

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

Qo'lyozma sifatida

UDK: 618.5-089.888.61-06:618.14-003.92

SONOKULOVA MAXLIYO ORIFOVNA

**KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYIN PAYDO BO'LGAN
“NISHA” SIMPTOMINI GISTEROSKOP YORDAMIDA
TASHXISLASH**

Magistrlik dissertatsiyasi

5A 510101 - Akusherlik va ginekologiya

Ilmiy rahbar :

PhD,. Nasimova N.R.

Samarqand 2020-2023

**KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN
KEYIN PAYDO BO‘LGAN “NISHA”
SIMPTOMINI GISTEROSKOP
YORDAMIDA TASHXISLASH**

ANNOTATSIYA

Dolzarbliigi. Zamonaviy akusherlikning o‘ziga xos farqli jihati, uning jarrohlikka yo‘nalganligidir. So‘nggi o‘n yil davomida butun dunyo bo‘ylab kesar kesish operatsiyasining chastotasi 25%-30% ga oshdi. Shunday qilib kesar kesish operatsiyasi har beshinchi homilador ayolda o‘tkaziladi. (Ye.J Betran, A.B Moller 2016-yil).

Mamlakatimizdagi perinatal markazlar va klinikalarda ushbu operatsiya chastotasi 15% gacha yetdi. Umumiy hisobda qayta tug‘uvchi ayollarning 4-8 foizida kesar kesish operatsiyasidan keyin chandiq paydo bo‘lgan. Shu sababli bugungi kunda kesar kesish operatsiyasi chastotasining oshishi, bu operatsiyadan keyin paydo bo‘ladigan asoratlarga bo‘lgan qiziqishni oshirmoqda. (E.H Martinova, D.M Nersesyan, A.A Bubnikovich 2014-yil).

Birinchi marta 1961-yilda L. Poidevin bachadonning paski segmentida operatsiyadan keyingi chandiq sohasida uchburchaksimon botiq borligini ta’kidlab o‘tgan. Adabiyotlarda bachadon devorida “nisha”, “istmoselle”, “qopcha”, “tokcha” kabi atamalarni uchratish mumkin (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil).

“**Nisha**” simptomi bu-bachadon endometriyasida 1 mm va undan yuqori anexogen chuqurcha paydo bo‘lishidir. Bachadondagi “Nisha” chandig‘i hosil bo‘lish jarayonini tushuntirib beruvchi bir necha gipotezalar mavjud. Ammo hozirgacha uning patogenezi noaniq qolmoqda. Hamda uning diagnostikasi uchun aniq bir algoritm ham ishlab chiqilmagan. Shuningdek mutaxassislarning “Nisha” simptomini davolash zarurati haqidagi fikrlari bahslicha qolmoqda (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil).

Tatqiqotning maqsadi: Bachadonda kesar kesish operatsiyasidan keyin paydo bo‘lgan “nisha” simptomining diagnostikasini gisteroskopiya yordamida takomillashtirish.

Tadqiqot vazifalari:

1. Kesar kesish operatsiyasidan keyin paydo bo'lgan "nisha" simptomini klinik belgilari va xavf omillarini aniqlash;
2. "Nisha" simptomi diagnostikasida, instrumental usullarni (UTT va gisteroskopiya) qo'llash orqali qiyosiy baholash;
3. "Nisha" simptomi diagnostik algoritmini ishlab chiqish.

Tadqiqot obyekti – Kesar kesish operatsiyasidan keyin "nisha" simptomiga shubhasi bo'lgan 30 nafar ayollar.

Tadqiqot usullari:

1. Umumiy tekshirish metodlari (umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, koakulogramma);
2. UTT;
3. Gisteroskopiya.

Ilmiy yangiligi: Ayollarda kesarcha kesish jarrohlik amaliyotidan keyin chandiq sohasidagi o'zgarishlarni o'rganish, hamda "nisha" simptomini tashxislashni takomillashtirish.

Ilmiy ahamiyati: Yaratilgan tashxislash algoritmini amaliy ginekologiyada joriy qilish, ushbu bemorlar guruhida ginekologik kasalliklarni davolash, ikkilamchi bepushtlikni davolash, hamda homiladorlikni to'g'ri rejalashtirishga yordam beradi.

ANNOTATION

Relevance. A distinctive feature of modern obstetrics is its focus on surgery. During the last decade, the frequency of caesarean section has increased by 25%-30% worldwide. Thus, caesarean section is performed in every fifth pregnant woman. (Ye.J Betran, A.B Moller 2016).

The frequency of this operation in perinatal centers and clinics in our country has reached 15%. In general, 4-8% of women who give birth again have a scar after cesarean section. Therefore, today, the increase in the frequency of cesarean section operations increases the interest in the complications that appear after this operation. (E.H. Martinova, D.M. Nersesyan, A.A. Bubnikovich 2014).

For the first time in 1961, L. Poidevin noted the presence of a triangular depression in the area of the postoperative scar in the lower segment of the uterus. In the literature, you can find terms such as "niche", "isthmoselle", "sac", "shelf" on the wall of the uterus. (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020).

"Niche" symptom is the appearance of an anexogenous cavity of 1 mm or more in the endometrium of the uterus. There are several hypotheses that explain the formation of the "Nisha" scar in the uterus. But until now, its pathogenesis remains unclear. And no specific algorithm for its diagnosis has been developed. Also, the opinions of experts about the need to treat the "Nisha" symptom remain controversial (O. N. Nojnitseva, V. F. Bejenar 2020).

Objective: Improvement of the diagnosis of the "niche" symptom that appeared after cesarean section in the uterus using hysteroscopy.

Research tasks:

1. To determine the clinical signs and risk factors of the "niche" symptom that appeared after cesarean section;

2. Comparative evaluation using instrumental methods (UST and hysteroscopy) in the diagnosis of "Nisha" symptom;

3. Development of a diagnostic algorithm for the "Niche" symptom.

The object of the study is 30 women with suspicion of "niche" symptoms after cesarean section.

Research methods:

1. General examination methods (general blood analysis, general urinalysis, biochemical blood analysis, coagulogram);

2. Ultrasound examination;

3. Hysteroscopy.

Scientific novelty: Study of changes in the scar area after cesarean section surgery in women, and improvement of diagnosis of "niche" symptom.

Scientific significance: the introduction of the created diagnostic algorithm in practical gynecology, the treatment of gynecological diseases in this group of patients, the treatment of secondary infertility, and the correct planning of pregnancy.

MUNDARIJA

Qisqartmalar ro'yxati.....	8
Kirish.....	9
I BOB. KESARCHA KESISHDAN KEYINGI CHANDIQNING MAHALLIY YUPQALASHISHINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY USULLARI (Adabiyotlar sharhi).....	12
1.1. Kesarcha kesish operatsiyasining zamonaviy tibbiyotda o'rni.....	12
1.2. Kesarcha kesish jarrohlik amaliyotidan keyin yuzaga keladigan asoratlar.....	15
1.3. Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi bachadondagi o'zgarishlar.....	19
1.4. Kesarcha kesishdan keyingi chandiqlning mahalliy yupqalashishi.....	21
1.5 “Tokcha” simptomi bo’lgan ayollarning reproduktiv faoliyati.....	24
II BOB. TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI.....	33
2.1. Tekshiruvdan o'tgan ayollarning klinik xususiyatlari.....	33
2.2. Tadqiqot usullari.....	38
2.3. Tadqiqotning statistik tahlili.....	48
2.4. Tadqiqotni tashkil etish.....	49
III BOB. OLIB BORILGAN TADQIQOT NATIJALARI.....	50
3.1. Kesar kesish opertasiyasidan keyin paydo bo’lgan “nisha” simptomini klinik belgilari va xavf omillari.....	50
3.2. “Nisha” simptomi instrumental diagnostikasi natijalari.....	59
3.3 “Nisha” simptomi diagnostikasi algoritmi.....	64
XULOSA.....	66
AMALIY KO’RSATMALAR.....	67
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO’YXATI.....	68

Qisqartmalar ro'yxati

BV - bakterial vaginoz

BKV - Bachadonichi koontratseptiv vositasi

JSST - Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

JYYI - jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar

KK - Kesarcha kesish

KOK - kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari

OO' - onalar o'limi

SE - surunkali endometrit

UTT - ultratovush tekshiruvi

KIRISH

Muammo dolzarbligi. Zamonaviy akusherlikning o‘ziga xos farqli jihati, uning jarrohlikka yo‘nalganligidir. So‘nggi o‘n yil davomida butun dunyo bo‘ylab kesar kesish operatsiyasining chastotasi 25%-30% ga oshdi. Shunday qilib kesar kesish operatsiyasi har beshinchi homilador ayolda o‘tkaziladi. (Ye.J Betran, A.B Moller 2016-yil).

Mamlakatimizdagi perinatal markazlar va klinikalarda ushbu operatsiya chastotasi 15% gacha yetdi. Umumiy hisobda qayta tug‘uvchi ayollarning 4-8 foizida kesar kesish operatsiyasidan keyin chandiq paydo bo‘lgan. Shu sababli bugungi kunda kesar kesish operatsiyasi chastotasining oshishi, bu operatsiyadan keyin paydo bo‘ladigan asoratlarga bo‘lgan qiziqishni oshirmoqda. (E.H Martinova, D.M Nersesyan, A.A Bubnikovich 2014-yil).

Birinchi marta 1961-yilda L. Poidevin bachadonning paski segmentida operatsiyadan keyingi chandiq sohasida uchburchaksimon botiq borligini ta’kidlab o‘tgan. Adabiyotlarda bachadon devorida “nisha”, “istmoselle”, “qopcha”, “tokcha” kabi atamalarni uchratish mumkin. (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil).

“**Nisha**” simptomi bu-bachadon endometriyasida 1 mm va undan yuqori anexogen chuqurcha paydo bo‘lishidir. Bachadondagi “Nisha” chandig‘i hosil bo‘lish jarayonini tushuntirib beruvchi bir necha gipotezalar mavjud. Ammo hozirgacha uning patogenezi noaniq qolmoqda. Hamda uning diagnostikasi uchun aniq bir algoritm ham ishlab chiqilmagan. Shuningdek mutaxassislarning “Nisha” simptomini davolash zarurati haqidagi fikrlari bahsligicha qolmoqda (O. N Nojnitseva, V. F Bejenar 2020-yil).

Tatqiqotning maqsadi: Bachadonda kesar kesish operatsiyasidan keyin paydo bo‘lgan “nisha” simptomining diagnostikasini gisteroskopiya yordamida takomillashtirish.

Tadqiqot obyekti – Kesar kesish operatsiyasidan keyin “nisha” simptomiga shubhasi bo’lgan 30 nafar ayollar.

Tadqiqot usullari:

Nazariy usullar: tadqiqot muammosi bo'yicha zamonaviy ilmiy-uslubiy adabiyotlarni va axborot manbalarini tahlil qilish va o'rganish, monografik usul, mantiqiy va umumlashtirish usuli.

Emperik usullar:

1. Umumiy tekshirish metodlari (umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, koakulogramma);
2. UTT;
3. Gisteroskopiya.

Matematik usullar. Ma'lumotlarni statistik tahlil qilish uchun SPSS to'plami ishlatilgan.

Tadqiqot maqsadi bilan bog'liq ravishda, bir qator **vazifalarni** oldimizga qo'ydik:

1. Kesar kesish operatsiyasidan keyin paydo bo'lgan “nisha” simptomini klinik belgilari va xavf omillarini aniqlash;
2. “Nisha” simptomi diagnostikasida, instrumental usullarni (UTT va gisteroskopiya) qo'llash orqali qiyosiy baholash;
3. “Nisha” simptomi diagnostik algoritmini ishlab chiqish.

Ilmiy yangiligi: Ayollarda kesarcha kesish jarrohlik amaliyotidan keyin chandiq sohasidagi o'zgarishlarni o'rganish, hamda “nisha” simptomini tashxislashni takomillashtirish.

Ilmiy ahamiyati: Yaratilgan tashxislash algoritmini amaliy ginekologiyada joriy qilish, ushbu bemorlar guruhida ginekologik kasalliklarni davolash,

ikkilamchi bepushtlikni davolash, hamda homiladorlikni to'g'ri rejalashtirishga yordam beradi.

Tadqiqot ishi tarkibi. Magistrlik dissertatsiyasi 85 betda yoritilgan bo'lib, kirish, uchtabob, xulosa va amaliy tavsiyalar hamda foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan iborat. Magistrlik dissertatsiya bo'yicha 6ta ilmiy ishlar chop etilgan, shulardan 3 maqola va 3 tezis.

I BOB. KESARCHA KESISHDAN KEYINGI CHANDIQNING MAHALLIY YUPQALASHISHINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY USULLARI (Adabiyotlar sharhi)

1.1. Kesarcha kesish operatsiyasining zamonaviy tibbiyotda o'rni

Kesarcha kesish (KK) operatsiyasi hamon tibbiyotda keng qo'llaniladigan jarrohlik amaliyotlaridan biri bo'lib qolmoqda. Tur xil manbanalrning ma'lumotlariga ko'ra ushbu amaliyotning qo'llanilishi so'ngi yillarda 19,1% ga yetmoqda [75]. KK operatsiyasi butun dunyo bo'ylab har beshinchi ayolda kuzatilishi aniqlangan. Bizning mamlakatimiz perinatal markazlari vashifoxonalarida KK ning o'rtacha ko'rsatkichi 34-38 % ga yetmoqda[2, 4, 18].

Dunyoning barcha mamlakatlarida erta tug'ruq xavfi bo'lganda, odatda boshqa omillar bilan birgalikda [51, 73, 95] yoki homila nuqsanlari bilan [11, 74, 111] birga uchraganda qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar kengaytirilgan. Ma'lumki, KK ning taxminan 30% nisbiy ko'rsatkichlar bo'yicha amalga oshiriladi. Aksariyat hollarda akusher ayolning KK operatsiyasi orqali tug'ish istagini ham e'tiborsiz qoldira olmaydi [5, 26].

Jarrohlik yo'li bilan tug'ruqni olib borishga ko'raatma turli xil adabiyotlar sharhiga ko'ra umumlashtirganda quyidagi 12ta guruhga bo'linadi:

1. Plasentaning oldinda kelishi (qon ketishi bilan, to'liq, to'liq bo'lmagan);
2. Normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi (NJPMOA);
3. Bachadondagi oldingi operatsiyalar (ikki yoki undan ortiq KK, boshqa nisbiy ko'rsatkichlar bilan birgalikda bitta KK, miyomektomiya (miomatoz tugunning shilliq ostidagi joylashuvi va ingichka asosda subseroz joylashishidan tashqari), bachadon rivojlanishidagi anomaliyalar sababli jarrohlik aralashuvi (rudimentar bachadon shoxini olib tashlash);
4. Homilaning noto'g'ri pozitsiyasi va ko'rinishi (qiyshiq holat, homilaning taxminiy og'irligi 3600 gramm va undan ko'p bo'lgan dumbasi bilan kelganda,

shuningdek, boshqa nisbiy ko'rsatkichlar bilan birgalikda dumbasi bilan kelganda);

5. 41 hafta yoki undan ko'proq muddali homiladorlikda tug'ishga tayyorgarlik ko'rishning ta'siri bo'lmaganda;

6. Homila-tos a'zolarining nomutanosibligi (klinik jihatdan tor tos, katta homila bilan homila-tos nomutanosibligi, tos suyaklarining deformatsiyasi);

7. Tug'ruq kanali orqali tug'ishning anatomik to'siqlari (oldingi tug'ruqda III darajali perineal yorilish tikilgandan keyin bachadon bo'yni va qinning chandiqli deformatsiyasi);

8. Bachadonning yorilishi tahdidi;

9. Og'ir preeklampsiya;

10. Urinishlarni istisno qilishni talab qiluvchi somatik kasalliklar (og'ir nevrologik patologiya, operatsiya qilingan umurtqa sindromi);

11. Homilaning distressi (tug'ish paytida o'tkir homila gipoksiyasi, platsenta yetishmovchiligining dekompensatsiyalangan shakllari);

12. Bachadonning kontraktil faolligining anomaliyalari (tug'ruqning zaifligi, dori terapiyasiga mos kelmasligi).

Shu bilan birga, operatsiya yangi tug'ilgan chaqaloqning birinchi nafas olishi, ong va psixikaning shakllanishi uchun mas'ul bo'lgan retikulyar shakllanish faoliyati uchun zarur shart sifatida tug'ruq aktining barcha davrlarini istisno qilish bilan birga keladi. Binobarin, KK uchun ko'rsatmalarning evolyutsiyasi bachadon chandig'i bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ruqni boshqarishda jiddiy muammo tug'diradi. Ko'pgina hollarda bachadonda chandiqli mavjudligi takroriy operativ tug'ruqga ko'rsatma hisoblanadi [18, 36, 45]. Chet el mualliflarining fikriga ko'ra, KK dan keyingi bachadonda chandig'i mavjud bo'lgan ayollarda 25-70 % holda tabiiy tug'ruq kanali orqali tug'ruqni bo'lishi mumkin [13, 33, 35, 46, 88, 98, 14]. Yetakchi kasalxonalar tajribasi shuni ko'rsatadiki, og'irlashtiruvchi omillar bo'lmaganda 50% holda bunday tug'ruq ehtimoli mavjud [4, 10, 46, 89, 95]. Biroq, bachadondagi

chandiqlning mustahkamligi uchun aniq mezonlarning yo'qligi qorin bo'shlig'ida takroriy jarrohlik amaliyoti chastotasini kamaytirishga imkon bermaydi [1, 24, 25, 12].

