинги-орқа ўлчами бачадон танасининг энг кенг жойида, олдинги ва орқа деворининг ташқи контурлари бўйлаб олдинги ўлчовига перпендикуляр ҳолатда аниқланди. Бачадон танасининг кенглиги кўндаланг сканерлашда бачадон танаси ён деворларининг ўнг контуридан чап контуригача энг кенг қисмида ўлчанган.

Эндометррийнинг УТТини ўтказишда унинг қалинлиги, тузилиши ва ҳайз даврига мувофиқлиги баҳоланган. Эндометррийнинг қалинлигини баҳолашда бачадонни бўйлама сканерида М-эхо олдинги-орқа ўлчамини ўлчаш қўлланилган.

Шунингдек, чандиқ соҳасида олдинги девор қалинлиги ўлчанган, тухумдонлар ҳолатига эътибор қаратилган.

Бактериологик тадқиқот анъанавий схема бўйича ўтказилган: цервикал каналдан текширилувчи материал олинди, озик муҳитларга экилди, тоза культура ажратилди ва микроорганизмларнинг ажратилган культуралари тенглаштирилди. Анаэроб микрофлорани ажратиш мақсадида термостат ёрдамида микроорганизмларнинг культуралаш усули қўлланилган. Текширилувчи материалда шартли-патоген бактериялар аниқланди. 1-2 соат давомида лабораторияга олиб келинган материал микроорганизмларнинг қуйидаги гуруҳларига текширилган: азроблар ва факультатив анаэроблар, ачитқисимон замбуруғлар. Экмалар микроорганизмларнинг турли гуруҳларини аниқлаш учун қатор озик муҳитларда амалга оширилган: натурал агар асосида, тузли агар (стафилококкларни ажратиш учун), Сабуро муҳитида (замбуруғларни ажратиш учун) (37°C) термостатда ўстирилган.

Ажратилган микроорганизмларнинг миқдори агарли косачалар секторларида ўсиш зичлиги бўйича баҳоланган. Таҳлил натижалари 72 соатда тайёр бўлган.

Иммунологик текшириш ўз ичида яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши ва оқибати учун жавоб берувчи

Монография

иммунитетнинг асосий цитокинларини ўрганишни мужассам этган. Биз аёлларнинг периферик қон зардобиди текширилган ИЛ-1 β ва ИЛ-8 ни ўз ичига олган цитокин спектрини аниқладик. Яллиғланишолди хусусиятларига эга икки цитокин текширилди, тадқиқотлар Россия давлати, Новосибирскда 2017-2018 йилларда ишлаб чиқилган “Вектор-Бест” тижорат тест тизимидан фойдаланиб, иммунофермент таҳлили усулида ўтказилган.

Маълумки, тест-тизимлар индикатор фермент сифатида хрен пероксидаза қўлланилган ҳолда, қаттиқ фазали иммунофермент таҳлилининг сэндвич–усулига асосланган. Натижаларнинг миқдорий баҳоси оптик зичлиги стандарт антиген концентрациясига боғлиқ алоқани акс эттирувчи “Excel 2014” дастуридан фойдаланиб ўтказилган. Мазкур тест-тизимларини қўллашда усулнинг сезувчанлиги 2-30 пг/мл ни ташкил этади.

ИЛ-1 бетта ва ИЛ-8 ни аниқлаш

Реагентлар тўплами - бу комплект бўлиб, унинг асосий реагентлари йиғиладиган полистирол планшет лункалари юзасига сорбция қилинган, текширилаётган цитокинларга нисбатан моноклонал антителалар ҳисобланади. Тўпламлар периферик қон зардобиди ва биологик суюқликларда одам цитокинлари миқдорини аниқлаш учун мўлжалланган. Ҳар бир лункада оптик зичликни ўлчаш тўлқин узунлиги 450 нм бўлган микропланшет учун автоматик фотометрдан фойдаланиб, иммунофермент таҳлили усулида «Stat-Fax» (АҚШ) анализаторида ўтказилган. Реагентлар тўплами Новосибирск (РФ) “Вектор-Бест” да ишлаб чиқилган.

Айланиб юривчи иммун комплексларни аниқлаш (АИК 3% ва 4%)

«Stat-Fax» (АҚШ) анализаторида, ИФА таҳлил усулида турли катталиқдаги айланиб юривчи иммун комплексларни аниқлаш ЎзР ФА Иммунология Институтида иммуноцитоклинлар лабораториясида ўтказилган. АИКнинг ўлчамлари ПЭГнинг турли концентрациясини қўллаб аниқланган. ПЭГнинг паст концентрациялари антиген устунлиги билан йирикларини, юқори

концентрациялари, асосан, антителалар таркиби билан майда АИКларни чўктиради. Қўлланилган реактивлар: 0,1N боратли буфер, рН=8,4; 1,24г бор кислотаси 100 мл дистиλλанган сувда эритилади; 1,9г танакор 100 мл дистиλλанган сувда эритилади; 4% полиэтиленгликол эритмаси (ПЭГ) м.м. 6000 дистиλλанган сувда ва 3% полиэтиленгликол эритмаси (ПЭГ) м.м 6000 дистиλλанган сувда. АИК ўлчамлари ПЭГнинг турли концентрациясини қўллаб аниқланади. ПЭГнинг паст концентрациялари антиген устунлиги билан йирикларини, юқори концентрациялари, асосан, антителалар таркиби билан майда АИКларни чўктиради.

Статистик натижалар таҳлили

Бирламчи маълумотларга статистик ишлов бериш “Microsoft Excel 2010” маълумотлар базасида “Statistica 10” дастуридан фойдаланиб ўтказилган. Маълумотлар қуйидаги кўринишда ифодаланган: ўртача (M) ± стандартли оғиш (m). Тақсимот типига қараб, узлуксиз катталиқлар тафовутининг статистик қийматини аниқлаш учун t Стъюдент критерийси (параметрик тақсимотда) ва Колмогоров–Смирнов мезонлари, Манн-Уитни U -мезони (нопараметрик тақсимотда) қўлланилган.

$$\text{Кўрсаткичлар орасидаги хато: } m = \pm \sqrt{\frac{p \cdot q}{n-1}}$$

$$\text{Кўрсаткичлар орасидаги тафовут: } \Delta m = \pm \sqrt{m_1^2 + m_2^2}$$

$$\text{Стъюдент (t) критерияси: } t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

t – фарқларнинг ишончлилиги (ишончлилик коэффициентини);

$M_1 - M_2$ - ўрта арифметик сон;

$m_1^2 + m_2^2$ – ўртача хато.

Дискрет ўзгарувчиларини таққослашда Фишернинг χ^2 ли мезони қўлланилган. Микдорий белгиларнинг ўзаро боғлиқларини баҳолаш учун чизикли регрессия ва корреляцион таҳлил усуллари (Пирсон, Спирмен корреляция коэффициенти) қўлланилган. Бир нечта белгиларни аниқлаш учун чизикли ва кўп омили регрессион

Монография

таҳлил қўлланилган. Тафовутлар ва корреляцион алоқалар $p < 0,05$ да статистик жиҳатдан аҳамиятга эга ҳисобланган. Гуруҳлар ичида динамик ўзгаришларни баҳолаш учун белгилар мезони, t мезони қўлланилган. Гуруҳларни таққослашда тафовутларнинг аҳамияти, гуруҳларда ўрганилаётган белгилар тақсимотининг учраш ҳолатлари тафовутларининг ишончлилиги баҳоланиб ва Фишер аниқ мезонининг икки томонлама варианты бўйича аниқланган.

Биз, тиббий ҳужжатларни илмий таҳлил қилиш учун қуйидаги параметрларни инобатга олдик: аёлнинг ёши, касби, менструал ва репродуктив функцияси, акушерлик анамнези, анамнезидаги гинекологик касалликлари. Ҳозирги ҳомиладорлик кечиши, паритет ҳолати, контрацептив мақсадлар инобатга олиниб, таҳлил қилинди. КК операциясини ўтказган 149 та аёл текширилиб, 4 та гуруҳга ажратилди:

1- гуруҳ – БИВ интраоперацион қўлланилган 40 нафар аёллар;

2- гуруҳ – БИВ интервали (КК дан кейин 6 ҳафтадан сўнг) қўлланилган 36 нафар аёл;

3- гуруҳ - ККдан кейин орал гестаген контрацептив – дезогестрел 0,075 мг ни қабул қилган 38 нафар аёл.

4-гуруҳ – (назорат гуруҳи) КК ўтказилган, лекин контрацепция қўлланилмаган 35 нафар аёллардан иборат.

Бачадон ичи контрацепцияси учун Соррег Т – 380 А бачадон ичи воситаси қўлланилди. “Соррег Т – 380 А” БИВ Т-симон шаклда бўлиб, унинг кўндаланг елкалари майдони 380 мм^2 бўлган мисли сим билан қопланган. Бу тизимлар 76 нафар аёлга: 40 нафар аёлга кесар кесиш операцияси вақтида ва 36 нафар аёлга абдоминал туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач қўйилган.

3-гуруҳ аёлларида орал контрацепция учун таблетка шаклидаги кичик дозали соф прогестинли таблетка (“Лактинет”) қўлланилган бўлиб, бу воситанинг ҳар бир таблеткаси 75 мкг дезогестрелдан таркиб топган, бу эса уни лактация вақтида қўллашга имкон беради.

СПО контрацепцияси ККдан 6 ҳафта ўтгач, ҳайз функцияси ҳолатидан қатъи назар, доимий қабул тартибида бошланган.

Исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш усулларининг самарадорлиги ва мақбуллигини ўрганиш қуйидаги параметрлар бўйича ўтказилган:

- контрацептив самара: дори воситасини қабул қилиш жараёнида содир бўлган режалаштирилмаган ҳомиладорлик сонини қайд этиш асосида баҳоланди;

- индивидуал мувофиқлик (мақбуллик): асоратларнинг учраш сони, табиати ва ножўя таъсирларининг таҳлили асосида аниқланди;

- воситаларнинг тизимли таъсири- анамнестик маълумотлар, шикоятлар, объектив кўрсаткичлар (АҚБ, тана вазни, қон ва сийдик таҳлили, қин ажралмаси динамикаси) асосида ўрганилган. Бундан ташқари, ультратовушли текширув, иммунологик ва бактериологик текширувлар ўтказилди.

Учала гуруҳ аёлларини текшириш ва кузатиш антенатал клиникада бошланган бўлиб, туғруқхонада, кесар кесиш операцияси вақтида ва операциядан кейинги даврда 12 ойгача давом эттирилган.

Текширилган беморларнинг клиник тавсифи

Текширилган 4 та гуруҳ аёллари ўзаро клиник кўрсаткичлари бўйича сезиларли даражада фарқ қилишмаган. Кесар кесишдан кейин контрацепция воситалари ишлатилган аёллар ёши барча гуруҳларда 18 ёшдан – 40 ёшгача бўлган. Гуруҳларда ўртача ёш кўрсаткичлари деярли фарқ қилмаган, аммо ёши каттароқ аёллар СПОК ни қабул қилувчи гуруҳни ташкил этишган ($P < 0,05$). Барча учала гуруҳ аёлларининг ўртача ёши $28,7 \pm 0,7$ йилни, назорат гуруҳида эса $28,5 \pm 1,0$ йилни ташкил этди (2.1-жадвал).

Текширилган аёлларнинг ёши

Контрацепция тури бўйича текширилган гуруҳлар					P
Текширилган аёллар ёши	1-гуруҳ И/о БИК (n=40)	2-гуруҳ И/о БИК (n=36)	3-гуруҳ СПОК (n=38)	Назорат гуруҳи (n=35)	
Ўртача ёш (йил)	27,1±0,8	28,0±0,7	31,7±0,8	28,5±1,0	P1>0,5 P2>0,5 P3<0,05

Изоҳ: P1, P2, P3 – 1,2,3 гуруҳлар ва назорат гуруҳидаги ишончлик фарқи

Барча аёллар Самарқанд вилоятида истиқомат қилишган. Уларнинг аксарияти (61,9%) ўрта махсус маълумотли, 33,5% олий маълумотли ва 4,6% ўрта маълумотли бўлишган.

Контрацепция қўлланилган аёлларнинг кўпгина қисмида (98,7%) никоҳ қайд қилинган бўлиб, гуруҳларда уларнинг учраш сони сезилмас даражада бўлган. Шу билан бирга, 1,3% аёлларда никоҳ баъзи бир сабабларга кўра, қайд қилинмаган.

Ҳомиладорлик ва туғруқлар паритети бўйича ҳам аёллар гуруҳи деярли бир хил бўлган (2.1-расм).



2.1.-расм. Текширилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқлар паритети бўйича тақсимланиши (n=149)

Биринчи марта ҳомиладор бўлиб, биринчи марта тукқанлар 10,7% (16 нафар аёллар) ни ташкил этган. Анамнезида ҳозирги туғруқдан олдин ўз-ўзидан бола ташлаш ҳолати 8 нафар аёлда кузатилган. Қолган (89,3%) текширилганлар такроран ҳомиладор бўлиб, такроран тукқанлар бўлишган. Анамнезида ҳозирги туғруқдан олдин 38 нафар аёлда (25,5%), жумладан, 24 нафаридан (16,1%) – бир неча марта ҳомиладорликни сунъий тушириш ҳолати кузатилган. Жами 149 нафар туғувчи аёлга 263 та ҳомиладорлик тўғри келган, улардан 187 таси туғруқ, 62 таси артифициал аборт билан якунланган. Ўртача ҳар бир иккинчи қайта ҳомиладорга 1 та ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга тўғри келган. Олинган маълумотлар шундай хулоса қилишга имкон берадики, кузатилаётган аёлларнинг катта қисми илгари контрацепция усулларидан фойдаланишмаган ёки ҳомиладорликдан сақланишнинг самараси паст усуллари қўллашган ва оилани режалаштиришни абортлар билан тартибга солишган.

Текширилаётган аёлларнинг соматик касалликлар бўйича саломатлик индекси нисбатан қониқарли бўлган.

Аёлларда, асосан, юқори даражали миопия кузатилган, шу сабабли уларда кесар кесиш ўтказилиши лозим бўлган. Ушбу касаллик БИВни танлаган аёлларга нисбан кўпроқ учраган ($p < 0,05$). Сийдик-чиқариш тизими касалликлари, нафас олиш аъзолари касалликлари, қалқонсимон без касалликлари ва семизликнинг учраши гуруҳлар тақсимоотида фарқ қилмаган ($p > 0,05$). Ошқозон-ичак тизими касалликлари ҳам фақат БИВни танлаган аёлларда учраган ($p < 0,05$). Қолган соматик касалликлар аёлларда кам кузатилган.

Постплацентар бачадон ичи контрацепцияси учун танланган, анамнезида гинекологик касалликлар борлигини айтган аёллар сўров вақтида кам бўлган ($p < 0,05$) (2.2- жадвал).

Текширилаётган аёлларнинг сурункали гинекологик касалликлар структураси (n=149)

Касалликлар	1-гурух И/о БИВ		2-гурух Интервалл и БИВ		3-гурух СПОК		Назорат гурухи		Пирсон критерийси χ^2 ва P-value		
	Абс	%	Абс.	%	Абс	%	Абс	%	χ^2	P	
Жинсий аъзолар яллиғланиш касликлари	0	0	1	2,8	7	18, 4	6	17, 1	χ_{12}	1,126	0,289
									χ_{22}	8,095	0,004
									χ_{32}	7,453	0,006
									χ_{42}	4,692	0,030
									χ_{52}	4,121	0,042
									χ_{62}	0,020	0,887
Бачадон бўйни касаликлари	0	0	3	8,3	2	5,3	2	5,7	χ_{12}	3,470	0,062
									χ_{22}	2,161	0,142
									χ_{32}	2,348	0,125
									χ_{42}	0,277	0,599
									χ_{52}	0,186	0,666
									χ_{62}	0,007	0,933
Ҳайз циклининг бузилишлари	2	5	3	8,3	2	5,3	3	8,6	χ_{12}	0,343	0,558
									χ_{22}	0,003	0,958
									χ_{32}	0,383	0,536
									χ_{42}	0,277	0,599
									χ_{52}	0,001	0,971
									χ_{62}	0,313	0,576
Эндометрийни нг гиперпластик жараёнлари	1	2, 5	1	2,8	6	15, 8	1	2,9	χ_{12}	0,006	0,940
									χ_{22}	4,213	0,040
									χ_{32}	0,009	0,924
									χ_{42}	3,654	0,046
									χ_{52}	0,000	0,984
									χ_{62}	3,515	0,048
Бепуштлиқ	0	0	1	2,8	0	0	6	17, 1	χ_{12}	1,126	0,289
									χ_{22}	-	-
									χ_{32}	7,453	0,006
									χ_{42}	1,070	0,301
									χ_{52}	4,121	0,042
									χ_{62}	7,098	0,008
Сунъий	6	15	8	22,2	13	34,	11	31,	χ_{12}	0,658	0,417
									χ_{22}	3,903	0,048

абортлар						2		4	χ^2_2	2,874	0,090
									χ^2_4	1,307	0,253
									χ^2_5	0,767	0,381
									χ^2_6	0,064	0,800
Ўз ўзидан бўлган ҳомпла тушишлари	2	5	1	2,8	4	10, 5	2	5,7	χ^2_1	0,247	0,619
									χ^2_2	0,838	0,360
									χ^2_3	0,019	0,891
									χ^2_4	1,762	0,184
									χ^2_5	0,378	0,539
									χ^2_6	0,559	0,455

Изоҳ: χ^2 критерийси 95% СІ да ҳисобланиб, χ^2_1 – Постплацентар ва интервалли БИВ ўртасидаги фарқ; χ^2_2 – Постплац. БИВ ва СПОК орасида; χ^2_3 – Постплац. БИВ ва назорат гуруҳи орасида; χ^2_4 – Интерв. БИВ ва СПОК орасида; χ^2_5 – Интерв. БИВ ва назорат гуруҳи орасидаги фарқ; χ^2_6 – СПОК ва назорат гуруҳидаги фарқ.

Жадвалдан кўришиб турибдики, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари ва бачадон бўйни касалликлари 1– гуруҳда кузатилмаган, 2– гуруҳда эса, 3– ва назорат гуруҳига нисбатан кам учраган ($p < 0,05$), бепуштлик эса назорат гуруҳида бошқа гуруҳларга нисбатан кўпроқ учраган ($p < 0,05$). Эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари СПОК ни танлаган аёллар гуруҳида бошқа гуруҳларга нисбатан кўпроқ учраган ($p < 0,05$).

Бачадон ичи контрацепцияси учун танланган аёллар гуруҳидан 11 нафар (14,5%) аёл илгари гинекологик касалликларни ўтказишган. Бу аёлларнинг анамнезида, асосан, 6,6% ҳолат ҳайз даврининг бузилиш ва 3 нафар (3,9%) ҳолатда бачадон бўйни касалликлари кузатилган. Контрацепцияни бошлашдан аввал иккита аёл бачадон бўйни касалликлари бўйича даво курсини ўташган. Бачадон ичи контрацепцияси учун аёлларни танлаш жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари бўлмаганда ва цервикал канал, уретра, киндан ажралмаларни бактериоскопик текшириш ҳамда жинсий йўл билан ўтувчи инфекциялар кўзгатувчилари борлигини аниқлаш учун бажарилган

Монография

ПЗР маълумотлари бўйича юқумли жараён бўлмаганда ўтказилган. Аммо, шу билан бирга, БИВ ни интервалли киритиш учун танланган 1 нафар аёлнинг анамнезида кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш жараёнлари мавжуд бўлган. Гарчи мазкур аёлларда ўтказилган гинекологик касалликлари жуда кам бўлса-да, 14 нафар (18,4%) аёлнинг анамнезида артифициал абортлар, 3 нафар (3,9%) аёлнинг анамнезида ўз-ўзидан ҳомила тушиши бўлган.

КК операциясидан кейин СПОКни танлаган аёллар, асосан, кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (18,4%) ва эндометрийнинг гиперпластик жараёнларидан (15,8%) азият чекишган. Аёлларнинг мазкур гуруҳи анамнезида ҳам 13 та (34,2%) аборт ва 4 та (10,5%) ўз-ўзидан ҳомила тушиш ҳолатлари мавжуд бўлган.

Бундан келиб чиқадиги, ушбу гуруҳларда оқилона контрацепцияни ўтказиш абортлар сонининг камайишига ва қайта ККлар сонининг олдини олишга олиб келиши мумкин эди.

Ҳомиладорликнинг кечиш хусусиятларига қараб, аёлларнинг тақсимооти 2.2- расмда келтирилган.

2.2-расмдан кўриниб турибдики, ҳозирги ҳомиладорлик 54 нафар (36,2%) аёлда камқонлик билан асоратланган, шу жумладан, енгил даражали камқонлик билан 26 нафари (17,4%), ўрта оғир даражали камқонлик билан 28 нафари (18,8%). Ҳомиланинг тушиш хавфи ташхиси билан 25 нафар (16,8%) аёл барча гуруҳларда қарийб бир хил тенгликда даво олишган. Турли даражада ифодаланган презклампсия ва эклампсия ҳозирги ҳомиладорликнинг кечишини 10 нафар (6,7%) аёлда қийинлаштирган, мазкур патология шу аёлларнинг 8 нафарига (5,4%) абдоминал туғруқ учун кўрсатма бўлиб хизмат қилган. БИВ учун танланган аёлларда 3 ҳолатда (3,9%) вақтидан олдин туғруқ хавфи, 2 ҳолатда (2,6%) гестацион пиелонефрит кузатилган, бу 3 ва 4 – гуруҳга нисбатан кам учраган ($p < 0,05$). СПОК учун танланган аёллар гуруҳида мазкур ҳомиладорлик, асосан, гестацион

пиелонефрит (18,4%) ва кольпит билан (18,4%) асоратланган бўлиб, БИВ ни танлаган аёллар гуруҳига нисбатан кўп учраган ($p < 0,05$).



2.2- расм. Ҳомиладорликнинг кечиш хусусиятлари (n=149)

Контрацепциянинг турли усулларидан фойдаланадиган аёллар орасида оператив тугруққа кўрсатмалар бўйича қуйидаги тафовутлар кузатилди (2.2- жадвал).

2.3- жадвал

Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар (n=149)

Операцияга кўрсатма	1-гуруҳ И/о БИВ		2-гуруҳ Интервалли БИВ		3-гуруҳ СПОК		Назорат гуруҳи		Пирсон критерийси χ^2 ва P-value		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	
Йўлдошнинг олдинида ётиши	0	0	1	2,8	6	15,8	6	17,1	χ^2_1	1,126	0,289
									χ^2_2	7,238	0,007
									χ^2_3	7,453	0,006
									χ^2_4	3,654	0,056
									χ^2_5	4,121	0,042
									χ^2_6	0,024	0,876
ИЖЙВОК	0	0	0	0	4	10,5	4	11,4	χ^2_1	-	-
									χ^2_2	4,691	0,030
									χ^2_3	4,829	0,028
									χ^2_4	4,006	0,045
									χ^2_5	4,360	0,037
									χ^2_6	0,015	0,902

Монография

Тугрук фаолияти аномалиялари	3	7.5	2	5,6	2	5,3	2	5,7	χ_{12}	0,117	0,733
									χ_{22}	0,117	0,733
									χ_{32}	0,096	0,757
									χ_{42}	0,003	0,956
									χ_{52}	0,001	0,977
									χ_{62}	0,007	0,933
Бош ва чанок диспропорцияси номутаносиблиги	3	7.5	2	5,6	2	10,5	4	11,4	χ_{12}	0,117	0,733
									χ_{22}	0,295	0,587
									χ_{32}	0,340	0,560
									χ_{42}	0,613	0,434
									χ_{52}	0,791	0,374
									χ_{62}	0,015	0,902
Презклампися ва эклампсия	2	5	2	5,6	2	5,3	2	5,7	χ_{12}	0,012	0,914
									χ_{22}	0,012	0,914
									χ_{32}	0,019	0,891
									χ_{42}	0,003	0,956
									χ_{52}	0,001	0,977
									χ_{62}	0,007	0,933
Соматик патология	6	15	6	16,7	1	2,6	1	2,9	χ_{12}	0,040	0,842
									χ_{22}	3,385	0,066
									χ_{32}	4,252	0,039
									χ_{42}	4,252	0,039
									χ_{52}	3,808	0,051
									χ_{62}	0,003	0,953
Ҳомиланинг ноаник ҳолати	2	5	3	8,3	3	7,9	2	5,7	χ_{12}	0,343	0,558
									χ_{22}	0,272	0,602
									χ_{32}	0,019	0,891
									χ_{42}	0,005	0,945
									χ_{52}	0,186	0,666
									χ_{62}	0,136	0,713
Ҳомиланинг нотўғри ҳолати	4	10	3	8,3	2	5,3	1	2,9	χ_{12}	0,063	0,802
									χ_{22}	0,616	0,433
									χ_{32}	1,531	0,216
									χ_{42}	0,277	0,599

									χ_{52}	1,001	0,317
									χ_{62}	0,268	0,605
Ҳомиланинг чанок билан келиши	7	17,5	6	16,7	1	2,6	1	2,9	χ_{12}	0,009	0,923
									χ_{22}	4,680	0,031
									χ_{32}	4,200	0,040
									χ_{42}	4,252	0,039
									χ_{52}	3,808	0,051
									χ_{62}	0,003	0,953
Чандик	4	10,0	5	13,9	9	23,7	6	17,1	χ_{12}	0,274	0,600
									χ_{22}	2,627	0,105
									χ_{32}	0,824	0,364
									χ_{42}	1,156	0,282
									χ_{52}	0,144	0,705
									χ_{62}	0,478	0,490
Катга ёшдаги биринчи туғувчи аёл	2	5	2	5,6	1	2,6	5	14,3	χ_{12}	0,012	0,914
									χ_{22}	0,296	0,587
									χ_{32}	1,902	0,168
									χ_{42}	0,406	0,524
									χ_{52}	1,522	0,217
									χ_{62}	3,280	0,070
Бепуштлиқ	1	2,5	1	2,8	2	5,3	1	2,9	χ_{12}	0,006	0,940
									χ_{22}	0,402	0,526
									χ_{32}	0,009	0,924
									χ_{42}	0,294	0,588
									χ_{52}	0,000	0,984
									χ_{62}	0,268	0,605
Кўпхомилалиқ	6	17,5	3	7,9	1	2,6	0	0	χ_{12}	1,393	0,238
									χ_{22}	4,680	0,031
									χ_{32}	6,756	0,009
									χ_{42}	1,175	0,278
									χ_{52}	3,045	0,081
									χ_{62}	0,934	0,334

Изоҳ: χ^2 критерийси 95% СИ да ҳисобланиб, χ_{12} – Постплацентар ва интервали БИВ ўртасидаги фарқ; χ_{22} - Постплац. БИВ ва СПОК орасида; χ_{32} - Постплац. БИВ ва назорат гуруҳи орасида; χ_{42} - Интерв. БИВ ва СПОК орасида; χ_{52} - Интерв. БИВ ва назорат гуруҳи орасидаги фарқ; χ_{62} – СПОК ва назорат гуруҳидаги фарқ.

Монография

Жадвалдан кўришиб турибдики, операцияга энг кўп кўрсатмалар чандиқнинг носозлиги ёки анамнезида чандиқнинг борлиги (16,1%), соматик патология (9,4%), ҳомила ва чанок ўлчамларининг номутаносиблиги (7,4%), ҳомиланинг чаноғи билан олдинда келиши (10,1%) бўлган. Йўлдошнинг олдинда келиши ва нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиши 3 ва 4- гуруҳда кўпроқ учраган ($p < 0,05$), соматик патология, ҳомиланинг чаноғи билан келиши ва кўпҳомилалик кўпроқ 1 ва 2- гуруҳларда операцияга кўрсатма бўлган ($p < 0,05$).