KK bilan bog'liq qo'shimcha muammolar va qarama-qarshiliklar nafaqat mamlakatlar o'rtasida, balki mamlakatlar ichida ham jarrohlik ko'rsatmalaridagi farqlarni, shuningdek, KK sog'liqni saqlash byudjetiga yuklaydigan keraksiz xarajatlarni o'z ichiga oladi [93, 106, 11].

1985 yildan boshlab, xalqaro sog'liqni saqlash hamjamiyatida ideal KK darajasi 10-15% ni tashkil etishi qabul qilingan. Yangi tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, agar KK chastotasi aholi darajasida 10% gacha tushsa, onalar va neonatal o'lim darajasi kamayadi. Biroq, agar uni amalga oshirish chastotasi 10% dan oshsa, mavjud ma'lumotlar o'lim darajasining yaxshilanishini ko'rsatmaydi (JSST bayonoti, Jeneva, 2015). Shuningdek, KK darajasining oshishida, vaginal tug'ruqqa qaraganda, yomonroq perinatal natijalar o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatadigan tadqiqotlar mavjud [94, 17, 16, 12]. Shu sababli, KK bilan kasallanishning ko'payishi sabablari mutaxassislar uchun tushunarli, ammo bu o'sish ona va bola salomatligining turli xil muammolarining butun majmuasini hal qilishga olib kelmadi.

Umumlashtirib aytganda, Kesarcha kesish jarrohlik amaliyoti hamon o'z dolzarbligini yo'qotmagan, shu bilan birga turli xil akusherlik asoratlarida ona va bolani hayotini saqlab qoluvchi yagona yo'llardan biri sifatida qo'llaniladi. Shunga qaramay, tabiiy tug'ruqqa qaraganda unda ko'proq o'zgarishlar kuzatiladi. Bachadondagi chandiqlning o'zi ham ayolning keying reproduktiv faoliyatiga ta'sir qiluvchi omil sifatida alohida o'ringa ega bo'ladi. Shuning uchun aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzi va homiladorlikni to'g'ri rejalashtirish bo'yicha amaliy ishlar olib boorish maqsadga muvofiqdir.

1.2. Kesarcha kesish jarrohlik amaliyotidan keyin yuzaga keladigan asoratlar

Kesarcha kesish operatsiyasi jarrohlik nuqtai nazaridan o'rta og'ir yoki og'ir darajali jarrohlik amaliyotiga kiritiladi. Turli manbalarning ma'lumotlariga ko'ra KK operatsiyasidan keying asoratlar 7-19,5% ni tashkil qilmoqda [14, 21, 27, 30]. Ushbu asoratlar akusherlik va ekstragenital patologiyalar bilan tushuntiriladi. Shunday qilib, rus mualliflarining fikriga ko'ra, KK dan keyin endometritning chastotasi 10-20% ni spontan tug'ruqdan keyin esa 3-5% ni tashkil qiladi [25, 31, 50]. Amerika Pediatriya Akademiyasi va Amerika Akusherlar va Ginekologlar Kolleji (ACOG) ma'lumotlariga ko'ra, endometrit tibbiy ko'rsatma bilan o'tkazilgan KK dan o'tgan ayollarning taxminan 60 %da va elektiv KK dan keyin 24 %da rivojlanadi [65, 113, 9].

L.V.Tkachenko 100 nafar bemorni tekshirib, KK jarrohligidan keyin yiringli-yallig'lanish asoratlari (YYA) paydo bo'lishi uchun quyidagi olib keluvchi omillarni aniqladi: YYA anamnezida tibbiy abort yoki homila tushishi kuzatilgan qayta tug'uvchi ayollarda 64-66%ni, bepushtlikda 8% ni; ayollarning reproduktiv tizimining yallig'lanish kasalliklari bo'lganda 10-14%ni; homiladorlik davrida aniqlangan jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyada 19-28% ni tashkil qiladi. YYA uchun ekstragenital xavf omillaridan, surunkali infeksiya o'choqlari (26%), ayniqsa genitouriya tizimi infeksiyasi(pielonefrit 16-24%) alohida o'ringa ega. Anemiya (60-62%) va yog' almashinuvining buzilishi (22-24%) tug'ruqning himoya va adaptiv qobiliyatining pasayishiga olib keladi. Akusherlik omillaridan, mualliflarning fikriga ko'ra, eng muhimlari: uzoq muddatga cho'zilgan tug'ruq (76%); "suvsiz" interval 6 soatdan ortishi (64%); og'ir preeklampsiya (PE) (22%) mavjudligi kabilar ajratilgan. Intaoperatsion asoratlarning xavf omillari quyidagilardir: tug'ruqning 1-bosqich oxirida yoki 2-bosqichda KK jarrohligi, bachadon tanasini jarrohlik yarasiga olib chiqish (eksternalizatsiya), yo'ldoshni instrumental olib tashlash, platsentaning oldinda kelishi va boshqalar [62].

KKdagi eng noqulay va nisbatan ko'p uchraydigan (38% gacha) operatsiya davomidagi asoratlarga patologik va massiv qon ketish kiradi [14, 41, 45, 48, 52, 54, 57, 95]. Rejalashtirilgan KK operatsiyasi paytida qon yo'qotishning o'rtacha hajmi 800 ml ni, favqulodda vaziyatda - 1000-1200 ml ni, gisterektomiya shaklidagi kengaytirilgan operatsiyada yo'qotilgan qon hajmi 1500-3000 ml gacha yetishi mumkin [21, 45, 52, 19].

Bachadonning qisqaruvchanligi faolligi (gipotonik, atonik) buzilishi bilan bog'liq qon ketish jarrohlik amaliyotida ham (21%) va vaginal tug'ruq (22%) paytida ham kuzatilishi mumkin [21, 54]. Ba'zi ilmiy maqolalarda ko'p qon yo'qotish bilan murakkablashgan KK tananing ko'plab himoya mexanizmlarini bostirishga va immunologik parametrlarning o'zgarishiga yordam beradi [45]. Shuning uchun, bachadonga har qanday jarrohlik aralashuvni amalga oshirayotganda, akusher-ginekologlar operatsiyadan keyingi davrga va kelajakda bemorning umumiy holatiga ta'sir qiluvchi qon yo'qotish miqdorini kamaytirishga harakat qilishlari kerak [31, 45, 48]. Ko'pgina tadqiqotchilar placenta accreta ning (platsentaning qattiq biriktirilishi) ulushini oshirishda ikkita omil asosiy rol o'ynaydi, deb hisoblashadi: KK dan keyin bachadonda chandiqlik va platsenta oldingi [105,12, 16]. Hozirgi vaqtda placenta accreta si 2500-7000 tug'ilishda bitta ayolda aniqlanadi [78, 89, 97, 15, 105]. T. Angstmann va boshqalar. (2010) kelajakda ushbu patologik holatning tarqalishi ehtimoli haqida tashvishli maqola chop etdi - har 533 tug'ilishga 1 tagacha uchrashi aniqlandi [64]. Plasenta previa (platnestaning oldinda kelishi) rivojlanish chastotasining KK soniga bog'liqligi mavjud. Aholi orasida platsentaning oldinda kelishi bilan kasallanish darajasi: bachadoni o'zgarmagan ayollarda 0,26 %ni, bitta KK dan keyin chandiqlari bo'lgan ayollarning 0,65 %ni va to'rt yoki undan ortiq aralashuv bo'lgan ayollarning 10 %ni tashkil qiladi [46, 86, 112, 104]. 75-90% hollarda platsentaning oldinda kelishi uning o'sib kirishi bilan birga keladi [7, 18, 36, 96, 109, 100].

Butun dunyo bo'ylab KK ning ortib borayotgan nisbati va platsentaning haqiqiy o'sib kirishining ortishi o'rtasidagi bog'liqlik qayd etilgan [87, 96, 105, 103, 108, 104], bu muqarrar ravishda qon ketish xavfining oshishiga olib keladi, ko'pincha massiv, hayotga tahdid qilishi bilan murakkablashadi. Bachadon chandig'i va yo'ldoshning noto'g'ri birikishi bilan kasallangan homilador ayollarga tibbiy yordam ko'rsatish qamrovini kengaytirish maqsadida konsultativ klinikalar, tug'ruq komplekslari faoliyatini yanada takomillashtirish, amaliy maqsadlarda qon ketishining oldini olish hamda to'xtatishning yangi va samarali usullarini joriy etish zarur. Ko'pgina mualliflar bachadondagi chandiqlarning keyingi homiladorlikka ta'sirini ta'kidlashadi. 85 728 bemorning meta-tahlili shuni ko'rsatdiki, KK bilan kasallangan ayollar vaginal tug'ilgan ayollarga qaraganda homiladorlik ehtimoli 9% ga kam.

Bachadon chandig'i bo'lgan homiladorlik (BChH) KK dan keyin ayniqsa xavflidir. Mahalliy adabiyotlarda BChH holatlarini tavsiflovchi bir nechta ishlar mavjud [28, 43, 65, 84, 112]. Sog'liqni saqlash muassasalarining tashxislash bo'limlarini zamonaviy jihozlash darajasi ushbu xavfli patologiyani homiladorlikning dastlabki bosqichlarida og'ir holatlar boshlanishidan oldin o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi [44, 59, 75, 109]. Bunga olib kelishi mumkin bo'lgan eng jiddiy akusherlik asoratlari onalar o'limi va og'ir perinatal natijalar bachadon yorilishidir [83, 105, 104]. Ba'zida yorilish hatto tug'ruq paytida ham emas, balki homiladorlikning 22-24 xaftaligida yoki undan oldin [32, 100, 105], tibbiy abortdan keyin va tug'ruq paytida [106, 102] sodir bo'ladi. Bachadonning barcha yorilishlari ichida oldingi KK dan so'ng bachadon yorilish muhim rol o'ynaydi [47, 59, 92, 100, 103]. Darhaqiqat, yaqinda o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, bachadon yorilishi 10 000 tug'ruqdan 5,6 tasini tashkil qiladi.

Shunday qilib, KK chastotasining oshishi muqarrar ravishda onaning asoratlari o'sishiga olib keladi, shu jumladan uzoq muddatli o'zgarishlar. Zamonaviy sharoitda miometriyni tiklashning patofiziologik jarayonlariga katta

e'tibor berilmoqda, ularning to'liq tiklanishi onalar kasallanishi va o'limini kamaytirishi mumkin.

1.3. Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi bachadondagi o'zgarishlar

2000 yilda miometriyani tiklash yagona biologik qonunlarga muvofiq davom etishi va quyidagi asosiy bosqichlarni o'z ichiga olganligi tasdiqlandi: birinchisi - travmatik yallig'lanish; ikkinchisi - granulyatsiya (biriktiruvchi) to'qimalarning neoplazmasi va epiteliyning yangilanishi; uchinchisi - chandiqlarning shakllanishi va qayta tuzilishi [1, 14, 29, 33, 58, 64, 95, 105]. Ular orasida qat'iy chegaralar yo'q va vaqt o'tishi bilan ular bir-birini qisman qoplashi mumkin. Yuqoridagi bosqichlar yaraning turiga bog'liq bo'lmagan holda universadir.

Birinchi bosqich zararlangan paytdan boshlab o'rtacha 2-7 kun davom etadi va uning davomiyligi jarohatning hajmi va turiga bog'liq. Rivojlanayotgan mikrosirkulyatsiya o'zgarishlari qon tomir tonusining o'zgarishiga, tomir devorlarining o'tkazuvchanligining buzilishiga va biologik faol moddalarning (siklik nukleotidlar, prostatsiklin va boshqalar) biosintezi tabiatiga bog'liq [12, 29, 45, 76, 108, 106].

Yarani davolashning ikkinchi bosqichi odatda jarohatdan keyin 4-6-kuni boshlanadi. Bunday holda, regeneratsiyaning ikki turda bo'lishi mumkin: to'liq bo'lmagan regeneratsiyani ifodalovchi - substitutsiya va chandiqlar klinik jihatdan aniqlanmaganda - restitutsiya. Miometriydagi nuqsonni inert biriktiruvchi to'qima bilan emas, balki qisqaruvchi faollikni ko'rsatadigan silliq mushak to'qimasi bilan almashtirish ko'proq mos keladi, deb aytilgan [12, 36, 64, 82, 91, 113].

Regeneratsiya davrida fibroblastlar asosiy hujayralarga aylanadi. Granulyatsion to'qimalarning yangi shakllanishi va yetilishi bir necha bosqichda sodir bo'ladi [44, 57, 99, 101, 107], jumladan, kapillyar o'sishi, fibroblast migratsiyasi va proliferatsiyasi, glicosaminoglikanlarning to'planishi, kollagen biosintezi va fibrilogenez, kollagen tolasining yetilishi va tolali to'qimalarning shakllanishi.

Dastlab, kapillyarlar va fibroblastlar tasodifiy joylashishi hamda asos rolini o'ynaydigan fibrin tolalari oqimi bo'ylab joylashib boradi. Keyin gemodinamik kuchlar ta'sirida kapillyarlar vertikal halqalar xarakteriga ega bo'ladi. Ba'zi fibroblastlar kapillyarlarga hamroh bo'lib, ularning yo'nalishiga parallel joylashgan bo'lsa, boshqalari yara yuzasiga parallel ravishda gorizontal yo'nalishni oladi [39, 45, 52, 58, 62, 79, 83, 110]. Kollagen tolalari mos ravishda yo'naltirilgan. Shunday qilib, granulyatsiya to'qimasi o'ziga xos arxitektonikani oladi.

Granulyatsiya to'qimalarining qayta tashkil etilishi va chandiqlarning qayta tuzilishi (uchinchi bosqich) mexanizmlari hali yetarlicha aniqlanmagan murakkab jarayonlardir. Reparativ jarayonning umumiy morfologik va funksional xususiyatlari quyidagi jarayonlarda ifodalanadi: biriktiruvchi to'qimalarning neoplazmasi shikastlangan to'qimalar elementlarining fagotsitozini, fibroblastlarning ko'payishini, yangi tomirlarning shakllanishini, kollagen sintezi va fibrilogenezi, biriktiruvchi to'qimalarni qayta qurishini o'z ichiga oladi. Yarani davolash jarayonida kollagenlar nisbatining o'zgarishi xarakterlidir: birinchi navbatda, fibrinoliz faollashganda III tip kollagen, chandiqlar paydo bo'lganda esa I tip kollagen ustunlik qiladi [22, 34, 68, 97, 106]. Shuni ta'kidlash kerakki, hatto minimal yallig'lanish reaksiyasi ham biriktiruvchi to'qimalarning kollagen tolalarining rezorbsiyasiga olib keladi va shu bilan KK dan keyin bachadon chandig'ining zaiflashishiga olib keladi [11, 25, 36, 58, 109].

Jarrohlik amaliyoti paytida miometriyal hujayralar, uning tomirlanishi va asab tugunlari shikastlanganligini hisobga olsak, KK dan keyin bachadon devorini ta'mirlash sifati ko'p jihatdan keyingi homiladorlik va tug'ruqlarning qulay yo'nalishini belgilaydi.

1.4. Kesarcha kesishdan keyingi chandiqning mahalliy yupqalashishi

1961 yilda gisterosalpingografiya ma'lumotlariga asoslanib, KK dan keyin bachadonning pastki qismidagi miometriyning maxsus holati tasvirlangan, bu endometriy tomondan bachadon devoridagi xanjar shaklidagi nuqson bo'lib, bachadon to'qimalarining tiklanishining buzilishi jarayonida hosil bo'lgan [19, 28, 36, 85, 105]. Keyinchalik shunga o'xshash holat 1982 yilda transabdominal sonografiya va 1990 yilda transvaginal ultratovush yordamida aniqlandi. Birinchi marta 2001 yilda A.Monteagudo va boshqalar. "tokcha" atamasidan foydalanishni taklif qilishgan. Ular "tokcha" ni miometriyda kamida 2 mm chuqurlik sifatida tasvirlashgan. Oxirgi o'n yilliklar davomida turli tadqiqotchilar chandiq hududining mahalliy yupqalanishini ta'riflash uchun boshqa terminologiyadan foydalanishni taklif qilishdi, bu holatni divertikul, "qopcha", chandiq yetishmovchiligi, chandiq ochilishi, istmikosele va boshqa atamalar bilan atashdi [15, 28, 76, 102, 105].

2019 yilda bir guruh mualliflar tadqiqotini nashr etishdi, uning maqsadi miometriyning mahalliy noziklashuvining ta'riflari, o'lchovlari va tasnifi bo'yicha mavjud ma'lumotlarni umumlashtirish edi [10, 37,49, 56, 78, 82, 108]. Tadqiqotda 20 nafar yetakchi ekspert ishtirok etdi. Natijada 79 ta bahsli masala bo'yicha konsensusga erishildi. Mutaxassislarning ko'pchiligi (83%) "tokcha" atamasiga rozi bo'lib, "tokcha" kamida 2 mm chuqurlikdagi KK dan keyin chandiq joyidagi chuqurlik sifatida belgilanishi kerak degan qarorga kelishdi. Shunday qilib, bugungi kunga kelib, chandiqning tuzilishidagi o'zgarishlarni uning mahalliy noziklashuvi shaklida tavsiflovchi ko'plab atamalar mavjud.