III БОБ. АБДОМИНАЛ ТУҒРУКНИНГ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Кесар кесиш операциясини бажаришда:

- врачлар ўзларини ОИВ инфекциясидан ҳимоя қилиш учун иккитадан латекс перчатка кийишлари керак ва умумий гигиена қоидаларга риоя қилишлари лозим;

Кесар кесиш операцияси босқичлари:

-Лапаротомия;

-Гистеротомия ва ҳомилани олиш;

-Бачадон кесимини тикиш;

Қорин бўшлиғи олдинги деворини тиклаш.

Операция хонасида ҳавонинг мақбул ҳарорати $+25^{\circ}$ С. Аёлнинг ҳолати чалқанча ёки ён томонга эгилган бўлиши мумкин. Тери қопламларига ишлов бериш учун тери антисептигини 2 мартадан кам бўлмаган ҳолда қўлланилиши лозим. Терини кесими қориннинг пастки қисмида вертикал (ўрта чизик бўйича ёки парамедианали) ёки кўндаланг (Pfannenstiel, Joel-Cohen, Пелоси, Maylard, Mouchel) бўлиши мумкин (иловадаги 1-расмга қаралсин). Операциядан кейинги даврда оғриқли синдром камроқ бўлиши ва яхши косметик самараси туфайли кўндаланг кесим афзал бўлиб ҳисобланади [В]. Кўндаланг кесимлардан Joel-Cohen бўйича кесим оператив аралашув давомийлигининг қисқалиги ва операциядан кейинги гипертермия сонининг камлиги туфайли афзалдир [А].

Бачадонда кесманинг техникаси. Бачадонда кесманинг қуйидаги кесмалари мавжуд:

бачадон пастки сегментининг кўндаланг кесмаси;

пастки вертикал (истмико-корпорал);

“классик” (корпорал – бачадон танасини ўрта чизиги бўйлаб);

“классик” ёйсимон (Дерфлер бўйича);

Бачадонда кесманинг ўтказиш усули

Кесма бачадоннинг пастки сегменти марказида скалпель ёрдамида қилиниши, кейин эса латерал йўналишларда Дефлер бўйича қайчилар билан узайтирилиши (В.И. Краснопольский) ёки

Монография

снийдик пуфагини ажратмасдан ва силжитмасдан бармоқ билан кенгайтирилиши (Л.А.Гусаков бўйича) мумкин.

Ҳомилани туғилиши.

Ҳомиланинг боши олдинда келишида, жарроҳ кўлининг тўртта бармоғини бачадоннинг олдинги девори ва ҳомиланинг боши орасида ўтказиб, уларни бу соҳадан пастроқда жойлаштиради. Кейин бошчани бирмунча юқорига кўтаради ва, бармоқларни букиб, уни жароҳатга чиқишига имкон туғдиради. Бу вақтда ассистент олдинги қорин бўшлиғи орқали бачадон тубини меъёрида босиб бошчанинг туғилишига ёрдамлашади. Бошча туғилгач, уни эҳтиёткорлик билан, кафтларни бипариетал жойлаштириб, иккала кўл билан ушланади ва эҳтиёткорона тортиш билан навбатма-навбат ҳомиланинг олдинги ва орқа елкачалари бўшатилади. Елка камари чиқарилгандан кейин, кўлтиқ остига кўрсаткич бармоқлар киритилади ва, эҳтиётлик билан кўкрак қафаси соҳасида танасини ушлаб, ҳомиланинг туғилишига ёрдам берилади. Ҳомиланинг қийинчилик билан туғилишида тебранма ҳаракатлардан қочиш, ҳаддан ташқари куч ишлатмаслик керак, ҳолатни тинч баҳолаш, қийинчиликнинг сабабини аниқлаш лозим, чунки сабаб йўқотилгандан кейин туғруқ қийинчиликсиз ўтади (апоневрозни кесиш етарли даражада бўлмаслиги, ҳомила елкачаларининг ўтиши кесма узунлигига перпендикуляр бўлиши ва бошқалар). Вақтидан олдинги оператив туғруқни ўтказишда ҳомила бошининг чиқарилиши ҳомилага шикастловчи таъсир хавфини пасайтириш учун қоғоноқ пардасининг бутун бўлиши афзал бўлиб ҳисобланади.

Утеротоникларнинг қўлланилиши.

Қон йўқотилишини камайтириш учун танлов воситаси бўлиб, ҳомила чиқарилгандан кейин, вена ичига секинлик билан 10 ЕД окситоцинни юборилиши ҳисобланади.

Йўлдошни ажратиш усуллари.

Ҳомила туғилгандан ва киндик кесилгандан кейин, уни дояга ёки педиатрга узатилади, операция эса йўлдошнинг туғилиши

билан давом этади. Қон кетишини олдини олиш учун в/ига томчилаб физиологик эритма (500 мл) га окситоцин 10 ЕД ни солиб ёки вена ичига секин 100 мкг карбетоцинни юборишдан бошланади. Йўлдошни киндик ортидан тортиш афзал бўлиб ҳисобланади, чунки бу вариант қўл билан ажратиш ва чиқаришга нисбатан кам қон кетиши, туғруқдан кейинги даврда гематокритнинг тушиши, эндометрит сонининг ва ўрин/куннинг камайиши билан ўтади [А].

Экстериоризация.

Бачадон қорин бўшлиғидан чиқарилиши ёки тикиш вақтида бўшлиқ ичида қолиши мумкин. Қорин бўшлиғида бачадонни тикиш тарафдорлари операция вақтида кўнгил айланиши ва қусиш сонининг кўплиги, бачадонни чиқаришда оғриқ синдромига далолат қилишади, бачадонни қорин бўшлиғидан чиқариш тарафдорлари эса – қон йўқотиш сонининг камайиши ва операциянинг давомийлиги қисқаришини таъкидлашади. Далилларга асосланган тиббиётнинг кесарча кесиш бўйича замонавий маълумотлари экстериоризация ва интраабдоминал тикишда операциядан кейинги даврда операциянинг давомийлиги ва иситма каби асоратларнинг учраш ҳолларида тафовутларни тасдиқламади, яъни бачадонни жароҳатга чиқариш хавфсиз муолажа бўлиб ҳисобланади ва жарроҳнинг маъқул кўришига боғлиқ. Шунини таъкидлаш жоизки, бачадонни орқа юзасини тўлақонли визуализацияси зарурияти бўлган ҳолатларда (миома тугунларини олиб ташлаш, йўлдош ичкарига ўсганда миометрийнинг резекцияси ва бошқалар), у жароҳатга чиқарилиши лозим.

Бачадонда кесмани тиклаш техникаси

Бачадонда икки қаторли чокнинг афзалликлари – гемостазнинг яхшиланиши ва жароҳатнинг битиши, ҳамда кейинги ҳомиладорликда бачадоннинг йиртилиш хавфининг пасайишидир [В]. Бир қаторли чокни қўллаш операция вақтининг қисқариши, тўқиманинг кам жароҳатланиши, ва жароҳатда кам миқдорда ёт чок материалнинг борлиги билан боғлиқ. Бу имкониятли афзалликлар

операцион ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришга олиб келиши мумкин.

Қорин пардани тикланиши

1. Висцерал ва париетал қорин пардани тикмаслик билан висцерал ҳамда париетал қорин пардани тикишни таққослаш. Асосий афзалликлари: операция вақтининг қисқариши, оғриқсизлантирувчи воситалар камроқ қўлланилиши [А], операциядан кейинги иситманинг учраш сони камлиги, операциядан кейин шифохонада қолиш муддатлари қисқариши.

2. Фақат висцерал қорин пардани тикмаслик билан висцерал ҳамда париетал қорин пардани тикишни таққослаш. Асосий афзалликлари: операция вақтининг қисқариши, операциядан кейин шифохонада қолиш муддатлари ва операциядан кейинги иситманинг камайиши.

3. Фақат париетал қорин пардани тикмаслик билан париетал ҳамда висцерал қорин пардани тикишни таққослаш. Эндометритнинг ривожланиши, иситма, жароҳат инфекцияси ёки шифохонада қолиши жиҳатидан ҳеч қандай аҳамиятли тафовутлар йўқ. Бачадонда жароҳатни перитонизацияси қорин парданинг қовуқ-бачадон бурмаси ҳисобига узлуксиз чок билан ўтказилади, бунда фақатгина бачадоннинг сероз қавати қамраб олинади. Тафтишдан (текшириш учун мавжуд барча аъзолар кўрилади) ва қорин бўшлиғи санациясидан сўнг париетал қорин парда тикланади.

Қорин тўғри мушакларининг тикланиши. Қориннинг тўғри мушакларини тортмасдан тикилади, чунки бу ҳолат оғриқ синдромига олиб келади. Аммо экспертларнинг шундай фикри мавжудки, қайсиким мушаклар анатомик локализацияни табиий йўл билан тиклайди ва уларни тикиш оғриқли синдром ҳамда чандиқли жараёнга олиб келиши мумкин, деб далолат беради.

Апневрозни тикиш. Апневрозни секин сўрилувчи чок материали билан узлуксиз чок сифатида (Реверденсиз) тикиш

тавсия этилади. Жароҳат четлари тарқалиш хавфи юқори бўлган аёлларда Smead-Jones узлуксиз чоки таклиф этилган.

Тери ости тўқимани тикиш. Тери ости тўқиманинг қалинлиги 2 см ва ундан кўп бўлса тикилади, 2 см дан кам бўлган тақдирда, жароҳат инфекциясининг учраш ҳоллари камлиги туфайли тикиш талаб этилмайди [А]. Семизлиги мавжуд аёлларда (тана вазн индекси 30кг/м² дан кўп бўлганда) тери ости тўқимани илгаригидек дренажлаш талаб этилмайди, чунки бу операциянинг давомийлигини узайтиради ва беморлар учун қўшимча ноқулайликлар уйғотади ҳамда ҳеч қандай афзалликка эга эмас [А].

Терини тикиш. Тери бутунлиги тикланишида узлуксиз тери ости олиб ташланувчи ёки олинадиган чок, қавслар қўйиш каби алоҳида чоклар, шунингдек цианоакрилат елим қўлланилади. Қавслар чокларга кетадиган вақтни қисқартиради, аммо уларнинг косметик самараси ёмонроқ.

Абдоминал туғруқда антибиотиклар билан ўтказиладиган профилактика. Абдоминал туғруқда (кесар кесиш) антибиотиклар билан ўтказиладиган профилактика – операциядан кейинги юқумли-яллиғланишли асоратларни олдини олиш учун антибактериал воситаларни киритишдир. Жарроҳликда профилактика бўлиб, операциядан кейинги даврда инфекцион асоратларнинг ривожланишини олдини олиш мақсадида, тўқималар билан микробли контаминация рўй беришидан олдин антибактериал воситаларни қўллаш ҳисобланади. Йирингли-яллиғланишли асоратларни олдини олиш мақсадида антибактериал воситани бир марта киритилиши самарадорлиги бўйича давонинг 5 кунлик курсидан қолишмаслиги исботланган (IA).

Абдоминал туғруқдан кейин туққан аёлларни олиб бориш. Абдоминал туғруқдан кейин операциядан кейинги даврда олиб боришнинг асосий тамойиллари жарроҳликнинг Fast track замонавий тушунчасига асосланади, бу - жарроҳлик беморларини олиб боришнинг мультимодал стратегияси бўлиб, у анестезиянинг маҳаллий усулларини қўллашни, операциядан кейинги оғрик

Монография

устидан мос назорат қилишни, шунингдек, ўзида эртароқ энтерал овқатланиш ва мобилизацияни мужассам этган фаол эрта жисмоний реабилитация қилишни ўз ичига олади. Тукқан аёлларни кесар кесиш операциясидан кейин олиб бориш ўз хусусиятларига эга. Улардан энг муҳимлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

Жонлантириш бўлиmidан (ёки уйғониш хоналари) туғруқдан кейинги бўлимга эрта ўтказиш:

- нейроаксиал (орқа мия, эпидурал, комбинирланган спинал-эпидурал) анестезия шароитларида бажарилган операциядан 6-8 соатдан кейин;

- умумий анестезия шароитларида бажарилган операциядан 8-12 соатдан кейин;

- кечки соатларда (соат 23 дан соат 8 гача) ўтказиш режали равишда эрталаб соат 8 да амалга оширилади.

Истисно:

1. Презклампсия.

2. Операциядан олдин, операция вақтида ёки эрта операциядан кейинги даврда қон кетиш.

3. гемодинамика ва ҳаётий муҳим аъзолар функцияларини мониторингини, шунингдек реаниматолог шифокорининг кузатувини талаб этувчи оғир соматик патология.

4. Операция вақтида техник қийинчиликлар, операция ҳажмининг кенгайиши (миомэктомия, гистерэктомия, чандикли жараён ва ҳ.к.)

Сийдик пуфаги катетерини олиб ташлаш бемор фаоллашувидан кейин ва эпидурал бўшлиққа анестетикнинг охирги дозасини киритгандан сўнг 4-6 соатдан эртароқ бўлмаган вақтда амалга оширилиши лозим [D].

Эрта фаоллашув. Операция тугаганидан 4-6 соат ўтгандан кейин аёлга дастлаб ётоқда ўтиришига, оёқларини полга туширишига ва кейин биров юришни бошлашига ёрдамлашилади. Бу ҳолат қорин бўшлиғида чандикли асоратларнинг ривожланиш хавфини, ўпкада димланиш ҳолатларини (айниқса, умумий

анестезиядан кейин эҳтимолли), шунингдек, узок вақт иммобилизацияда тромбозмолик асоратларни камайтиришга имкон беради.

Эрта фаоллашувга қаршиликлар бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- тана ҳарорати 38°C дан юқори;
- иккала оёқ веналари тромбофлебити;
- қон кетиш;
- аёлларда ифодаланган оғриқли синдром ($\text{ВЎШ} > 50\text{мм}$)

Операциядан кейинги асоратларни олдини олиш

Операциядан кейинги даврда асосий асоратлар бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- қон кетиш,
- йирингли-яллиғланишли асоратлар,
- тромбозмолик асоратлар.

Кесар кесил операциясидан кейин клиник-лаборатор тадқиқотлар

Оператив туғруқдан кейин қуйидаги тадқиқотларни ўтказиш лозим:

- 3-суткада қоннинг клиник таҳлили
- тромбозмолик асоратлар бўйича фақат ўрта ва юқори хавф гуруҳида 3-суткада гемостазиограмма

• операциядан кейинги 3-4-суткада ультратовушли текшириш

• тегишли мутахассислар: терапевтлар, жарроҳлар, неврологлар ва бошқалар маслаҳати

• фақат кўрсатма бўлгандагина кўрсатма бўйича қин текшируви ўтказилади

Асоратлар юзага келганда текшириш режаси ўзгариши мумкин, ультратовушли текшириш операциядан кейинги даврда бачадон ҳолатини баҳолашда самарали, хавфсиз ва ноинвазив усул

бўлиб ҳисобланади, аммо клиник ва лаборатор кўрсаткичларни диққат билан кўриб чиқиш лозим.

Кўкрак сути билан озиклантириш

Она кўкрагидан интраоперацион эрта эмиздириш операциянинг маҳаллий оғриксизлантирилишида, онада асоратлар кузатилмаганда ва чақалоқнинг ҳолати қониқарли бўлганда, уни кўриб, йўргаклангандан кейин амалга оширилиши мумкин. Тери – терига (она-чақалоқ) эрта мулоқотни, шунингдек она ва боланинг биргаликда қолиб яшашини таъминлаш зарур.

Туғруқхонадан эрта жавоб бериш – афзал, аммо қуйидаги мезонларга риоя қилиш лозим:

гипертермия (37.2С дан юқори) нинг йўқлиги ва операциядан кейинги даврнинг асоратсиз кечиши (А) (4-5 кунлар);

гинекологик маълумотлар бўйича инволюциянинг меъёрий муддатига тўғри келувчи бачадон ўлчами ва УТТ бўйича патологик ўзгаришларнинг йўқлиги;

сўргичларда йирингланиш ва лактостаз белгилари билан ёриқларнинг йўқлиги;

чоклар соҳаси яллиғланиш белгиларисиз, касалхонадан сўрилмаган чок материали билан жавоб бериш мумкин, чок ипини кейинчалик яшаш жойи бўйича олиб ташланади.

Маслаҳат бериш – Жавоб беришда барча аёлларга туғруқдан кейинги давр, контрацепция ва кейинги ҳомиладорликни режалаштириш бўйича маслаҳат берилади.

IV-БОБ. ҲОЗИРГИ ЗАМОНДА КЕСАР КЕСИШНИНГ ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАРИ

Кесар кесиш операциясининг аёллар репродуктив саломатлигига таъсири ва контрацепция усуллари ҳақидаги хабардорлигини ўрганиш мақсадида, Самарқанд шаҳридаги 500 нафар аёл ўртасида сўровнома ўтказилди: 320 нафари кесар кесилдан кейинги аёллар (асосий гуруҳ) ва 180 нафари табиий тугруқ йўллар орқали туққан аёллар (назорат гуруҳи). Назорат гуруҳини танлашда мазкур гуруҳ қатор ижтимоий-гигиеник параметрлар бўйича асосий гуруҳдан фарқ қилмаслиги мўлжал қилиб олинди. Тадқиқот усули сифатида, кўлда ёзма тўлдирилиши учун анкета кўринишида ва Google forms компьютерли сўровнома кўринишида таклиф этилган махсус тузилган сўровнома бўйича ретроспектив таҳлилдан фойдаланилди.

Сўровномага жавоб берувчиларнинг ёши 19 ёшдан 41 ёшгача бўлиб, ўрта ёш асосий гуруҳда $26,9 \pm 1,2$ ёшни ва назорат гуруҳда $27,3 \pm 1,4$ ёшни ташкил этди. Иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида ёш бўйича аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$).

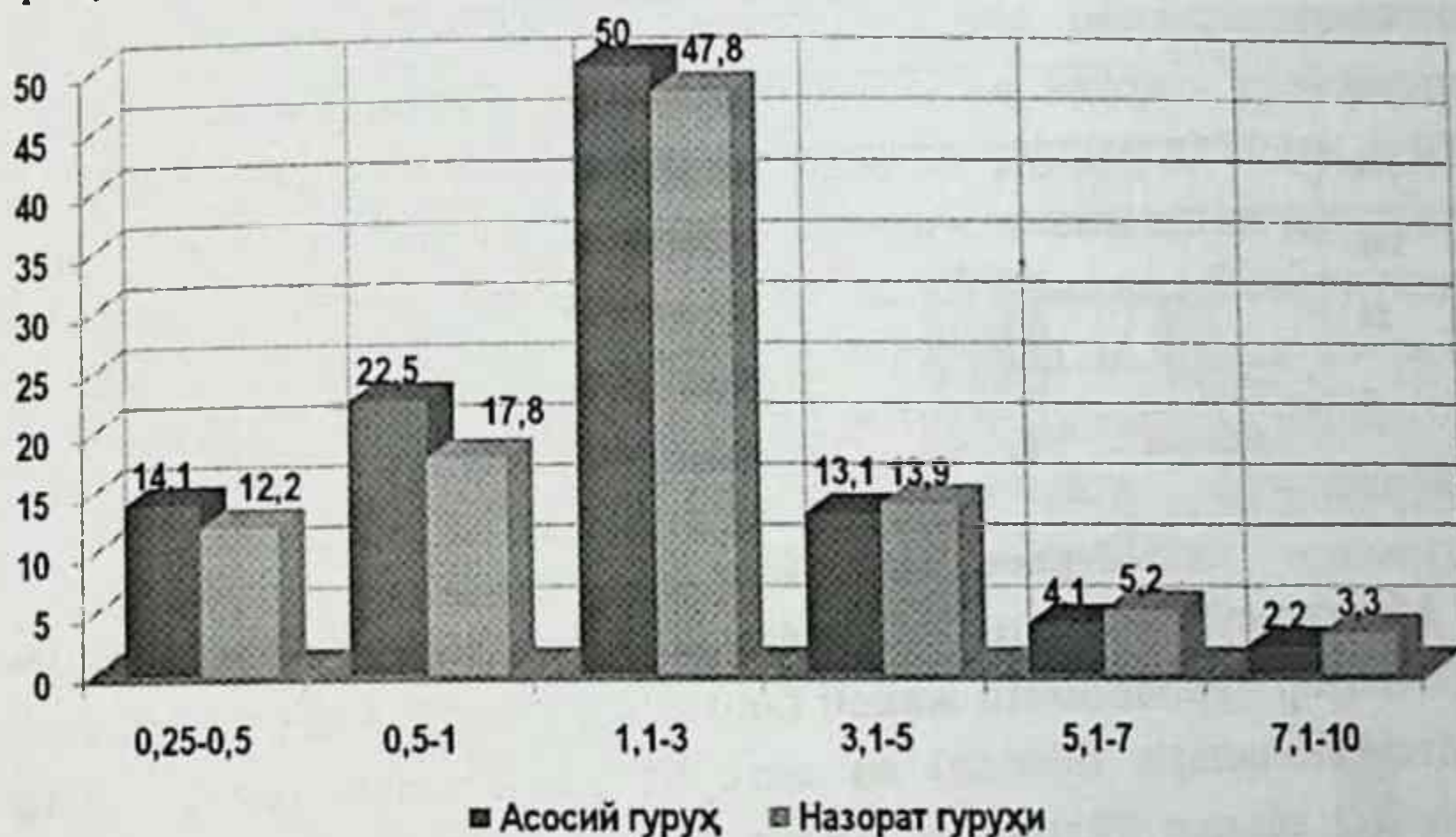


4.1-расм. Сўров қилинувчи аёлларнинг ёшга қараб тақсимланиши (n=500)

Монография

Расмдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида ёш бўйича аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$). Иккала гуруҳда ҳам сўровномага жавоб берувчилар орасида репродуктив аҳамиятга эгаллиги жиҳатидан муҳим бўлган ёшдаги, яъни 18-34 ёшдаги (мос равишда 89,7 % ва 88,3 %) аёллар кўпчиликти ташкил этган ($p > 0,05$). Тадқиқотга 18 ёшгача бўлган ва 41 ёшдан катта аёллар киритилмади.

Ҳозирги ҳомиладорлик содир бўлгунча туғруқлар орасидаги интервалга кўра, иккала гуруҳда ҳам аёллар орасида аниқ тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$).



4.2-расм. Туғруқлар орасидаги интервалга кўра аёлларнинг тақсимланиши

Расмдан кўриниб турибдики, сўровнома вақтида туғруқдан кейинги ўртача интервал асосий гуруҳда $2,2 \pm 0,7$ йилни, назорат гуруҳида $2,5 \pm 0,8$ йилни ташкил этди. 5 йил ва ундан кўп йил илгари абдоминал туғруқни ўтказган аёллар сони камчилик – мос равишда 20 (6,3%) ва 15 (8,5%) нафар бўлган.

Асосий ва назорат гуруҳидаги сўровномага жавоб бераётган аёлларнинг ёш бўйича ва туғруқнинг муддати бўйича тақсимоотида аҳамиятли тафовутлар кузатилмади ($p > 0,05$), бу эса уларни

параметрлар маълумотлари бўйича бир хил деб ҳисоблаш ва тегишли таққослашларни ўтказишга имкон беради.

Оилавий ҳолати бўйича иккала гуруҳ аёллари бир хил бўлиб чиқди ($p > 0,05$). Асосий гуруҳда 309 нафар (96,6%) ва назорат гуруҳида 176 нафар (97,8%) аёлларда никоҳ қайд қилинган. Асосий гуруҳда 3 йилгача никоҳда бўлганлар 75 нафарни (23,4%), 4 йилдан 10 йилгача бўлганлар 204 нафарни (63,8%), 10 йил ва ундан кўп 41 нафарни (12,8%), назорат гуруҳида эса 1 йилгача никоҳда бўлганлар 54 нафарни (30%), 3 йилгача бўлганлар 79 нафарни (44%), 4 йилдан 10 йилгача бўлганлар 39 нафарни (22%), 10 йил ва ундан кўп 8 нафарни (4%) ташкил этган ($p > 0,05$). (4.3-расм)



4.3-расм. Никоҳнинг давомийлиги

Мазкур сўровномани ўтказиш вақтида асосий гуруҳдаги 99,7% аёл (1 нафар сўровномага жавоб берувчи аёлнинг анамнезида ўлик туғилган болалари бўлган) ва назорат гуруҳидаги 100% аёллар фарзандли аёллар бўлишган. Кесар кесиш операциясини ўтказган аёлларнинг 68 нафарида (21,3%) ва табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёлларнинг 86 нафарининг (47,8%) оиласида бир нафардан фарзанди бўлган, мос равишда 155 нафарида (48,4%) ва 65 нафарида (36%) иккитадан фарзандлари бўлган. Ёши 1 ёшгача бўлган боласи бор аёллар асосий гуруҳда 6,56% ни ва назорат гуруҳида 2,2 % ни, 1 ёшдан – 3 ёшгача боласи бор аёллар мос равишда асосий гуруҳда 17,5 % ни ва назорат гуруҳида 10,6% ни ташкил этган.

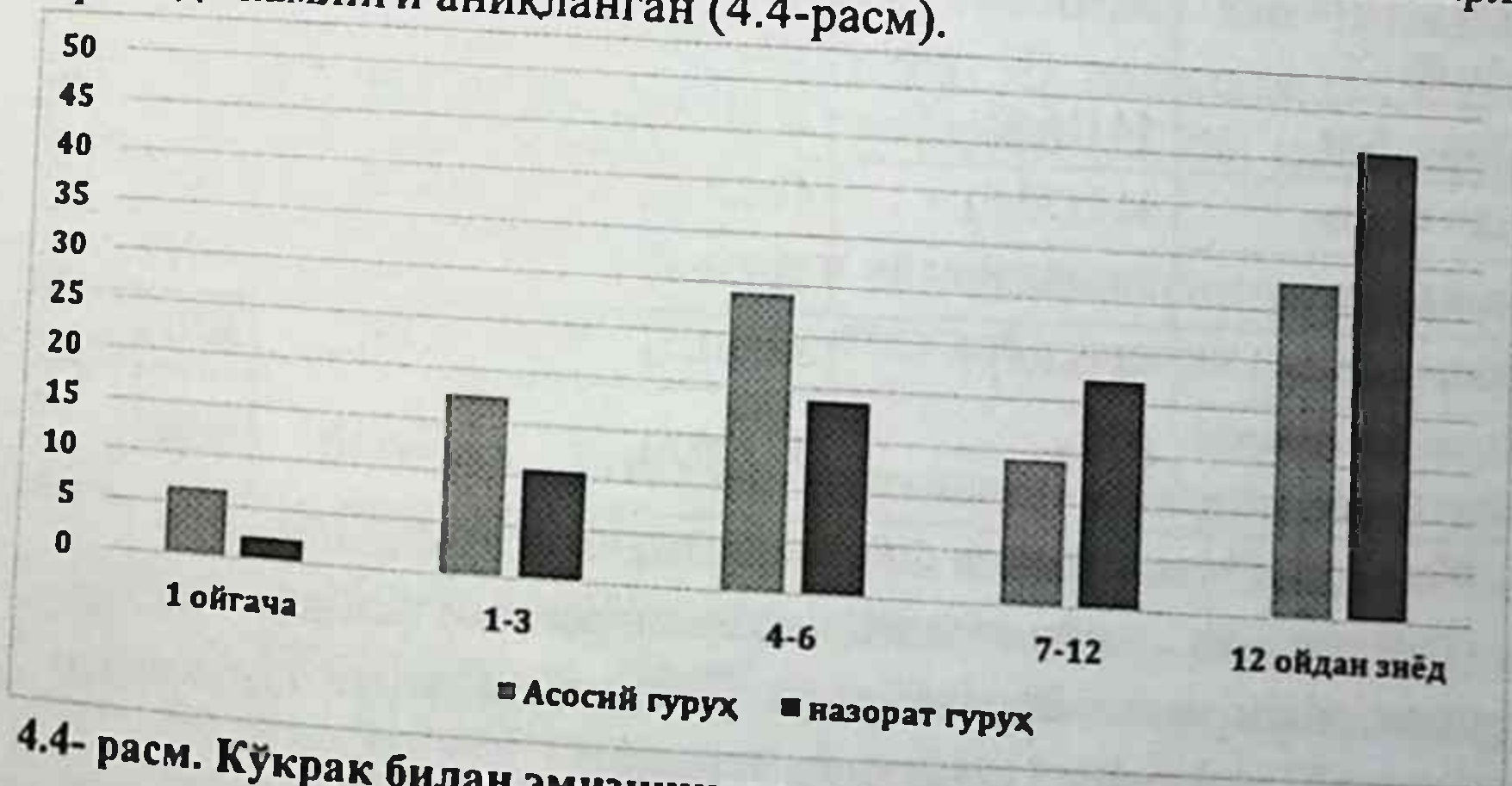
4.1-жадвалда таҳлил этилувчи гуруҳларда болалар сони ҳақидаги маълумотлар келтирилган.

Оиладаги фарзандларнинг сони бўйича тақсимланиши

Оиладаги фарзандларнинг сони	Фарзандлар сони (%)		Нечта фарзанд хоҳлаши (%)	
	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
0	1 (0,3%)	0 (0,0)	0	0 (0,0)
1	68 (21,3%)	86 (47,8%)	0	0 (0,0)
2	155 (48,4%)	65 (36%)	0	0 (0,0)
3	95 (29,7%)	27 (15%)	181 (56,6%)	43 (24%)
4	1 (0,3%)	2 (1,1%)	128 (40,0%)	94 (52%)
			11 (3,4%)	43 (24%)

Кесар кесиш операциясини ўтказган 144 нафар (45%) аёл ва табиий туғруқ йўллари орқали туққан 118 нафар (65,6%) аёл қайта ҳомиладорлик ва туғруқни ҳақиқатдан ҳам режалаштиришади ($p < 0,001$). Аммо асосий гуруҳдаги 69,3% ва назорат гуруҳидаги 70,0% сўровномага жавоб берган аёллар туғруқдан кейинги қайта ҳомиладорликни яқин келажакдаги уч йилга қолдиришни исташади ва ишончли контрацепцияга муҳтож бўлишади. Репродуктив функцияни тугатганлар орасида асосий гуруҳда 34 ёшдан катта ва икки ҳамда ундан кўп болали аёллар кўпчиликти ташкил этади.

Асосий гуруҳдаги аёлларда лактацион функциянинг давомийлиги назорат гуруҳи аёлларига нисбатан ишонarli даражада камлиги аниқланган (4.4-расм).



4.4- расм. Кўкрак билан эмизишнинг давомийлиги бўйича аёлларнинг тақсимланиши

Диаграммадан кўриниб турибдики, асосий гуруҳ аёлларининг 53,1%и кесар кесиш операциясидан ярим йил ўтгандан кейин

лактация фаолиятининг бузилиши туфайли кўкрак билан эмизишни тўхтатишган. Табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёлларда бу даврда лактация аёлларнинг учдан бир қисмида, яъни 57 нафариди (31,7%) тўхтаган ($p < 0,05$). Табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёллар кўкрак билан эмизишни 12 ойгача ва ундан кўп муддатда 68,3% ҳолатда, оператив туғруқлардан кейин эса 46,9% ҳолатдагина амалга оширишган ($p < 0,01$).

Сўровномада қатнашганларда туғруқдан кейин ҳайз циклининг тикланиши таҳлил қилинган.

Олинган маълумотларга кўра, асосий гуруҳда кесар кесишдан 1-3 ой ўтгач, кўкрак билан эмизишга қарамасдан, аёлларнинг ярмидан кўпида, яъни 52,5% ҳолатда, 6 ойдан кейин 84,1% ҳолатда ($p < 0,05$) ҳайз циклининг тикланиши рўй берган, бу эса лактацион аменорея усулининг қўлланилиши унчалик самара бермаслигидан дарак беради.

4.2-жадвал

Аёлларда ҳайз циклининг тикланиши

Ҳайз циклининг тикланиши (туғруқдан кейинги давр) (ой)	Асосий гуруҳ n (%)	Назорат гуруҳи n (%)	χ^2	P
1 ойдан кейин	54 (16,9)	18 (10,0)	4,417	0,036
3 ойдан кейин	114 (35,6)	48 (26,7)	4,221	0,040
6 ойдан кейин	101 (31,6)	38 (21,1)	6,269	0,012
12 ойдан кейин	42 (13,1)	39 (21,7)	6,191	0,013
12 ойдан ҳам кўпроқ муддатда	9 (2,8)	37 (20,6)	43,415	0,001

Изоҳ: χ^2 , P критерийси CI 95% бўлганда ҳисобланган

Операциядан кейин ҳайз циклининг бузилиши асосий гуруҳдаги аёлларнинг 83 нафариди (26%) ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг 22 нафариди (12%) қайд этилган.



4.5- расм. Ҳайз циклининг характери бўйича аёлларнинг тақсимланиши.

Диаграммадан кўришиб турибдики, кесар кесиш операциясидан кейин гипоменструал синдром асосий гуруҳ аёлларининг 15,6%ида, назорат гуруҳида эса 10%ида, гиперменструал синдром асосий гуруҳ аёлларининг 8,1%ида, назорат гуруҳидаги аёлларининг нафарида 2,2%ида қайд этилган. Ҳаммаси бўлиб, кесар кесиш ўтказган аёлларнинг ҳайз циклининг бузилиши асосий гуруҳдаги аёлларнинг 81 нафарида (25,3%) ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг 22 нафарида (12,2%) қайд этилган ($p < 0,05$).

Асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларнинг анамнезида қолган гинекологик касалликлар тенг нисбатда қайд этилган (мос равишда 77,8% ва 73,3%) ($p > 0,05$).

Кесар кесишни ўтказган кўпчилик аёлларда бир неча нозологик шаклларнинг бирга учраши кузатилди, бунда: 41,9%и жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларидан, 10,0%и бачадон бўйни касалликларидан, 20,3%и ҳайз циклининг бузилишидан азият чеккан. Асосий гуруҳдаги 6 нафар (1,9%) аёл ўтказилган кесар кесиш операциясидан кейин иккиламчи бепуштликнинг ривожланганлигини таъкидлашди.

Ўтказилган гинекологик касалликлар

Гинекологик касалликлар	Асосий гуруҳ n (%)	Назорат гуруҳи n (%)	χ^2	P
Аёллар жинсий аъзолари яллиғланиши касалликлари	134 (41,9)	90 (50)	3,075	0,079
Бачадон бўйни касалликлари	32 (10,0)	10 (5,6)	2,957	0,085
Ҳайз циклининг бузилиши	65 (20,3)	21 (11,7)	6,047	0,014
Бепуштлиқ	6 (1,9)	4 (2,2)	0,071	0,790
Эндометриоз	3 (0,9)	5 (2,8)	2,478	0,115
Бачадон миомаси	6 (1,9)	2 (1,1)	0,427	0,513
Эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари	3 (0,9)	0	1,698	0,193
Жами	249 (77,8)	132 (73,3)	3,075	0,079

Изоҳ: χ^2 , P критерийси CI 95% бўлганда ҳисобланган

Охирги туғруқдан кейинги артифициал аборт асосий гуруҳдаги 69 нафар (21,6%) аёлда кузатилган, бу эса 58 нафар (32,0%) назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан ишонарли даражада камроқ ($p < 0,05$). Аммо операциядан кейин 42 нафар (60,9%) ёки туғруқлардан кейин 32 нафар (55,2%) аёл абортни дастлабки биринчи йил давомида ўтказган ($p > 0,05$).

Асосий гуруҳдаги аёлларда сурункали соматик касалликлар назорат гуруҳига нисбатан ишончли равишда кўпроқ учраган (асосий гуруҳда - 74,1% ва назорат гуруҳида - 35,6%) ($p < 0,01$) (4.4-жадвал).

Аёлларда соматик касалликларнинг учраши

Касалликлар	Асосий гуруҳ n (%)	Назорат гуруҳи n (%)
Юрак қон-томир касалликлари	27 (8,4)	7 (3,9)
Нафас олиш тизими касалликлари	32 (10)	10 (5,6)
Суяк ва бўғим касалликлари	19 (5,9)	4 (2,2)
Ошқозон-ичак тракти касалликлари	60 (18,8)	18 (10)
Асаб тизими касалликлари	6 (1,9)	3 (1,7)
Кўриш аъзолари касалликлари	32 (10,0)	0
Сийдик ажратиш тизими касалликлари	44 (13,8)	18 (10)
Эндокрин тизим касалликлари	17 (5,3)	4 (2,2)
Жами	237 (74,1)	64 (35,6)

Таққосланувчи гуруҳлар ўртасида кўриш аъзолари касалликлари бўйича аниқ тафовутлар аниқланган: асосий гуруҳдаги 10% аёллар юқори даражали миопиядан азият чекишган ($p < 0,001$).

Кесар кесиш ўтказилган аёлларда сўровнома ўтказилганда, фақатгина 208 нафар (65%) аёлнинг шифокор билан режалаштирилган ҳомиладорлик ва туғруқ ҳақида суҳбатлашганлиги аниқланди.

Табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёллар билан суҳбат ўтказишнинг асосий жойи аёллар маслаҳатхонаси бўлган. Туғруқхона шифокорлари кесар кесишни ўтказган аёллар билан ҳам, табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёллар билан ҳам мазкур масалани муҳокама қилишда деярли қатнашишмаган.

Шифокорларнинг сўровномага жавоб берувчи аёллар билан суҳбатининг тузилиши таҳлил қилинди. Асосий гуруҳда фақатгина уч нафар шифокордан икки нафари (73,7%) интергенетик интервални муҳокама қилишган, бунинг устига кўпчилик (67%) 3 йилгача кутишни тавсия этишган. Назорат гуруҳида ҳар иккинчи

шифокор (54,3%) бўлгуси туғруқлар муддатини, улардан 54%и 3 йилгача муддатни муҳокама қилишган.

4.5-жадвалда туғруқдан кейин биринчи йилда контрацепциянинг турли усулларини қўлланилганлиги сони ҳақидаги маълумотлар келтирилган.

4.5-жадвал

Контрацепция усулларининг қўлланилиши бўйича аёлларнинг тақсимланиши

Контрацепция усуллари	Асосий гуруҳ п (%)	Назорат гуруҳи п (%)
Ишлатмаган	53 (16,5)	29 (16,1)
Презерватив	52 (16,3)	30 (16,7)
<i>coitus interruptus</i>	45 (14,1)	11 (6,1)
Календарь усули	3 (0,9)	0 (0,0)
Лактацион аменорея	19 (5,9)	35 (19,4)
Гормонал контрацепция'	6 (1,9)	2 (1,1)
Бачадон ичи контрацепцияси	90 (28,1)	71 (39,4)
Хирургик контрацепция	28 (8,8)	0 (0,0)
Спермицидлар	6 (1,9)	0 (0,0)
Жинсий ҳаёт билан яшамаганлиги туфайли ишлатмайди	18 (5,6)	2(1,1)

Жадвалдан кўриниб турибдики, асосий афзаллик самараси паст усулларга - презервативга, узилган жинсий алоқага ва календарли усулга берилган. Кесар кесиш операциясини ўтказган аёллар назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан бачадон ичи воситасини ишонарли даражада кмроқ қўллашган (28,1% ва 39,4%) ($p < 0,05$), гормонал контрацепция иккала гуруҳда ҳам камдан-кам қўлланилган. Туғруқдан кейинги биринчи йилда аборт қилган аёллар орасида ишлатмаган ҳомиладорликдан сақланиш учун кам самарали усулларни қўллаган аёллар асосий гуруҳда 77,1% ни ва назорат гуруҳида 63,6% ни ташкил этган ($p > 0,05$). Асосий гуруҳдаги 16,5% ва назорат гуруҳидаги 16,1% аёллар контрацептив воситаларни қўллашмаган.

Кесар кесиш ўтказган аёлларда контрацепция усулларининг қўлланилиши ўрганилган (4.6-жадвал)

Монография

4.6-жадвал

Кесар кесиш ўтказган аёлларда турли ижтимоий омилларнинг контрацепция усулини танлашдаги аҳамияти

Ижтимоий омиллар	Контрацепция усули			Пирсон χ^2 критерийси ва P-value		
	Юқори самарадорликка эга контрацепция усуллари-абс. (%) n=124	Паст самарадорликка эга контрацепция усуллари-абс. (%) n=125	Контрацепция усулидан фойдаланмаган абс. (%) n=71	χ^2	P	
Ёши						
24 ёшгача	16 (12,9)	31 (24,8)	31 (43,7)	χ_{12}^2	5,754	0,016
				χ_{22}^2	23,350	0,001
				χ_{32}^2	7,449	0,006
25 ёшдан 34 ёшгача	82 (66,1)	94 (75,2)	34 (47,9)	χ_{12}^2	2,472	0,116
				χ_{22}^2	6,234	0,013
				χ_{32}^2	14,909	0,001
35 ёшдан катта	26 (21,0)	0 (0,0)	6 (8,4)	χ_{12}^2	29,266	0,001
				χ_{22}^2	5,157	0,023
				χ_{32}^2	10,897	0,001
Оилавий шаронги						
Никоҳи қайд қилинган	118 (95,2)	120 (96,0)	69 (97,2)	χ_{12}^2	0,104	0,747
				χ_{22}^2	0,469	0,493
				χ_{32}^2	0,184	0,668
Никоҳи қайд қилинмаган	6 (4,8)	5 (4,0)	2 (2,8)	χ_{12}^2	0,104	0,747
				χ_{22}^2	0,469	0,493
				χ_{32}^2	0,184	0,668
Маълумоти						
Ўрта	58 (46,8)	102 (81,6)	45 (63,4)	χ_{12}^2	32,872	0,001
				χ_{22}^2	4,996	0,025
				χ_{32}^2	8,017	0,005
Ўрта-махсус	45 (36,3)	18 (14,4)	26 (36,6)	χ_{12}^2	15,783	0,001
				χ_{22}^2	0,002	0,963
				χ_{32}^2	12,841	0,001
Олий	21 (16,9)	5 (4,0)	0 (0,0)	χ_{12}^2	11,138	0,001
				χ_{22}^2	13,475	0,001
				χ_{32}^2	2,914	0,088

Изоҳ: χ^2 , P критерийси CI 95% бўлганда ҳисобланган χ_{12}^2 - юқори ва паст самарадорликка эга контрацептивлар орасидаги фарқ, χ_{22}^2 - юқори эф. Эга контрацептив усул ва ишлатмаганлар орасидаги фарқ, χ_{32}^2 - паст эф.эга контрацептив усул ва ишлатмаганлар орасидаги фарқ

Юқори самарадорликка эга контрацепция усуллари-
ИЖК, БИК, ГК

Паст самарадорликка эга контрацепция усуллари-
презерв-в, *coitus interruptus*, календ. усули

30 ёш ва ундан катта аёллар контрацепциянинг юқори самарали усуллари кўпроқ қўллаши аниқланган ($p < 0,05$). Аёллар маълумот даражаси контрацепция усулларида фойдаланишга ҳам таъсир қилади. Олий ва ўрта махсус маълумотли аёллар юқори самарадорликка эга контрацепция усулларида фойдаланиши бундан далолат беради. Асосий гуруҳда ўрта маълумотга эга аёллар 58 нафарни (46,8%), ўрта махсус маълумотга эга аёллар – 45 нафарни (36,3%), олий ва тугалланмаган олий таълимга эга аёллар – 21 нафарни (16,9%) ташкил этишган ($p < 0,01$).

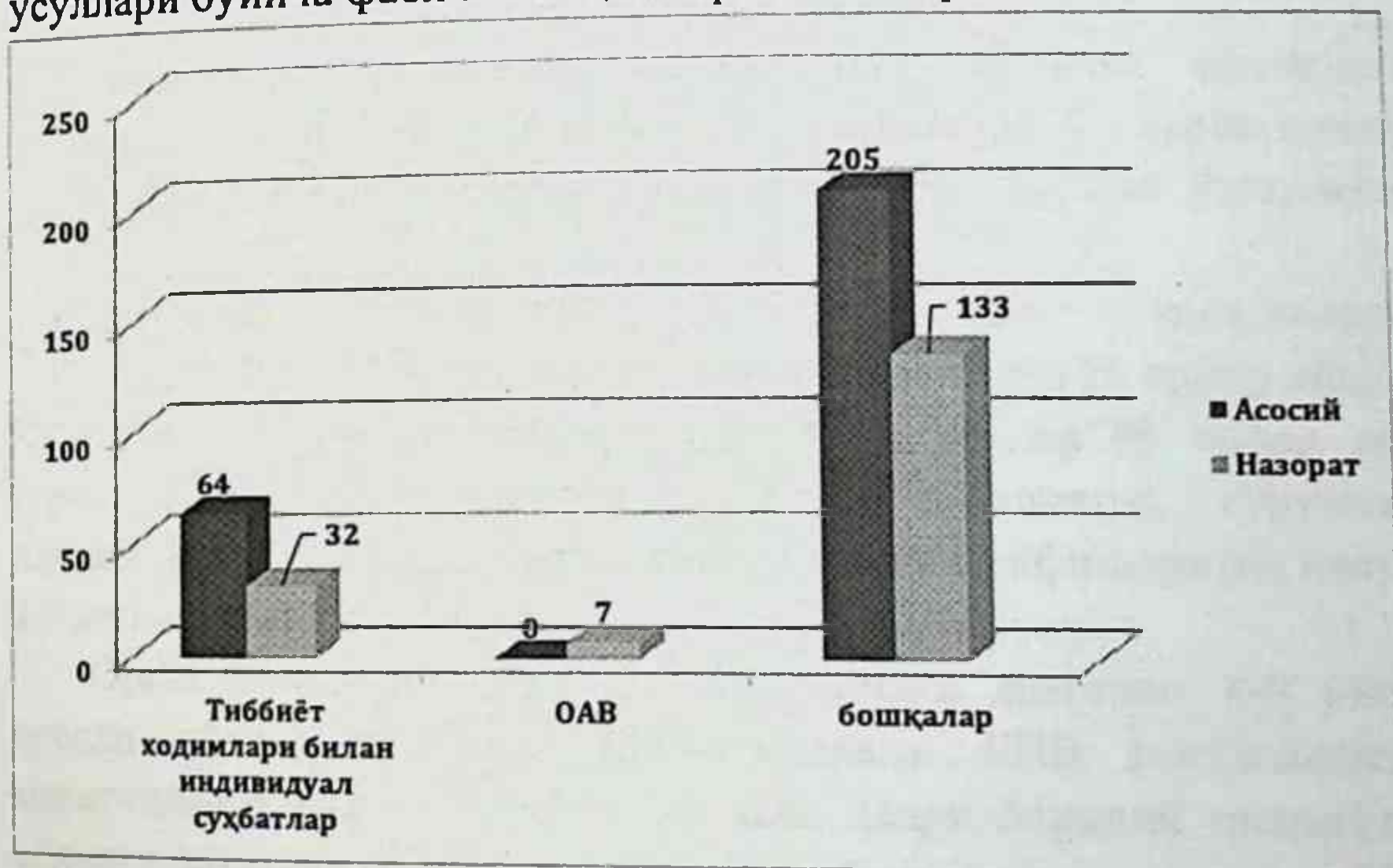
Тадқиқотда асосий гуруҳдаги 40 нафар (12,5%) ва назорат гуруҳидаги 14 нафар (7,8%) аёл контрацепция усуллари кўллаш саломатликка салбий таъсир кўрсатади, деб ҳисоблашади ($p > 0,05$). Гормонал контрацепция қўлланилишига асосий гуруҳдаги 51,0% ва назорат гуруҳидаги 48,0% аёллар салбий қарашади, буни тана вазни ошиши ва моддалар алмашинувига таъсири билан боғлашади ($p > 0,05$). Кесар кесишдан кейин 16,7% аёллар чандикни жароҳатлаши эҳтимоллиги туфайли ва ўзлари мустақил тукқан 14,0% аёллар ҳайз вақтида қон йўқотишлар кўплиги ҳамда яллиғланишли касалликлар эҳтимоли сабабли бачадон ичи контрацептивларини қўллашга салбий қарашади.

Бизнинг маълумотларга кўра, контрацепцияни қўллашни ҳал қилишда асосий ўринда аёлнинг турмуш ўртоғи/қайнонасига тегишли (мос равишда 41,9% ва 37,8%). Асосий гуруҳдаги 10,9% ва назорат гуруҳидаги 20% аёлларгина контрацептивларни қўллаш ҳақида мустақил қарор қабул қилишган, ҳамда фақатгина асосий гуруҳдаги 19,1% ва назорат гуруҳидаги 16,1% аёллар тиббий ходимлар билан маслаҳатлашишган.

4.6-расмда контрацепция усуллари ҳақида маълумот олиш манбалари бўйича маълумотлар келтирилган.

Монография

Сўровнома маълумотларидан кўриниб турибдики, иккала гуруҳдаги фақатгина 11-24% аёл контрацепция воситалари ҳақида асл манбалардан маълумот олишган. ОАВда мунтазам маълумотнинг йўқлиги алоҳида диққатга сазовор ҳолатдир. Контрацепция воситалари ҳақида маълумотга эга бўлишган асосий гуруҳдаги 20% ва назорат гуруҳидаги 17,8% аёллар – бу тиббий ходимларга контрацепция воситаси учун ўзлари мурожаат қилишган аёллардир. Бизнинг тадқиқотларимиз маълумотларига кўра, соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини томонидан кесар кесишни ўтказган аёлларга нисбатан, шунингдек, табиий туғруқ йўллари орқали туққан аёлларга нисбатан ҳам контрацепция усуллари бўйича фаол маслаҳат берилиши керак.



4.6-расм. Контрацепция усуллари ҳақида маълумот олиш манбалари

Шундай қилиб, ККдан кейин аёллар кўпчилик ҳолларда кейинги боланинг туғилишини 2-3 йилдан кейинга қолдиришни хоҳлашади, аммо шу билан бирга, антенатал ва туғруқлараро даврда контрацепциянинг замонавий усуллари қўлланилиши ҳақида ишонарли маълумотларга эга эмаслар. Контрацепция усуллари кенг қўлланилиши учун ҳомиладорлар, туғувчи ва туққан аёллар ўртасида фаол маслаҳатлар бўйича нафақат

туғруқхона ходимларини, балки соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғинини, шунингдек, ОАВ ларни жалб қилган ҳолда, ишларни яхшилаш талаб этилади. ККни ўтказган аёллар учун контрацепциянинг замонавий юқори самарали усулларини қўллаши нафақат интергенетик интервални сақлаш гарови, балки абортлар профилактикаси, оқибатда эса, саломатликни сақлашнинг гарови бўлади.

Олинган маълумотлар шуни яна бир бор таъкидлашга имкон берадики, биз тадқиқ этган ҳудудда аёлларнинг контрацептив ҳаракатини ўзгартириш ва режалаштирилмаган ҳомиладорликлар сонини камайтириш бўйича анчагина захиралар мавжуд.

***V-БОБ. КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН АЁЛЛАРДА
КОНТРАЦЕПЦИЯНИНГ ТУРЛИ УСУЛЛАРИ
ҚўЛЛАНИЛГАНДА КЛИНИКА ВА НОЖЎЯ ТАЪСИРЛАРИ***

Ретроспектив таҳлил натижаларига асосланиб, аёлларга контрацепция усули бўйича маслаҳат бериш ҳомиладорлик, тугрук ва тугруқдан кейинги даврда амалга оширилган ва аёл операциядан олдин контрацепция усулини танлаган.

Кесар кесишдан кейин аёлларда контрацепциянинг турли усуллари қўлланилганда клиника ва ножўя таъсирларини баҳолашда, аёлнинг умумий ҳолати, салбий аломатлар ва ножўя реакцияларнинг пайдо бўлиши, контрацепциянинг самарадорлиги каби жиҳатларга эътибор берилган.

Одатда, операциядан кейинги даврда барча аёлларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлган, гемодинамик кўрсаткичлар, гематологик маълумотлар ва ажратиш функциялари ўзгаришсиз бўлган.

Кузатиш даврида контрацептив воситалардан фойдаланмайдиган аёлларнинг назорат гуруҳида (29 нафар аёл) ва КК вақтида бачадон найлари боғланган аёллар (6 нафар аёл) гуруҳида ўткир респиратор касаллик 4 ҳолатда, сурункали пиелонефритнинг кўзғалиши 1 ҳолатда, енгил инфилтратив мастит 2 ҳолатда қайд этилган.

Ҳайз функцияси операциядан кейинги даврнинг 4-9 ойида деярли тўлиқ тикланган (3.9- жадвал). БИВ постплацентар киритилган 8 нафар (20%) аёлда ҳайз даври биринчи ташрифдан олдинги вақтгача, яъни ўртача $6,1 \pm 0,6$ ойдан кейин тикланган. БИВ интервалли киритилганда, ҳайз даври ўртача $5,8 \pm 0,6$ ойдан кейин тикланган. СПОК учун танланган аёлларда ҳайз тикланишининг ўртача муддати $5,9 \pm 0,6$ ойни ташкил этган. Назорат гуруҳидаги аёлларда ҳайз даври ўртача $6,1 \pm 0,7$ ойдан кейин тикланган.

КК операциясидан кейин 6 ойгача даврда БИВ киритилган 55,3% аёлларда ва СПОКни қўллайдиган 47,4% аёлларда ҳайз тикланган. Шу вақтгача назорат гуруҳида ҳайз 51,4% аёлларда

тикланган (5.1-жадвал). 12чи ойга келиб ҳайз даврининг тикланиши
иккала гуруҳдаги барча аёлларда кузатилди.

5.1- жадвал

Операциядан кейин ҳайз даврининг тикланишига кўра
аёлларни саралаш

Ҳайз циклининг тикланиши	1-гуруҳ И/о БИК- n (%)	2-гуруҳ Интервалли БИК- n (%)	3-гуруҳ СПОК- n (%)	Назорат гуруҳи- n (%)	
1 ойдан кейин	8 (20)	8 (22,2)	7 (18,4)	7 (20)	P
3 ойдан кейин	14 (35)	12 (33,3)	11 (28,9)	11 (31,4)	
6 ойдан кейин	10 (25)	9 (25)	13 (34,2)	9 (25,7)	
12 ойдан кейин	8 (20)	7 (19,4)	7 (18,4)	7 (20)	
Ҳайз цикли тикланишининг ўртача муддати (M±m)	6,1±0,6	5,8±0,6	5,9±0,6	6,1±0,7	>0,5

Фақат 4 нафар аёлда биринчи ҳайз гиперполименорея билан
тавсифланган, 2 нафар аёлда гипоолигоменорея билан намоён
бўлган. Иккинчи ва кейинги ҳайз давлари назорат гуруҳидаги
аёлларда меъёрдан ҳеч қандай оғишсиз кузатилган.

Лактациянинг давомийлиги турлича бўлган. Кузатиш
муддатининг тугаши билан эмизувчи аёллар сони камайган ва
туғруқдан кейин 12-ойда фақат 36,4% аёллар кўкрак билан
эмизишган.

5.2-жадвал

Кузатув динамикасида эмизувчи аёллар сони

Кузатиш муддати	Гуруҳлар						P1, P2, P3
	БИБ n=76		СПОК n=38		Назорат гуруҳи n=35		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
6-8 ҳафта	76	100	38	100	35	100	
3 ой	61	80,3	30	78,9	28	80	
6 ой	47	61,8	23	60,5	22	62,9	
12 ой	28	36,8	13	34,2	13	37,1	
Лактациянинг ўртача давоми (M±m)	7,9±0,6		7,4±0,7		7,7±0,8		>0,5

Бачадон ичи контрацепцияси фонида 6 ойгача табиий озиклантириш кўрсаткичи 61,8%ни, 1 йилгача эса 36,8%ни ташкил этди.

Контрацептив воситаларни қўллайдиган аёлларда ножўя реакциялар ва асоратларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ҳар бир гуруҳда саломатлик борасида, асосан, контрацептивнинг тури учун хос бўлган ўзгаришлар кузатилган.