Homiladorlik davrida chandiq holatini o'rganishning turli usullarini qo'llash imkoniyatlari cheklanganligi sababli, so'nggi o'n yilliklarda homilador bo'lmagan ayollarda KK dan keyin bachadondagi chandiqdagi morfologik o'zgarishlarni o'rganishga bag'ishlangan ishlar olib borildi. Ko'pgina mualliflar [108] homiladorlik paytida va undan tashqarida bachadondagi chandiqni o'lchash

usulidagi sezilarli farqlarga e'tibor qaratishadi. Bachadon chandig'ini homiladorlikdan tashqarida ultratovush (2D, 3D, tuzli eritmalarining intrauterin instilatsiyasi, gellar), MRT, gisteroskopiya yordamida tasavvur qilish mumkin. Eng qulay usul - bu chandiqni transvaginal ultratovush tekshiruvi [16, 32, 67, 102, 104, 100, 108], uning maqsadi uning tuzilishini tavsiflashdir.

Chandiq qalinligini baholashda noto'g'ri ijobiy va noto'g'ri salbiy natijalarga yo'l qo'ymaslik uchun tadqiqotchilar bachadon bo'shlig'iga turli xil eritmalar - gidrosonografiya, shu jumladan exo-kontrast vositalarini qo'llash orqali ultratovush texnikasini yaxshilashga harakat qilmoqdalar. 2016 yilda KK dan 6-9 oydan keyin ayollarda chandiq holatini baholashga nisbatan gidrosonografiya bilan kontrastli gidrosonografiyani taqqoslash bo'yicha tadqiqot [70, 81, 86, 92, 96, 106] o'tkazildi. Tadqiqot natijasida mualliflar exo-kontrast preparatlari yordamida miometriyal qalinligini o'lchash chandiq holatini baholashning ishonchli usuli bo'lib, klinik amaliyotda qo'llanilishi mumkin degan xulosaga kelishdi. Intrauterin suyuqlik (masalan, hayzning qoni) bo'lsa, gel yoki fiziologik infuzion qo'shimcha qiymatga ega emas [108, 104, 112, 110].

Chandiqda "tokcha" ni nafaqat ultratovush yordamida, balki MRT va gisteroskopiya kabi boshqa usullar yordamida ham ko'rish mumkin. 2015 yilda o'tkazilgan tadqiqotda, klinikaga murojaat qilgan 158 nafar ayolga tos a'zolarining MRT tekshiruvi o'tkazildi. Barcha MRT tasvirlar "tokcha" deb atalmish shaklidagi bachadon ustida chandiqning nuqsonini aniqlash uchun tekshirildi. T2 proyeksali kesmalarda "tokcha" kamida 1 mm chuqurlikdagi bachadon chandig'i sohasidagi anexogenik maydon sifatida aniqlangan. 158 bemorning 10 tasida (6,3%) miometriyning "tokcha" ko'rinishida mahalliy yupqalashishi aniqlangan. O'rtacha kenglik asosi 6,45 mm (diapazon 3,78–13), "tokcha" ning o'rtacha chuqurligi 4,6 mm (2,5 dan 5,93 gacha), qolgan miometriy qalinligi 4,29 mm (3,41-7,39 oralig'ida) va "tokcha" ga ulashgan buzilmagan miometriyning o'rtacha qalinligi 12 mm (6,58-18,1 oralig'ida) edi.

Homiladorlikdan tashqari holatda chandiq holatini tashxislashning yana bir usuli bu gisteroskopiya bo'lib, uning afzalligi bachadon bo'shlig'idagi patologik jarayonlarni aniqlash va intrauterin manipulyatsiyani amalga oshirish qobiliyatidir [18]. Ko'pgina mualliflar bachadon chandig'i yetishmovchiligining quyidagi gisteroskopik belgilarni aniqlaydilar, ular hayz davrining 4 yoki 5 kunida, endometriyning funksional qatlami butunlay rad etilganda va pastki to'qimalar nozik bazal qatlam orqali ko'rinadiganda, baholanadi [17, 40, 88, 111, 101]: chandiq maydonida tortilish yoki qalinlashish; chandiq to'qimalarining oq rangli bo'lishi; nuqson hududida endometriyning yo'qligi; qon tomir naqshining kamayishi.

Ko'p hollarda chandiq maydonini gisteroskopik tekshirish uning jarrohlik yo'li bilan tuzatish (gisteroresektoskopiya yoki gisteroskopiya bilan birgalikda laparoskopiya) bilan tugaydi. Ushbu davolash usulining samaradorligi ko'p jihatdan bahsli.

1.5 “Tokcha” simptomi bo’lgan ayollarning reproduktiv faoliyati

1911 yilda S. Kemeron KK dan keyin chandiq bo'ylab bachadon yorilishi tufayli vafot etgan homilador ayolning kasallik tarixi to'g'risidagi ma'lumotlarni nashr etdi. O'limdan keyingi tibbiy tekshiruvda bachadon chandig' bo'ylab yorilishi aniqlangan, bachadon bo'shlig'i qon bilan to'lgan, homila esa yorilib ketmagan amniotik pardalar ichida qorin bo'shlig'ida bo'lgan [80]. Bu nuqsonli bachadon chandig'idan kelib chiqqan kech asoratning birinchi xabar qilingan holati edi. So'nggi o'n yilliklarda hayzdan keyingi qon ketish, dismenoreya, surunkali tos a'zolarining og'rig'i (STAO), disparuniya kabi ginekologik simptomlar "tokcha" mavjudligi bilan bog'liqligi taxmin qilinmoqda [76, 77, 97, 100, 105, 111, 107].

Tashxis qo'yilgan "tokcha" simptomi bo'lgan bemorlarda eng doimiy alomatlar hayzdan keyingi qonli ajralmalar va qorinning pastki qismidagi og'riqlardir. KK dan keyin bachadonida chandiq bo'lgan 263 nafar ayollarni so'rovi natijasida har uchinchi ayol tasvirlangan shikoyatlarni keltirishi aniqlandi. Shu bilan birga, jinsiy yo'ldan hayzdan keyingi qonli ajralmalar ko'proq "tokcha" bo'lgan ayollarda va qoldiq miometriyal qalinligi "nisha" yaqinida bachadon old devori qalinligidan <50% bo'lgan ayollarda uchraydi. Ushbu topilmalar "tokcha"li bemorlarda ushbu shikoyatlarning ilgari xabar qilingan tarqalishi bilan mos keladi [76, 84, 101]. Ularning etiologiyasi to'liq aniqlanmagan. Ular hayz ko'rish allaqachon to'xtaganidan keyin vaqti-vaqti bilan bo'shab turadigan hayz qonining "tokchada" saqlanishidan kelib chiqishi mumkin, deb ham aytilgan [97, 99]. Bachadon chandig'i hududida joylashgan tolali to'qimalar miometriyning normal qisqarishiga va buning natijasida hayz ko'rish oqimining drenajiga xalaqit bersa, qon ham to'planishi mumkin [79, 84]. Bundan tashqari, "tokcha" da yangi hosil bo'lgan mo'rt tomirlar "tokcha" yoki bachadon bo'shlig'ida qon yoki suyuqlikning to'planishiga hissa qo'shishi mumkin. Bu endometriy stromasida

erkin qon hujayralari mavjudligi va gisteroskopiya ma'lumotlarda ko'pchilik bemorlarda kichik tomirlar ko'rinishi bilan tasdiqlanadi [99, 101, 103, 107, 108,].

Ginekologik belgilarga qo'shimcha ravishda, tokcha bo'lganda keyingi fertillikka nazariy jihatdan salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ovulyatsiya paytida intrauterin suyuqlik yoki bachadon bo'ynida shilliq va qonning to'planishi, tokcha bilan birgalikda bo'lganda, spermatozoidlarning kirib kelishiga to'sqinlik qilishi yoki embrion implantatsiyasiga xalaqit berishi mumkin. Yaqinda o'tkazilgan 85728 nafar ayollarni o'z ichiga olgan meta-tahlil, KK homiladorlik ehtimolini vaginal tug'ruq bilan solishtirganda o'rtacha 10% ga kamaytirishini ko'rsatdi (nisbiy xavf 0,91, 95% ishonch oralig'i 0,87-0,95) . "Tokchanning" mavjudligi siydik pufagining faoliyatini buzilishiga ham olib kelishi mumkinligi haqida xabarlar mavjud [76, 100,]. Biroq, bu aniq isbotlanmagan va chuqurroq izlanishlarni talab qiladi.

Ko'pgina tadqiqotlar miometriy qalinligi va homiladorlik asoratlari [8, 12, 29, 34, 46, 59, 62], jumladan, bachadon yorilishi o'rtasidagi munosabatlarga bag'ishlangan ishlarni hisobga olgan holda KK dan keyin "tokcha" va hayz ko'rish buzilishi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlaganligi sababli, ehtiyojga ko'ra aniq klinik vaziyatga bog'liq holda turli xil davolash usullari ishlab chiqilgan. Shunday qilib, homiladorlikni rejalashtirmagan ayollarda, jinsiy a'zolardan uzoq davom etgan hayzdan keyingi qon ketish shikoyati bo'lsa, konservativ (gormonal) terapiyani qo'llash mumkin - aralash og'iz kontratseptivlari yoki levonorgistrel o'z ichiga olgan bachadon ichi tuzilmalari [104, 112].

Jarrohlik yo'li orqali tuzatish usullari homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollar uchun yoki konservativ terapiya samarasiz bo'lganda zarurdir [11, 19, 29, 36, 74, 85, 91,]. Bachadon chandig'ini jarrohlik yo'li bilan tuzatish uchun quyidagi usullar qo'llaniladi: laparotomiya, vaginal rekonstruksiya, laparoskopiya, gisteroskopiya. Laparotomiyadan (mini-laparotomiya) foydalanish hozirgi vaqtda laparoskopik kirishning keng qo'llanilishi tufayli cheklangan, ammo ba'zi hollarda undan foydalanish mumkin . M. Pomorski mini-

laparotomiya uchun quyidagi mezonlarni taklif qildi: simptomlar, gormonal terapiyani rad etish va qoldiq miometriyning qalinligi 2,2 mm dan kam yoki unga teng bo'lganda. Bu chegara tanlanishining sababi shundaki, agar qalinligi kattaroq bo'lsa, kam invaziv usulga afzallik beriladi. Oldingi KK joyida minilaparotomiya o'tkaziladi. Chandiqning nuqsoni aniqlangandan so'ng, bachadonning old devorining endometriy qatlamigacha nuqson kesilgan, shundan so'ng yara tikilgan.

Bachadon chandig'ini laparotomiya bilan rekonstruksiya qilish genital traktdan hayzdan keyin qon ketishi, dismenoreya uchun samarali bo'ladi va fertillikni yaxshilashi mumkin [106, 107]. Bachadon chandig'i maydonini qayta ko'rib chiqish va uni qayta tiklashning yana bir usuli bu vaginal usuldir [85, 116]. Operatsiya texnikasi Qozon shahridagi rus mualliflari tomonidan batafsil tavsiflangan: qinga kirish amalga oshiriladi, so'ngra qinning old devorida yarim oylik kesma qilinadi. Qovuq bahcadon bo'ynidan vezikouterin burmaga qadar ajratiladi. Gegar kengaytiruvchilari bachadon bo'yni kanaliga kiritiladi, so'ngra bachadondagi chandiqning holatini vizual va palpatsiya orqali baholanadi. Chandiq sog'lom to'qimalar chegarasida kesiladi. Bachadonning yaxlitligi ikki qatorli choklar bilan tiklanadi.

2014 yilda o'tkazilgan tadqiqotga ko'ra, vaginal jarrohlikning terapevtik samaradorligi mahalliy miometriy noziklikni davolashda operativ histeroskopiyadan ustundir. Jarrohlikdan 6 oy o'tgach, genital traktdan postmenstrual qon ketishining kamayishi bemorlarning 80,3 %da uchraydi. Biroq, vaginal metroplastika ba'zi hollarda, masalan, katta bo'shliqlarda samarali bo'lmasligi mumkin. Chjou X. va boshqalar, nuqson kengligi 18,85 mm dan ortiq bo'lgan 18,75% hollarda muvaffaqiyatsizlikka uchragan. Boshqa bir tadqiqotga ko'ra [85, 94], bemorlarning 6 foizida operatsiyadan 6 oy o'tgach, miometriyning "tokcha" ko'rinishidagi mahalliy ingichkalashi davom etgan, bu ularning fikricha, bachadon chandig'ining endometriozi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Barcha

muolajalar ichida gisteroskopik "tokcha" rezektsiyasi eng kam invaziv hisoblanadi, bu uning afzalligidir.

A.Vervort va boshqalar, Niderlandiyaning 11 ta kasalxonasida ko'p markazli randomizatsiyalangan tadqiqot o'tkazdilar, uning maqsadi hayzdan keyingi qon ketish shikoyati bo'lgan ayollarda "tokcha" ni gisteroskopik rezektsiya qilish samaradorligini davo muolajalari o'tkazilmagan ayollar bilan solishtirish edi. Hayz ko'rgandan keyingi qonli ajralmalar quyidagicha ta'riflangan: (a) ikki yoki undan ko'p kun ichida hayz ko'rish davridan tashqari ajralmalar; yoki (b) hayz ko'rganda qon ketishining umumiy muddati 7 kundan ortiq bo'lsa, hayz ko'rgandagi qon ketish oxirida ikki yoki undan ortiq kun davomida jigarrang ajralmalar kelishi.

Bunday patologik ajralmalar oxirgi KK so'ng kamida uch oy ketma-ket bo'lishi kerak. Tadqiqotga, ultratovush tekshiruviga ko'ra, "tokcha" ko'rinishidagi miometriyal nuqson ("tokcha" sohasida MQQ 3 mm dan ortiq) bo'lgan va jinsiy yo'ldan postmenstrual ajralmalardan shikoyat qilgan 103 ayol ishtirok etdi. "Tokcha" sonogisterografiya paytida o'lchangan kamida 2 mm chuqurlikdagi bachadon old devorining pastki segmentidagi chuqurchaga aniqlangan.

Keyinchalik, bemorlar tasodifiy ravishda 2 guruhga bo'lingan: 1 - aralashuv guruhi (n = 52), 2 - kuzatish guruhi (n = 51). 1-guruhdagi bemorlarda "tokcha" sohasida miometriyning rezektsiyasi o'tkazildi (1.1-rasm). Jarrohlik aralashuvi sohasida MQQni doimiy sonografik baholash bilan aralashuv amalga oshirildi. Bachadon bo'yni diametri 9 mm bo'lgan Gegar dilatatorigacha kengaytirilgandan so'ng, "tokcha" ning pastki cheti rezektsiya qilindi, A. Vervoort maqolasida tasvirlanganidek, maxsus rolik yordamida yuzaki sirt koagulyatsiya qilindi. Distal chekkaning rezektsiyasi hayz ko'rish qonining chiqishini yaxshilashga qaratilgan va "tokcha" dagi tomirlarning yuzaki koagulyatsiyasi bu mo'rt tomirlardan qon yo'qotilishini kamaytirishga qaratilgan.



Rasm 1.1. - "Tokcha" simptomining distal chetini rezektsiya qilishning sxematik tasviri

Randomizatsiyadan 6 oy o'tgach, hayzdan keyingi qon ketish kunlarining o'rtacha soni nazorat guruhidagi 7 kunga nisbatan aralashuv guruhida 4 kun edi. Tokcha chuqurligi va MQQ ikki guruh o'rtasida 3 oylik kuzatuvdan keyin va boshlang'ich darajadan sezilarli darajada farq qilmadi. Shunday qilib, mualliflar genital traktdan postmenstrual ajralmalar shikoyati bo'lgan bemorlarda gisteroskopik rezektsiyasi samarali degan xulosaga kelishadi. Mualliflar o'z tadqiqotlarida MQQ ning pasayishini aniqlamagan bo'lsa-da, bu natijalarni ehtiyotkorlik bilan talqin qilish kerak, chunki barcha ayollar kuzatuvda ultratovush tekshiruvini o'tkaza olmadilar. Bundan tashqari, mualliflar "tokcha" ning uzunligi va hajmini o'lchamaganlar, bu nazariy jihatdan "tokcha" ning rezektsiyasidan (pastki chegarasi) keyin ortishi mumkin. Bundan tashqari, nazariy jihatdan, "tokcha" ning distal rezektsiyasi keyingi homiladorlikda istmik-servikal yetishmovchilikni keltirib chiqarishi mumkin.

Bir qator boshqa kogort tadqiqotlari gisteroskopiyadan keyin hayz ko'rishdan keyin qon ketishining 80% dan 90% gacha kamayganini va ayollarning 97% da og'riqning kamayganligini xabar qildi [63,102,107]. "Tokcha" ning gisteroskopik rezektsiyasi turli yo'llar bilan amalga oshirilishi mumkin: hayz ko'rishni yengillashtirish uchun pastki chetini kesib tashlash mumkin [82, 99, 101, 107]; "Tokcha" ning pastki va yuqori qismlarini kesish mumkin [103, 107, 111] va bu "tokcha" dagi tomirlarning koagulyatsiyasi bilan

birlashtirilishi mumkin [103, 107, 108, 109] yoki butun "tokcha" yuzasi bo'yicha [101, 105, 107].