КК ўтказилган аёлларда бачадон ичи контрацептивнинг киритилиш муддатига кўра, 76 нафар аёллар 2 гуруҳга ажратилган. Биринчи гуруҳ – БИВ постплацентар киритилган 40 нафар аёл, иккинчи гуруҳ – БИВ операциядан кейин 6 ҳафта ўтгач киритилган 36 нафар аёлдан иборат.

Ҳам постплацентар, ҳам интервалли киритилган БИКни қўллайдиган 61,8% аёлларда ҳеч қандай ножўя реакциялар кузатилмаган. Жадвалда кесар кесиш ўтказилган аёллар БИКни қўллаганда келиб чиқадиган ножўя реакцияларнинг учраш сони келтирилган.

Бизнинг кузатувимиз натижалари шуни кўрсатдики, БИВни қўллаганда энг кўп учрайдиган асорат – давомийлиги ва ифодаланиши турлича бўлган қорин пастадаги оғриқдир.

Гуруҳда оғриқ синдромининг учраш сони ўртача 15,8%ни ташкил этган, аммо оғриқ БИК интраоперацион киритилган аёлларга нисбатан интервалли киритилган аёлларда 12,2% га кўпроқ кузатилган.

Оғриқ ВАШ рейтинг шкаласи бўйича таҳлил қилинди. Визуал-аналогли Шкала (ВАШ) (*Visual Analogue Scale (VAS)*) (*Huskisson E. C., 1974*)- узунлиги 10 см (100 мм) бўлган вертикал ёки горизонтал чизикдир (3.7-расм). Аёлга у кечираётган оғриқнинг интенсивлигига мос бўлган белгини қўйиш таклиф этилади, бунда 0-оғриқнинг йўқлиги, 10 балл эса (шкалада 10 см) – чидаб бўлмас оғриқ.

БИВни қўллаганда келиб чиқадиган ножўя таъсирлар ва асоратларнинг учраш сони.

Ножўя таъсир ва асоратлар	I гуруҳ (n=40)		II гуруҳ (n=36)		Пирсон χ^2 Критерийси ва P-value	
	Абс.	%	Абс.	%	χ^2	P
Экспульсия	2	5	2	5,6	0,012	0,914
Қорин пастидаги оғрик	4	10	8	22,2	2,129	0,145
Ациклик қон кетишлар	2	5	2	5,6	0,012	0,914
Гиперполименорея, дисменорея	0	0	2	5,6	2,282	0,131
Сероз ажралмалар	2	5	2	5,6	0,012	0,914
Септик аборт, бачадондан ташқари ҳомиладорлик	0	0	0	0	-	-
Бачадон перфорацияси	0	0	0	0	-	-
Ҳаммаси бўлиб	10	25	16	44,4		
Асоратларнинг йўклиги	30	75	20	55,6		

Шуни қайд этиш лозимки, БИВ постплацентар киритилган 3 нафар аёлда оғрик сезиларсиз даража сингари тавсифланган, ушбу аёллардан икки нафари биринчи марта ҳомиладор ва биринчи марта туғувчи бўлган, оғрик синдроми уларда КК операциясидан кейинги дастлабки 2 ҳафтада кузатилган ва НЯҚВ (парацетамол 500 мг) қабули билан йўқолган. Контрацепциянинг қолган вақтида оғриклар қайта кузатилмаган. Бир нафар қайта туғувчи аёлда енгил симилловчи оғрик КК операциясидан кейин фақат дастлабки 2 кунда кузатилган ва дори-дармонларсиз ўтиб кетган. Яна бир нафар аёлда оғриклар контрацепцияни қўлашдан бошлаб, дастлабки икки ҳайз даври давомида, ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида пайдо бўлган. Оғриклар спазмолитиклар ва НЯҚВ (но-шпа, парацетамол 500 мг) қабули билан тўхтаган. Контрацепциянинг барча кейинги

Монография

ойлари, лактация даврида ва ундан кейин аёлларни оғриқ безовта қилмаган. Шундай қилиб, ушбу гуруҳда ҳаммаси бўлиб, 10% аёлда кузатилган. ВАШ шкаласи таҳлилида 8% аёлларда 1-2 балл; 2% аёлда 3-4 балли оғриқлар бўлиб, оператив туғруқнинг биринчи суткасига тўғри келган.

Оғриқ
кузатилмапти



Чидаб бўлмайдиган
оғриқ

Оғриқни рақамли рейтинг кўрсаткичи (NRS)

- Оғриқ 0-10 гача баҳоланади (10= чидаб бўлмайдиган оғриқ, 0= Оғриқ йўқ)
- Беморни 0-10 шкаласида оғриқни аниқ баҳолаш сўралади

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.1-расм. ВАШ шкаласи

БИВ интервалли киритилган кесар кесиш ўтказилган 4 нафар аёл контрацепциядан кейин фақат дастлабки 2 кунда оғриққа шикоят қилишган, табиати бўйича оғриқ симилловчи, сезиларсиз бўлиб, дори-дармонларсиз 3чи куни ўтиб кетган. Бир нафар аёлда оғриқ бутун бир дастлабки ой давомида сақланган бўлиб, бир неча ҳайз вақтида кучайган. Оғриқ ВАШ шкаласи билан 1 дан 6 баллгача бўлган, ўртача 3 баллга. Дори-дармонлар билан даволаш самарали бўлган, оғриқли синдром тўхтатилган ва кейинчалик қайта кузатилмаган. Шунинг қайд этиш жоизки, мазкур аёл анамнезида артифициал аборт бўлган. Яна бир аёл анамнезида альгодисменорея бўлиб, БИВ киритилгандан сўнг унда оғриқ синдроми аста-секин ортиб борган, бунда аёлнинг хоҳиши билан БИВ қўлланилишининг тўртинчи ойида олиб ташланган. Кейинчалик аёлга гормонал контрацепция таклиф этилган.

БИВ қўлланилганда салбий таъсирнинг учраш ҳоллари бўйича иккинчи ўринни уларнинг экспульсияси (5,3%) эгаллаган. Бунда экспульсия БИВ постплацентар киритилган аёлларда фақат 2 ҳолатда (5%), БИВ интервалли киритилган аёлларда –5,6%

кузатилган. 6 ҳафтадан сўнг, биринчи назорат ташрифи вақтида иккала гуруҳда ҳам БИВ экспульсиясининг бирортаям ҳолати кузатилмаган. 3 ойдан сўнг, иккинчи назорат ташрифида БИВ постплацентар киритилган аёлларда 1 ҳолатда (2%) қисман БИВ экспульсияси кузатилган бўлиб, бу ҳолат БИВни олиб ташлаш заруриятига олиб келди, ҳамда БИВ интервалли киритилган аёлларда ҳам бир ҳолатда БИВ экспульсияси содир бўлган. Кейин яна бир аёл жинсий шеригининг талаби туфайли БИВни олиб ташлаш ҳақидаги илтимоси билан мурожаат қилган. 6 ой ўтгач, учинчи назорат ташрифи вақтида 1 ҳолатда БИВ постплацентар киритилган аёлларда Су Т 380 А БИВнинг тўлиқ экспульсияси ва 1 ҳолатда иккинчи гуруҳда экспульсия кузатилган. Шундай қилиб, текшириш охирида, туғруқдан кейинги кузатувнинг 12 ойдан сўнг, БИВ интраоперацион киритилган аёллар гуруҳида 2 ҳолатда экспульсия ва 1 ҳолатда (2,5%) аёлнинг хоҳишига кўра, БИВни олиб ташлаш, БИВ интервалли киритилган аёлларда 2 ҳолатда экспульсия ва 2 ҳолатда БИВни олиб ташлаш қайд этилган.

Эътиборли жиҳати шундаки, экспульсия рўй берган барча аёллар кўп марта тукқан аёллар (3-4-туғруқлар) бўлиб, улардан икки нафарида БИВ экспульсияси 2 ойдан сўнг, бир нафарида контрацептив киритилганнинг 4чи ойида содир бўлган.

Шуни таъкидлаш лозимки, БИВ интервалли киритилган аёллар гуруҳида ҳам экспульсия асоратланган анамнезли аёлларда кузатилган. Барча аёллар анамнезида 3-4 та тиббий аборт мавжуд бўлган. Мазкур гуруҳ аёлларида қисман экспульсия БИВ киритилгандан кейин биринчи ойда рўй берган, бошқа аёлда тўлиқ экспульсия БИВ киритилгач 4 ойдан сўнг содир бўлган.

Ножўя таъсирнинг учраши сони бўйича учинчи ўринда ҳайз функциясининг бузилиши туради, бу ҳолат БИВни қўллайдиган 76 нафар аёлдан атиги 6 нафарида юзага келган (7,9%), ҳайзлараро қонли ажралмаларнинг учраш ҳоллари иккала гуруҳда ҳам деярли бир хилда кузатилган (мос равишда 5% ва 5,6%) ($p > 0,05$).

Одатда, бу бузилишлар ациклик қонли суртилувчи ажралмалар кўринишида пайдо бўлган ва кўпчилик ҳолларда қисқа вақт ичида гемостатик дори-дармонлар билан даволамасдан туриб тўхтаган. Шунини таъкидлаш лозимки, ациклик қон кетишлар кузатилган аёлларнинг кўпчилигида гинекологик касалликлар ва асоратланган акушерлик анамнези мавжуд бўлган.

Икки нафар БИВ постплацентар киритилган кесар кесиш ўтказилган аёлларнинг бирида ҳомиладорлик ва туғруқдан олдин ҳайз даври бузилган бўлиб, ҳайз номунтазам равишда даврий ановуляторли даврлар билан тавсифланган. Операциядан кейинги даврнинг 2чи ойида ҳайз функциясининг тикланишидан сўнг унда ациклик қонли ажралмалар келиши тўхтаган.

БИВ интервалли киритилган КК ўтказилган аёллар гуруҳида ҳам суртилувчи қонли ажралмалар кузатилиб, улар 8 кун давом этган, мустақил равишда тўхтаган ва кейинчалик бошқа рўй бермаган. БИВ интервалли киритилган, анамнезида КЧАЯК мавжуд бўлган КК ўтказилган икки нафар аёлда (5,6%), БИВ киритилгач, ҳайзаро қон кетишлар дастлабки 2 ҳайз даврида кузатилган ва гемостатик терапия буюрилгандан сўнг кейинги ойларда ҳайзаро қон кетишлар кузатилмаган. Анамнезида 2 та туғруқ ва 3 та аборт бўлган бошқа аёлда БИВ киритилгач 2 ой давомида гиперполименорея кузатилган, камқонлик ривожланган, гемоглобин 68,0 г/л гача камайган, консерватив даво самарасиз бўлгач, спираль олиб ташланган ва соф прогестинли контрацепция буюрилган.

Ҳайз даври белгиланган бир аёлда бачадон ичи контрацепцияси киритилганининг учинчи ойида қиндан ёқимсиз ҳидли ажралмаларнинг кучайиши қайд этилган. Бактериологик текширишда бактериал вагиноз ташхис этилган. Бак.вагиноз стандарт бўйича даволанганидан сўнг турғун ремиссия қайд этилган.

Бизнинг тадқиқотда БИВ интраоперацион киритилганда асоратларни кузатмадик, фақат бир неча нафар аёллар сезиларсиз

даражадаги оғриқ, ажралмалар ва номунтазам кон кетишлар (25%) каби ножўя таъсирлар ҳақида хабар беришди.

БИВ постплацентар киритилганда, кузатиш даврида, аёлларнинг шикоятларидан бири спираль ипларининг йўқлиги бўлди.

6 ҳафтадан сўнг, биринчи назорат ташрифи вақтида текширилганда ипчалар 72,5% да кўринган (29/40). Биринчи назорат ташрифи вақтида 11 нафар аёлда (27,5%) ипчалар аниқланмаган. Аммо, УТТда – БИВ бачадон бўшлиғида аниқланган ва у ушбу аёлларнинг барчасида тўғри жойлашган.

БИВ ипчаларининг кўриниши иккинчи назорат ташрифи вақтида, яъни 3чи ойда яна 4 ҳолатда яққолроқ бўлган ҳамда ипчалар учинчи ташрифда (6 ойдан сўнг) 40 ҳолатдан 35 тасида (87,5%) тўлиқ кўринган. 12 ойдан сўнг ипчалар яна икки нафар аёлда кўриниб, 92,5%ни ташкил этди. Қолган 3 ҳолатда ипчалар, ҳаттоки, тўртинчи ташрифда ҳам аниқланмаган. Бу қўшимча УТ текширувини талаб этди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шундан далолат берадики, КК ўтказилган аёлларда БИВнинг мақбуллиги 65,8%ни ташкил қилди. Кўпчилик аёлларда ножўя реакциялар ўткинчи табиатли бўлиб, бизнинг маълумотларимизда, М.С.Селихова, В.А.Григорян (2011й) маълумотлари каби, контрацепциянинг дастлабки 3-4 оий давомида мустақил равишда йўқолган. Аммо 6,6% аёлларда усулдан фойдаланиш тўхтатилган, бунга экспульсия (5,3%) ва контрацептив фойдаланиш вақтидаги оғриқли синдром, гиперполименорея сингари тиббий кўрсатмалар сабаб бўлган.

Исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш учун “Лактинет” соф прогестинли контрацепцияни қўлловчи аёллар гуруҳида ножўя ҳолатлар ва асоратларнинг умумий учраш сони БИВни қўллайдиган аёллардан сезиларли даражада фарқ қилмаган, аммо ножўя реакциялар доираси ўзига хос бўлган (3.10-жадвал). Жадвалдан кўриниб турибдики, “Лактинет” қабул қилувчи 38 нафар аёлдан фақат 14 нафарида ножўя реакциялар қайд этилган, улардан 10

нафар аёлда “Лактинет” қабули ҳайз функциясининг бузилиши билан асоратланган. Бирок, 24 нафар аёлда (63,2%) орал гестагеннинг қўлланилиши уларнинг соғлиғида ўзгаришларни келтириб чиқармаган.

5.4-жадвал

Лактинет қабул қилувчи аёлларда ножўя реакциялар ва асоратларнинг учраш ҳоллари

Ножўя таъсирлар ва асоратлар	Ножўя таъсирлар ва асоратлар сони				Пирсон χ^2 критерийси ва P-value	
	СПОК n=38		Назорат гуруҳи n=35		χ^2	P
	Абс. - %	Абс. - %	Абс. - %	Абс. - %		
Ациклик кон кетишлар	10	26,3	3	8,6	3,919	0,048
Тана вазнинг ошиши	1	2,6	2	5,7	0,439	0,507
Депрессия	2	5,2	2	5,7	0,007	0,933
Масталгия	1	2,6	2	5,7	0,439	0,507
Ножўя таъсирлар ва асоратларнинг ҳаммаси	14	36,8	9	25,7	1,045	0,307
Ножўя таъсирлар ва асоратларнинг йўклиги	24	63,2	26	74,3	1,045	0,307

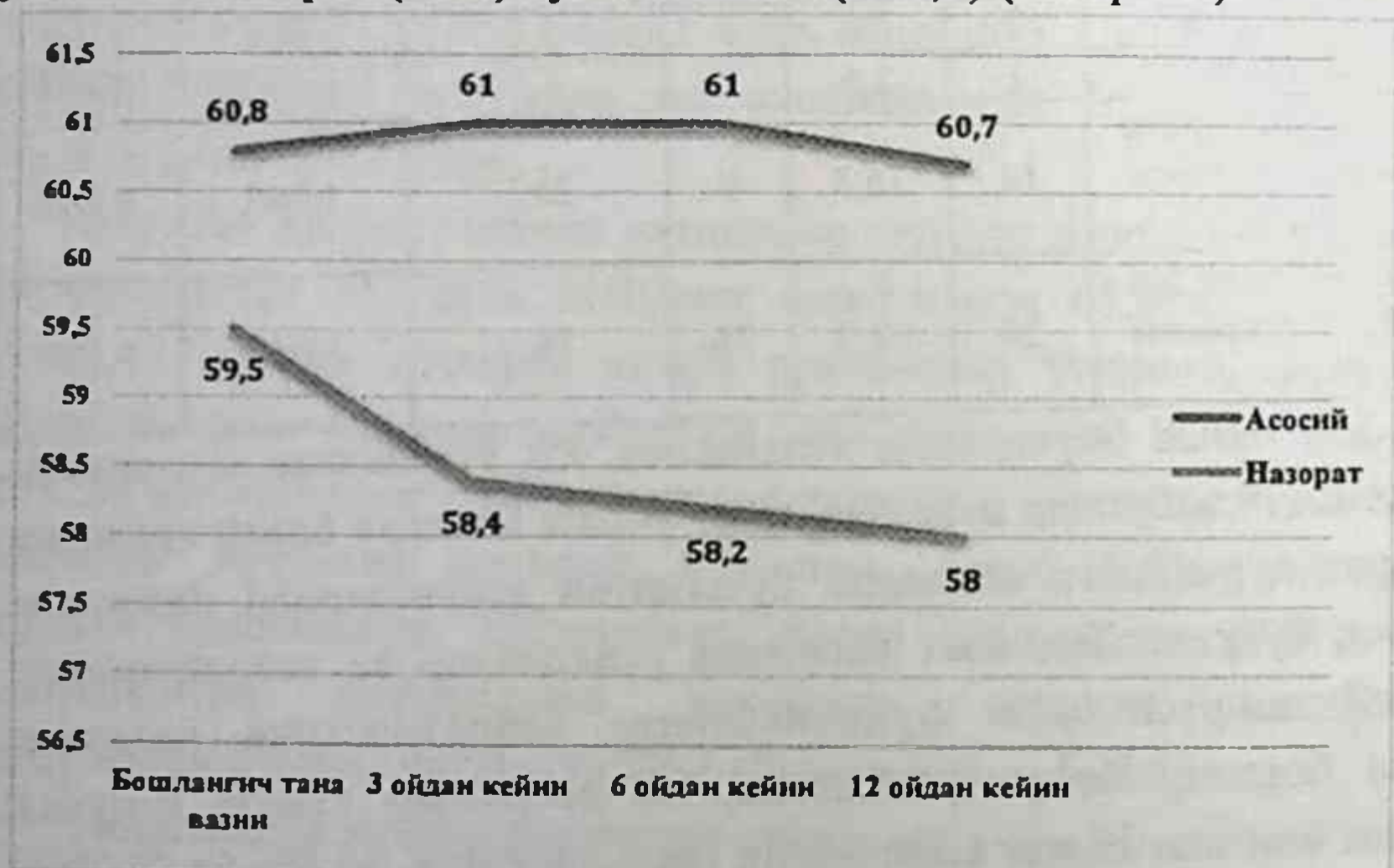
Шу билан бирга, қайд этилишича, КК ўтказилган аёлларнинг “Лактинет” қабулида асоратларнинг учраш ҳоллари баъзи ҳолларда назорат гуруҳидаги аёлларда кузатилган асоратлардан бирмунча кўпроқ бўлган. Лактинет қабулида реакциялар ва асоратларнинг асосий доираси ҳайз функциясининг нейроэндокрин назорати билан боғлиқ. Ножўя реакциялар ва асоратлар иккала гуруҳда деярли бир хил сонда аниқланган (мос равишда, 36,8% ва 25,7%). Фақат КК ўтказилган ва СПОК қабул қилувчи аёлларда ациклик бачадондан кон кетишлар, назорат гуруҳидаги аёлларга қараганда, деярли уч марта кўпроқ кузатилган (мос равишда 26,3% ва 8,6%). “Лактинет” қабул қилувчи аёлларда ҳайз функциясининг бузилиши

меъёрдаги хайз тугагандан кейин бир неча кун давомида, асосан, бўялувчи қонли ажралмалар билан намоён бўлган.

Лактинет СПОКни қабул қиладиган КК ўтказилган аёлларда кўкрак билан озиклантиришнинг ўртача давомийлиги $7,4 \pm 0,7$ ойни ташкил этди. Бу маълумотлар контрацептивларни қўлламайдиган аёлларда ($7,7 \pm 0,8$ ойлар) ва бачадон ичи контрацепциясини қўллайдиган аёлларда ($7,9 \pm 0,6$ ойлар) лактациянинг умумий давомийлигидан ишочли равишда фарқ қилмаган ($P > 0,5$).

12-ойга келиб, хайз даврининг тикланиши ўртача $5,9 \pm 0,6$ ойдан кейин (86%) содир бўлган. Бу ҳам бошқа гуруҳлардан фарқ қилмаган ($P > 0,5$).

КК ўтказилган аёллар соф прогестинли контрацепцияни қўллаш жараёнида тана вазни ўртача кўрсаткичларининг ўзгариши кўпчилик аёлларда (87%) кузатилмаган ($P > 0,5$) (5.2- расм).



5.2- расм. СПОК қўллаш фониди тана вазни ўртача кўрсаткичларининг динамикаси

КК ўтказилган кўпчилик аёлларнинг (89%) СПОК қабулининг 12 ойи давомида динамик кузатишда тана вазнининг ўртача кўрсаткичи дастлабки вазнига – $60,8 \pm 4,3$ кг бўлган бўлса, 3 ойдан кейин ҳам – $61,0 \pm 3,8$ кг ва 6 ойдан кейин ҳам – $61,0 \pm 4,1$ кг ишончли

тарзда ўзгармаган ($p > 0,05$). СПОКни қўллашнинг 12чи ойига келиб, тана вазнининг ўртача кўрсаткичи дастлабки кўрсаткичга нисбатан пасайиб, $60,7 \pm 4,3$ кг ни ташкил қилган, аммо бу ўзгаришлар ҳам статистик жиҳатдан ишончли бўлмаган ($p > 0,05$). 3 нафар аёл, 6чи ойга келиб, воситани қабул қилишдан бош тортишган, чунки уларнинг вазнига 3,2 – 3,5 кг қўшилган.

СПОКни қўллашнинг ягона ноқулайлигини барча аёллар воситани ҳар куни бир вақтда қабул қилиш кераклигида деб таъкидлашди.

Шундай қилиб, КК ўтказилган аёллар учун мазкур тадқиқотда барча синовдан ўтказилган контрацептивлар мақбул. Постплацентар ва интервалли киритилган БИВ ҳамда “Лактинет” соф гестагенли восита қўлланилганда, асоратлар ва ножўя реакциялар тез-тез кузатилмаган, уларнинг учраши ўртача 38,2% ва 36,8% бўлган.

12 ой давомида кузатиш вақтида бирорта бир гуруҳда ҳомиладорлик қайд этилмаган.

Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда, 12 ой давомида, БИВни постплацентар ва интервалли тарзда қўллашда, СПОКни қабул қилишда контрацепция самарадорлигини, эҳтимолий асоратлари ва ножўя реакцияларни баҳолаш барча текширилган аёлларда ўтказилган. Тадқиқот вақтида абдоминал туғруқдан кейинги аёлларда, бир йил давомида қўлланилганда, бачадон ичи ва гормонал контрацепциянинг юқори контрацептив самарадорлиги ва мақбуллиги аниқланган.

Контрацептивнинг самарадорлиги юқори бўлганлиги аниқланган, чунки 12 ой давомида ҳеч бир аёлда ҳомиладорлик содир бўлмаган.

Контрацептивларнинг қабулида баъзи ножўя реакциялар барча гуруҳларда қайд этилган, уларнинг умумий учраш сони 2,6% дан 30,6% гача кузатилиб, контрацепция турига боғлиқ бўлган. Ножўя реакциялар структураси турли-туман бўлган ва у ҳам бевосита контрацептив воситанинг таъсир механизмини акс эттирган, шу маълумотларни ҳам Agarwal K. et al. (2019й) берган.

БИВ қўлланилганда ножўя таъсир экспульсия (5,3%) ва оғрикли синдромга (19,7%), 7,9%и ҳайз функциясининг бузилишига тўғри келган, яллиғланишли касалликлар кўринишидаги асоратлар фақатгина 4 нафар аёлда (5,3%) қайд этилган, худди шу маълумотларни Schwarz EB ва б. (2014й) ҳам беришган.

Бизнинг тадқиқотларимиз натижаларига кўра, ножўя таъсирнинг учраш ҳолатлари БИВ постплацентар киритилган аёллар гуруҳида, биринчи навбатда, чанокдаги оғрик ҳамда гиперполименорея кузатиладиган аёллар сонининг камайиши туфайли камрок бўлган (26,2%).

СПОКни қўллаганда ножўя реакциялар абдоминал туғруқдан кейин 14 нафар (36,8%) аёлда қайд этилган. “Лактинет” воситаси қабул қилинганда, энг кўп ножўя реакциялар қўллашнинг дастлабки уч ойида жинсий йўллардан ациклик қонли ажралмалар келиши бўлган (26,3%), бу эса назорат гуруҳидаги аёллар билан солиштирилганда ишончли равишда кўпроқдир ($p < 0,05$). “Лактинет”ни қўлаш жараёнида кўпчилик аёлларда тана вазни ўртача кўрсаткичларининг ишончли ўзгариши аниқланмаган ($p > 0,5$).

Статистик таҳлил шуни кўрсатдики, соф прогестинли таблеткаларни қабул қилган, БИВни қўлайдиган ва контрацептивлардан фойдаланмайдиган кесар кесиш ўтказилган аёллар орасида кўкрак билан озиклантиришнинг ўртача давомийлиги бўйича ишончли тарзда фарқ кузатилмаган ($P > 0,5$). “Лактинет” қабул қилувчи 87% аёлларда ҳайз даврининг тикланишининг ўртача даври $5,9 \pm 0,6$ ойни, БИВни қўловчи аёлларда эса $6,1 \pm 0,6$; $5,8 \pm 0,6$ ойни ташкил этди ($P > 0,5$).

Шундай қилиб, контрацепциянинг самарадорлиги, ножўя реакцияларнинг қисқа вақт давом этиши ва сезилмас даражада ифодаланганлиги БИВ ҳамда “Лактинет”ни абдоминал туғруқдан кейин постплацентар ва интервалли қўлашга имкон беради.

Шуни алоҳида таъкидлаш жоизки, бизнинг тадқиқотимизда бачадон перфорацияси ва тарқалган яллиғланишли касаллик

Монография

(эндометрит, перитонит) кўринишидаги асоратларнинг бирорта ҳам ҳолати қайд этилмади.

Қайтар контрацепция усуллари ишлатилганда сонография (УТТ) кўрсаткичлари

Репродуктив тизим ҳолатига контрацепциянинг қайтар усуллари таъсирини ўрганиш учун операциядан кейинги даврда 149 та аёлда, 12 ой давомида кичик чанок аъзоларининг динамик ультратовушли текшируви ўтказилган.

Репродуктив тизим аъзоларининг ҳолатини илк баҳолашда контрацептивни қўллашни бошлагандан 6-8 ҳафтадан сўнг, кейин эса 3-6-12 ой ўтиб ўтказилган. БИВнинг жойлашувига, БИВнинг юқори четидан бачадон тубигача бўлган ўлчамларининг ўзгаришига, БИВ ва эндометрийнинг юқори қавати орасидаги масофага алоҳида эътибор берилган.

5.5 -жадвал

Таққосланувчи гуруҳлардаги аёллар бачадон узунлигининг (мм да) эхографик кўрсаткичлари

Кесар кесишдан кейин текшириш вақти	Таққосланувчи гуруҳлар			
	1-гуруҳ M±m	2-гуруҳ M±m	3-гуруҳ M±m	Назорат гуруҳи M±m
6-8-ҳафта	37,0-86,0 71,1±1,1	36,0-85,0 66,7±1,7	39,0-86,0 70,1±2,4	39,0-88,0 69,5±2,2
3 ой	39,0-85,0 66,9±1,1	41,0-81,0 63,4±1,6	41,0-80,0 65,4±1,8	41,0-83,0 67,1±1,9
6 ой	41,0-80,0 64,3±1,0	42,0-71,0 61,2±1,4	44,0-72,0 61,4±1,3	40,0-79,0 64,2±1,7
12 ой	42,0-69,0 60,3±0,7	46,0-68,0 59,9±0,9	45,0-60,0 56,4±0,7	42,0-73,0 59,9±1,4

Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, операциядан кейинги даврда эхографик кўрсаткичлар динамикада ўзгарган ва

қўлланилган контрацептив воситага маълум даражада боғлиқликда бўлган.

Назорат гуруҳида бачадон ўлчамларининг эхографик кўрсаткичлари операциядан кейинги даврда бутун 12 ой давомида кенг ўзгарган. Биринчи текширилиш чоғида, яъни операциядан кейинги даврнинг 6-7-ҳафтасида бачадон узунлигининг катталиги 39 мм дан 88 мм гача бўлган, аммо кўрсаткичларнинг катта қисми (66%) 50 мм дан 70 мм гача бўлган, бу чегаралардан ташқарида 39 мм дан 50 мм гача ва 70 мм дан 88 мм гача 34% ўзгаришлар кузатилган. Абдоминал туғрукдан кейин 6-8-ҳафтага келиб, бачадоннинг ўртача узунлиги $68,7 \pm 2$ мм га етиши хосдир, яъни бу бачадон танаси узунлиги меъёрий қийматининг (70 мм) юқори чегараси ҳисобланади. Кейинги ойларда бачадон узунлигининг ўзгарувчанлик чегаралари аста-секин қисқарган ва назорат гуруҳидаги аёлларда бачадон танасининг ўртача узунлиги туғрукдан кейинги 12чи ойга келиб, $59,8 \pm 12$ мм га етган.

5.6 -жадвал

Такқосланувчи гуруҳлардаги аёллар бачадон кенглигининг эхографик кўрсаткичлари

Кесар кесишдан кейин текшириш вақти	Такқосланувчи гуруҳлар			
	1-гуруҳ M±m	2-гуруҳ M±m	3-гуруҳ M±m	Назорат гуруҳи M±m
6-8-ҳафта	39,0-75,0 69,3±0,9	38,0-76,0 66,2±1,6	38,0-76,0 68,1±1,8	41,0-77,0 68,1±1,6
3 ой	39,0-85,0 66,9±1,1	41,0-81,0 63,4±1,6	41,0-80,0 65,4±1,8	41,0-83,0 67,1±1,9
6 ой	41,0-80,0 64,3±1,0	42,0-71,0 61,2±1,4	44,0-72,0 61,4±1,3	40,0-79,0 64,2±1,7
12 ой	42,0-69,0 60,3±0,7	46,0-68,0 59,9±0,9	45,0-60,0 56,4±0,7	42,0-73,0 59,9±1,4

Монография

Бачадон кенглиги барча гуруҳларда бир хил кискарган ($p > 0,5$).

Жадвалдан кўриниб турибдики, “Лактинет” воситаси қўлланилганда бачадон ўлчамларининг эхографик кўрсаткичлари қуйидагича кичрайган: бачадон узунлиги $68,9 \pm 2,4$ мм дан $56,4 \pm 0,8$ мм гача ($p < 0,01$), олдинги-орқа ўлчам $49,7 \pm 2$ мм дан $37,1 \pm 1,1$ мм гача ($p < 0,01$), бачадон кенглиги $68,1 \pm 1,8$ мм дан $55,3,1 \pm 0,6$ мм гача ($p < 0,02$). Мазкур кўрсаткичларни назорат гуруҳи ҳамда БИКни постплацентар ва интервалли қўллайдиган аёллар гуруҳи билан солиштирганда, бачадон ўлчамларининг кўрсаткичлари 6-8 ҳафтадан сўнг ишончли тарзда бир-биридан фарқ қилмаслиги эътиборни тортади. Соф прогестинли контрацепцияни қўллашнинг 12чи ойига келиб, бу кўрсаткичлар бошқа гуруҳлар билан таққослаганда ишончли тарзда фарқ қилган ($p < 0,01$; $p < 0,01$).

Бачадоннинг олдинги-орқа ўлчами 12-ойга келиб, $40,2 \pm 1,1$ мм га, кенглиги эса $56,7 \pm 0,8$ мм га етган. Чандиқ соҳасида олдинги деворнинг ўртача қалинлиги эндовагинал эхография маълумотларига кўра, 12-ойга келиб, $9,0 \pm 2$ мм ни ташкил этди. Бачадон ўлчамларидан фарқли ўлароқ, эндометрийнинг қалинлиги назорат гуруҳидаги аёлларда М-эхо маълумотлари бўйича етарлича кенг доираларда ўзгариб турди. Ҳаттоки, оператив туғруқдан сўнг дастлабки 6-8 ҳафтада М-эхо қалинлигининг юқори чегаралари ($12,0 - 13,0$ мм) етарлича пролифератив фаолликдан далолат беради. Аммо даврнинг биринчи ва иккинчи ярмида ўртача кўрсаткичлар мос равишда $4,3 \pm 0,5$ мм ва $5,8 \pm 0,4$ мм ($p < 0,001$) ни ташкил этган. Кейинги муддатларда ўзгаришлар чегараси сезиларли даражада ўзгармаган, аммо даврнинг 1чи ва 2чи ярмида М-эхонинг ўртача катталиклари $10,4 \pm 0,4$ мм ва $13,9 \pm 0,5$ мм ($p < 0,001$) гача ошган. Кесар кесишдан сўнг тухумдонлар ўлчамларининг динамик тадқиқоти шуни қайд этишга имкон берадики, тухумдонларнинг барча ўлчамлари операциядан кейинги илк ойларда максимал бўлган ва 12чи ойга келиб, аста-секин камайган ҳамда меъёрий катталикларга эга бўлган.

Таққосланувчи гуруҳлардаги аёлларда бачадоннинг олдинги-орқа ўлчами узунлигининг эхографик кўрсаткичлари

Кесар кесишдан кейин текшириш вақти	Таққосланувчи гуруҳлар			
	1-гуруҳ M±m	2-гуруҳ M±m	3-гуруҳ M±m	Назорат гуруҳи M±m
6-8-хафта	22,0-64,0 54,3±1,1	23,0-65,0 51,1±1,7	22,0-61,0 49,8±2,0	23,0-62,0 49,3±1,7
3 ой	39,0-85,0 66,9±1,1	41,0-81,0 63,4±1,6	41,0-80,0 65,4±1,8	41,0-83,0 67,1±1,9
6 ой	41,0-80,0 64,3±1,0	42,0-71,0 61,2±1,4	44,0-72,0 61,4±1,3	40,0-79,0 64,2±1,7
12 ой	42,0-69,0 60,3±0,7	46,0-68,0 59,9±0,9	45,0-60,0 56,4±0,7	42,0-73,0 59,9±1,4

Назорат гуруҳи билан солиштирилганда, эндометрий каллиблигининг биометрик қийматларида ишончли тафовутлар кузатилмади. Ҳайзнинг иккинчи ярмида, биринчи ярмига нисбатан, иккала гуруҳда м-эхонинг каттарок бўлиши хос. М-эхонинг энг катта ўлчам кесар кесиш операциясидан кейинги дастлабки 2 ойда қайд этилган, кейинги ойларда м-эхо катталиги ўртача кўрсаткичлар бўйича аста-секин камайган.

Олинган натижалар КК ўтказилган, контрацепцияни қўлламайдиган, БИВни постплацентар ва интервалли қўллайдиган ва эндометрий пролиферациясини контрацепциянинг давомийлигига тескари пропорционал даражада сусайтирадиган таъсирга эга орал гестагенни қабул қилувчи аёлларда бачадон морфологияси ва эндометрий ўзгаришларининг мавжуд фарқларини кўрсатади. Контрацепцияни қўллайдиган аёлларда тухумдонларнинг ўлчамлари эхографик кўрсаткичлари назорат гуруҳидан, аслида фарқ қилмаган. Чандик соҳасида олдинги девор

Монография

қалинлигининг ўртача кўрсаткичлари КК ўтказилган ва СПОКни қўллайдиган аёлларда $9,1 \pm 1,8$ мм ни ташкил этган.

БИВни постплацентар ва интервалли қўллаш жараёнида бачадоннинг ўлчамлари 12чи ойга келиб, деярли бир хилда кичрайган. Операциядан кейинги давр ошгани сайин бачадоннинг барча ўлчамлари биринчи гуруҳ аёлларида ҳам, иккинчи гуруҳ аёлларида ҳам, аста-секин кичрайиши ва 12чи ойга келиб, минимал кўрсаткичларга эга бўлганлиги хосдир. БИВли аёлларда М-эхо катталигининг таҳлили шуни кўрсатдики, БИВ постплацентар киритилган ва БИВ интервалли киритилган аёлларнинг эндометрий ўзгаришида сезиларли тафовутлар кузатилмаган. Операциядан кейинги давр ошгани сайин М-эхонинг ўртача қалинлиги барча аёлларда ошган. Назорат гуруҳи билан таққослаганда, эндометрий қалинлигининг биометрик қийматларида ишончли тафовутлар қайд этилмаган. Чандик соҳаси ҳам аёлларнинг барча ташрифларида патологик ўзгаришсиз бўлган.

КК ўтказилган ва “Лактинет” орал гестаген контрацептивини қўллайдиган аёлларда эхографик кўрсаткичлар БИВни қўллайдиган аёллар ва КК ўтказилиб, контрацепцияни қўлламайдиган аёллар кўрсаткичларидан фарқ қилмаган. “Лактинет”ни қўлаган сайин, операциядан кейинги ёки туғруқдан кейинги даврнинг 12чи ойга келиб, бачадон ўлчамларининг биометрик қийматлари кичрайган.

КК ўтказилган ва контрацепция учун бачадон ичи воситаларини қўллайдиган аёлларда эхографик кўрсаткичлар назорат гуруҳидаги кўрсаткичлардан бирмунча фарқ қилган. Баъзи муаллифларнинг маълумотлари бўйича (Gonzalez J. et al., 2020й) бу ўзгаришлар экспульсияни ҳамда ножўя таъсирларни – оғрик ва суртилувчи қонли ажралмалар юзага келишини олдиндан кўра билиш мумкин. Бизнинг мақсадимиз экспульсия хавфи ёки ножўя таъсирлар туфайли БИВни олиб ташлаш билан масофада бу ўзгаришларнинг боғлиқлигини аниқлаш бўлди.

Таққосланувчи гуруҳлардаги аёлларда БИВ-бачадон туби (мм да) ва БИВ-миометрийнинг эхографик кўрсаткичлари

	1-гуруҳ		2-гуруҳ	
	БИВ-бачадон туби (в мм)	БИВ-миометрий (в мм)	БИВ-бачадон туби (в мм)	БИВ-миометрий (в мм)
6-8-хафта	18,7-25,5 21,3±0,7	2,3-5,2 3,7±0,2	17,9-26,0 21,5±0,8	2,2-5,1 3,6±0,1
3 ой	15,3-22,3 18,7±0,6	2,4-5,2 4,0±0,2	16,1-23,4 19,1±0,7	2,2-5,0 3,9±0,2
6 ой	16,5-23,7 20,0±0,5	3,0-4,9 4,2±0,2	16,7-22,7 20,4±0,5	3,0-5,0 4,1±0,2
12 ой	16,7-24,0 20,2±0,3	3,5-7,3 5,1±0,3	16,9-25,1 20,5±0,5	3,4-7,1 5,0±0,3

БИВ - бачадон туби ва БИВ – миометрий орасидаги масофа катталиги туғруқдан кейин олти ҳафта ва уч ой ўтгач, туғруқдан кейинги даврдан ташқари вақтда қўйилган БИВ учун баён этилган ўлчовлар кўлами чегарасида бўлган ҳамда бир йил давомида симптомлар пайдо бўлиши туфайли БИВ экспульсияси содир бўлган ёки БИВ олиб ташланмаган аёллар орасида бир хил бўлган. Биз, бачадон туби ва миометрийни ўлчашни, клиник амалиётда УТТ ёрдамида уларни осон ажратиш мумкин бўлиши учун танладик.

Шундай қилиб, КК ўтказилган ва турли контрацептив воситалардан фойдаланадиган аёлларда бачадон ва тухумдонларнинг эхографик кўрсаткичларининг ўзгариши, чандик соҳасида олдинги девор қалинлигининг ўртача кўрсаткичлари репродуктив тизимнинг операциядан кейинги даврда гипоталамо-гипофизар фаолликка боғлиқлиги, контрацептив схема бўйича киритилган БИВ ва СПОК таъсирида репродуктив тизим

Монография

аъзоларининг тикланиш механизми ва инволютив жараёнларнинг турли хил кечишидан далолат беради.

Интраоперацион киритилган БИВнинг жинсий аъзолар микробиотасига таъсири

Тадқиқотнинг ушбу бўлимида биз абдоминал туғруқ вақтида бачадон ичи контрацепцияси постплацентар киритилганда қин микробиотаси бузилишининг ва йирингли-яллиғланиш асоратлар ривожланишининг учраш ҳолатларини таҳлил қилдик. Мазкур тадқиқотни бажариш жараёнида ҳал қилинувчи масалалардан бири КК вақтида БИВ қўлланилганда маҳаллий иммунитетнинг ҳолати, туғруқ йўллариининг микробиотаси ва асоратларнинг ривожланиши орасидаги корреляцион боғлиқликни аниқлаш ҳисобланди.

Бактериологик текширув биринчи гуруҳдаги аёлларда (n=40) ва назорат гуруҳидаги аёлларда (n=35) амалга оширилди. Экмалар КК операциясидан олдин ва кейин 5-6-суткаларда бажарилган.

Тадқиқот маълумотларининг шарҳи 5.9-жадвалда кўрсатилган қийматлар бўйича амалга оширилган.

5.9-жадвал

Бактериологик текширув кўрсаткичларининг интерпретацияси

Кўрсаткич	Интерпретация
“манфий”	Натижа манфий, микрофлора ўсиши йўқ
$\leq 10^2$ КОЕ Сапрофит микрофлора	Натижа манфий, патоген микрофлора ажратилмаган
$\geq 10^2$ КОЕ Шартли-патоген микрофлора	Натижа мусбат

Изоҳ: -кам ўсиш- 10^2 , ўртача ўсиш- 10^3 , кўп ўсиш $\geq 10^4$

КК вақтида аёлларда БИВни қўллаш фонидида жинсий аъзоларнинг йирингли-яллиғланиш касалликларини бирламчи аниқлаш таҳлили шуни кўрсатдики, вульво-вагинал кандидоз, бактериал вагиноз, кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланишсиз патологиялари ҳолатлари мавжуд бўлган.

5.10-жадвалда кесар кесиш операциясидан олдин ва кейин асосий гуруҳ ва назорат гуруҳидаги аёлларда *Lactobacillus spp.* бактериологик текширишнинг биргаликдаги натижалари келтирилган.

5.10-жадвал.

Периоперацион даврда текширилган аёлларнинг бактериологик текшириш натижалари (*Lactobacillus spp.* >10⁷ титрларда):

	Микро организмнинг концентрацияси	Операциядан олдин (%)	Операциядан кейин (%)
1 гуруҳ	<10 ⁷	22,6	31,7
	≥10 ⁷	77,4	68,3
2 гуруҳ	<10 ⁷	23,2	32,6
	≥10 ⁷	76,8	67,4

1- БИКни постплацентар киритилиши (40 та аёл);

2- Назорат гуруҳи (35 та аёл).

3.16-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, операциядан кейинги даврда текширилган гуруҳларда *Lactobacillus spp.* нинг деярли бир хилда сезиларсиз даражада камайиши қайд этилади ($P>0,05$).

Цервикал каналдан олинган материални бактериологик текширишда деярли барча аёлларда полимикробли манзара аниқланган. Кўпинча микроорганизмларнинг ассоциациясини шартли патоген микроорганизмларнинг турли бирикмаси намоён қилган.

Турли микроорганизмларнинг аниқланиш сонлари ва бактериологик текширишда уларнинг концентрацияси ҳақидаги маълумотлар 3.17-жадвалда келтирилган.

Текширилган аёлларнинг бактериологик текшириш
натижалари (>10⁴ титрларда)

Кўзгатувчи тури	Концен- трация	1-гурух (n=40)		2-гурух (n=35)	
		Операци ягача	Операция дан кейин	Операц ия гача	Операция дан кейин
Staphylococcus spp.	≤10 ⁴	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	>10 ⁴	0	0	0	0
Streptococcus spp.	≤10 ⁴	0	0	1 (2,9%)	1 (2,9%)
	>10 ⁴	0	0	0	0
Ent. Faecalis	≤10 ⁴	0	1(2,5%)	1(2,9%)	2 (5,8%)
	>10 ⁴	0	1 (2,5%)	0	1 (2,9%)
Enterobacteriaceae spp.	≤10 ⁴	0	0	0	0
	>10 ⁴	0	1(2,5%)	0	2 (5,8%)
E.coli	≤10 ⁴	0	0	0	0
	>10 ⁴	0	1(2,5%)	0	1 (2,9%)
C. albicans	≤10 ⁴	0	0	2 (5,8%)	1 (2,9%)
	>10 ⁴	1(2,5%)	2 (5%)	0	2 (5,8%)
Klebsiella spp.	≤10 ⁴	0	1(2,5%)	0	1 (2,9%)
	>10 ⁴	0	0	0	0
Citrobacter spp.	≤10 ⁴	0	0	1 (2,9%)	0
	>10 ⁴	0	0	0	0
Proteus mirabilis	≤10 ⁴	1 (2,5%)	1(2,5%)	0	0
	>10 ⁴	0	0	1(2,9%)	1(2,9%)
Pseudomonas aeruginosa	≤10 ⁴	0	0	0	1(2,9%)
	>10 ⁴	0	0	0	0
G. vaginalis	≤10 ⁴	0	0	0	0
	>10 ⁴	2 (5%)	3 (7,5%)	2 (5,7%)	3 (8,6%)

5.11-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, операциядан олдин кўпинча G.vaginalis (мос равишда

5% ва 5,7%) аниқланган. БИВ қўлланилгандан кейин 5-6-кунда *G.vaginalis* 7,5% ($p>0,05$), назорат гуруҳида эса 8,6% ($p>0,05$) аниқланган.

КК операциясидан олдин иккала гуруҳ аёлларида *Staphylococcus spp.* мос равишда 2,5% ва 2,9% ($p>0,05$) кузатилган. Абдоминал туғруқдан кейин БИВ интраоперацион киритилгандан кейин ва контрацепциясиз аёлларда бу кўзгатувчи оператив туғруқдан олдингидагидек сонда учраган (мос равишда, 2,5% ва 2,9%) ($p>0,05$).

Streptococcus spp. операциядан олдин ҳам, БИВ киритилгандан кейин 5-6-кунда ҳам асосий гуруҳ аёлларида аниқланмаган, назорат гуруҳида у 2,9%ида кузатилган ($\leq 10^4$) ($p>0,05$).

Жадвал маълумотларига кўра, операциядан кейинги даврда иккала гуруҳда шартли патоген микрофлора - *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.* ва *E. Coli* нинг деярли бир хил $>10^4$ концентрацияда ўсиши қайд этилади.

Умуман олганда, периоперацион даврда, бактериологик текширишда микроорганизмларнинг қуйидаги турга хос таркиби аниқланган: *Staphylococcus spp.*, *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae spp.*, *C. albicans*, *G.vaginalis*.

Операциядан олдин ҳам, операциядан кейин ҳам, кўпинча, факультатив граммулбат кокклар - *Staphylococcus spp.* $\leq 10^4$ концентрацияда аниқланган. Грамманфий облигат анаэроблардан энг кўп *C. albicans* аниқланган. 3.19-жадвалда келтирилган бактериологик текшириш маълумотларига кўра, операциядан кейинги даврда экмаларда шартли патоген флоранинг яққол ўсиши қайд этилган: *G.vaginalis* БИВ постплацентар киритилган гуруҳда 7,5%, назорат гуруҳида 8,7% ($p>0,05$) аниқланган.

Текшириш вақтида аёлларнинг ҳеч бирида *N.gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *Ch. Trachomatis* аниқланмаган.

VI- БОБ. ИНТРАОПЕРАЦИОН КИРИТИЛГАН БАЧАДОН ИЧИ КОНТРАЦЕПЦИЯСИНИНГ КЕСАР КЕСИШ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАР ИММУНОЛОГИК ЖИХАТЛАРИГА ТАЪСИРИ

Бугун фундаментал ва амалий иммунология, молекуляр биология ва биотехнологияларнинг замонавий ютуқлари туфайли, акушер-гинеколог шифокорининг амалиётида асқотадиган физиологик ва патологик жараёнларнинг янги биологик аҳамиятли маркерлари пайдо бўлди. Сўз репродуктив аъзолар соҳасида яллиғланиш жараёнларини эрта ташхисоти, давоси ва прогностлашни ўтказиш имконияти ҳақида бормокда. Ушбу тадқиқотларнинг барчаси кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари бор аёлларни кузатиш ва даволашнинг кейинги босқичларига таъсир кўрсатади [12; 74].

Шу туфайли, адабиёт маълумотларига кўра, биз кўриб турибмизки, охириги йилларда нафақат иммунитетнинг ҳужайравий ва гуморал омилларини ўрганишга, балки одамда турли жарроҳлик аралашувларига қараб иммунологик маркерларнинг ҳолатини ўрганишга катта эътибор қаратилмоқда. Бу касалликни кечиш табиатининг, айниқса, агар бирор-бир сурункали қайталанувчи жараёнлар бўлса, ўзига хос кўрсаткичлари бўлиб ҳисобланади [28, 145].

Маълумки, КК ўтказилган аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлашнинг муҳим омили исталмаган ҳомиладорликнинг муаммоларини ҳал қилиш ҳисобланади. Маълумки, кейинги режалаштирилмаган ҳомиладорлик ва ундан кейин юз берувчи аборт иккиламчи иммунотанқислик ҳолатини шакллантириб, репродуктив тизимда ҳам, иммун тизимида ҳам функционал ва органик бузилишларни келтириб чиқарувчи оғир руҳий ва гормонал стресс ҳисобланади. ККдан кейин биринчи йилда, яъни чандиқ шаклланиш даврида амалга оширилган аборт жароҳатланиш омили бўлиб, бачадонда чандиқнинг беқарорлигига

олиб келади ҳамда кейинги исталган ҳомиладорлик ва туғруқлар пировардига салбий акс этади [153, 163].

Шу сабабли контрацепциянинг қўлланилишига оператив туғруқдан кейинги аёлларнинг реабилитациясида муҳим йўналишлардан бири сифатида қаралади. Туғруқдан кейинги контрацепция муаммосига қилинган жиддий эътиборга қарамасдан, кесар кесишдан кейинги контрацепциянинг замонавий турларининг қўлланилиши билан боғлиқ кўпгина масалалар мунозарали бўлиб қолмоқда. Айниқса, бу ерда, биринчи ўринда, туғруқдан кейин дарҳол аёллар иммун тизимининг ҳолати ва бачадон ичи контрацептивининг қўлланилиши билан боғлиқ масала туради. Биз олдимизга, нафақат жисмоний саломатлик ҳолатини сақлаш, балки иммун тизимининг ҳолати, унинг тўлақонлиги ва мақбул амалга оширилиши ҳақидаги масалаларни ҳам қўямиз. Бундан ташқари, маълумки, оператив туғруқ - тўқималар бутунлигини жарроҳлик йўли билан жароҳатлаш бўлиб, унинг оқибатида тизимли иммун тизими учун стресс ва локал иммунотанқислик юзага келади. [153, 168].

Контрацептивни киритиш муддатларини иммун тизимининг ишини ҳисобга олган ҳолда ҳисоблаш лозим.

Мазкур бобда организмнинг яллиғланиш потенциали намоён бўлиши учун жавоб берадиган иммун тизимининг иккита асосий омил баён этилади. Бу цитокинлар тизими, яъни асосий цитокинлар - ИЛ-1 β ва иммунитетнинг асосий хемокини - ИЛ-8 нинг ҳолатини текшириш ҳамда иммун комплекслар тизими ҳам ёт агент киришига иммунитетнинг ифодаланган реакцияси ҳисобланади. Бу омиллар аёлларнинг оператив туғруқдан кейинги ҳолати иммунопатогенезида муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, жароҳатланишдан ҳамда бачадон ичи контрацептивини дарҳол киритилишидан кейин умумий иммунитет ҳолатини баҳолашда асқотиши мумкин.

Асосан, иммунитетнинг носпецифик механизмлари ўрганилади. Яна бир бор қайд этиш лозимки, иммунитетнинг санаб

Монография

ўтилган параметрлари носпецифик, яъни универсал омиллар ҳисобланади ҳамда уларни маълум бир нозология фонидида ўрганиш ва олинган натижаларни касалликнинг клиник кўринишлари билан такқослаш, албатта, муҳим, махсус аҳамиятга эга, чунки иммун тизимининг айнан юқорида санаб ўтилган кўрсаткичлари патогенез ва оқибатнинг барча жараёнларига ҳамроҳлик қилади.

Мазкур тадқиқотнинг мақсади ККдан кейин аёлларда бачадон ичи контрацепциясини қўллаш билан иммунитетнинг носпецифик звеноси хусусиятларини, яъни иммунологик яллиғланиш маркерларини ўрганиш ҳисобланади. Такқослаш учун ККдан кейин бачадон ичи контрацепцияси қўлланилмаган аёллар олинган. Яъни, биз оператив аралашувларда яллиғланиш маркерларига айланадиган иммунитетнинг гуморал омилларини ўргандик. Охирги ўн йилликда кўпгина жараёнлар иммунопатогенезида яллиғланиш жараёнининг ривожланиш механизмларига ва унинг ривожланишига тааллуқли қарашларнинг анчагина чуқурлашишига қарамасдан, масала ҳануз очик қолмоқда. Охирги йилларда у ёки бу патология ривожланишида иммунологик механизмларнинг аҳамияти ҳақидаги маълумотлар тобора кўпроқ тўпланиб бормоқда.

Иммунологик тадқиқотларни амалга ошириш учун материал сифатида оператив туғруқдан кейин 5-6-кунлари аёллардан олинадиган периферик веноз қони хизмат қилади.

Биз, акушерлик аралашувларда адабиётда етарли даражада таърифланмаган ва яллиғланиш жараёнларининг ривожланишида, айниқса, субклиник яллиғланиш жараёнларида, бачадон ичи контрацепциясида кузатиладиган муҳим аҳамиятга эга бўлган иммун тизимининг баъзи цитокинларини баён этдик.

Кесар кесишдан кейин аёлларда гуморал иммунологик маркерлар фаолиятининг хусусиятлари

Биз, аёлларда ИЛ-1 β ва ИЛ-8 асосий цитокинларининг зардобдаги концентрациясини, шунингдек, ККдан кейин аёлларда иммун яллиғланиш маркерлари ҳисобланган йирик ва майда катталиқдаги айланиб юрувчи иммун комплексларни (АИК) таҳлил

қилиб чиқдик. Шу мақсадда оператив туғруқдан кейин аёлларда носпецифик иммунитет ҳолати ўрганилди. Сўнгра бачадон ичи контрацепцияси бор ёки йўқлигига қараб, аёлларда носпецифик иммунитетни ўрганиш бўйича солиштирма тадқиқотлар ўтказилди. Физиологик туғруқдан кейинги цитокинлар ва АИКлар У.У.Жабборов, Ю.Г.Расульзаде, А.А.Исмаилова (2020й) маълумотларидан таҳлил учун олинди [18, 19].

6.1-жадвал

Оператив туғруқдан кейин аёлларда гуморал иммунитет ҳолати, $M \pm m$, пг/мл, Б

Текширилганлар гуруҳи	ИЛ-1 β	ИЛ-8	АИК3%	АИК4%
Кесар кесишдан кейин аёллар	7,45±0,54*	12,6±1,71*	11,9±0,52*	16,5±1,24
Физиологик туғруқдан кейинги аёллар	4,35±0,14	8,22±0,62	7,4±0,40	14,4±0,91

*Изоҳ: * - тафовутларнинг назорат маълумотлари билан ишончлилиги.*

6.1-жадвалда туғруқнинг ҳар хил турларида аёлларда тизимли гуморал иммун тизимининг ҳолатидаги тафовутлар келтирилган. ҚК ўтказилган аёллар гуруҳида периферик қон зардобиди ИЛ-1β, ИЛ-8 ва йирик катталиқдаги АИК 3% нинг ишончли равишда ошиши қайд этилади. Бунда физиологик туғруқдан кейинги аёллардаги маълумотларга нисбатан ИЛ-1 β 1,7 марта, ИЛ-8 – 1,5 мартага, ва АИК3% - 1,6 мартага ошган ($p < 0,05$). Бундан шундай хулоса келиб чиқадики, носпецифик иммун тизимининг маркерлари меъёрдаги маълумотлар билан солиштирилганда ишончли равишда ошган. Бунда шуни қайд этиш лозимки, бундай ортиш патологик эмас, балки компенсатор ўзгаришларнинг фаоллашувидан дарак беради. Бунга аёлларда қандайдир яллиғланиш ёки йирингли жараёнларнинг мавжудлиги ҳақидаги субъектив ва объектив маълумотларнинг йўқлиги далолат беради. Бундан ташқари, маълумки, айнан ИЛ-1 ва ИЛ-8 иммунитетнинг

Монография

энг асосий ва зудлик билан жавоб берувчи медиаторлари ҳисобланади ва улар организмнинг химоя кучларини фаоллаштиради.