Shunday qilib, gisteroskopik tokcha rezektsiyasi ushbu usullardan eng kam invaziv hisoblanadi, ammo siydik pufagining shikastlanishini oldini olish uchun "tokcha" va siydik pufagi o'rtasida yetarlicha qalin MQQ bo'lishini talab qiladi. Biroq, bu usul keyingi homiladorliklarda choklarning ochilish xavfini kamaytirmaydi.

Bachadon chandig'ining birinchi laparoskopik rekonstruktsiyasi 2003 yilda AQShda M. Jacobson va shogirdlari tomonidan amalga oshirildi. Keyinchalik tadqiqotchilar ushbu jarrohlik yondashuvni [69, 94] laparoskopik tuzatish texnikasini tavsiflovchi maqolalarida moslashtirdilar va tavsifladilar. Faqat laparoskopiyani o'z ichiga olgan mikrojarrohlik rekonstruktsiyasining kamchiliklari bor, masalan, yomon vizualizatsiya va shuning uchun endometriyning yon tomonida joylashgan "tokcha" ni aniqlashda past aniqlik [15, 49, 93, 106]. P. Klemm va boshqalar. gisteroskopiyani laparoskopiya bilan birgalikda qo'llash samaraliroq va xavfsizroq ekanligini taklif qildi, chunki bu kombinatsiyalangan yondashuv divertikulni yaxshiroq ko'rishga imkon beradi, bu esa o'z navbatida orientatsiyaning aniqligini oshirishga yordam beradi [106, 112, 113] va nuqsonning qirralari mos kelishini yaxshiroq taminlaydi.

J.X. Ding (2012) tomonidan olib borilgan tadqiqotda, birgalikda gisteroskopik va laparoskopik rekonstruktsiya qilingan 14 ta chandig'ida yupqalashish bo'lgan bemorlarda sezilarli klinik yaxshilanishni qayd etilgan.

Guanchjou tibbiyot universiteti (Xitoy) tadqiqotchilari usulni bachadon bo'shlig'ida joylashgan gisteroskop tomonidan chiqarilgan yorug'likdan foydalanish bilan to'ldirishdi. Bu tashqi to'q sariq-qizil yorug'lik manbai divertikulning eng zaif qismini topishga yordam berdi. Keyin jarroh divertikulni laparoskopik usulda ochish uchun elektr koagulyatsion asbobdan foydalangan. Bachadon divertikulining butun uzunligi bo'ylab kesilgan, so'ngra miometriyal to'qima tikilgan. Operatsiya peritanizatsiya bilan yakunlandi.

A. Akdemir va boshqalar. (2018) nuqsonni aniqlash uchun Foley kateteridan foydalanish imkoniyati haqida xabar berdi. Foley kateteri servikal kanal orqali bachadon bo'shlig'iga kiritildi, keyin u suyuqlik bilan to'ldiriladi va shu bilan nuqson aniq ko'rinadi. Ba'zi mualliflar vizualizatsiyani yaxshilashni va shu bilan birga robotlar yordamida invazivlikni kamaytirishni taklif qilishadi. Biroq, bu usul hali ham juda qimmat va hatto yirik shaharlarda ham mavjud emas.

Shunday qilib, hozirgi kunga qadar kesarcha kesishdan keyingi bachadondagi chandiq sohasidagi "tokchalar"ni rivojlanishini patogenetik sabablari noma'lum bo'lib qolmoqda va chandiqning holatini tashxislashning turli usullarining samaradorligi to'g'risidagi ma'lumotlar ishlatilgan ta'riflarning nomuvofiqligi bilan cheklangan. Shuningdek, ushbu patologiyani tuzatish zarurati va imkoniyatlari mavzusi muhokama qilinadi. Ushbu hal qilinmagan fundamental masalalar turkumi yangilikni belgilab berdi va ushbu tadqiqot uchun asos bo'ldi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishni yanada chuqurlashtirish va uni rivojlantirish Davlat dasturini amalga oshirishning asosiy yo'nalishlari to'g'risidagi" 3923 - sonli Prezident Farmoni hamda 2007 yil 2 oktyabrdagi "Respublika tibbiy muassasalarini faoliyatini yanada takominlashtirish chora tadbirlari to'g'risidagi" PK – 700 sonli qarori, onalar va bolalarni sog'ligini mustaxkamlash, reproduktiv salomatlikni mustahkamlash borasida ish faoliyatini olib borib barcha tibbiyot muassasalarini asosiy yo'nalishiga aylangan. Respublikamizda olib borilayotgan siyosat tufayli xar oy yakuni bo'yicha barcha ma'sullar ishtirokida axoli reproduktiv salomatligini mustaxkamlash soxasida olib borilayotgan ishlar taxlil qilinib kelinmoqda. Kamchiliklar aniqlanib ularni oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar ko'rilmoqda. Xar bir tumanlar kesimida o'tkazilgan yig'ilish bayonlari va qarorlari yetkazilib kelinmoqda.

Axoli reproduktiv salomatligini mustaxkamlash, ko'rsatilayotgan tibbiy xizmat sifatini oshirish, onalar va bolalar o'limini oldini olish uchun yil yillik

rejalar tuzilib tasdiqlanmoqda. Shuningdek xar bir viloyat xokimligi bilan tibbiyot muassasi o'rtasida ushbu yo'nalishda yo'l xaritasi tuzilib kelinmoqda. "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi qonunining ijrosini nazorat qilish maqsadida xar oyda tibbiyot birlashmalaridan jadvalda ma'lumotlar olinadi. Barcha jadvallar taxlil qilinib salbiy ko'rsatkichlar taxlil qilinib ushbu soxani isloh qilish borasida ishlar rejalashtiriladi. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlashda tibbiy xizmat sifatini oshirish choralari yaqindan aholi o'rtasida yoritilib kelmoqda.

O'zbekiston Respublikasida perinatal tibbiy yordamni maqsadli yo'naltirish to'g'risidagi Sog'liqni saqlash vazirligining № 151-sonli buyrug'i ijrosini ta'minlash, homilador, tug'adigan va yangi tuqqan ayollar hamda yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ko'rsatiladigan perinatal yordamning sifatini oshirish, undan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish, Sog'liqni saqlash tizimini barcha bosqichlaridagi tibbiy muassasalari va tibbiyot xodimlari o'rtasidagi hamkorlik samaradorligini oshirish, shuningdek onalar o'limi, perinatal va go'daklar o'limi ko'rsatkichlarini kamaytirish; O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Xotin-qizlarni qo'llab quvvatlash va oila institutini mustaxkamlash sohasidagi faoliyatni tubdan takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 2018 yil 25 fevraldagi PF-5325-sonli va O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Maxkamasining 2018 yil 10 maydagi 352-sonli "Qizlar va fertil yoshidagi ayollarga ko'rsatiladigan akusher-ginekologik va tibbiy yordam xizmatlari samaradorligini oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi Qarori hamda sog'liqni saqlash vazirligining 2018 yil 11 iyundagi "O'zbekiston Respublikasida ayollar, bolalar va o'smirlarga samarali akusher-ginekologik xizmatni tashkillashtirish hamda ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yanada oshirish to'g'risida"gi 386-sonli buyruqlari; Qonunchilik palatasi tomonidan 2019 yil 15 fevralda qabul qilingan Sena tomonidan 2019 yil 28 fevralda ma'qullangan O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019 yil 11 martdagi "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi 528-sonli Qonuni; O'zbekiston Respublikasi

Prezidentining 2018 yil 18 dekabrdaqi “Yuqumli bo’lmagan kasalliklarning profilaktikasi, sog’lom turmush tarzini qo’llab quvvatlash va aholining jismoniy faolligi darajasini oshirish chora-tadbirlari to’g’risida”gi PQ-4063-sonli Qarori; PK 5199 2021 yil 28 iyuldaqi “ Sog’liqni saqlash soxasida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko’rsatish tizimini yanada takomillashtirish” to’g’risidaqi qarori O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni Saqlash Vazirligining 2015 yil 07 oktyabrdaqi №391-sonli “O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni Saqlash Vazirligi tizimida tug’ilganlik va o’limni, shu jumladan perinatal o’limni elektron ro’yxatga olish, axborot tizimini joriy etish to’g’risida”gi buyrug’i; O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni Saqlash Vazirligining 28 iyun 2021 yildaqi 151 sonli “O’zbekiston Respublikasida perinatal tibbiy yordamni maksadli yunaltirish tug’risidaqi” buyrug’i O’zbekiston Respublikasi Sog’liqni Saqlash Vazirligining 10 sentyabr 2013 yildaqi «Homiladorlikni sun’iy ravishda to’xtatish yuzasidan standartlar» №312-sonli buyrug’i kabilar yurtimizda olib borilayotgan keng ko’lamli faoliyatni yanada aniq tasvirlab beradi.

Bularning barchasi ona va bola salomatligini asrash, kesarcha kesish amaliyotlarini kamaytirish, undagi asoratlarni oldini olish va reproduktiv yoshdaqi ayollarning salomatligini tiklashga qaratilgan.

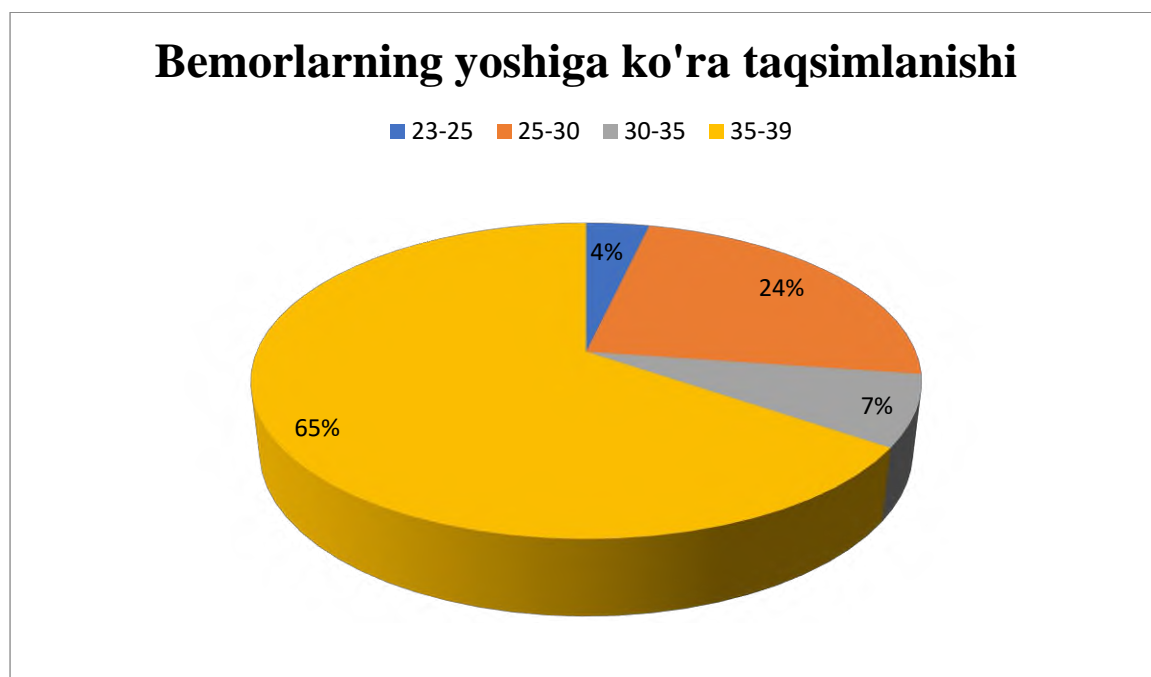
II BOB. TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

2.1. Tekshiruvdan o'tgan ayollarning klinik xususiyatlari

Bemorlar “Innova” xususiy klinikasida va Perinatal markazning endoginekologiya bo'limida ko'rikdan o'tkazildi. Jami bo'lib tadqiqotga 30 nafar ayollar kiritildi.

Tadqiqot davomida quyidagi tekshiruv usullari qo'llanildi: shikoyatlar va anamnezni yig'ish, umumiy klinik tekshirish usullari (umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma), ultratovush tekshiruvi, gisteroskopiya.

Bemorlarning eng yoshi 23 yoshda bo'lib, eng kata yosh 39 edi. Shunday bo'lsada asosiy qismini 30 yoshdan katta ayollar tashkil qildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $31,5 \pm 4,38$ yil edi. Bemorlarning yoshiga ko'ra ajralishi quyidagi diagrammada berilgan:



Rasm 2.1. Bemorlarning yoshga ko'ra ajralishi

Aksariyat bemorlarda TVI norma chegaralarida edi. Shunday bo'lsada bemorlarning 2 nafarida (6,67%) semirishning 3-darajasi qayd etilgandi.

Tekshiruv vaqtida mavjud homiladorlik sonining o'rtacha qiymati $1,61 \pm 0,66$ edi. Tug'ruqlar soni 35 taga teng bo'lib, tabiiy tug'ruq yo'li orqali tug'ruq kuzatilgan ayollarning birortasida qayd etilmagan. Kesarcha kesish operatsiyalar soni 35 ta edi. Abortlar soni 11 ga teng edi (2.1-jadval). Bemorlarda abortlar soni 11 ta bo'lib, bundan bir marta abort qilganlar 8 nafar (72,7%), ikki marta abort qilganlar 3 nafarni (27,3%) tashkil qildi. Abort sabablari homila rivojlanishdan to'xtashi, homilaning tug'ma nuqsonlari, antenatal o'lim holati bilan bog'liq edi.

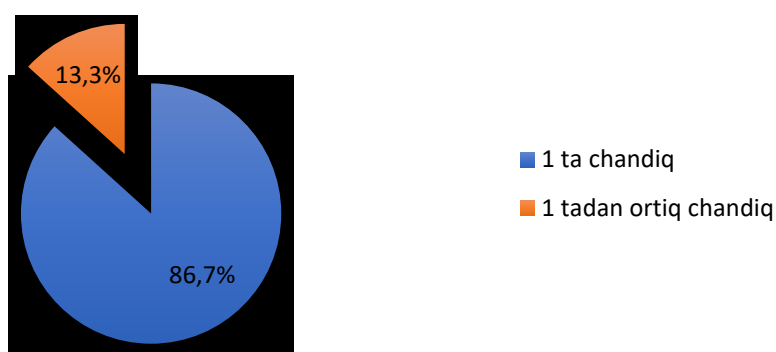
2.1-jadval

Tekshirilayotgan ayollarning akusherlik anamnezi

№	Ko'rsatkichlar	n	(%)
1	Homiladorlik soni	46	100%
2	Abortlar soni	11	23,9%
3	Tabiiy yo'llar orqali tug'ruqlar soni	0	0%
4	KK operatsiyasi soni	35	76.1%
5	Bachadondan tashqari homiladorlik	1	3,03%
6	Antenatal o'lim	1	3,03%

Bemorlarning 26 nafarida bachadonida faqat bitta chandiq bor edi – 86,7% ($n = 30$) ($p > 0,05$) (2-diagramma). Faqat bitta bemorda 3 ta chandiq, qolgan 3 nafarida esa 2 ta chandiq qayd etilgan. Shuni takidlash kerakki 3ta chandig'i bor ayol anamnezida antenatal o'lim kuzatilgan bo'lib kichik kesarcha kesish opertasiyasi orqali homila olingan.

Chandiqlar soniga ko'ra bemorlarning ajralishi



Rasm 2.2. Chandiqlar soniga ko'ra bemorlarning ajralishi

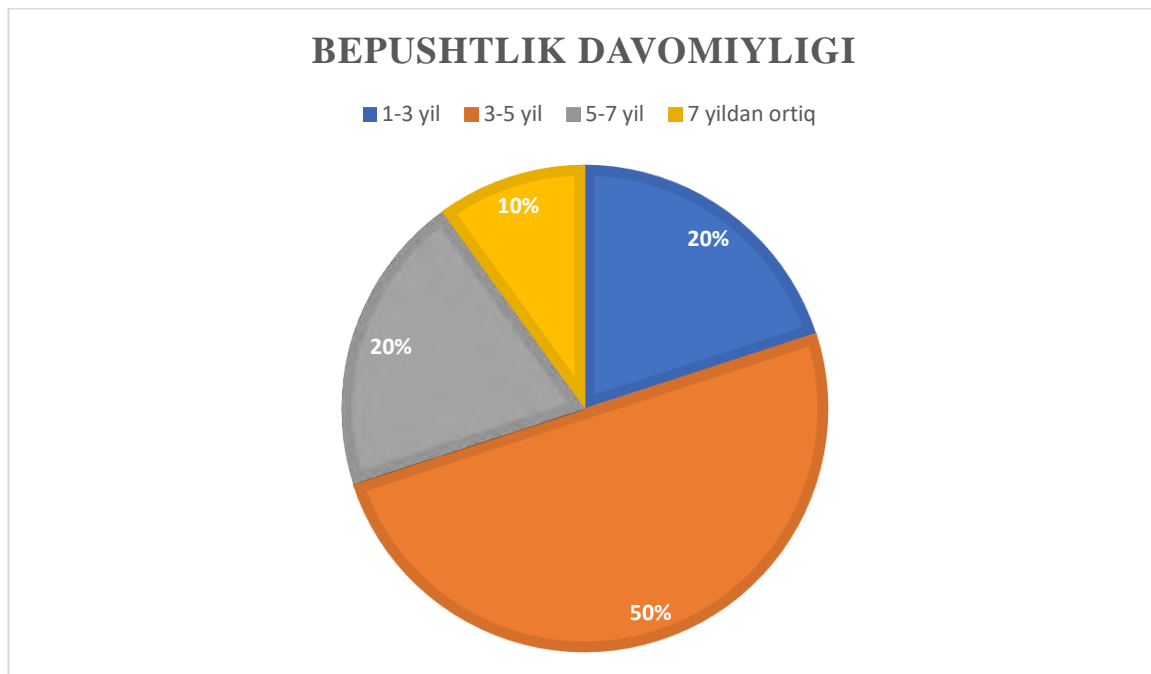
Bizning tadqiqotimizda Kesarcha kesish operatsiyasiga ko'rsatmalar ko'pchilik holda tos bo'shlig'i va homilaning nomutunosibligi ya'ni disproporsiyasi bo'ldi (35,0%). Keyingi o'rinni tug'ruq sustligi va normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi egallashdi. Ushbu ko'rsatkichlar to'liq 2.2-jadvalda keltirilgan.