Биз яллиғланишолди цитокинларининг (ИЛ-1 β , ИЛ-8) зардобдаги концентрациясини ўргандик. Цитокинларнинг, айниқса, турли химоя хусусиятларига эга яллиғланишолди цитокинларининг мутаносиблигини ўрганиш ўзгача қизиқиш уйғотади. Биз учун ташхисот ва прогнозлашда ИЛ-1 β /ИЛ-8 орасидаги нисбатни аниқлаш энг фойдали бўлди. Бинобарин, меъёрда ИЛ-1 β /ИЛ-8 орасидаги нисбат 0,4 ни ташкил этди. КК ўтказилган аёллар гуруҳида эса у 0,7 га тенг бўлди. Бундай фарқ яллиғланиш жараёнининг ривожланишидан эмас, балки организмнинг компенсатор хусусиятлари фаоллашувидан далолат беради.

Шуни таъкидлаш жоизки, ИЛ-1 β макрофаглар ва фагоцитлар томонидан ишлаб чиқариладиган асосий яллиғланишолди цитокини ҳисобланади. ИЛ-1 β химоя ва яллиғланиш, иммун жараёнларини бошлайди ва тартибга солади, нейтрофилларни, Т- ва В- лимфоцитларни фаоллаштиради, ўткир фаза оксиллари, цитокинлар синтезини рағбатлантиради [131, 55-616]. Айнан ИЛ-1 β учун яллиғланиш-назорат қилиш оқими реакциясини бошлаш, шунингдек, макрофагларни рағбатлантириш ҳамда компенсация ва яллиғланиш механизмларида муҳим аҳамият касб этувчи бошқа цитокинлар синтези хос. ИЛ-1 β нинг ККда ошиши ижобий роль ўйнайди. Бундан ташқари, биз ИЛ-1 β нинг ифодаланган ўта кўп ишлаб чиқарилишини ва яллиғланиш белгиларини кузатмадик.

Интерлейкин 8 (ИЛ-8) — макрофаглар, эпителиал ва эндотелиал хужайралар томонидан ишлаб чиқариладиган асосий яллиғланиш олди цитокинларидан биридир. У туғма иммунитет тизимида муҳим роль ўйнайди. Нейтрофиллар, макрофаглар, лимфоцитлар, эозинофиллар учун хемоаттрактант сифатида таъсир кўрсатиб, ўткир яллиғланиш реакциясининг асосий индуктори ҳисобланади. ИЛ-8 нинг маҳаллий таъсири фаоллашган макрофаглар киришини оширишга олиб келади, бу эса

организмнинг компенсацияси ва адаптациясига сабаб бўлади [67, 7526].

Интерлейкин-8 (ИЛ-8) — ўлчами жуда кичик бўлган цитокинлардан биридир. ИЛ-8 нинг асосий ишлаб чиқарувчилари моноцитлар, макрофаглар ҳисобланади, аммо уни бошқа ҳужайралар: нейтрофиллар, Т-лимфоцитлар, табиий киллерлар, эндотелиал ҳужайралар, фибробластлар ҳам ишлаб чиқариши мумкин [62, 66-776; 113, 971-9746]. ИЛ-8 ангиогенезнинг стимуляторларидан биридир [145, 126]. Юқорида айтилганидек, биз ИЛ-8нинг жуда юқори даражасини кузатмадик, бу эса, асосан, оксидатив стресс, яллиғланишнинг ривожланишига олиб келувчи инсталмаган иммунопатологик жараёнларнинг юзага келиш эҳтимоллигини кўрсатади.

Қуйида иммунитетнинг энг муҳим гуморал маркерларидан бири ҳисобланадиган АИКлар таърифланган. Улар икки катталиқда — йирик ва кичик катталиқда ташхисланди. Қайд этилишича, иммуноглобулинларнинг энг муҳим биологик функцияларидан бири, антигенни боғлаш ва айланиб юрувчи иммун комплекслар (АИК) ҳосил қилиш ҳисобланади [12]. АИКнинг муҳим тавсифи, унинг катталиги бўлиб, АИКнинг турли вазифалари ҳақида далолат беради. Маълумки, уларнинг асосий вазифаси меъёрда фагоцитоз йўли орқали парчаланиши лозим бўлган антигенларни қўшиб олиш ва комплекслар ҳосил қилишдан иборат. Шундай қилиб, йирик катталиқдаги АИК етарли даражада тезроқ парчаланadi ва патологик жараён шаклланмайди. Кичик катталиқдаги АИК эса тўқималарда ва аъзоларда чўкиб, патологик жараёнларнинг шаклланишига ва бу билан патологик яллиғланиш ўчоқларининг шаклланишига олиб келади.

Биз ККдан кейинги аёлларда йирик АИК ларнинг ўртача қиймати меъёрга нисбатан 1,6 маротаба ошганлигини аниқладик. Кичик АИК эса ортмаган ва меъёрдан деярли фарқ қилмаган. Бунда йирик АИКлар ҳам меъёрий қийматлар чегарасида бўлган. Бинобарин, биз, оператив туғруқдан кейинги аёлларда

Монография

иммунитетнинг гуморал омиллари ҳолатида патологик ўзгаришларни эмас, балки компенсатор ўзгаришларни кузатдик. Олинган маълумотлар 6.1-жадвалда келтирилган.

Шундай қилиб, оператив туғруқдан кейинги аёлларда иммунитетнинг гуморал ҳолатини ўрганиш ИЛ-1 беттанинг 1,7 марта, ИЛ-8 – 1,5 марта ва йирик катталиқдаги 3%АИКларнинг - 1,6 мартага, озгина, аммо ишончли ортганини аниқлади. Мазкур маркерлар иммунитетнинг гуморал маркерлари бўлиб, организмнинг, хусусан, иммун тизимининг компенсатор ҳимоя имкониятларининг фаоллашувидан далолат беради. Ташхисотли ва прогностик мезон ИЛ-1 β /ИЛ-8 нинг нисбати бўлиб, меъёрда у 0,4 га тенг бўлса, оператив туғруқдан кейинги аёлларда у 0,7 ни ташкил қилди, бу эса яллиғланишнинг асосий медиатори бўлган ва организмнинг ҳимоя кучларини фаоллаштиришга олиб келувчи ИЛ-1 нинг бироз ошганлигини кўрсатади.

Кесар кесилдан кейинги постплацентар бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда гуморал иммунологик маркерлар фаоллигининг хусусиятлари

Тадқиқот давомида, аёлларда ИЛ-1 β ва ИЛ-8 асосий цитокинларининг, шунингдек, ККдан кейинги, бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда йирик ва майда катталиқдаги айланиб юрувчи иммун комплексларнинг зардобдаги концентрациясини таҳлил қилиб чиқдик. Ушбу мақсадларда оператив туғруқдан кейин постплацентар бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда гуморал иммунитетнинг ҳолатини ўргандик.

6.2-жадвалда бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган ва қўлланилмаган аёлларда тизимли гуморал иммун тизимининг ҳолатидаги тафовутлар келтирилган.

Таҳлилларда, КК кейин постплацентар бачадон ичи контрацепцияси (ППБИК) қўлланилган аёлларнинг периферик кон зардобда ИЛ-1 β нинг таркиби бўйича ишончли тафовутлар аниқланмади.

ИЛ-8 га келсак, биз, аёллар мазкур гуруҳининг қон зардобидида унинг сезиларсиз даражада ишончли ошганлигини аниқладик, бу эса бачадон ичи контрацепциясининг киритилиши фонидида локал компенсациянинг фаоллашувини билдиради. Аёлларнинг мазкур гуруҳида, контрацепциясиз аёлларнинг маълумотлари билан солиштирилганда, ИЛ-8 нинг даражаси 1,2 мартага ошганлиги кўринади, бу эса назорат маълумотлари билан ишончли фарқларга эга.

6.2-жадвал

Оператив туғруқдан кейин бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда гуморал иммунитетнинг ҳолати, $M \pm m$, пг/мл, Б

Текширилган гуруҳлар	ИЛ-1 β	ИЛ-8	АИК3%	АИК4%
Кесар кесишдан кейинги аёллар (назорат)	7,45 \pm 0,54	12,7 \pm 1,5	11,9 \pm 0,55	14,5 \pm 1,25
Кесар кесиш вақтида БИВ қўлланилган аёллар	6,42 \pm 0,11	15,68 \pm 0,92*	9,8 \pm 0,65	11,45 \pm 0,99

Изоҳ: * - тафовутларнинг назорат маълумотлари билан ишончилиги

Йирик ва майда катталиқдаги айланиб юрувчи иммун комплексларнинг қиймати меъерий қийматлар чегарасида бўлган, бу эса қандайдир ифодаланган яллиғланишли йирингли жараёнларнинг йўқлигини билдиради. Бинобарин, иммунитетнинг гуморал омиллари томонидан ифодаланган ўзгаришлар аниқланмади, бу ҳолат постплацентар бачадон ичи контрацепцияси фонидида шаклланувчи ифодаланган яллиғланиш жараёнларининг йўқлигидан далолат беради. Кўриниб турибдики, бачадон ичи контрацепцияси фонидида патогенетик ифодаланган яллиғланишли ўзгаришлар аниқланмаган. Аёллардаги клиник маълумотлар билан солиштирилганда, улар яллиғланишли жараёнларнинг борлигига тааллуқли бирор-бир шикоятларни билдиришмаган.

Маълумки, иммун реакцияда яллиғланишолди цитокинлари фаол иштирок этишади, уларнинг миқдори маълум бир

мувозанатда бўлади. Адабиётда, бундай мувозанатнинг тўғри нуқтаси деб касаллик кўзгатувчиларини муваффақиятли равишда йўқотиш ва аниқ иммун жавобнинг кейинги “ўчирилиш” шарти ҳисобланиши кўрсатилган. Бундай мувозанатнинг бузилиши оғир патологик оқибатларга олиб келиши мумкин, чунки иммун тизими кўзгатувчиларни йўқотиш ҳолатида бўлмайди, ёки йўқотгандан кейин ҳам иммун жавоб давом этаверади. Хусусан, яллиғланишолди цитокинларининг сезиларли даражада ортиқлиги ҳам сурункали яллиғланишларга олиб келиши мумкин [67, 7526; 163, 253-2606].

Хулоса. Шундай қилиб, оператив туғруқдан кейинги аёлларда гуморал иммунитетнинг ҳолатини ўрганиш натижасида ИЛ-8 нинг бироз, яъни 1,2 мартага ошиши аниқланди. Бунда, айланиб юрувчи иммун комплексларнинг қиймати меъёр чегарасида қолган. Кўриниб турибдики, биз аниқлаган бирозгина ўзгаришлар организмнинг компенсатор ҳимоя имкониятлари фаоллашуvidан далолат беради, бу эса мазкур ҳолатда иммун тизимининг ифодаланган хемокини бўлган ИЛ-8 нинг ошиши билан намоён бўлади. Биз аниқлаган қийматлар иммун тизимида ўзгаришларнинг ташхисотли ва прогностик табиатини ўзида мужассам этиши мумкин. Яъни, юқорида таърифланган мезонлар бўйича постплацентар бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда патогенетик иммунологик ўзгаришларнинг эрта ташхисотини ўтказиш мумкин.

ХОТИМА

ЖССТ экспертлари туғруқдан кейин ва ККдан кейин аёлларда контрацепция усуллари мақбуллигининг тиббий мезонларини шакллантиришларига қарамасдан [30], мазкур муаммонинг кўпгина масалалари ҳал этилмай қолмоқда. Хусусан, ҳозирги тадқиқотдан кўриниб турибдики, кўпчилик аёллар КК операциясидан кейин бир йил давомида, оилавий ва ижтимоий ҳолатидан қатъи назар, контрацепциянинг самарали усулларида фойдаланишмайди.

Бизнинг ишимиз абдоминал туғруқдан кейин аёлларда контрацепциянинг қайтар усуллариининг дифференциал қўлланилиши ва репродуктив хатти-ҳаракатини ўрганишни ўз ичига олган иккита ўзаро боғлиқ йўналишлар бўйича бажарилган. Ўтказилган тадқиқотнинг якуний мақсади кесар кесиш ўтказилган аёлларда қайтар контрацепциянинг дифференциал қўлланилиш усуллари бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқаришдан иборат. Белгиланган мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифалар ҳал этилган:

1. Кесар кесиш ўтказилган аёллар репродуктив ахлоқи ва контрацепция усуллари ҳақидаги ахборотга эга эканлигини баҳолаш.

2. Кесар кесиш вақтида ва интервалли даврда буюрилган контрацепциянинг қайтар усуллари - бачадон ичи воситаси (БИВ) ва соф прогестинли контрацепция (СПК) мақбуллиги, ножўя таъсири ва асоратлари клиникасини қиёсий баҳолаш.

3. Интраоперацион киритилган бачадон ичи воситасини аёллар жинсий аъзолари микробиотаси ва гуморал иммунитет ҳолатига таъсирини баҳолаш.

4. Аёлларда абдоминал туғруқдан кейинги қайтар контрацепцияни дифференцирланган қўлланилиши дастурини ишлаб чиқиш.

Диссертацион иш 500 нафар аёлнинг ижтимоий сўровномаси ва 12 ой давомида кесар кесиш ўтказилган 149 нафар аёлни

Монография

проспектив кузатиш натижасида олинган маълумотларнинг таҳлиliga асосланган.

КК ўтказилган ҳамда табиий туғруқ йўллари орқали тукқан аёлларни сўровномадан ўтказиш асосида ишнинг биринчи йўналиши бўйича аёлларнинг мазкур контингентда мақбул контрацептив усулларни қўллашга имкон берувчи контрацепция усулларидан хабардорлиги ва контрацептив ҳаракатини, репродуктив саломатлиги, ижтимоий тавсифларни солиштирма баҳолаш ўтказилган.

КК ўтказилган 320 нафар аёл ҳамда табиий туғруқ йўллари орқали тукқан 180 нафар аёлни сўровномадан ўтказиш натижалари тадқиқ этилаётган ёш, турар жой, паритет, таълимот, оилавий ҳолати сингари ижтимоий параметрлар бўйича тафовутларни аниқламади.

Бизнинг тадқиқотларимиз аёлларнинг соматик ва репродуктив саломатлигини сақлаш мақсадида уларга туғруқдан кейин контрацепциянинг юқори самарали, қайтар усулларини тавсия этиш зарурлиги ҳақидаги катор муаллифларнинг маълумотларини тасдиқлайди (Michael R. И соавт., 2017;). Шу билан бирга, биз, Ноорег J, ва ҳаммуаллифларнинг (2014) аёлларга контрацепция масалалари бўйича малакали маслаҳат бериш кераклиги ҳақидаги фикрларига мутлоқ қўшиламыз. Фақат юқори мотивацияланган ва хабардор этилган аёллар, Namey C, ва ҳаммуаллифларнинг (2014) тадқиқотларида кўрсатилганидек, контрацепциянинг замонавий усулларидан фойдаланишади. Бу хабардорлик танлов, узок вақт қўлланилиш, контрацептивнинг аёллар руҳий ҳолатига ноҳўя ҳамда салбий таъсири бўлмаслигига олиб келади. Албатта, контрацепция усулининг танлови аёлнинг репродуктив режалари, оиладаги болалар сони ва контрацептивнинг нархига боғлиқ. Бизнинг давлатимизда мис таркибли БИКлар бепул берилади. 2014 йилда Howard B. ва ҳаммуаллифлар томонидан ўтказилган катта ретроспектив тадқиқот оилада болалар сони муҳимлигини ва аёлнинг контрацепцияни юқори самарали қайтар узок муддатли

усулларини танлаш ҳақидаги қарорини ҳал қилишда суғурта қопламаси имкониятини кўрсатди. Бизнинг таҳлилларимизга кўра, туғруқдан кейин ва ККдан сўнг кўпгина аёллар контрацепциянинг барча замонавий юқори самарали усуллари ичидан бачадон ичи контрацептивларини афзал билишади. Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, зарур шарт-шароитларга риоя этилганда, БИВнинг интраоперацион киритилиши мутлақо хавфсиз бўлиши мумкин. Аммо, мазкур сўров маълумотлари шуни кўрсатдики, кўпчилик аёллар ККдан кейин БИВнинг киритилиш муддатини узайтиришни исташади, яъни КК вақтида эмас, балки навбатдаги ҳайз давридан сўнг қўллашни хоҳлашади. Эҳтимол, бу ҳолат пренатал даврда етарли даражада маслаҳат берилмаслик билан боғлиқ. Сўровлар шуни кўрсатадики, етарли даражада маслаҳат берилмаслик бир қатор омиллар билан боғлиқ: тиббиёт ходимларида етарлича вақт ва истакнинг йўқлиги, тиббиёт ходимининг етарли даражада ўқитилмаганлиги, эмизувчи оналар организмига замонавий контрацептивларнинг салбий таъсири ҳақидаги миш-мишлар ва афсоналарнинг мавжудлиги ва ҳ.к. Ва, умуман, туғруқдан сўнг дарҳол ва КК операциясидан олдин кўпчилик аёлларни бошқа масалалар, яъни ўзининг соғлиғи ва янги туғилган чақалоқнинг саломатлик ҳолати, лактациянинг етарли даражада бўлиши, уларга оиласи томонидан эътиборнинг бўлиши масалалари қизиқтиради. Адабиётларда туғруқдан кейин ташриф имконияти бўлганда, БИВнинг кечиктириб киритилиши хавфсиз ва кам харажатли эканлиги ҳақида маълумотлар мавжуд (Schwarz E.B. ва ҳаммуаллифлар, 2014), чунки кейинроқ, туғруқдан кейинги бир йил давомида, жинсий алоқа тикланиши билан, аёлларни исталмаган ҳомиладорлик масаласи безовта қила бошлайди (Ana Luiza Vilela Borges, ва ҳаммуаллифлар, 2018). Бу вақтда контрацепциянинг замонавий усулларини қўллашга қулайликни ошириш учун туғруқдан кейинги даврда нафақат шифокор қабулига ташрифларни, балки патронаж тиббий ҳамширалар, педиатрлар, умумий амалиёт шифокорларининг ташрифини ҳам қўллаш

Монография

мумкин. Шу билан бирга, Zaconeta A. M ва ҳаммуаллифлар (2019) кесар кесиш даражаси юқори бўлган давлатларда БИВни интраоперацион равишда, пренатал маслаҳатсиз киритишни тавсия этишади. Бундай тактика бизнинг давлатимизда ножоиз бўлиб, фикримизча, бу инсон ҳуқуқларинг бузилишига ва усулнинг обрўсизлантирилишига олиб келиши мумкин.

Диссертация мазкур бўлими натижаларидан шундай хулоса қилиш мумкинки, КК ўтказилган аёлларнинг репродуктив хатти-ҳаракати репродуктив функцияни давом эттиришга ижобий руҳий ҳолат ва 2-3 йил давомида интергенетик интервални сақлаш билан тавсифланади. Бунда 39,2% аёллар контрацепциянинг юқори самарали ва хавфсиз усулларидан хабардор эмаслар, бу эса бачадонида чандиғи бор аёлларда сунъий ва ўз-ўзидан содир бўладиган абортларнинг ошишига олиб келади.

149 нафар аёлни клиник текшириш натижалари шуни кўрсатдики, гуруҳларда ўртача ёш кўрсаткичлари сезиларли даражада фарқ қилмаган, аммо ёши каттароқ аёллар СПОКни танлаган гуруҳни ташкил этишган. Биринчи марта ҳомиладор бўлиб, биринчи марта тукқанлар 10,7% (16 нафар аёллар) ни ташкил этган, СПОКни қабул қилувчилар гуруҳида уларнинг сони энг кам бўлган (7,9%). Анамнезида ҳозирги туғруқдан олдин ўз-ўзидан бола ташлаш ҳолати 9 нафар аёлда кузатилган. Қолган (89,3%) текширилганлар қайта ҳомиладор бўлиб, қайта тукқанлар бўлган. Анамнезида ҳозирги туғруқдан олдин 25,5% аёлда, жумладан, уларнинг 24 нафаридан (16,1%) – бир неча марта ҳомиладорликни сунъий тушириш ҳолати кузатилган. Жами 149 нафар туғувчи аёлга 263 та ҳомиладорлик тўғри келган, улардан 187 таси туғруқ, 62 таси артифициал аборт билан якунланган. Ўртача ҳар бир иккинчи қайта ҳомиладорга 1 та ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тўғри келган. Олинган маълумотлар шундай хулоса қилишга имкон берадики, кузатилаётган аёлларнинг катта қисми илгари контрацепция усулларидан фойдаланишмаган ёки ҳомиладорликдан сақланишнинг кам самарали усулларини

қўллашган ва оилани режалаштиришни абортлар билан тартибга солишган. Бу маълумотлар яна бир марта аёлларнинг каттагина қисми абортга туғилишни назорат қилиш усули сифатида қарашларини таъкидлайди. Ўхшаш ишлар М.С.Селихова, В.А.Григорянларнинг 2011 йилдаги ишларида ҳам кўрсатилган [56; 52-546].

КК ўтказилган аёлларда контрацепция усулини танлашни мақбуллаштириш учун ўз ичига умумклиник, лаборатор, иммунологик текшириш усуллариини мужассам этган комплексли текшириш кесар кесиш ўтказилган ва Си Т 380А БИВни қўллашни хоҳлаган 76 нафар аёлда ўтказилган. Бачадон ичи контрацептивининг киритилиш вақтига қараб, 76 нафар аёл 2 гуруҳга ажратилган: I гуруҳ – БИВ интраоперацион киритилган 40 нафар аёл; II гуруҳ – БИВ операциядан сўнг 6 ҳафта ўтгач киритилган 36 нафар аёл. БИВни қўлловчи 65,8% аёлда ҳеч қандай ножўя ҳолат кузатилмаган. БИВ ни қўллаганда энг кўп учрайдиган асорат –қорин пастадаги оғриқ бўлган. Бу Colwill A. C. et al. маълумотлари билан тўғри келади (2018й). Бунда БИВ интервалли киритилган аёлларда, уни интраоперацион киритилганлигига нисбатан оғриқлар кўпроқ кузатилган. Бундай маълумотлар Dias T. et al. (2015й) томонидан ҳам берилган.

БИВ қўлланилганда салбий таъсирларнинг учраш ҳоллари бўйича иккинчи ўринни уларнинг экспульсияси (5,3%) эгаллаган, бунда экспульсия БИВ интраоперацион киритилган аёлларда фақат 2 ҳолатда (5%) кузатилган, БИВ интервалли киритилган аёлларда эса мазкур асорат анчагина кўпроқ қайд этилган (5,6%). Бундай маълумотлар Elsokary A., Elkhyat A., Elshwaikh S. (2020й) томонларидан ҳам келтирилган.

Ҳайз функциясининг бузилиши БИВни қўллайдиган 76 нафар аёлдан атиги 6 нафарда юзага келган (7,9%), қонли ажралмаларнинг учраш ҳоллари иккала гуруҳда ҳам деярли бир хилда кузатилган (мос равишда, 5% ва 5,6%), бу эса Agarwal K. et al. (2017й) фикрлари билан тўғри келади. Одатда, бундай

Монография

бузилишлар ациклик қонли ажралмалар кўринишида намоён бўлган ва кўпчилик ҳолларда қисқа вақт ичида гемостатик дори-дармонлар билан даволамасдан туриб тўхтаган. Шунини таъкидлаш лозимки, ациклик қон кетишлар кузатилган аёлларнинг кўпчилигида гинекологик касалликлар ва зиддийлашган акушерлик анамнези мавжуд бўлган, бу ҳам Mohamed A. I., Elati I. H. A., Ramadan E. N. маълумотлари билан мувофиқ келади [12]. Бачадон ичи контрацепцияси фонида табиий озиклантиришнинг кўрсаткичи 6 ойгача - 61,7%ни, 9 ойгача – 47,3%ни, 1 йилгача -36,8%ни ташкил этди. Бу Salem S. A. et al. (2018й) маълумотлари билан тасдиқланади. Ҳайз даврининг 12чи ойга келиб тикланиши иккала гуруҳдаги барча аёлларда рўй берган.

Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб, контрацептивларни қўллашда келиб чиқадиган ножўя таъсирларнинг табиати ва частотаси контрацепция усулига, аёлларнинг соғлиғига; БИВ ни қўлайдиган аёлларда контрацептивни киритиш вақтига боғлиқ, деб айтиш мумкин.

КК ўтказилган аёлларда СПОК қўлланилганда, СПОКни қабул қилишда уларнинг умумий аҳволи, салбий белгилар ва ножўя реакцияларнинг пайдо бўлиши, контрацепциянинг самарадорлиги жиҳатлари аниқланган. Одатда, операциядан кейинги даврда барча аёлларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлган, гемодинамик, гематологик маълумотлар ва ажратиш функцияларининг кўрсаткичлари ўзгармаган. СПОК учун танланган аёлларда ҳайз тикланишининг ўртача муддати $5,6 \pm 1,3$ ойни ташкил этган. Назорат гуруҳидаги аёлларда ҳайз даври ўртача $6,1 \pm 1,4$ ойдан кейин тикланган. Лактинет қабулида реакциялар ва асоратларнинг асосий доираси ҳайз функциясининг нейроэндокрин назорати билан боғлиқ. Ножўя реакциялар ва асоратлар иккала гуруҳда деярли бир хил сонда аниқланган (мос равишда, 26,3% ва 25,7%). Бунда КК ўтказилган ва СПОК қабул қилган аёлларда ациклик бачадондан қон кетишлар, назорат гуруҳидаги аёлларга қараганда, деярли икки марта кўпроқ кузатилган (мос равишда, 15,7% ва 8,6%). Бу Rodgers

S. K. et al. (2012й) маълумотлари билан тўғри келади. Демак, соф прогестинли гормонал таблетка шаклидаги контрацептивлар БИКни интраоперацион киритилишига қаршиликлари бўлган ва БИКдан бош тортган аёллар учун мақбул муқобил усул ҳисобланади. Контрацепциянинг бу шакли лактациянинг камайишига ва эндокрин-алмашинув бузилишларига олиб келмайди, деб айта оламиз. КК дан кейинги аёлга тўғри маслаҳат берилганда, улар СПОКни узок вақт ва хавфсиз равишда қўллашади.

Туғруқдан кейинги даврда қўлланилган бачадон ичи ва орал контрацептивларнинг самарадорлиги мазкур тадқиқотда 100%ни ташкил этди, бу бошқа тадқиқотчилар, яъни: Goldstuck N. D., Steyn P. S. (2013й), Goldfien G. A. et al. (2015й), Escobar M., Goldfien G. A. et al. Shearin S. (2020й) ларнинг маълумотларига мос келади.