2.2-jadval

Tekshirilayotgan ayollarning anamneziga ko'ra KKga ko'rsatmalar

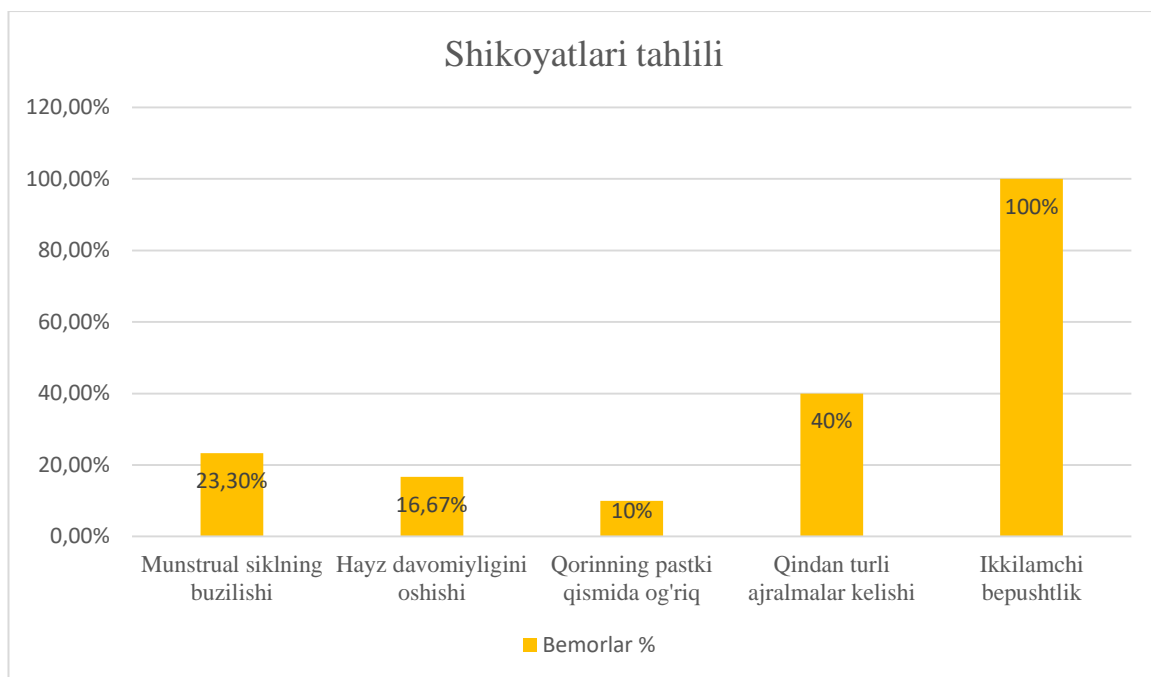
№	Ko'rsatma	N	%
1	Tos va homila boshining disproporsiyasi	12	34,3
2	Normal joylashgan platsentaning vaqtidan oldin ko'chishi	6	17,1
3	Tug'ruq sustligi	8	22,8
4	Preeklampsiya og'ir darajasi	6	17,1
5	Homilaning noto'g'ri pozitsiyasi va ko'rinishi	5	14,3
6	Homiladorlik 41 hafta yoki undan ko'proq muddati, ayolning yoshi, birlamchi bepushtligi va boshqa qo'shimcha jihatlar asosida	6	17,1

Bemorlarning shikoyatlarini analiz qilganda, barcha bemorlarda (100%) ikkilamchi bepushtlik mavjud edi. Ikkilamchi bepushtlikni davomiyligi turlicha bo'lib (1 yildan 9 yilgacha), o'rtacha $4,5 \pm 1,03$ yilni tashkil qildi.



Rasm 2.3. Ikkilamchi bepushtlik davomiyligiga ko'ra bemorlarning ajralishi

Bemorlar orasida 3 nafarida (10%) qarindoshlar o'rtasida nikoh qayd etilgandi. Ushbu ayollarda homiladorlik ko'plab asoratlar bilan kechib, abortlarning eng yuqori ko'rsatkichiga to'g'ri keldi. Ushbu ayollardan bir nafari birlamchi bepushtlikdan ham 6 yil aziyat chekkan.



Rasm 2.4. Bemorlarning shikoyatlari tahlili

Bemorlarning qolgan shikoyatlari hayz siklining buzilishi 23,3%, hayzning davomiyligini ortishi 16,67%, qorinning pastki qismida og'riq 10%, qindan turli ajralmalar kelishi 40% kabilarni tashkil qilishdi. 100% bemorlar ikkilamchi bepushtlik shikoyati bilan murojaat qilishgandi.

2.2. Tadqiqot usullari

Bemorlarda anamnezni yig'ishda, bolalikda o'tkazgan kasalliklari, menarxening shakllanishini, yashash sharoitlari o'rganildi, har bir bemorning akusher-ginekologik va obyektiv holatining xususiyatlarini tahlil qilindi.

Avvalgi homiladorlik, tug'ruq va ularning ona va homila uchun natijalari, shuningdek, Kesarcha kesishdan keyin vujudga kelgan o'zgarishlarni xususiyatlariga alohida e'tibor berildi.

Laboratoriya tekshiruvlaridan quyidagi umumiy klinik tahlillar o'tkazildi:

- umumiy qon tahlili,
- umumiy siydik tahlili,
- qon guruhi va rezusga bog'liqlik
- koagulogramma
- qonning biokimyoviy taxlili.

Instrumental usullardan UTT va gisteroskopiya qo'llanildi.

UTT 30 nafar ayollarga Sonoscape-ay 1000 apparatida (Janubiy Koreya) 3,5 MGts chastotali datchik bilan o'tkazildi. Chandiq sohasi, uning qalinligi, lokal yupqalashish belgilariga, bachadonning qavatlariga e'tibor berildi.



Rasm 2.5. Ultratovush apparati

Ultratovush tekshiruvi (UTT), sonografiya - ultratovush to'lqinlari yordamida inson tanasini noinvaziv usulda o'rganilishidir.

Ultratovushning fizik asosi piezoelektrik effektdir. Ba'zi kimyoviy birikmalarning monokristallari (kvars, bariy titanat) ultratovush to'lqinlari ta'sirida deformatsiyalanganda, bu kristallar yuzasida qarama-qarshi belgili elektr zaryadlari paydo bo'ladi - to'g'ridan-to'g'ri piezoelektrik effekt deb ataladi. Ularga o'zgaruvchan elektr zaryadi qo'llanilganda, ultratovush to'lqinlarining chiqishi bilan kristallarda mexanik tebranishlar paydo bo'ladi. Shunday qilib, bir xil piezoelektrik element muqobil ravishda qabul qiluvchi yoki ultratovush to'lqinlarining manbai bo'lishi mumkin. Ultratovush qurilmalaridagi bu qism akustik transduser yoki datchik deb ataladi (hosil qiluvchi transduserda bir yoki bir nechta kvarts kristallari mavjud, ular piezoelektrik elementlar deb ham ataladi). Xuddi shu kristallar tovush to'lqinlarini qabul qilish va uzatish uchun ishlatiladi. Shuningdek, datchikda tovush to'lqinlarini filtrlovchi tovushni

yutuvchi qatlam va kerakli to'liqqa diqqatni qaratish imkonini beruvchi akustik linza mavjud.

Tos a'zolarining vazifalari va anatomik xususiyatlariga qarab, u transabdominal (to'ldirilgan qovuq orqali) va transvaginal (bunda qovuq bo'shatilishi zarur) tarzda amalga oshirilishi mumkin. Hozirgi vaqtda ko'p hollarda transvaginal exografiyaga ustunlik qiladi.

Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvini deyarli har qanday ginekologik kasallik bilan xastalangan bemorlarni tekshirish standartlariga kiritilgan. O'tkir patologiyaga shubha qilingan taqdirda ultratovush tekshiruvining o'ni juda muhimdir - ektopik homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, tuxumdon o'smasining yorilishi yoki oyoqchasining buralishi, nay-tuxumdonlarning yallig'lanish shakllanishida uning tashxislovchi imkoniyatlari juda maqbul. Ultratovush tekshiruvisiz bachadon miomasi, polip va endometriyal giperplaziya, tuxumdon kistalarining aniq tashxisini to'liq o'rnatish mumkin emas.

Tos a'zolarida qon oqimini (rang va energiya xaritasi, impulsli Dopplerografiya) o'rganish uchun Doppler usullaridan foydalanish turli xil ginekologik patologiyalar, ayniqsa bachadon va tuxumdonlarning yaxshi va yomon sifatli kasalliklari o'rtasida differentsial tashxis qo'yish imkonini beradi.

Tos a'zolarining takroriy (dinamik) ultratovush tekshiruvini kasallikning kechishini baholash, mioma, endometrial giperplastik jarayonlar, funktsional tuxumdon kistalari va bir qator yallig'lanish jarayonlarini davolash samaradorligini kuzatish imkonini beradi. Mioma, adenomioz, tuxumdon o'smalari uchun ultratovush tekshiruvini natijalari bemorlarni boshqarish taktikasiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin - ular, agar kerak bo'lsa, jarrohlik davolashni o'z vaqtida o'tkazishga, jarrohlik amaliyotining optimal hajmi va usulini belgilashga yordam beradi.

Ultratovush tekshiruvini bepustlik va hayz davrining buzilishi bilan xastalangan bemorlarni davolashda alohida ahamiyatga ega. Bepustlik bilan hayz davrida follikulning o'sishi va yetukligini, urug'langan tuxumni

implantatsiya qilish uchun bachadonning funksional tayyorligini baholash mumkin. Qolaversa Kesarcha kesish operatsiyasidan keyin bitish jarayoni, bachadon devorining tuzilishi, chandiqning tuzilishini o'rganish mumkin.

Ginekologik kasalliklarni tashxislashda volumetrik ultratovush muhim rol o'ynaydi. 3D-texnologiyalar bachadon bo'shlig'ining shakli haqida noyob ma'lumot olish, bachadon tuzilishidagi anomaliyalarni aniqlash imkonini beradi, bu esa bepushtlik va takroriy abortga olib kelishi mumkin holatlarni oldini oladi. 3D exografiyadan foydalanmasdan bunday tashxis qo'yish mumkin emas. Submukoz bachadon miomalari, endometrial poliplar, intrauterin sinexiya holatlarida volumetrik rekonstruksiya texnologiyalaridan foydalanish foydalidir. Olingan ma'lumotlar davolashning optimal usulini tanlashga yordam beradi, shu jumladan minimal invaziv va organlarni saqlash operatsiyalarini qo'llash imkonini yaratadi.

Shuni esda tutish kerakki, ko'plab ginekologik kasalliklar yetarlicha uzoq vaqt davomida simptomsiz bo'lishi mumkin, masalan, rakoldi kasalliklar va hatto yomon sifatli tuxumdon o'smalari. Shuning uchun har bir ayol yiliga kamida bir marta ginekologning profilaktik tekshiruvdan o'tishi va ultratovush tekshiruidan foydalanishi kerak. Ushbu yondashuv ko'plab ginekologik kasalliklarni erta tashxislash, o'z vaqtida davolash va reproduktiv funksiyani saqlab qolish imkonini beradi.

Bizning tadqiqotda binar logistik regressiya orqali (Nojinseva O.N. 2020, Axmedov L.A. 2021, Manyakov R.R. va boshqalar. 2021) chandiq sohasida "nisha" shakllanishi bilan miometriyning yupqalashish ehtimolini baholash amalga oshirildi. Chandiqning "nisha" ("tokcha") ga ega bo'lish ehtimoli quyidagi formula (1) bo'yicha hisoblab chiqilgan:

$$P=1/(1+e^{(-z)}), (1)$$

bunda P – miometriyning mahalliy yupqalashish ehtimoli,
e – natural logarifm asosi,

z – logit (funksiya).

Logitni topish uchun regressiya tenglamasi formula (2) yordamida yechilgan:

$$Z=b_0+b_1 X_1+b_2 X_2+\dots+b_x X_n, (2)$$

bunda, b_0 – konstanta,

b_1, b_2, b_x – regressiya koefitsienti,

X_1, X_2, X_3 – mustaqil o'zgaruvchilar qiymati.

Chandiq qalinligining qiymati mustaqil o'zgaruvchi (X_1) sifatida ishlatilgan .

2.3.- jadval

Ultratovush tekshiruvi bo'yicha chandiqning qalinligi asosida miometriyning mahalliy yupqalash ehtimolini baholash

Tenglamadagi o'zgaruvchilar	Parametrlari baholash	standart xatolik	p	imkoniyat nisbati	Imkoniyat nisbati uchun 95% ishonch oralig'i	
					pastki	yuqorigi
Miometriy qalinligi	-2,93	0,56	<0,001	0,053	0,018	0,16
Konstanta	13,34	2,83	<0,001	622085,4		

Shunday qilib, miometriyning mahalliy ingichkalashi mavjudligining P ehtimolini hisoblash uchun formula (3) quyidagi shaklga ega:

$$P = 1 / (1+2,72-(13,34 - 2,93*TR_UTT)), (3)$$

bu yerda TR_UTT - ultratovush natijasiga ko'ra chandiqning qalinligi

Bemor ma'lumotlarini qo'yilganda va tenglamani yechgandan so'ng, miometriyning sezilarli darajada yupqalashishi bo'lish ehtimoli aniqlanadi. Agar P qiymati 0,5 dan kam bo'lsa, u holda yupqalashish sodir bo'lmaydi deb taxmin qilish mumkin (chandiq "nisha" ehtimoli yo'q), aks holda lokal yupqalashish sodir bo'ladi deb taxmin qilinadi.

Shunday qilib, binar logistik regressiya usulidan foydalanib, chandiqlarning "nisha" shakllanishi bilan miometriyning yupqalashishi ehtimolini baholash uchun matematik model olindi. Ushbu modelning ahamiyatlilik darajasi $p < 0,001$, sezgirlik 85%, o'ziga xoslik 84%, aniqlik 75 %ni tashkil qildi.

Ushbu modeldagi chandiqlar qalinligi uchun optimal kesish nuqtasi 5,05 mm.

Gisteroskopiya barcha bemorlarga umumiy og'riqsizlantirish ostida Karl Storz (Germaniya) apparati yordamida umumiy qoidalarga muvofiq holda Samarqand shahri Perinatal markazining endoginekologiya bo'limida, hamda "Innova" xususiy klinikasida shartnoma asosida o'tkazildi.



Rasm 2.5. Gisteroskop apparati (Karl Storz)

Gisteroskopiya - bachadon bo'shlig'ini ultra yupqa optik asbob - gisteroskopni bachadon bo'yni orqali kiritilish yordamida tekshirish. Hozirgi vaqtda bu usul endometriy va bachadon bo'shlig'i kasalliklarini tashxislashning

eng informatsion instrumental usuli ekanligiga shubha yo'q va bu sohada "oltin standart" sifatida tan olingan.

Bachadon bo'shlig'ining kyuretajidan farqli o'laroq, gisteroskopiya ginekologga bachadonni vizual tekshirish va kasallikning sababini topish imkonini beradi.

Tekshirishning ikki turi mavjud:

- 1) shifokorga tashxis qo'yishga yordam beradigan diagnostik gisteroskopiya;
- 2) jarrohlik gisteroskopiyasi (gisterorezektoskopiya) ya'ni davolash maqsadida:
 - endometriyning maqsadli biopsiyasi;
 - poliplarni va / yoki begona jismlarni, ehtimol neoplazmalarni olib tashlash;
 - bitishmalarni olib tashlash va boshqalar.

Jarayon qisqa muddatli umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi. Jarayon boshida bachadon bo'ynining ochilishini osonlashtirish va operatsiyadan keyingi og'riqni yo'qotish uchun bachadon bo'yni hududida mahalliy og'riqsizlantirish amalga oshiriladi. Bachadon bo'yni kanali Gegar kengaytiruvchilari orqali optic tizim sig'adigan darajada brma bir kengaytiriladi. Keyin bachadon bo'yni kanali orqali oz miqdorda steril glyukoza eritmasi yuboriladi, shundan so'ng bachadon bo'shlig'iga xuddi shu tarzda optik tizim - kamera va yoritgich kiritiladi, monitor ekranida 20 marta kattalashtirilgan tasvirni aks ettiriladi.

Bachadon bo'shlig'ini tekshirgandan so'ng va patologiyaning turi, lokalizatsiyasini aniq aniqlanadi so'ng, keyingi taktika ishlab chiqiladi. Agar gisteroskopiya diagnostik ko'rinishdan davolovchi ko'rinishga o'tishi talab etilsa, optik tizimdagi kanal orqali manipulyator kiritiladi va elektr toki yordamida patologik o'choq olib tashlanadi. Jarayon oxirida tikuv kerak emas.

Gisteroskopiya optik tizimni va bachadon bo'shlig'idagi suyuqlikni olib tashlash bilan yakunlanadi.

Gisteroskopiya uchun ko'rsatmalar:

- ultratovush yoki gisterosalpingografiya tekshiruvida endometriy patologiyagasi (endometrial polip, bachadon bo'yni polipi, endometrial giperplaziya, o'sma) shubha;
- bepushtlikning ko'p turlari, bir nechta muvaffaqiyatsiz IVF urinishlari;
- bachadon ichi sinexiyalari (bachadon bo'shlig'idagi bitishmalar);
- submukozal bachadon miomasi (bachadon bo'shlig'ida o'sadigan);
- ichki endometrioz (adenomioz)
- intrauterin qurilma (IUQ) bilan bogliq patolohik holatlar;
- asiklik qon ketishlar;
- abortdan keyin urug'langan tuxumning qoldiqlari;
- bachadon rivojlanishining malformatsiyasiga (anomaliyalariga) shubha, masalan, bachadon ichi to'sig'i;
- bachadon bo'shlig'ini bachadon bo'shlig'ida operatsiyadan so'ng, homiladorlik paytida, gormonal davolashdan so'ng nazorat tekshiruvi.

Odatda, bachadonning gisteroskopiya hayz davrining 6-10 kunida amalga oshiriladi, bu kunlarda bo'shliqning holati tadqiqot uchun maqbuldir. Klassik tarzda, kelib chiqishi noma'lum bo'lgan bepushtlik bilan gisteroskopiya siklining ikkinchi bosqichining o'rtasida, ya'ni 20-24 kunlarda amalga oshiriladi. Agar giperplaziya va endometrial poliplar shubha qilingan bo'lsa - siklining istalgan kunida va bachadon ichi bitishmalari bilan murojaat qilishganda - hayz ko'rish arafasida, chunki bu vaqtda bitishmalarni ajratish osonroq tekshirish va davolashni olib borishadi.

Gisteroskopiya operativ aralashuv sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Shuning uchun, bir kun oldin qinni (o'rganish kunidan oldin kechqurun va bu kunisi ertalab) dezinfeksiyalash va tadqiqotdan oldin darhol siydik pufagini bo'shatish kerak. Tadqiqot och qoringa o'tkaziladi.

Tadqiqotdan so'ng, qorin bo'shlig'iga eritma yoki gazning bachadon naychalari orqali kirishi tufayli qorin bo'shlig'ida qisqa muddatli yengil og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Albatta barcha muolajalardagi kabi gisteroskopiya ham qarshi ko'rsatmalar mavjud:

- yuqumli kasalliklar (gripp, tonzillit, pnevmoniya va boshqalar);
- genital organlarning o'tkir yallig'lanish kasalliklari (vaginit, servitsit, endometrit, salpingo-ooforit);
- yaqinda o'tkazilgan yoki tadqiqot vaqtida mavjud bo'lgan, genital organlarning yallig'lanish jarayoni;
- progressiv homiladorlik;
- rivojlangan bachadon bo'yni saratoni;
- o'tkir bosqichda umumiy yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, pielonefrit, tromboflebit);
- yurak-qon tomir tizimi, jigar, buyraklar kasalliklari bo'lgan bemorning og'ir ahvoli.

Gisteroskopiya juda xavfsiz diagnostika va operativ muolaja bo'lishiga qaramay, ba'zida 1% hollarda asoratlar paydo bo'ladi.

Eng ko'p uchraydigan asoratlar:

- bachadon yoki bo'yin kanalining shikastlanishi (teshilishi),
- og'ir qon ketishining paydo bo'lishi,
- narkoyik uyquda preparatlarni kiritish bilan bog'liq allergik reaksiyalar.

Ginekologik o'rindiqlarda bemorning joylashishi tufayli oyoqlarga uzoq vaqt mahalliy bosim oyoqlarning chuqur tomirlarining yallig'lanishi yoki tromboziga olib kelishi mumkinligi sababli, bu asoratni oldini olish uchun barcha bemorlar kompressor paypoqlarida operatsiya qilinadi. Agar varikoz tomirlari mavjud bo'lganda, bemorga operatsiyadan oldin flebolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

2.3. Tadqiqotning statistik tahlili

Olingan barcha materiallar avtomatlashtirilgan statistik ishlovdan o'tkazildi. Tadqiqot natijalarini variatsion-statistik qayta ishlash "Statistica 6.0" dasturi yordamida asosiy variatsiya ko'rsatkichlarini aniqlash bilan amalga oshirildi: o'rtacha qiymatlar (M), o'rtacha xatolar (m), standart og'ish (p).

Olingan natijalarning ishonchliligi Student kriteriysi yordamida aniqlandi. Ikkala o'rtacha qiymat o'rtasidagi farq, agar p-parametri 0,05 dan kam bo'lsa, muhim hisoblanadi. Ishonchlilik darajasi kamida 95% ni tashkil etdi.

Ma'lumotlar bazasi Microsoft Office Excell 2010 dasturida taxminiy ahamiyatga ega bo'lgan barcha mumkin bo'lgan diagnostika belgilari va me'zonlari asosida tuzilgan. Barcha hisob-kitoblar Excelning statistik funksiyalari yordamida amalga oshirildi. Tadqiqot usullari va tekshirilgan homilador ayollar soni quyidagi 2.4-jadvalda keltirilgan.

Jadval 2.4.

Tadqiqot usullari va tekshirilgan ayollar soni

№	Tekshirish turi	Soni (n)
Klinik usullar		
	Ayollarni klinik, laborator va instrumental tekshiruvi	90
1.	Umumiy klinik usullar	30
2.	Ultratovush tekshiruvi (UTT)	30
3.	Gisteroskopik tekshiruv	30

2.4. Tadqiqotni tashkil etish

Emperik tadqiqotlar to'rt bosqichda amalga oshirildi.

1. Tayyorgarlik bosqichida: tadqiqotning maqsadlari, vazifalari va namunalariga aniqlik kiritildi, ish bosqichlari, uslubiy adabiyotlarni tahlil qilish, amaliy tadqiqot usullarini tanlash va tadqiqot muammosi bo'yicha uslublar to'plami aniqlandi.

2. Asosiy bosqich (empirik tadqiqotni tashkil etish va o'tkazish): biz “Kesarcha kesishdan keyingi chandiqlarning mahalliy yupqalashishi (tokcha simptomi)” bo'lgan 30 nafar bemorni tekshirdik va kuzatdik. Ularda vujudga kelgan ikkilamchi bepushtlikni tahlil qildik.

Bachadon chandig'ining o'zgarishlarini tashxislash va o'rganish davomida olingan ma'lumotlar natijalari asosida biz Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi chandiqlarning mahalliy yupqalashishi (tokcha simptomi)ni samarali tashxislash amaliyotini ishlab chiqdik va joriy qildik.

3. Analitik (olingan ma'lumotlarni birlamchi va statistik qayta ishlash) bosqich: tadqiqotdan so'ng biz barcha o'rganilgan parametrlar bo'yicha o'rtacha ballarni hisobladik, o'rganish natijalarini taqqosladik va olingan ma'lumotlarning farqlarini statistik tahlil qildik, o'rganilayotgan ko'rsatkich darajasiga ko'ra barcha parametrlar bo'yicha taqsimotining miqdoriy tahlilini o'tkazdik.

4. Tadqiqotning yakuniy bosqichi: xulosa va tavsiyalarni shakllantirish.

Xulosa qilib aytganda, biz o'z tadqiqotimizda umumiy klinik tekshiruvlardan o'tgan ayollarda tokcha (“nisha”) simptomini aniqlashda ultratovush tekshiruvi va gisteroskopiya orqali tekshirishni taqqoslab, ularni qo'llashning afzalliklari, samaradorligi va ko'rsatmalarini ko'rib chiqdik.

III BOB. OLIB BORILGAN TADQIQOT NATIJALARI

3.1. Kesar kesish opertasiyasidan keyin paydo bo'lgan “nisha” simptomini klinik belgilari va xavf omillari

30 nafar bemorlar Perinatal markazning endoginekologiya va “Innova” xususiy klinikasida to'liq ko'rikdan o'tkazildi. Shikoyatlar tahlili va kasallik tarixi aniqlashtirildi. Bemorlarning barchasida oldingi jarrohlik amaliyotidan keyingi bachadon chadig'i bo'lib 86.7% da 1ta chandiq, qolganlarda esa 2 va undan ortiq chandiq mavjud edi. Ayollarning ekstragenital kasalliklari orasida eng ko'p uchraydiganlari: LOR patologiyasi (surunkali tonsillit, gingivit, tish kariesi, surunkali gaymoriy, surunkali allergik rinit), yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, (aksariyat hollarda gipertoniya), shuningdek qalqonsimon bez patologiyalari, nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish kasalliklari (surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya), siydik yo'llarining surunkali kasalliklari edi. Ayollarning ekstragenital kasalliklari tahlili natijasi 3.1-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3.1

Ayollarning ekstragenital kasalliklari tahlili

Somatik kasalliklar	N=30	
	Abs.	%
Miopiya	4	13,3
LOR patologiyasi	12	40.0
Surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya	3	10.0
Qalqonsimon bezning diffuz kengayishi	16	53.3
Yurak qon-tomir kasalliklari	7	23,3
Gipertoniya	3	10.0
Varikoz kasalligi	4	13.3

Oshqozon-ichak traktining kasalliklari	6	20.0
Surunkali pielonefrit	9	30.0
Anemiya	23	76.7

Bemorlarda o'rtacha menarxe yoshi $11,6 \pm 1,5$ yoshni tashkil etdi, ayollarning 76,7% normal hayz sikliga ega edi, qolgan ayollarning 16,25% hayz ko'rish buzilishini qayd etishdi. O'rganilgan bemorlarning hayz ko'rish xususiyatlari 3.2-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3.2

O'rganilgan ayollarda hayz ko'rish faoliyati

Hayz ko'rish	n= 30	
	Abs.	%
Normomenoreya	23	76,7
Oligomenoreya	5	16,67
Amenoreya	1	3,33
BDQK	1	3,33

Shunday qilib, hayz ko'rishda patologik chastotasiga e'tibor qaratisa - 16,25% ayollarda oligomenoreya, bir nafarda amenoreya, bir nafar bachadondan anomal qon ketishlar qayd etilgan. Jinsiy faoliyatning boshlanishi tahlilida (jadval 3.3), ayollarning 30% qayd erta jinsiy hayot boshlanishi qayd etilgan.

Ayollarning ginekologik kasalliklar anamnezini o'rganganda ko'plab yallig'lanish kasalliklarning surunkali kechishiga amin bo'ldik. Aynan 40% ayollarda endometrit belgilari, 23,3% da endoservitsit belgilari, 16,67% da ularning birga kelishi, 10% da salpingoofarit aniqlangan. Endometrioz bo'yicha 43,3% ayollarda o'zgarishlar qayd etilib oldin davo muolajalarini olishganligi aniqlangan (diagramma 3.1).

Jadval 3.3

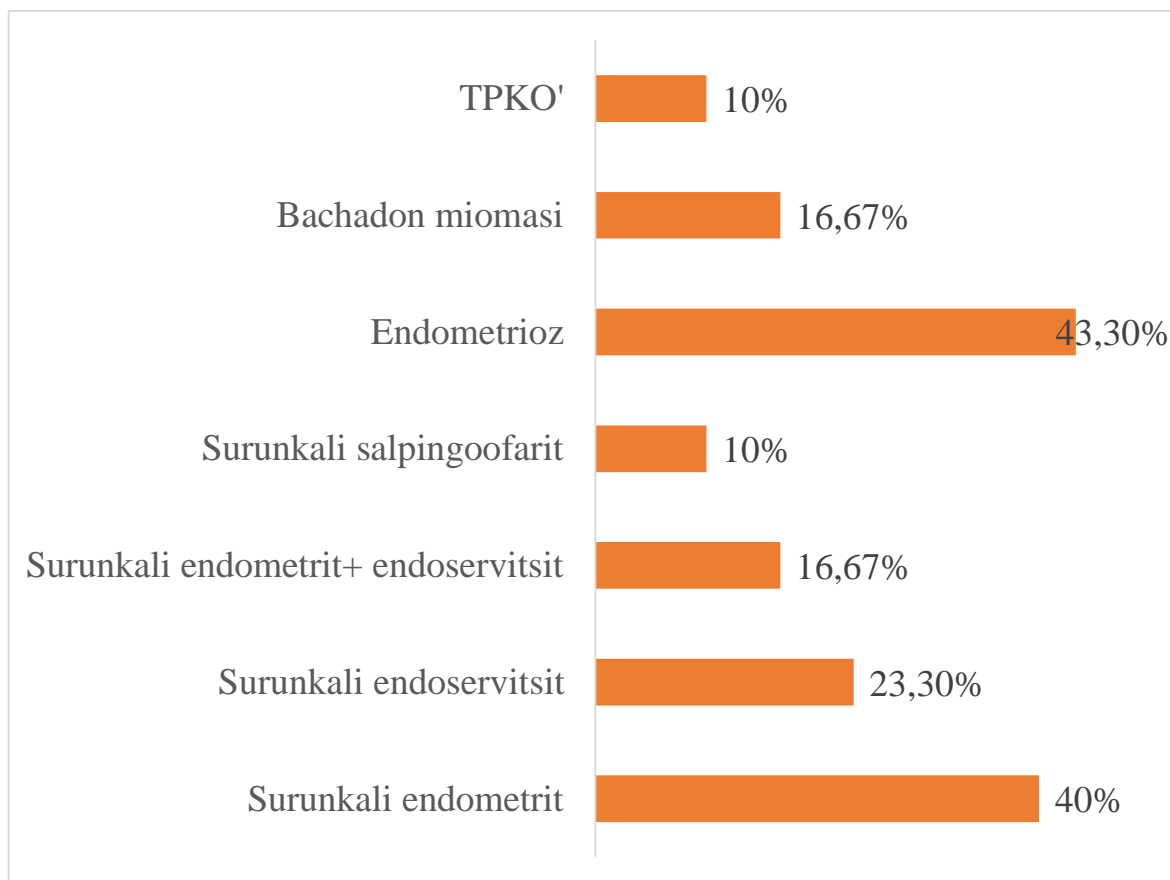
O'rganilgan ayollarning jinsiy hayot boshlash yoshi

<i>Yoshi, yil</i>	N=30	
	Abs.	%
<i>17-20</i>	9	30.0
<i>21-23</i>	16	53.3
<i>23-25</i>	5	16.7

Bachadon miomasi tashxisi 16,67% ga qo'yilgan. Tuxumdonlarda kistoz o'zgarishlar 10% da qayd etilgan.

Tadqiqotimizda qatnashgan ayollarda Kesarcha kesish amaliyotidan keyingi chandiqlik sohasini baholash maqsadida ularni so'rovdan va tadqiqotlardan o'tkazdik.

Diagramma 3.1. O'rganilgan ayollarning ginekologik kasalliklar anamnezi



So'rov umumiy ma'lumotlardan tashqari xususiy (chandiqlik haqidagi) savollardan tashkil topgan edi. Quyidagi 3.4 – jadvalda chandiqlik sohasi bo'yicha qo'yilgan savollarga berilgan javoblar tahlili keltirilgan.

Jadval 3.4

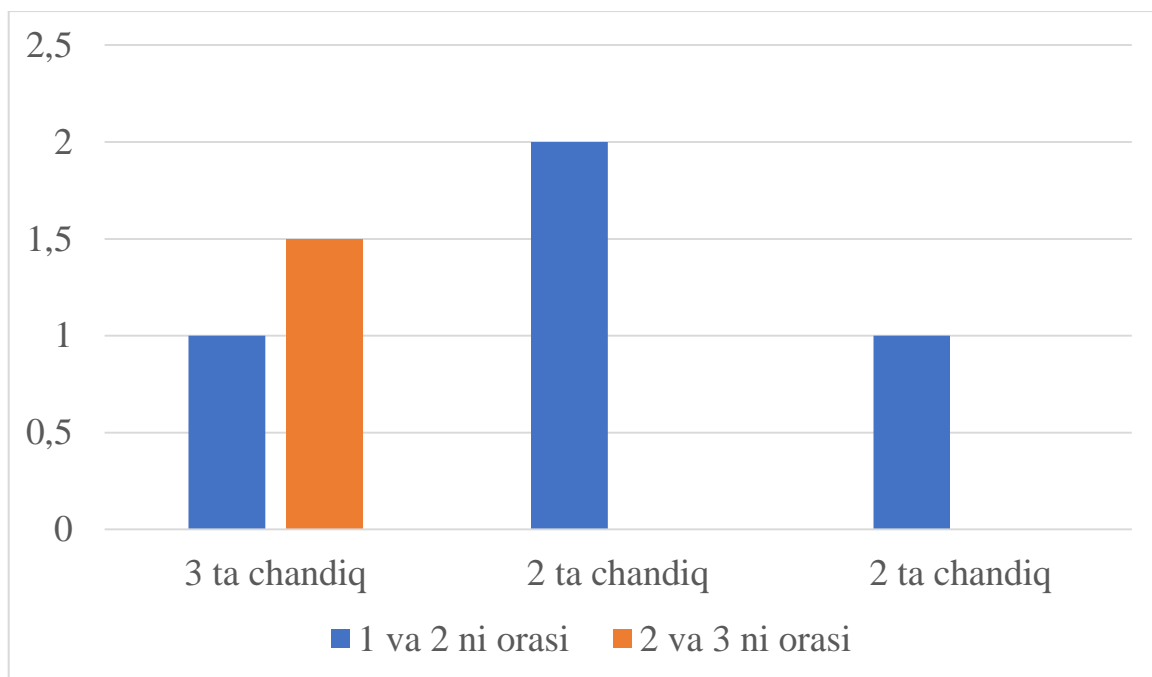
Chandiqlik sohasi bo'yicha berilgan savollar tahlili

Chandiq sohasida og'riq bormi	Ha	Yo'q
	7 (23.3%)	23 (76.7%)
Chandiq muddati	1-3 yil	3-7 yil
	11 (36.7%)	19 (63.3%)
KK amaliyotidan keyin homiladorlik yuzaga kelganmi	Ha	Yo'q
	0	30 (100%)

Chandiq sohasida o'zgarishlarni umumiy so'rovdan aniqlash qiyindir. Lekin bizni kuzatuvlarimizda 23.3% holda chandiq yuqalashishiga shubha uyg'otuvchi chandiq sohasidagi og'riq, nohush hislar mavjud edi.