БИВни постплацентар ва интервалли киритиш жараёнида, УТТда кўринишича, бачадоннинг ўлчамлари 12чи ойга келиб, деярли бир хилда кичрайган. БИВ постплацентар ва интервалли киритилганда аёлларнинг эндометрийида сезиларли даражада тафовутлар кузатилмаган. Операциядан кейинги давр ўтгани сайин М-эхо ўртача қалинлиги барча аёлларда ошган. Чандик соҳаси ҳам барча ташрифлар вақтида, динамик кузатувда ўзгаришсиз бўлган. БИВ интервалли киритилганда, туғруқдан сўнг олти ҳафта ва уч ой ўтгандан кейин, БИВ - бачадон туби ва БИВ – миометрий орасидаги масофани ўлчашда фарқлар кузатилмади. Бизнинг натижаларимиз Gonzalez J. et al. (2020й) нинг тавсиялари билан мос келади, унга кўра, ультратовушли ўзгаришлар кузатиш учун клиник жиҳатдан фойдали бўлиши мумкин. УТТда, текширилганлар орасида, биринчи йил давомида бачадон ўлчамлари, чандик соҳасида унинг олдинги деворининг қалинлиги борасида статистик аҳамиятли тафовутлар аниқланмаган.

Маълумотларга кўра (Levi E. et al. 2012й), БИВ кўпинча эндометрийида яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқаради. БИК фониди эндометритнинг юзага келиш хавфи юқорига ўхшайди ва

Монография

20-25%ни ташкил этади (Смирнова А.А. ва бошқалар, 2001.). ККдан кейин тукқанларда кўшимча хавф омили бўлиб операцион жароҳат ҳисобланади, бу эса табиий йўллар орқали туғруқдан кўра, иммунологик реактивликнинг анчагина пасайишига ва унинг секинроқ тикланишига олиб келади. Бу асоратлардан хавфсираб, шифокорлар БИВни постплацентар киритилишини ҳамма вақт ҳам ёқлашмайди, бу эса В.А.Струкованинг фикрига мувофиқ келади [25]. Операциядан кейинги даврда туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратларнинг эҳтимолий ривожланишини тўлақонли баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳидаги аёллар устидан фаол динамик кузатув ўтказилган. Лаборатор тадқиқот ўз ичига (умумий қабул қилинганларидан ташқари) гениталийнинг микробли манзарасини бактериологик текширишни мужассам этган, чунки БИВни постплацентар киритилишининг гениталий микробиотаси ҳолатига таъсири ўрганилмаган. Микробли спектрининг асосий гуруҳини операциядан кейинги эндометрит ривожланишини келтириб чиқармайдиган, унча баланд концентрацияларда бўлмаган облигат-анаэробли кўзғатувчилар ташкил этди. Аниқланган облигат-анаэробли кўзғатувчилар орасида *Gardnarella vaginalis* ни ажратиш лозим. Кўпгина муаллифлар (Прилепская В.Н., 2014 й) уларни қин дисбиози қайталанишининг ривожланиши учун жавобгар бўлган юқори специфик маркерлар деб ҳисоблашади. БИВ интраоперацион киритилганда, биз, туғувчиларга эътиборни сусайтирмасликни ва операциядан кейинги давр кечиши устидан клиник-лаборатор назоратни (клиник кузатиш, УТТ, бактериологик текшириш) таъминлашни тавсия этамиз, бу эса Eastman A. J. et al. тавсиялари билан мос келади. Патологик флора аниқланганда, операциядан олдин тегишли даво чораларини ўтказиш тавсия этилади.

ККдан кейин бачадон ичи контрацепцияси қўлланилган аёлларда иммунитетнинг носпецифик звеносининг хусусиятларини ўрганиш мақсадида иммунологик яллиғланиш маркерлари ўрганилган. Таққослаш учун ККдан кейин контрацепция

қўлланилмаган аёллар гуруҳи текширилган. Биз оператив аралашувларда яллиғланиш маркерларига айланувчи ҳимоянинг гуморал омилларини ўргандик. Аёлларда асосий цитокинлар ИЛ-1 β ва ИЛ-8 нинг, шунингдек, иммун яллиғланиш маркерлари ҳисобланган йирик ва майда катталиқдаги айланиб юрувчи иммун комплексларнинг зардобдаги концентрациялари таҳлил қилинган. Оператив туғруқдан кейин аёлларда гуморал иммунитет ҳолатини ўрганиш ИЛ-1 β нинг 1,7 марта, ИЛ-8 – 1,5 марта ва йирик катталиқдаги АИК 3% - 1,6 мартага, биров, аммо ишончли ошишини аниқлади. Мазкур маркерлар иммунитетнинг гуморал маркерлари бўлиб, организмнинг, хусусан, иммун тизимнинг компенсатор ҳимоя имкониятлари фаоллашувидан далолат беради. Ташхисотли ва прогностик мезон бўлиб, меъёрда 0,4 ни ташкил этувчи ИЛ-1 β /ИЛ-8 орасидаги нисбат ҳисобланди, оператив туғруқ ўтказилган аёлларда эса, у 0,7 га тенг бўлган, бу яллиғланишнинг асосий медиатори бўлган ҳамда организм ҳимоя кучларининг фаоллашувига олиб келувчи ИЛ-1 β нинг биров ошишини билдиради.

Мазкур бўлимнинг натижалари сифатида, оператив туғруқ вақтида аёлларга бачадон ичи контрацептивини постплацентар киритилиши маҳаллий иммун тизими ҳолатига, шунингдек, умумий ҳолатга таъсир қилмайди ва яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқармайди, деб айтишимиз мумкин.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот маълумотларига кўра, мис таркибли Су Т 380 бачадон ичи контрацептиви, “Лактинет” орал контрацептиви КК ўтказилган аёлларда самарали ва хавфсиздир. Узоқ давом этмайдиган кўкрак билан озиқлантириш фонида ҳайз функциясининг эрта тикланишини ҳисобга олиб, ўтказилган тадқиқотнинг натижалари гормонал контрацепция учун “Лактинет” воситасини ва яхши преморбид фонли аёлларда БИВни интраоперацион киритилишини тавсия этишга имкон беради.

ХУЛОСА

“Кесар кесишдан кейин аёлларда қайтар контрацепция усулларининг баъзи клиник-лаборатор жиҳатлари” мавзуси бўйича олиб борилган диссертация тадқиқоти доирасида қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. Ретроспектив таҳлиллар шуни кўрсатдики, кесар кесишдан кейин 45% аёллар қайта туғрукни режалаштиришади, улардан 69,3%и ҳомиладорликни операциядан кейин уч йилга кечиктиришни исташади ($P < 0,01$). Операциядан кейин 21,6% аёллар исталмаган ҳомиладорликни тўхтатишади ва мазкур абортларнинг 60,9%и абдоминал туғрукдан кейинги биринчи йил давомида амалга оширилади ($P < 0,05$). 28% аёллар контрацепциянинг усулларидан фойдаланиш уларнинг соғлиғига салбий таъсир кўрсатади, деб ҳисоблашади.

2. Кесар кесиш ўтказган аёлларда қайтар контрацепция усуллари – бачадон ичи воситаси ва соф прогестинли орал контрацепциянинг самарадорлиги юқори; БИВнинг қулайлиги - 65,8%, ножўя таъсирлар: қорин пастадаги оғриқ - 15,8%, экспульсия - 5,3%, ҳайз функциясининг бузилиши - 7,9% ҳолатда учраган. СПОКнинг қулайлиги - 63,2%, бачадондан ациклик қон кетиш каби ножўя таъсир - 26,3% ҳолатда учради.

3. Интраоперацион киритилган бачадон ичи воситаси жинсий аъзолар микробиотасидаги *Lactobacillus* spp. нинг 77,4%дан 68,3%га камайишига олиб келди ($P > 0,05$); бунинг натижасида шартли патоген микроорганизмлар: *Staphylococcus* spp., *Ent. Faecalis*, *Enterobacteriaceae* spp., *C.albicans*, *G.vaginalis* концентрациясининг ортиши эса, оператив аралашувга ва организм кучларининг пасайишига боғлиқлигини кўрсатди.

4. Кесар кесиш ўтказилган аёлларда иммун тизими гуморал звеносининг ҳолати иммунитетнинг компенсатор-мослашувчан механизмларининг фаоллашувидан далолат берувчи асосий цитокин - ИЛ-1βнинг 1,7 мартага, ИЛ-8 нинг – 1,5 мартага, йирик

катталиқдаги 3% АИК нинг - 1,6 мартага сезиларсиз даражада ошиши билан тавсифланади. Бачадон ичи воситаси интраоперацион қўлланилганда иммун жавобни билдирувчи ИЛ-8 нинг сезиларсиз ишончли даражада ошиши кузатилди ($p < 0,05$). ИЛ-1 β ва айланиб юрувчи иммун комплекслар қиймати меъёр чегарасида қолди.

5. Аёлларда абдоминал туғруқдан кейин қайтар контрацепцияни дифференциал қўллаш учун ишлаб чиқилган дастур контрацепция усулини индивидуал танлаш имконини беради. Мазкур дастур соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи таркибий қисми ва туғруқ комплекслари шифокорлари учун ишлаб чиқилди ва андронд тизимларига ўрнатилиб, исталмаган хомиладорлик, қайта операциялар ва абортларнинг олдини олиш учун тавсия этилди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Кўкрак билан эмизишнинг қисқа давом этиши ва ҳайз циклининг эрта тикланиши натижасида КК ўтказадиган аёлларда юқори самарадорликка эга БИВ ва гормонал контрацепцияни қўллаш хусусида антенатал клиникада маслаҳат олиб бориш керак. Контрацепция усуллари ҳақидаги билимларни ошириш учун ҳомиладорлик вақтида бирламчи звенода шифокор билан индивидуал суҳбатларни йўлга қўйиш лозим.
2. Режали равишда ККга тайёрланадиган аёлларга юқори самарадорликка эга контрацептив воситаларнинг мақбуллигини ошириш учун комплекс текшириш, яъни бактериологик ва иммунологик текшириш ҳам мақсадга мувофиқ.
3. Амалий соғлиқни сақлаш учун тавсия қилинган дастур кесар кесиш ўтказган ёки режали равишда кесар кесишга тайёрланадиган аёлларда контрацепция воситаларини индивидуал танлаш имкониятини беради.
4. Қарама – қарши кўрсатмалар бўлмаганда БИВни интраоперацион қўллаш энг оптимал усул ҳисобланади.

ИЛОВА

**Абдоминал туғруқдан кейин аёлларда қайтар
контрацепциянинг дифференциал қўлланилиш дастури**

№	Кўрсаткичлар	Асосий кўрсаткичлар	Балла р
1	Аёлнинг ёши	18 ёшдан 34 ёшгача	0
		35 ёшдан катта	1
		18 ёшдан кичик	2
2	Кесар кесиш операцияси	Режали	0
		Шошилинч	2
3	БИВ ни қўллаш бўйича режалаштирилган вакт	Постплацентар	0
		4 ҳафтадан кейин	1
		48 соатдан 4 ҳафтагача	2
4	Қин флораси тозалик даражаси	I-II даражали	0
		III-IV даражали	2
5	Ўткир инфекцион касалликлар	Йўқ	0
		Бор	2
6	Анамнезида вагинал қон кетишлар	Йўқ	0
		Бор	1
		Ноаник вагинал қон кетиш	2
7	Қоғонок пардасининг ёрилиши	Йўқ	0
		12 соатгача	1
		12 соатдан зиёд	2
8	Трофобластик касаллик	Йўқ	0
		Анамнезида бор	2
9	Бачадон бўйни касалликлари	Йўқ	0
		Цервикал интраэпителиал неоплазия	1
		йирингли цервицит	2
10	Олдинги туғруқлардан кейин БИВ ни қўллаш	Бор	0
		Йўқ	1
		Самарасиз	2
11	Жинсий аъзолар аномалиялари	Йўқ	0
		БИВ қўйиш ёки олиш учун тўсқинлик қилмайдиган бачадон бўйни аномалиялари	1
		Бачадон аномалиялари	2
12	Жинсий аъзолар	Йўқ	0

Монография

	яллиғланиш касалликлари	Носпецифик яллиғланиш касалликлари	1
		Гонорея, Хламидиоз, трихомониаз, цервицит	2
13	Тугрук ва абортдан кейин КЧАЯК	Йўқ	0
		Бор	1
14	ОИВ/ОИТС	Йўқ	0
		Бор	1
15	Туберкулез	Йўқ	0
		Бор	2
16	Анамнезидә бачадондан ташқари хомиладорлик	Йўқ	0
		Бор	1
17	Анемия	Гемоглобин >90 г/л	0
		Гемоглобин 71-90 г/л	1
		Гемоглобин < 70 г/л	2

0-5 балл – БИВни кесар кесиш вақтида қўллашга монелик йўқ.

6-14 балл – БИВни кесар кесиш вақтида постплацентар қўйишга баъзи бир монеликлар бўлиб, интервалли қўйиш тавсия қилинади.

16-29 балл – БИВ ни қўллаш мумкин эмас. Бошқа контрацепция усули тавсия қилинади. Усулдан фойдаланиш хавфи юқори.

2 -илова

Ишончлиликл ва далилларга асосланган амалиёт тавсиялари даражаларининг таснифи

Илмий далилларнинг сифати: даража бўйича градация	
1a	Систематик обзор, назорат қилинувчи рандомизирланган таҳлиллардан (мета-таҳлилларидан) олинган далиллар
1b	Назорат қилинувчи рандомизирланган таҳлиллардан олинган далиллар
2a	Назорат қилинувчи рандомизирланмаган таҳлиллардан олинган далиллар
2b	Яхши дизайнли ярим экспериментал тадқиқотлардан олинган далиллар (проспектив ёки ретроспектив когорт тадқиқотлар)
3	Яхши дизайнли экспериментал бўлмаган тадқиқотлардан олинган далиллар (қиёсий текширувлар, корреляцион текширувлар)
4	Эксперт комиссияси ёки авторитетли мутахассислар клиник тажрибасидан олинган далиллар

Клиник тавсиялар ишончилиги: категориялар бўйича градациялар	
A	Тавсиялар сифатли ва ишончли илмий далилларга таянади
B	Тавсиялар асосан кичик илмий исботларга таянади
C	Тавсиялар асосан экспертлар фикри, клиник тажрибага таянади

3- илова

КЕСАР КЕСИШ ТЕХНИКАСИ

1. Пфанненштил бўйича лапоротомия билан кесар кесиш техникаси

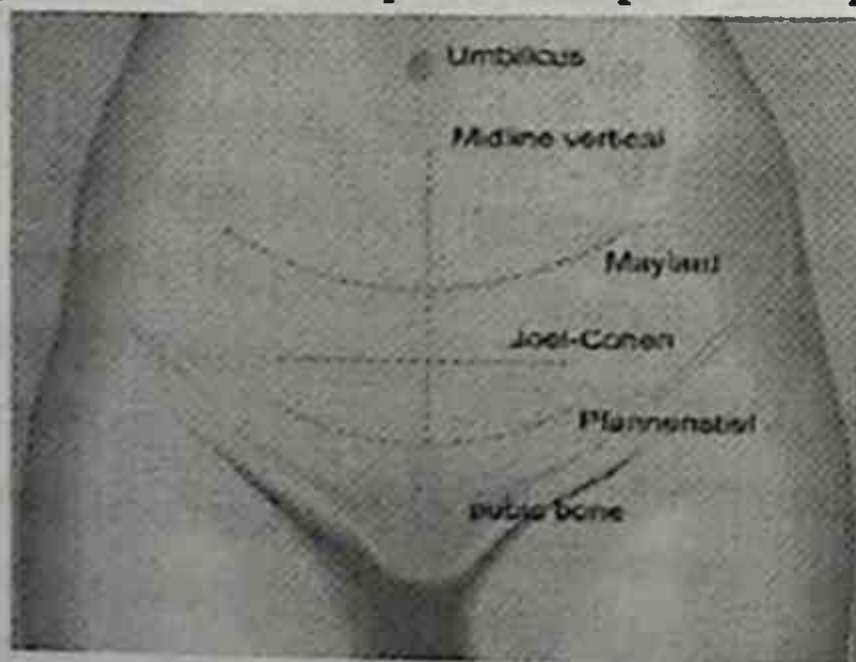
Пфанненштил бўйича қорин девори кесилади (1-расм). Тери ва бачадон тўғри мушагининг қини кўндалангига кесилади. Тўғри мушакнинг қини қориннинг асосий тўғри мушакларидан озод ҳолда кесилади. Қорин пардани очиш бўйлама кесма билан амалга оширилади. Бачадон пастки сегментда кўндаланг кесма билан кесилади. Бачадондаги кесма икки қаватли узлуксиз чок билан тикилади. Иккала перитонеал қават узлуксиз чоклар билан тикилади. Апоневроз узлуксиз ёки тугунли чоклар билан тикилади. Терига тугунли ёки узлуксиз тери ости чоки қўйилади.

2. Джоэл-Кохен (Joel-Cohen) бўйича лапаротомия билан кесар кесиш техникаси

Джоэл-Кохен (Joel-Cohen) бўйича лапаротомияда қорин терисида юзаки кўндаланг тўғри чизикли кесма ёнбош суякларининг олдинги юқори ўқларини бирлаштирувчи чизикдан 2,5-3 см пастроқда амалга оширилади (1-расм). Ўрта чизик бўйича скальпель билан апоневрозни аниқлагунча чуқурлаштирилади ва у оқ чизикдан ён томонларга қараб кесилади. Сўнгра апоневроз тери ости ёғ қатлами остидан томонларга қараб тўғри қайчининг бироз очилган учлари билан ажратилади. Париетал қорин пардага йўл очиб қориннинг тўғри мушаклари билвосита йўл билан озод этилади. Мушаклар ва тери ости ёғ қатлами бир вақтда билатерал тортиш йўли билан ажратилади. Қорин пардани тўмтоқ йўл билан очиб, кўндаланг йўналишда бармоқлар билан кенгайтирилади. Қоғоноқ пуфаги очилмасдан, миометрий ўрта чизик бўйлаб кесилади, кейин қоғоноқ пуфаги очилади ва бармоқлар ёрдамида латерал томонга силжитилади. Джоэл-Кохен бўйича кесар кесишнинг Пфанненштил бўйича кесар кесишга нисбатан асосий афзалликлари: кам қон йўқотилиши, оператив аралашув давомийлигининг қисқалиги, операциядан кейинги асоратлар

учраш сони камлиги, операциядан кейинги оғриқнинг давомийлигини қисқалиги, оғриқсизлантирувчи воситаларга эҳтиёжнинг камлиги.

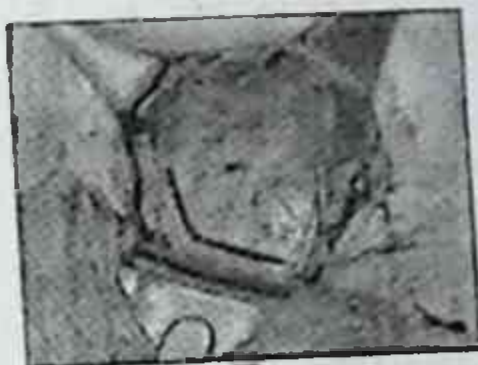
3. Мисгав-Ладах кесар кесиш техникаси. Бу Joel-Cohen бўйича лапоротомия билан кесар кесишнинг Штарк ва унинг ҳамкасблари томонидан ишлаб чиқилиб ўзгартирилган техникасидир (Stark, 1995). Joel-Cohen бўйича қорин деворининг кесмаси қўлланилади (юқорига қаралсин), фақат ундан фарқли равишда, фасциялар қайчининг очик учлари билан бир неча марта кўр-кўрона ҳаракат билан кесилиши амалга оширилади. Бачадонда кесма Joel-Cohen усулидаги каби қилинади (юқорига қаралсин). Йўлдош қўл билан ажратилади. Бачадон ташқарига чиқарилади. Миометрийнинг кесмаси бир қаватли узлуксиз бир-бирининг устига чиқадиган чок билан (ёки блокировка билан) Реверден бўйича тикилади. Перитонеал қаватлар тикилмайди. Фасциялар узлуксиз чок билан тикилади. Терини икки ёки уч тўшакли чок билан тикилади. Бу чоклар орасида тери томонлари Аллис қисқичлари билан яқинлаштирилади, улар жойида беш дақиқа давомида қолади. Усулнинг афзалликлари ўз ичида қуйидагиларни мужассам этади: операция вақти қисқалиги, чок материалининг кам қўлланилиши, интраоперацион қон йўқотишларнинг, операциядан кейинги оғриқларнинг ҳамда жароҳат инфекцияларининг камлиги.



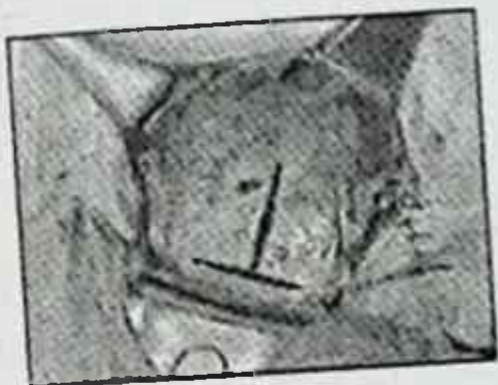
Кесар кесиш операциясидаги теридаги асосий кесимлар.



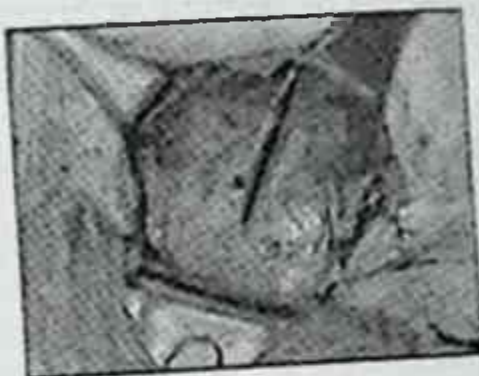
А



В



С



Д

Бачадондаги кесимлар.

А- Пастки сегментдаги кундаланг кесим

В- Пастки вертикал

С- Классик

Д- Т-симон

ФОЙДАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Аксёнов В. В. Контрацепция как фактор риска острого эндометрита //Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2016. – Т. 4. – С. 6-8.
2. Ан А.В., Пахомова Ж.Е., Материнская летальность после кесарева сечения//Проблемы репродукции №3, 2010; -С.83-86.
3. Ан А. В. Контрацептивное поведение жительниц Ташкента в современных условиях //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. – №. 1. – С. 23-27.
4. Атаходжаева Ф. А., Каюмова Д. Т., Фазлиддинова Ф. Н. Сравнительная оценка эффективности послеродовой контрацепции внутриматочной спиралью //Современное состояние естественных и технических наук. – 2015. – №. XVIII. – С. 104-108.
5. Аюпова Ф. М. и др. Некоторые биохимические показатели эритроцитов у женщин с внутриматочными контрацептивами //Вестн. ТМА. – 2012. – №. 1. – С. 62-64.
6. Бахарева И. В. Контрацепция после родов: оптимальный выбор //РМЖ. Мать и дитя. – 2020. – Т. 3. – №. 1. - С.31– 37
7. Белякина И. В. Влияние различных методов контрацепции на микробиоценоз влагалища и качество жизни женщин: дис. – Москва: Автореферат диссертации по медицине, 2013.
8. Галущенко Е. М. Актуальные вопросы внутриматочной контрацепции (обзор литературы) //Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №. 9-1. – С. 37-40.
9. Голофаст И. Г., Мирон А. И., Харкевич О. Н. Редкий случай аномального расположения внутриматочного контрацептива у пациентки с рубцом на матке //Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста. – 2016. – С. 255-257.
10. Григорян В. А., Костенко О. В. Этические риски гормонофобии врачей //Биоэтика. – 2012. – №. 1. – С. 31-32.

Монография

11. Густоварова Т. А. и др. Вопросы сохранения репродуктивной функции женщин после кесарева сечения // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. 56. – №. 2. С. 38

12. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследования уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление. 2003. - Т. 2. - № 3 -С. 20-35.

13. Джаббарова Ю. К., Рахманкулова Н. Г. Лактационная аменорея как способ послеродовой контрацепции // Биология и интегративная медицина. – 2016. – №. 5.

14. Дикке Г. Б. LARC–методы первого выбора в профилактике нежелательной беременности и повторного аборта // Фарматека. – 2013. – №. 12. – С. 8-13.

15. Дикке Г.Б., Профилактика повторной нежелательной беременности, выбор метода контрацепции // Акушерство и гинекология. – 2014.-№4. - С. 81-87.

16. Додхоева М. Ф., Юлдошева М. У. Реабилитация и диспансеризация женщин после абдоминального родоразрешения // Вестник Авиценны. – 2016. – №. 2 (67).

17. Дубоссарская З. М. Анализ применения современных методов послеродовой контрацепции // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2018. – С. 32-34.

18. Жабборов У.У., Расуль-заде Ю.Г., Исмаилова А.А. Иммуноглобулины и циркулирующие иммунокомплексы у плода с гемолитической болезнью при резус-иммунизации // Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология». №4 – 2020. - С.59-65

19. Жабборов У.У., Расуль-заде Ю.Г., Исмаилова А.А. Цитокиновый статус у плода с гемолитической болезнью при резус-иммунизации матери // Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология». 2020. №4. - С.65-71

20. Захарова И. Н. и др. Кесарево сечение - от античности до нашего времени // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – №. 2. - С. 24-32

21. Игнатко И. В. и др. Возможности проведения самопроизвольных родов у женщин с рубцом на матке // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16. – №. 1-2.
22. Карахалис Л. Ю., Пенжоян Г. А., Могилина М. Н. Персонализация гормональной контрацепции // Гинекология. – 2016. – Т. 18. – №. 6.
23. Кузнецов Р. Э., Скрипченко Д. В. Воспалительные заболевания органов малого таза: состояние проблемы // Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 6. – С. 92-97.
24. Курбанова З. А., Омаров Н. С. М., Кантаева Д. К. Особенности контрацептивного поведения женщин после кесарева сечения // Перспективы развития научных исследований в 21 веке. – 2016. – С. 102-103.
25. Курбанова З. А., Омаров Н. С. М., Омарова Х. М. Различные виды контрацепции у женщин с рубцом на матке // Уральский медицинский журнал. – 2017. – №. 11. – С. 33-36.
26. Курбаниязова В. Э., Камалова Д. Д. Эффективная контрацепция после кесарева сечения // Неделя науки 2015. – 2015. – С. 85-85.
27. Курбаниязова В. Э., Сабирова С. Э., Закирова Ф. И. Применение внутриматочной контрацепции в послеродовом периоде // Неделя науки 2015. – 2015. – С. 86-86.
28. Кузник Б. и др. Цитокины и система гемостаза I. Цитокины и сосудисто-тромбоцитарный гемостаз // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2012. – №. 2. – С. 12-23.
29. Лапасов С. Х., Хусинова Ш. А., Хакимова Л. Р. Повышение качества информированности беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции // Сборник статей" IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция" Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения". 2019. № 1. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский

Монография

университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019.

30. Леваков С. А., Шешукова Н. А. Гормональная контрацепция с применением дезогестрелсодержащего препарата // Гинекология. – 2014. – Т. 16. – №. 5. – С. 93-95

31. Мальцева Л. И. Выбор контрацепции после кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – Т. 13. – №. 2. – С. 88-94.

32. Маркарян Н. М., Голикова Т. П., Есипова Л. Н. Кесарево сечение. Нерешенные вопросы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: медицина. – 2016. – №. 2. – С. 143-150

33. Меджидова М. К., Зайдиева З. С., Вересова А. А. Микробиоценоз влагалища и факторы, влияющие на его состояние // Медицинский совет. – 2013. – №. 3-2.

34. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ, 2012. 30. FDA Drug Safety Communication: Updated information about the risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm299305.htm>

35. Мирдадаева Д. Д., Назарова Н. Б., Саттарова З. Р. Профилактические меры по охране репродуктивного здоровья женщин в Республике Узбекистан // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – №. 1-3. – С. 68-71.

36. Муким-Зода Т. М., Павлова И. П. Воспалительные заболевания органов малого таза и длительное использование внутриматочной контрацепции (клинический случай) // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2019. – №. 1-1.

37. Назарова Н. М., Прилепская В. Н., Некрасова М. Е. Послеродовая контрацепция: эффективность и безопасность // Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2.

38. Назирова М. Б. Микробиоценоз половых путей женщин фертильного возраста, использующих внутриматочные

контрацептивы (спираль) //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 7-7.