Bizning kuzatuvimizda bor yo'g'i 4 nafar ayollarimizda chandiqlar soni bittadan ortiq edi. Ulardan chandiqlar orasidagi muddatni so'raganda 3ta chandig'i bo'lgan ayol birinchi va ikkinchi chandiq orasida 1 yil, ikkinchi va uchinchi chandiq orasida 1,5 yil mudat bo'lganligini aytdi. 3 nafar 2ta chandig'i bor ayollarning 2tasida chandiqlar orasidagi muddat 2 yil, 1tasida 1 yil edi (diagramma 3.2.). Shuni takidlash kerakki ushbu ayollarning 2tasida jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda endometrit kuzatilgan.

Diagramma 3.2. 1tadan ortiq chandig'i bo'lgan ayollarning chandiqlari o'rtasidagi muddati tahlili (yillarda ko'rsatilgan)



Xavf omillari sifatida chandiqlar orasidagi muddatning qisqaligi, jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda asoratlar yuzaga kelishini ajratsak bo'ladi.

O'tkazilgan ayollarda umumiy qon tahlilida 76.7 % da anemiya qayd etildi, bunda 13 nafar ayollarda (43.3%) anemiya yengil darajasi, 5 nafari (16.67%) o'rta darajasi, 3 nafarida (10%) og'ir darajasi edi. Qolgan ko'rsatkichlarda sezilarli o'zgarishlar qayd etilmadi. O'rtacha eritrositlar soni $3.6 \pm 0.75 \cdot 10^{12}$, leykositlar soni $13.47 \pm 0.36 \cdot 10^9$, trombositlar soni $287.86 \pm 36.44 \cdot 10^9$, retikulositlar $1.11 \pm 0.57\%$, Rangli ko'rsatkich 0.83 ± 0.07 ; EChT 12.6 ± 1.4 mm/soat ni tashkil qildi.

Qon biokimyoviy tahlili ham barcha ayollarda o'tkazildi. Ushbu tahlil natijalari 3.5-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3.5

Tekshirilgan bemorlarning qonining biokimyoviy taxlili ko'rsatkichkali

Ko'rsatkichlar	Miqdori	O'lchov birligi	P
Glukoza	4.8±0,4	Mmol/l	<0,02
Umumiy bilirubin	13,17±6,59	mmol /l	<0,05
Umumiy oqsil	68.32±12,19	g/l	<0,05
Mochevina	4.5 ±1,18	mmol /l	<0,05
Kreatinin	63,9 ±7,66	Mkmol/l	<0,05
AST	18.95±4,15	Birlik/l	<0,05
ALT	22.55±3,28	Birlik/l	<0,05
Umumiy xolesterin	5,6±0,4	Mkmol/l	<0,02
Yuqori zichlikli lipoproteinlar	1,0±0,1	mmol /l	>0,2
Past zichlikli lipoproteinlar	3,7±0,2	mmol /l	<0,001

**Ko'rsatkichlar umumiy norma chegaralari bilan solishtirilgan*

Jadvaldan ko'rinib turgandek, barcha ayollarda biomikrovoy ko'rsatkichlar norma chegaralarida edi. Shu bilan birga ayollardan koagulogramma uchun qon tahlili o'tkazildi. Koagulogramma tahlilida ham barcha ayollarda ko'rsatkichlar norma chegaralarida edi.

Umumiy siydik tahlilida sezilarli o'zgarishlar deyarli qayd etilmadi. Faqat 40% ayollarda yallig'lanishga xos belgilar – epiteliylar, leykositlar soni oshishi aniqlandi. Bakteriyalar faqat 30% ayollarda aniqlangan. Umumiy siydik tahlilining ko'rsatkichlari quyidagi 3.6-jadvalda keltirilgan.

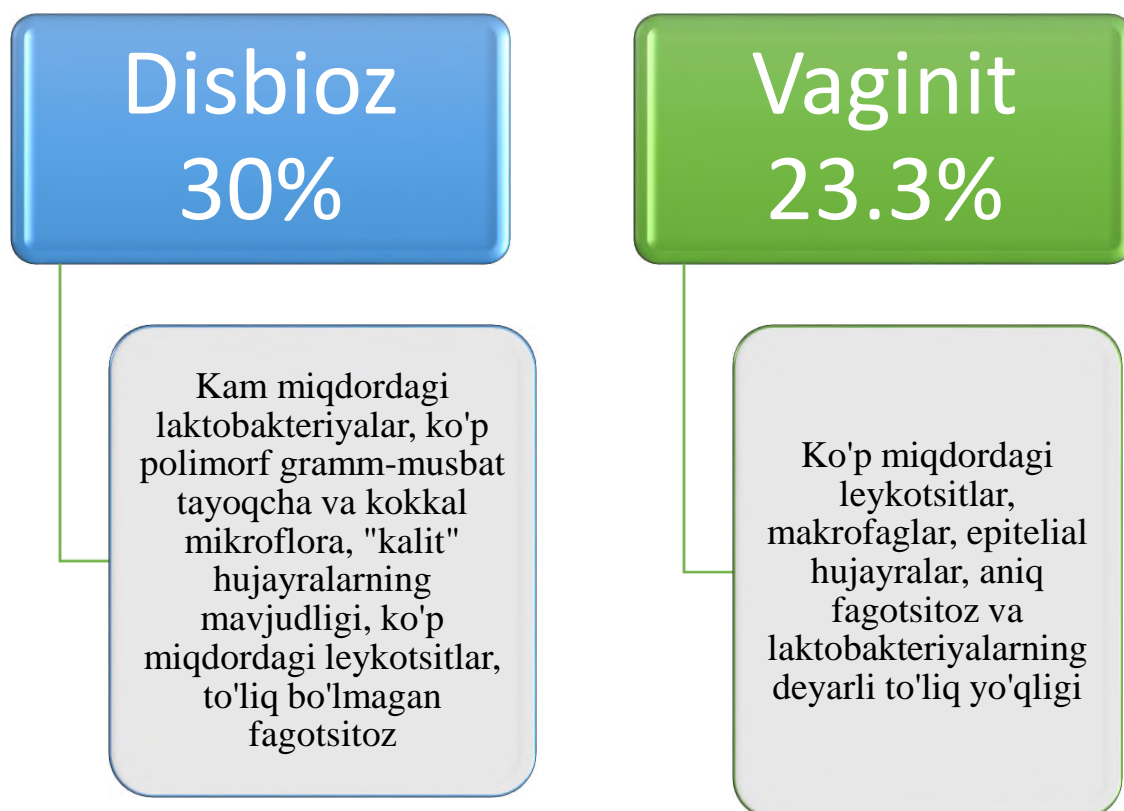
Jadval 3.6

O'rganilgan ayollarda umumiy siydik tahlili ko'rsatkichlari

№	Ko'rsatkich	Miqdori	P
1	Epiteliy	6,7±1.3	<0,05
2	Shilliq	++	<0,05
3	Oqsil	Abs/ 0.0033	<0,05
4	Leykositlar	9,8±1,2	<0,05
5	Zamburug'lar	++	<0,05
6	Tuzlar	++	<0,05

**Ko'rsatkichlar umumiy norma chegaralari bilan solishtirilgan*

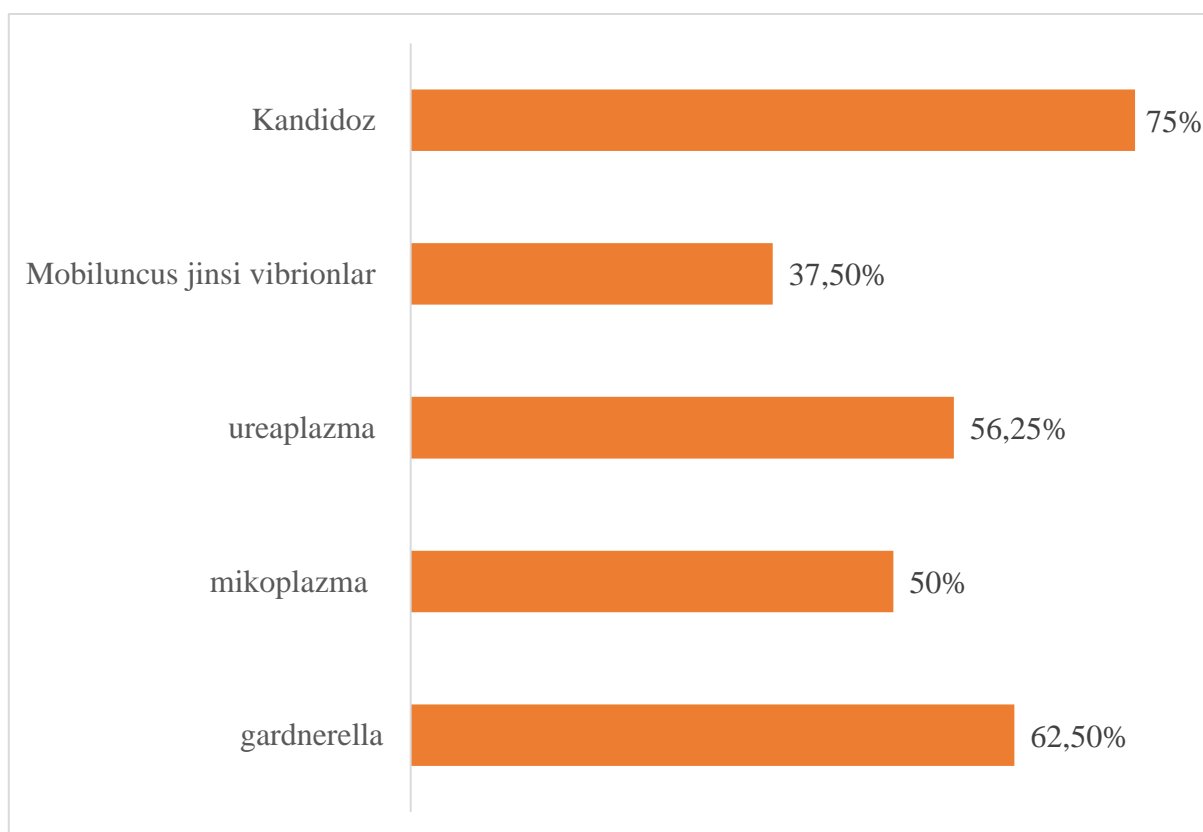
Barcha yallig'lanish belgilari aniqlangan ayollarga yallig'lanishga qarshi terapiya buyurildi. Bakteriyalar aniqlangan ayollardan surtma olinib, mikroflorani turi aniqlanib (3.1 rasm), sezgirligiga qarab antibakterial terapiya buyurildi. Aksariyat ayollarda zamburug'lar aniqlangan bo'lib, ularga flyukanazol kapsulasi buyurildi.



Rasm 3.1. Qin surtmasi natijasidagi o'zgarishlar

Qindan olingan surtma tahliliga ko'ra disbioz va vaginit aniqlangan ayollarda nospetsifik mikroflora aniqlangan bo'lib, ular gardnerella (62.5%), mikoplazma (50%), ureaplazma (56.25%), Mobiluncus jinsi vibrionlar (37.5%) va kandidoz (75%) bilan tavsiflandi (diagramma 3.3).

Diagramma 3.3. Surtma tahlili natijalari



3.2. “Nisha” simptomi instrumental diagnostikasi natijalari.

Barcha ayollar ultratovush tekshiruvidan Sonoscape-ay 1000 apparatida (Janubiy Koreya) 3,5 MGts chastotali datchik bilan transabdominal va transvaginal yo'llar orqali o'tkazildi. Bunda bachadon o'lchamlari, topografik joylashishi, konturlari, endometriy va miometriy qalinligi va strukturasi, exogenligi hamda chandiq sohasi, bachadon bo'shlig'i holati baholandi.

Bachadon bo'yni uzunligi, konturlari, devorlarining strukturasi, servikal kanal kengligi va bo'shlig'i, endoserviks qalinligi ham ko'zdan kechirildi. Shu bilan birga tuxumdonlar o'lchami, konturi va parenximasining tuzilishi, hamda Duglas bo'shlig'i ham baholandi.

O'rtacha ayollarda bachadon uzunligi $43,74 \pm 1,68$ mmni, oldingi-orqa o'lchami $44,18 \pm 1,39$ mmni, kengligi $40,48 \pm 2,24$ mmni tashkil qildi. Deyarli barcha ayollarda (83,3%) bachadon konturlari tekis edi. Miometriyning o'rtacha qalinligi $11,6 \pm 1,37$ mmni tashkil qildi, 6,67% da uning tarkibida o'zgarishlar qayd etildi. Endometriyning o'rtacha qalinligi (UTT hayzning 11-12-kunlariga o'tkazilgan), $10,25 \pm 2,01$ mmni tashkil qildi, 60% ayollarda giperexogen, qolganlarida esa exogenligi pasaygan edi. Tuzilishiga ko'ra donador shaklda edi. Bachadon bo'shlig'i 23,3% ayollarda kengaygan edi.

Chandiq sohasiga baho berilganda 46,67% holda chandiq sohasi bo'ylab o'zgarishlar qayd etildi Lokal o'zgarish ya'ni yupqalashish faqatgina 26,7% ayollarda aniq aniqlandi.

Bachadon bo'yni o'lchamlari o'rtacha $23,4 \pm 1,45 \times 15,8 \pm 0,78, \times 21,4 \pm 1,3$ mm ni tashkil qildi. Devorlarining strukturasi bir xil edi. Servikal kanal barcha ayollarda kengaymagan va deformatsiyaga uchramagan edi. Endoserviks qalinligi norma chegaralatida edi.

Tuxumdonlarning o'rtacha o'lchamlari $32,2 \pm 1,84 \times 19,64 \pm 2,65$ mm ni tashkil qildi. 10% ayollarda ularning konturlari kengaygan ya'ni kistoz o'zargan

edi. Parenximasi 26,7% da bir xil emas edi. Dominant follikulning o'rtacha o'lchami 16.2 ± 1.66 mm bo'lib, u faqat 43,3% ayollarda qayd etildi. 23,3% ayollarda follikullar ichida eng yirigini o'rtacha o'lchami 12.5 ± 2.03 mm ni tashkil qildi. 33,3%da esa follikullalar yetilishi kuzatilmadi. Duglas bo'shlig'ida erkin suyuqlik biron bir ayolda qayd etilmadi.



Rasm 3.2. UTT da “tokcha” (“nisha”) simptomi

$P = 1 / (1 + 2,72 - (13,34 - 2,93 * TR_UTT))$ formulasi orqali chandiqlik sohasida mahalliy yupqalashishni bashorat qilish uchun qo'llanildi. Bu yerda TR_UTT - ultratovush natijasiga ko'ra chandiqlik qalinligi. Ayollardan 18 nafarida (60%) chandiqlik sohasida mahalliy yupqalashish ya'ni “tokcha” simptomi vujudga kelishi mumkinligini ko'rsatdi.

Umumiy qilganda UTT orqali ayollarga quyidagi (jadval 3.7) tashxislar qo'yildi:

Jadval 3.7

UTT da qo'yilgan tashxislar tahlili

Tashxis	Abs (n=30)	%
Chandiqlik sohasida o'zgarish	14	46,67%

Chandiq sohasida mahalliy yupqalashish	8	26,7%
Surunkali endometrit	12	40.0%
Surunkali salpingoofarit	5	16.67%
Tuxumdon kistasi	5	16.67%
Bachadon miomasi	5	16.67%
Bachadon bo'shlig'ida yod jism	19	63.3%
Kichik tos venalarining varikoz kengayishi	3	10.0%
Surunkali endoservitsit	7	23.33%
Tuxumdonlarning polikistoz o'zgarishi	3	10.0%

Barcha ayollar tegishli ko'rsatmalar (yallig'lanish aniqlagngan ayollarda. Disbioz va vaginitlar aniqlangan ayollarda etiopatogenetik terapiya) va tayyorgarlikdan keyin, EKG va spirografiya yuborildi. Ularning natijalariga ko'ra barcha ayollarda ko'rsatkichlar norma chegaralarida edi, terapevt xulosasiga ko'ra o'rganilgan ayollar gisteroskopiya amaliyotiga tashxislash va davolash uchun olindi.