39. Наркулова С. У., Атаходжаева Ф. А. Анализ развития септических осложнений в послеродовом периоде, а также после операции кесарева сечения //Биология и интегративная медицина. – 2017. – №. 2.

40. Нигматов А. Н., Никадамбаева Х. Б., Саипов У. М. Геодемографические аспекты аборт в Узбекистане //Global Science and Innovations 2020. – 2020. – С. 175-183.

41. Ножницева О. Н., Беженарь В. Ф. Ниша рубца на матке после кесарева сечения - новая проблема репродуктивного здоровья женщины //Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №. 1. – С. 53-62.

42. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Куликов И.А., Макарова И.И. Послеродовая контрацепция прогестагенными препаратами. возможности, эффективность, приемлемость (в помощь практикующему врачу) //Гинекология. 2012. Т. 14. № 2. - С. 18-21.

43. Овсепян Л. С. Роль трёхмерной сонографии в прогнозировании риска экспульсии Левоноргестрел-релизинг внутриматочной системы Мирена: дис. – Ереванский Государственный медицинский университет имени М. Гераци, 2018.

44. Поликарпов А. В. и др. Заболеваемость всего населения России в 2017 году //Статистические материалы. Часть. – 2018. – Т. 1.

45. Подзолкова Н. М. Обратимая контрацепция длительного действия: новые возможности профилактики нежелательной беременности //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т. 12. – №. 3. – С. 58-63.

46. Пономарева Е. Б., Хаджилаева Ф. Д. Научно-исследовательская работа оценка частоты кесарева сечения в РГБ ЛПУ «РПЦ», г. Черкесска за 2019 год по классификации М.

Монография

Робсона //Цифровые технологии в науке, бизнесе, образовании. – 2020. – С. 59-63.

47. Прилепская В.Н., ред. Руководство по контрацепции. 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ; 2017.

48. Прилепская В. Н., Летуновская А. Б., Донников А. Е. Микробиоценоз влагалища и полиморфизм генов цитокинов как маркер здоровья женщины (обзор литературы) //Гинекология. – 2015. – Т. 17. – №. 2.

49. Пустотина О. А. Дифференцированный подход к гормональной контрацепции у женщин группы риска //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т. 12. – №. 1. – С. 43-49.

50. Радзинский В. Е., Ордянц И. М., Симоновская Х. Ю. Благотворная пауза сложной репродукции. Оптимизация контрацепции после кесарева сечения //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2014. – №. 1. – С. 37-44.

51. Расулова Н. Ф., Джалилова Г. А., Мухамедова Н. С. Эффективность мероприятий по охране репродуктивного здоровья женщин в Республике Узбекистан //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2015. – С. 56.

52. Рахматуллаева М. М. Оценка факторов, приводящих к нарушению микробиоценоза влагалища //ББК 51+ 28 М45. – 2017. – С. 75.

53. Савельева, Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. - 2011. - №3.-С. 10-15.

54. Самигуллина А. Э., Выборных В. А. Показания к операции кесарево сечение в современном акушерстве (обзор литературы) //Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. – №. 2. – С. 44-47

55. Самигуллина А. Э., Выборных В. А. Кесарево сечение: прогнозирование и пути снижения //Наука, новые технологии и инновации. – 2018. – №. 1. – С. 54-58.

56. Селихова М. С., Григорян В. А. Репродуктивный потенциал и контрацептивное поведение женщин после оперативного родоразрешения // Социология медицины. – 2011. – №. 2. – С. 52-54.

57. Симбирцев А. С. Цитокины в патогенезе инфекционных и неинфекционных заболеваний человека // Медицинский академический журнал. – 2013. – Т. 13. – №. 3. – С. 18-41.

58. Струкова В. А. Коррекция дисбиоза половых путей у женщин после длительного применения внутриматочных контрацептивов // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2012. – №. 6 (142).

59. Тиллабаева А. А. Анализ наиболее часто используемых методов контрацепции среди женщин репродуктивного возраста. – 2018. С.145

60. Тюрина А. А. и др. Особенности грудного вскармливания у женщин с миомой матки после абдоминального родоразрешения // Практическая медицина. – 2017. – №. 7 (108). – С. 138

61. Урумбаева К. У. и др. Влияние различных видов контрацепции на микрофлору влагалища // Фармация Казахстана. – 2016. – №. 3. – С. 15-17.

62. Фазлиддинова Ф. Н., Каюмова Д. Т. Инволюция матки при ранней послеродовой контрацепции ВМС // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2015. – №. 2. – С.70-71

63. Фаткуллин И. Ф., Мунавирова А. А., Ипастова И. Д. Словом делу... поможешь! Консультирование по вопросам контрацепции после родов: о сроках, рекомендациях и доказательной базе // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2016. – №. 2. – С. 80-87.

64. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Пашенков М.В. Роль паттерн-распознающих рецепторов во врожденном и адаптивном иммунитете // Иммунология. -2012.-N1.-С. 66-77.

Монография

65. Чернуха Е. А., Ананьев Е. В. Диагностика и ведение родов при анатомически и клинически узком тазе //Справочник фельдшера и акушерки. – 2016. – №. 6. – С. 25-32.
66. Эзау Д. А. Операция кесарево сечение в современном акушерстве //Вестник хирургии Казахстана. – 2011. – №. 3 (27).
67. Яглов В. В. Особенности послеродовой контрацепции //Акушерство и гинекология. – 2011. – №. 7-2. – С. 97-100.
68. Якушевская О. В., Михайлова О. И., Скрипниченко Ю. П. Эффективная послеродовая контрацепция //РМЖ. Мать и дитя. – 2013. – Т. 21. – №. 1. – С. 6-10.
69. Ярилин Д. А. Роль фактора некроза опухолей в регуляции воспалительного ответа моноцитов и макрофагов //Иммунология. – 2014. – Т. 35. – №. 4.
70. Achilles S. L. et al. Impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Т. 218. – №. 6. – С. 622. e1-622. e10.
71. Achilles S. L. et al. Changes in genital tract immune cell populations after initiation of intrauterine contraception //American journal of obstetrics and gynecology. – 2014. – Т. 211. – №. 5. – С. 489. e1-489. e9.
72. Adeoye T. O. et al. Intraoperative insertion of intrauterine contraceptive device at cesarean section: A survey on the experiences of trainee and practicing obstetricians //Sahel Medical Journal. – 2020. – Т. 23. – №. 2. – С. 94.
73. Agarwal K. et al. Visibility of strings after postplacental intracesarean insertion of CuT380A and Cu375 intrauterine contraceptive device: a randomized comparative study //The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. – 2017. – Т. 67. – №. 5. – С. 324-329.
74. Agacayak E. et al. Evaluation of predisposing factors, diagnostic and treatment methods in patients with translocation of intrauterine devices //Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2015. – Т. 41. – №. 5. – С. 735-741.

75. Aktün L. H., Karaca N., Akpak Y. K. Postpartum Intrauterine Device Insertion: Is There Any Difference Between Vaginal and Cesarean Births? //Haseki Tip Bulteni. – 2018. – Т. 56. – №. 1. – С. 37.

76. Akkuzu G. et al. Reasons for continuation or discontinuation of IUD in postplacental/early postpartum periods and postpuerperal/interval periods: one-year follow-up //Türkiye Klinikleri tıp Bilimleri Dergisi. – 2009. – Т. 29. – №. 2. – С. 353-360.

77. Ali R., Kausar S., Akram A. Post-placental Intrauterine Contraceptive Device at Cesarean Section //Annals of Punjab Medical College. – 2015. – Т. 9. – №. 4. – С. 189-193.

78. Avcı F. et al. An Intrauterine Device Detected in Ovary during Cesarean Section: A Case Report //International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. – 2015. – Т. 3. – С. 72-4.

79. Bala S. Malposition and Expulsion of Immediate Postplacental Intrauterine Devices [3P] //Obstetrics & Gynecology. – 2019. – Т. 133. – С. 171.

80. Bartlik B. et al. Birth Control Pills and Hormonal Contraception Effects on Female Sexual Desire and Pleasure //Integrative Sexual Health. – 2018.

81. Bayoumi Y. A. et al. Post-placental intrauterine device insertion vs puerperal insertion in women undergoing caesarean delivery in Egypt: a 1 year randomised controlled trial //The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2020. – С. 1-6.

82. Boydell N. et al. Women's experiences of accessing postpartum intrauterine contraception in a public maternity setting: a qualitative service evaluation //The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2020. – С. 1-9.

83. Brahmana I., Nurul S. Evaluation of the Use of Intra Uterine Device Postpartum (IUDPP) in Spontaneously and Cesarean Section Labor //Third International Conference on Sustainable Innovation 2019– Health Science and Nursing (IcoSIHSN 2019). – Atlantis Press, 2019.

84. Brooks J. P. et al. Effects of combined oral contraceptives, depot medroxyprogesterone acetate and the levonorgestrel-releasing

intrauterine system on the vaginal microbiome //Contraception. – 2017. – Т. 95. – №. 4. – С. 405-413.

85. Cheung M. L. et al. Retained intrauterine device (IUD): triple case report and review of the literature //Case reports in obstetrics and gynecology. – 2018. – Т. 2018.

86. Chou C. H. et al. Divergent endometrial inflammatory cytokine expression at peri-implantation period and after the stimulation by copper intrauterine device //Scientific reports. – 2015. – Т. 5. – С. 15157.

87. Colwill A. C. et al. Six-week retention after postplacental copper intrauterine device placement //Contraception. – 2018. – Т. 97. – №. 3. – С. 215-218.

88. Cook J. et al. Intrauterine contraception: knowledge and prescribing practices of Canadian health care providers //Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2019. – Т. 41. – №. 8. – С. 1084-1092.

89. Curtis K. M., Peipert J. F. Long-acting reversible contraception //New England Journal of Medicine. – 2017. – Т. 376. – №. 5. – С. 461-468.

90. Dall'Asta A., Ghi T., Frusca T. Doppler Diagnosis //Fetal Growth Restriction. – Springer, Cham, 2019. – С. 139-170.

91. Darweesh F. F. et al. Efficacy of oral celecoxib and hyoscine butyl-bromide versus placebo during copper intrauterine device placement in women delivered only by elective cesarean section: a randomized controlled study //Proceedings in Obstetrics and Gynecology. – 2020. – Т. 9. – №. 3. – С. 1-12.

92. Dawood A. S. Cesarean section and associated surgeries: Feasibility and surgical outcomes //Women Health Open J. – 2017. – Т. 3. – №. 1. – С. 21-29.

93. Diallo M. et al. Intrauterine Device in the Immediate Postpartum: Study Comparing Insertion after Cesarean Section and Vaginal Delivery //Open Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2019. – Т. 9. – №. 11. – С. 1510-1518.

94. Dias T. et al. Use of ultrasound in predicting success of intrauterine contraceptive device insertion immediately after delivery // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. – 2015. – Т. 46. – №. 1. – С. 104-108.
95. Elkholy A. G. A., Sweed M. S., Bartella H. N. Insertion of Intrauterine Contraceptive Device at Cesarean Section: Randomized Clinical Trial // *QJM: An International Journal of Medicine*. – 2020. – Т. 113. – №. Supplement_1. – С. hcaa056. 004.
96. El Tmany E. A. R. et al. Prospective Study of Intraoperative Intrauterine Contraceptive Device Application during Cesarean Section // *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. – 2018. – Т. 70. – №. 10. – С. 1627-1630.
97. Elsokary A., Elkhyat A., Elshwaikh S. Evaluation of Post-Placental IUD Insertion during Cesarean Section at a Tertiary Care Hospital in Egypt // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2020. – Т. 10. – №. 4. – С. 516-525.
98. Emarah M. A. et al. Predicting successful use of post-placental intrauterine contraceptive device by ultrasound // *Menoufia Medical Journal*. – 2020. – Т. 33. – №. 2. – С. 440.
99. Escobar M., Shearin S. Immediate postpartum contraception: intrauterine device insertion // *Journal of midwifery & women's health*. – 2019. – Т. 64. – №. 4. – С. 481-487.
100. Ferreira-Filho E. S. et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic // *Expert Review of Clinical Pharmacology*. – 2020. – Т. 13. – №. 6. – С. 615-622.
101. Gaikwad S., Gurram A. Immediate postpartum insertion of an intrauterine contraceptive device during cesarean section. – 2014.
102. Goldstuck N. D., Steyn P. S. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: a systematic review // *International journal of women's health*. – 2013. – Т. 5. – С. 811.
103. Goldstuck N. D., Steyn P. S. Insertion of intrauterine devices after cesarean section: a systematic review update // *International journal of women's health*. – 2017. – Т. 9. – С. 205.

104. Goldfien G. A. et al. Progestin-containing contraceptives alter expression of host defense-related genes of the endometrium and cervix //Reproductive Sciences. – 2015. – Т. 22. – №. 7. – С. 814-828.

105. Gonzalez J. et al. Ultrasound location of intrauterine devices placed at cesarean section over the first year postpartum //Contraception. – 2020.

106. Grimes D. A. et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – №. 5.

107. Gupta G. et al. The Clinical Outcome of Post Placental Copper-T-380A Insertion with Long Placental Forceps (Kelly's Forceps) After Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section //The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. – 2015. – Т. 65. – №. 6. – С. 386-388.

108. Hall O. J., Klein S. L. Progesterone-based compounds affect immune responses and susceptibility to infections at diverse mucosal sites //Mucosal Immunology. – 2017. – Т. 10. – №. 5. – С. 1097-1107.

109. Han L., Taub R., Jensen J. T. Cervical mucus and contraception: what we know and what we don't //Contraception. – 2017. – Т. 96. – №. 5. – С. 310-321.

110. Hardeman J., Weiss B. D. Intrauterine devices: an update //American Family Physician. – 2014. – Т. 89. – №. 6. – С. 445-450.

111. Hehir M. P. et al. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2018. – Т. 219. – №. 1. – С. 105. e1-105. e11.

112. Heller R., Johnstone A., Cameron S. T. Routine provision of intrauterine contraception at elective cesarean section in a national public health service: a service evaluation //Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2017. – Т. 96. – №. 9. – С. 1144-1151.

113. Herstad L. et al. Elective cesarean section or not? Maternal age and risk of adverse outcomes at term: a population-based registry

study of low-risk primiparous women //BMC pregnancy and childbirth. – 2016. – Т. 16. – №. 1. – С. 230.

114. Hinz E. K. et al. A prospective cohort study comparing expulsion after postplacental insertion: the levonorgestrel versus the copper intrauterine device //Contraception. – 2019. – Т. 100. – №. 2. – С. 101-105.

115. Hochmuller J. T. et al. Expulsion rate of intrauterine device: mediate vs. immediate puerperium period //Journal of the Turkish German Gynecological Association. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 143.

116. Hoebe K., Janssen E., Beutler B. The interface between innate and adaptive immunity // Nat. Immunol. 2004. - V. 5. - № 10. - P. 971 - 974.

117. Iftikhar PM, et al. Efficacy and Satisfaction Rate in Postpartum Intrauterine Contraceptive Device Insertion: A Prospective Study. Cureus 2019.

118. Jatlaoui T. C. et al. Intrauterine device expulsion after postpartum placement. – 2018.

119. Jenabi E. et al. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2020. – Т. 33. – №. 22. – С. 3867-3872.

120. Kaitz M., Mankuta D., Mankuta L. Long-acting reversible contraception: A route to reproductive justice or injustice //Infant mental health journal. – 2019. – Т. 40. – №. 5. – С. 673-689.

121. Kavitha G., Renukadevi B., Ramamoorthy Rathna S. A Case Report of Two Unusual Complications Following Intracesarean Insertion of IUD. – 2014.

122. Khanzada B., Shahani M. J., Khanzada A. K. Immediate postplacental insertion of intrauterine contraceptive device (copper 375) and its complications in term of expulsion, infection and perforation. – 2018.

Монографія

123. Kestler E. et al. Initiation of effective postpartum contraceptive use in public hospitals in Guatemala //Revista Panamericana de Salud Pública. – 2011. – Т. 29. – С. 103-107.
124. Knapke L., Hade E., Isley M. M. Immediate Post Placental IUDs: Are Removal Complications Increased? [13J] //Obstetrics & Gynecology. – 2020. – Т. 135. – С. 106s.
125. Kim S. Y. et al. Effect of maternal age on emergency cesarean section //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – С. 1-8.
126. Lao L., Shen Q., Wang J. Effect of Gongxuening on serum inflammatory index and bleeding for women placing the IUD after cesarean section //Chinese Journal of Biochemical Pharmaceutics. – 2017. – Т. 37. – №. 1. – С. 91-93.
127. Levi E. et al. Immediate postplacental IUD insertion at cesarean delivery: a prospective cohort study //Contraception. – 2012. – Т. 86. – №. 2. – С. 102-105.
128. Lester F. et al. Intracesarean insertion of the Copper T380A versus 6 weeks postcesarean: a randomized clinical trial //Contraception. – 2015. – Т. 91. – №. 3. – С. 198-203.
129. Levi E. et al. Transcesarean IUD insertion: a prospective cohort study //Contraception. – 2010. – Т. 82. – №. 2. – С. 190.
130. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HA. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 26;(6):CD003036. doi: 10.1002/14651858.CD003036.pub3. Review.
131. López-Farfan J. A. et al. A comparative, randomized study of levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) vs Copper T 380 A intrauterine device applied during cesarean section. – 2012.
132. Maged A. M. et al. Benefits of vaginal misoprostol prior to IUD insertion in women with previous caesarean delivery: a randomised controlled trial //The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2018. – Т. 23. – №. 1. – С. 32-37.

133. Malathi P., Patalay K. Intra Cesarean–Intra Uterine Contraceptive Device 380 A Insertion: 3 years Experience at a Tertiary Care Center //IAIM. – 2016. – Т. 3. – №. 8. – С. 241-7.
134. Malik J. et al. Post placental copper-T 380A insertion after normal vaginal delivery and cesarean section and its clinical outcome //Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. – 2016. – Т. 5. – №. 7. – С. 2254-2256.
135. Mao X. et al. Short-term copper intrauterine device placement improves the implantation and pregnancy rates in women with repeated implantation failure //Fertility and Sterility. – 2017. – Т. 108. – №. 1. – С. 55-61. e1.
136. Michel K. G. et al. Effect of hormonal contraception on the function of plasmacytoid dendritic cells and distribution of immune cell populations in the female reproductive tract //Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). – 2015. – Т. 68. – №. 5. – С. 511.
137. Mohamed A. I., Elati I. H. A., Ramadan E. N. Assessment effect of Post Puerperal and Immediate Post Placental Intrauterine Contraceptive Devices Insertion after Cesarean Delivery on Women's Health //IOSRJNHS. – 2015. – Т. 4. – №. 3. – С. 1-7.
138. Mukesh S., Archana T., Hemant K. Copper-T, an unusual cause of profuse bleeding during cesarean section //Saudi journal of anaesthesia. – 2016. – Т. 10. – №. 3.
139. Nakamura-Pereira M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth //Reproductive health. – 2016. – Т. 13. – №. 3. – С. 128.
140. Prescott G. M., Matthews C. M. Long-acting reversible contraception: a review in special populations //Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. – 2014. – Т. 34. – №. 1. – С. 46-59.
141. Rodgers S. K. et al. Imaging after cesarean delivery: acute and chronic complications //Radiographics. – 2012. – Т. 32. – №. 6. – С. 1693-1712.

142. Rosenberg K. R., Trevathan W. R. Evolutionary perspectives on cesarean section //Evolution, Medicine, and Public Health. – 2018. – Т. 2018. – №. 1. – С. 67-81.
143. Rumopa K. A., Wantania J., Sondakh J. The Side Effects of Intra-cesarean Intrauterine Contraception: A Descriptive Study //Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2017. – С. 139-141.
144. Rydahl E. et al. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study //PloS one. – 2019. – Т. 14. – №. 1. – С. e0210655.
145. Sahoo C. K. et al. Intrauterine Devices: A Review //Research Journal of Pharmaceutical Dosage Forms and Technology. – 2020. – Т. 12. – №. 3. – С. 162-168.
146. Salem S. A. et al. Intrauterine Contraceptive Device Insertion during Cesarean Section versus Conventional Application: A Randomized Clinical Trial //Clinics Mother Child Health. – 2018. – Т. 15. – №. 309. – С. 2.
147. Samuel E., Myers E., Morse J. IUD insertion after cesarean section: a cost decision analysis of insertion at time of delivery versus at postpartum follow-up //Contraception. – 2014. – Т. 90. – №. 3. – С. 327-328.
148. Shahienaz H. et al. Immediate Postplacental Insertion of Copper Intrauterine Device and Evaluation of Expulsion Rate in Cesarean Section //The Medical Journal of Cairo University. – 2018. – Т. 86. – №. December. – С. 4403-4407.
149. Sharma P. et al. Cervico-vaginal inflammatory cytokine alterations after intrauterine contraceptive device insertion: A pilot study //Plos one. – 2018. – Т. 13. – №. 12. – С. e0207266.
150. Singh S. et al. Evaluation of efficacy, expulsion and safety of post-placental and intra-cesarean insertion of intrauterine contraceptive devices //Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. – 2017. – Т. 4. – №. 6. – С. 2005-9.

151. Simmons K. B. et al. Personalized contraceptive assistance and uptake of long-acting, reversible contraceptives by postpartum women: a randomized, controlled trial // *Contraception*. – 2013. – Т. 88. – №. 1. – С. 45-51.

152. Stoddard A., McNicholas C., Peipert J. F. Efficacy and safety of long-acting reversible contraception // *Drugs*. – 2011. – Т. 71. – №. 8. – С. 969-980.

153. Sucak A. et al. Immediate postplacental insertion of a copper intrauterine device: a pilot study to evaluate expulsion rate by mode of delivery // *BMC pregnancy and childbirth*. – 2015. – Т. 15. – №. 1. – С. 202.

154. Tan I. J., Peeva E., Zandman-Goddard G. Hormonal modulation of the immune system—a spotlight on the role of progestogens // *Autoimmunity reviews*. – 2015. – Т. 14. – №. 6. – С. 536-542.

155. Tang J. H. et al. Characteristics associated with interest in long-acting reversible contraception in a postpartum population // *Contraception*. – 2013. – Т. 88. – №. 1. – С. 52-57.

156. Tetreault S., Oshman L. In women desiring postpartum contraception with an IUD, does immediate IUD insertion after delivery increase continued IUD use at 6 months compared with delayed IUD insertion? // *Evidence-Based Practice*. – 2018. – Т. 21. – №. 6. – С. E5-E6.

157. Tetrault A. M. et al. Decreased endometrial HOXA10 expression associated with use of the copper intrauterine device // *Fertility and sterility*. – 2009. – Т. 92. – №. 6. – С. 1820-1824.

158. Ti A., Curtis K. M. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review // *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 109-116.

159. Tjahjanto H., Haryuni I. T. Hang-up IUD, new technique for suturing CuT-380A IUD to uterine fundus in immediate postplacental insertion during cesarean delivery: twelve months follow

up //Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2014. – С. 132-139.

160. Tjahjanto H., Hadiningrat W. Modification of Immediate Postplacenta CuT-380A IUD Insertion Using Ring Forceps and Standard Inserter: Twelve Months Follow-up //Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2015. – С. 85-93.

161. Thiam O. C. et al. The Intra-Uterine Device (IUD) of the Immediate Postpartum a Comparative Study between the Caesarean IUD and the IUD Inserted after a Natural Delivery //Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. – 2014. – Т. 1. – С. 87-92.

162. Çelen Ş. et al. Immediate postplacental insertion of an intrauterine contraceptive device during cesarean section //Contraception. – 2011. – Т. 84. – №. 3. – С. 240-243.

163. Unal C. et al. Comparison of expulsions following intracesarean placement of an innovative frameless copper-releasing IUD (Gyn-CS®) versus the TCu380A: A randomized trial //Contraception. – 2018. – Т. 98. – №. 2. – С. 135-140.

164. Upmanyu P., Kanhere A. Acceptance of methods of family planning in patients undergoing repeat caesarean section //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2016. – Т. 5. – №. 4. – С. 976-9.

165. Utami M., Winardi B. Postplacental insertion of IUCD Cu T 380A at transcesarean section does not influence bleeding and infection at puerperial period //Majalah Obstetri & Ginekologi. – 2018. – Т. 26. – №. 2. – С. 61-66.

166. Verest A. et al. Intrauterine device (IUD) migration in cesarean delivery scar: What to do with the niche? //Facts, Views & Vision in Obgyn. – 2019. – Т. 11. – №. 3. – С. 251.

167. Wagner S., Coerper S., Fricke J. et al. Comparison of inflammatory and systemic sources of growth factors in acute and chronic human wounds // Wound Repair Regen. 2003. - V. 11. - P. 253-60.

168. Whitaker A. K. et al. Postplacental insertion of the levonorgestrel intrauterine device after cesarean delivery vs. delayed insertion: a randomized controlled trial // *Contraception*. – 2014. – Т. 89. – №. 6. – С. 534-539.
169. Whitaker A. K., Chen B. A. Society of Family Planning Guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices // *Contraception*. – 2018. – Т. 97. – №. 1. – С. 2-13.
170. Wildemeersch D., Goldstuck N. D., Hasskamp T. Current status of frameless anchored IUD for immediate intracesarean insertion // *Dev Period Med*. – 2016. – Т. 20. – №. 1. – С. 7-15.
171. Wildemeersch D. A., Goldstuck N. D., Janssens D. R. G. Immediate Post Placental Insertion of IUD-The Challenge to Solve the Expulsion Problem // *Obstet Gynecol Int J*. – 2014. – Т. 2. – №. 5. – С. 00052.
172. Yusupova U., Ayupova F. Indicators of dynamical proinflammatory cytokines in women using intrauterine contraceptives // *European Medical, Health and Pharmaceutical Journal*. – 2015. – Т. 8. – №. 1.
173. Zaconeta A. M. et al. Intrauterine Device Insertion during Cesarean Section in Women without Prenatal Contraception Counseling: Lessons from a Country with High Cesarean Rates // *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. – 2019. – Т. 41. – №. 8. – С. 485-492.

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

АИК- айланиб юривчи иммун комплекслар

АҚБ- артериал қон босими

БИВ- бачадон ичи воситаси

БИК- бачадон ичи контрацептиви

ВАШ-Визуал-аналогли шкала

ЖССТ- Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

КК- кесар кесиш

КУ- контрацепция усули

КЧАЯК-кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари

ЛАУ- лактацион аменорея усули

НЖЙВОК- нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин

кўчиши

НЯҚВ- ностероид яллиғланишга қарши восита

ОК- орал контрацепция

ПЭГ- полиэтиленгликол эритмаси

РИ А ва Г ИАТМ- Республика Ихтисослаштирилган

акушерлик ва гинекология илмий- амалий текшириш тиббиёт

маркази

РПМ- Республика перинатал маркази

СПОК- соф прогестинли орал контрацептив

IL-1- интерлейкин 1

IL-8- интерлейкин 8

TNF-а- ўсма некрози омили

НЕГМАДЖАНОВ Б.Б., АГАБАБЯН Л.Р., НАСИРОВА З.А.

**КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ
САЛОҲИЯТИНИ САҚЛАБ ҚОЛИШ ИМКОНИАТЛАРИ**

(Монография)

“ТИББИҲОТ КО‘ЗГУСИ” НАШРИЁТИ

*Масъул муҳаррир — Дилдора ТУРДИЕВА
Мусаҳҳиҳ — Олим РАХИМОВ
Техник муҳаррир — Акмал КЕЛДИЯРОВ
Дизайнер ва саҳифаловчи — Олима ЗОҲИДОВА*

“ТИББИҲОТ КО‘ЗГУСИ” босмаҳонасида чоп этилди.

**Почта индекси 140100. Самарқанд шаҳар,
Амир Темур кўчаси, 18-уй.**

Босишга ? 2020 руҳсат этилди. Баённома рақами: ?

Бичими 60x84^{1/16}. “Times New Roman” гарнитураси. ? босма табок.

Адади: 200 нусха. Буюртма рақами: ?

Тел/факс: 0(366)2335415, e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