Gisteroskopiya barcha ayollarda hayz siklining 9-10- kuniga umumiy og'riqsizlantirish ostida maxsus uskunar orqali (Karl Stors (Germaniya) apparati yordamida umumiy qoidalarga muvofiq holda) Samarqand viloyat Perinatal markazning endoginekologiya bo'limida, hamda "Innova" xususiy klinikasida shartnoma asosida o'tkazildi. Aseptik sharoitda bachadon bo'yni ko'zgular orqali ochilgan va pulevkalar yordamida qistirilgan. Bachadon bo'yni kengaytirilgandan so'ng, gisteroskop kiritilgan. Servikal kanal, bachadon bo'shlig'i, endometriy qavati, endoserviks, bachadon naylari sohasi ko'zdan

kechirilgan. Ayniqsa kesarcha kesish amaliyotidan keyingi chandiqa alohida e'tibor qaratilgan.

Gisteroskopiya natijalariga ko'ra aksariyat ayollarda bachadon bo'shlig'i patologiyasi va yod jismi aniqlangan. O'rganilgan ayollardan 22 nafarida (73.3%) bachadon ichida ipak tolali choklar aniqlangan va gisteroskopiya davomida ular olib tashlangan. Bundan tashqari o'rganilgan ayollarning barchasida chandiqa sohasi deformatsiyasi kuzatilgan, chandiqa mahalliy yuqalashishi ya'ni "nisha" simptomi 24 nafar ayollarda (80%) aniqlangan. Uning ifodalanishiga ko'ra ushbu ayollarni ikki guruhga ajratish mumkin. Ya'ni "nisha" simptomi belgilari aniq ifodalangan ayollar (8-33.3%) va mahalliy yuqalashishning belgilari mavjud lekin kuchli ifodalanmagan ayollar (16-67.7%).

Bundan tashqari gisteroskopiya davomida endometriy mikropolipozi (56,67%), surunkali endometrit (23,33%), platsentar polip (3.33%), Asherman sindromi (6,67%), ovuli Naboti (16,67%), endometrioz o'choqlari (10%) kabi patologiyalar ham aniqlangan. Ularning tahlili 3.8-jadvalda to'liq keltirilgan.

Jadval 3.8

Gisteroskopiya amaliyotida qo'yilgan tashxislar tahlili

Tashxis	Abs	%
Chandiqa sohasida deformatsiya	30	100%
Chandiqa sohasida mahalliy yuqalashish ("tokcha")	24	80,0%
Surunkali endometrit	7	23,33%
Bachadon bo'shlig'ida yod jism (ligatura)	22	73.3%
Endometriy mikropolipozi	17	56,67%

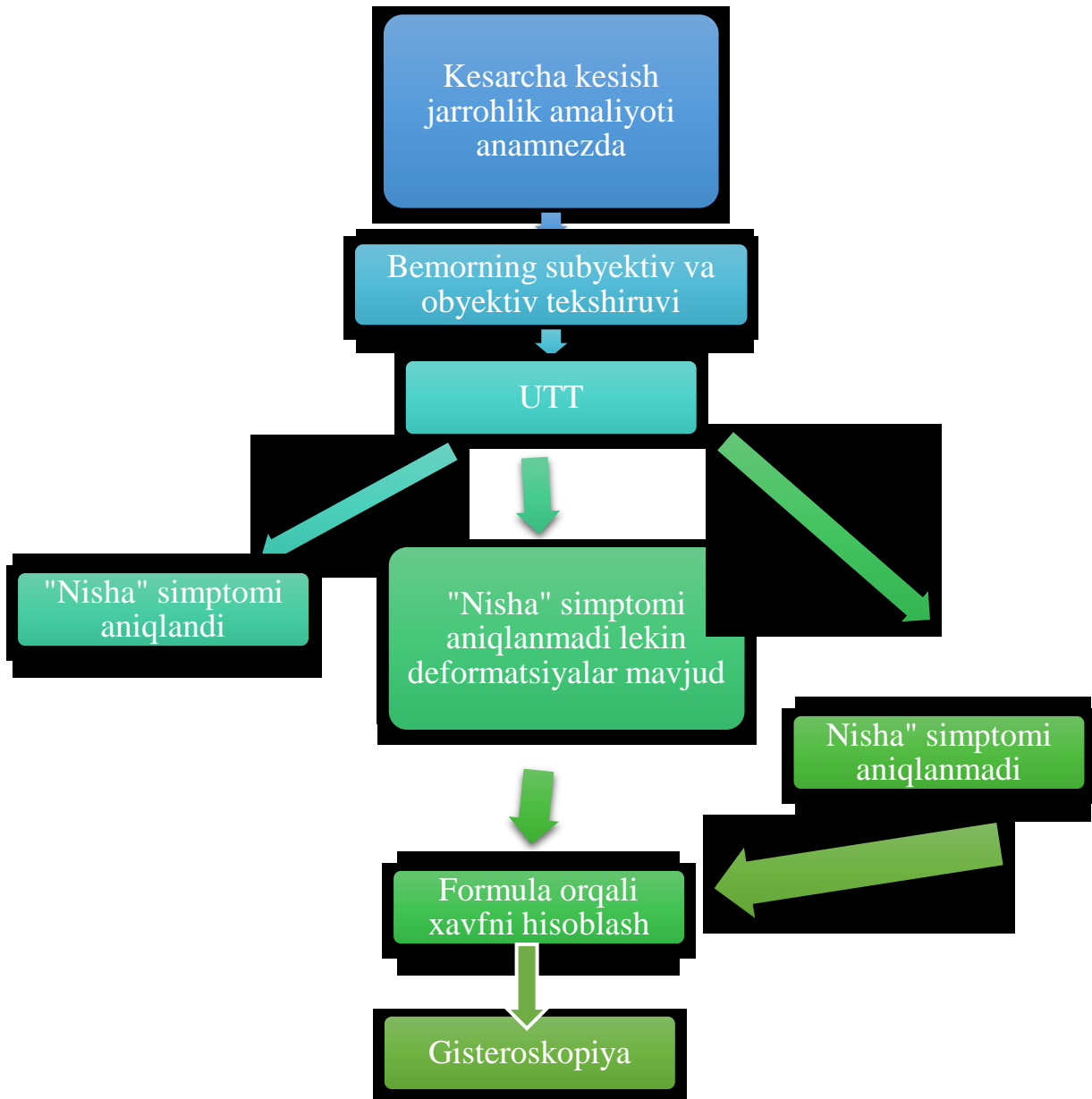
ovuli Naboti	5	16,67%
endometrioz o'choqlari	3	10%
Asherman sindromi	2	6,67%

Xulosa qilib aytganda, “Nisha” simptomini aniqlashda UTT 26,7% ni, UTT ma'lumotlariga asoslangan binar logistik lagorifm formulasi 60% ni, gisteroskopiya esa 100% ni tashkil qildi.

Umumlashtirib aytganda gisteroskopiyaning tashxislash va davolash uchun qo'llanilishi uning eng katta afzalligidir. Bundan tashqari chandiq sohasi deformatsiyasini va “Nisha” simptomini aniqlashda u UTT ga qaraganda ko'proq muqobil bo'lishini natijalardan ko'rishimiz mumkin.

3.3 “Nisha” simptomi diagnostikasi algoritmi

“Nisha” simptomini aniqlashda tashxislash algoritmi quyidagi diagrammada keltirilgan



Ushbu diagrammadan koʻrinib turibdiki UTT ni qoʻllash ham “Nisha” sptomini aniqlashda qoʻl kelishi mumkin. Biz adabiyotlar tahlili orqali aniqlagan formulamiz orqali oʻrganilgan ayollardan 18 nafarida (60%) chandiq sohasida mahalliy yuqalashish vujudga kelishi mumkinligini koʻrgandik, gisteroskopiya natijalariga koʻra 80% ayollarda ushbu simptom aniqlangan. Shu bilan birga

ushbu modelning ahamiyatlilik darajasi $p < 0,01$, sezgirlik 85%, o'ziga xoslik 84%, aniqlik 75 %ni tashkil qilishini takidlashimiz zarur. Transabdominal va transvaginal yo'llar orqali qilingan UTT ning ham o'ziga yarasha afzalliklarga ega, ya'ni tuxumdon va bachadon naylari patologiyalarni aniqlashda va umuman kichik tos bo'shlig'I a'zolari patologiyalarini aniqlashda uning o'rni katta. UTT ning afzalliklariga uning keng tarqalishi, zararsizligi va hamyonbopligi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga KK dan keyingi ikkilamchi bepushtlik bilan murojaat qilgan ayollarda gisteroskopiya ham alohida o'rin tutadi. Uning eng asosiy afzalliklariga bir vaqtning o'zida real vaqt davomida patologiyani aniqlash va davolash imkonini berishi hamda gistologik va sitologik tekshiruvlar uchun material olish zaruratini bir vaqtni o'zida bajarishi kiradi.

XULOSA

1. Kesar kesish operatsiyasidan keyin ayollarni olib borishni takomillashtirish zarurligi ularda paydo bo'ladigan "nisha" simptomini klinik belgilari va xavf omillarini aniqlashda ifodalanadi. Bizning tadqiqotimiz natijalariga ko'ra barcha ayollarda ikkilamchi bepushtlik yuzga kelgan, bundan tashqari surunkali yallig'lanishlar va bachadon ichidagi yod jism chandiq sohasining defotmatsiyasiga va "nisha" simptomining hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

2. "Nisha" simptomi diagnostikasida UTT va gisteroskopiya muhim o'rin tutadi. Bizning tadqiqotimizda UTT orqali 26,7% ayolarda "nisha" simptomi aniqlangan. UTT ning ma'lumotlari orqali matematik model qo'llanilganda ushbu ko'rsatkich 60%ni tashkil qilgan. Gisteroskopiya esa 80% ayollarda "nisha" simptomi aniqlangan.

3. Zamonaviy texnologiyalardan foydalangan holda "Nisha" simptomi diagnostik algoritmi subyektiv va obyektiv tekshiruvlardan keyin UTT ga so'ngra matematik model orqali hisoblash va gisteroskopiya foydalanish kabi etaplarni o'z ichiga oladi.

4. Gisteroskopiya chandiq sohasi o'zgarishlarini aniqlashning shu bilan birga "nisha" simptomini taxshirlashning oltin standarti bo'lib qolmoqda. Ushbu tashxislash usuli bir vaqtning o'zida boshqa patologiyalarni aniqlash va davolash imkonini berishi bilan ustunlik qiladi.

AMALIY KO'RSATMALAR

1. Kesarcha kesish amaliyoti o'tkazilgan ayollarga chandiqlarning tiklanishi uchun bo'lgan zarur vaqt o'tishi, unga ta'sir etishi mumkin bo'lgan omillarni tahlil qilish zarur. Kesarcha kesish amaliyoti o'tkazilgan ayollarda surunkali kasalliklarni davolash, homiladorlikni to'g'ri rejalashtirish va jarrohlik amaliyotidan keying reabilitatsiyani to'g'ri tashkil etish chandiqlarning to'liq va mukammal bitish imkoni beradi, shu bilan birga chandiqlar deformatsiyasi va "nisha" simptomini oldini oladi.

2. Chandiqlar sohasida deformatsiya aniqlangan ayollarni olib borish taktikalarini takomillashtirish, homiladorlikni to'g'ri rejalashtirish va uni asoratsiz kechishiga, hamda asoratlarni vaqtida bartaraf etishga yordam beradi.

3. Nisha simptomi vujudga kelgan hollarda ushbu ayollar guruhini ekstaragenital kasalliklari va kichik tos bo'shlig'i a'zolari patologiyalarini hisobga olgan holda kompleks ravishda davolash maqsadga muvofiq bo'ladi.

4. Bizning tadqiqotimiz natijalaridan kelib chiqqan holda, KK amaliyotidan keying "nisha" simptomini aniqlashda gisteroskopiya dan foydalanish UTT ga qaraganda ishonchliroq va aniqroq kuchga egaligini ko'rsatadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Айламазян Э.К. и др. Морфофункциональная оценка нижнего сегмента матки в конце физиологической беременности и у беременных с рубцом // Журн. акушерства и женских болезней. - 2006. - Т. 55, №4. - С. 11-18.
2. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Андреева В. Ю. [и др.] Современная стратегия абдоминального родоразрешения // Журн. акушерства и женских болезней. – 2014. – № 5. – С.4 – 13.
3. Ананьев, В. А. Повторное кесарево сечение / В. А. Ананьев, Н. М. Побединский // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 1. – С. 53- 55.
4. Аничков, Н.Н. Морфология заживления ран / Н.Н. Аничков, К.Г. Волкова, В.Г. Гаршин. М.: Медицина.- 1951. - 123 с.
5. Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Приходько А.М. Современная техника операции кесарева сечения в доказательной медицине // Акушерство и гинекология.- 2013. - №2. - С. 127-135.
6. Баев, О.Р. Клинический протокол «Антибиотикопрофилактики при проведении абдоминального родоразрешения (кесарево сечение)» / Баев О.Р., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2011. - № 4. - С. 15.
7. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Мгелиашвили М.В., Титченко Ю.П., Пучкова Н.В., Барто Р.А. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. -№1. – С. 73-77.
8. Буянова, С.И. Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивные прогнозы /

- С. И. Буянова, Н. В. Пучкова // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2011. – № 4. – С. 36-38.
9. Густоварова Т. А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинико-морфологические и диагностические аспекты: автореф. дис. д-ра. мед. наук / Т. А. Густоварова. – М., 2007. – 49 с.
10. Густоварова Т. А., Иванян А. Н. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. — Смоленск, 2007. — 196 с.
11. Казарян Р.М. и др. Генетические и морфологические особенности рубца на матке / Вестник РУДН, серия Медицина. - 2008. - № 1. - С.12-17.
12. Коган О.М., Войтенко Н.Б., Зосимова Е.А., и др. Алгоритм ведения пациенток с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения // Клиническая практика. - 2018. - Т. 9. - №3. - С. 38-43.
13. Краснопольский В.И. и др. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: рук. для врачей /под общ. ред. В.И. Краснопольского. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: СИМК.- 2018. — 224 с.
14. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Логутова Л.С. Несостоятельность шва (рубца) на матке после кесарева сечения: проблемы и решения (редакционная статья) // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - №3. - С. 4-8.
15. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика // Акушерство и гинекология. – 2013.- №12. – С.28 - 33.
16. Краснопольский, В.И. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве.

- Реальность и перспективы // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 1. - С. 4-8.
17. Кулаков В.И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. [и др.] / Результаты кесарева сечения в зависимости от наложения шва на матку и шовного материала // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 4. – С. 18-21.
18. Кулаков, В. И. Кесарево сечение / В. И. Кулаков, Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова. – М.: Триада-Х.- 2004. – 320 с.
19. Курцер М.А., Пороховой В.О., Капранов С.А., Гнетецкая В.А. Высокие технологии в акушерской практике / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — 2007. — С. 520-521.
20. Логутова Л.С. Пути снижения частоты абдоминального родоразрешения в современном акушерстве / Л.С. Логутова, К.Н. Ахвледиани // Российский вестник акушера и гинеколога. — 2008. – Т. 8, № 1. – С. 57–61.
21. Макухина Т.Б. Особенности ультразвуковой диагностики и лечебной тактики при ведении пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения / Т.Б. Макухина, А.В. Поморцев // Рос. электрон. журн. луч. диагностики. - 2012. - Т. 2, № 3. - С. 95-99.
22. Маркарян Н.М. Сравнительный анализ двух методик чревосечения // Вестник РУДН. Серия: Медицина.- 2016. -№ 2. – С. 146.
23. Милованов, А. П. Пути снижения акушерских потерь / А. П. Милованов, Е. Ю. Лебеденко, А. Ф. Михельсон // Акушерство и гинекология. - 2012. -№ 4-1. - С. 74—78.
24. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе // Журнал акушерства и женских болезней. 2018. -Т. 67, № 1. С. 26-37.

25. Передовые клинические практики и технологии в акушерстве: клиническое руководство (алгоритмы диагностики и лечения): в 2-х ч. /Сост. В.Ф. Беженарь, И.М. Нестеров; под общ. Ред. Проф. В. Ф. Беженаря. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2019. -Ч.1- С. 267-288.
26. Петрова Л.Е., Кузьминых Т.У., Коган И.Ю., Михальченко Е.В. Особенности клинического течения родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения // Журнал акушерства и женских болезней – 2012. – т. LXI, № 6. – С. 41-47.
27. Приходько А.М. Возможности методов оценки состояния матки после операции кесарева сечения / Приходько А.М., Баев О.Р., Луньков С.С. [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 10. - С. 12-16.
28. Приходько, А.М. Эхографическая характеристика матки в раннем и отдаленном периоде после абдоминального родоразрешения / Приходько А.М., Баев О.Р., Луньков С.С. [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 10. - С.41-46.
29. Приходько, А.М. Эхографические и эластографические характеристики состояния матки в зависимости от техники восстановления ее целостности при кесаревом сечении / Приходько А.М., Баев О.Р., Луньков С.С. [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 1. - С. 48-55. 29.
30. Пучкова Н. В. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Пучкова Надежда Владимировна.- М.- 2014.- 26 с.
31. Саркисов, С.Э. [и др.] / Применение эхографии для диагностики беременности в рубце на матке после кесарева сечения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2009. – № 2. – С. 36-42.

32. Сидоров А.Е., Сидоров Е. С. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2017. – Т. 11, №4. – С. 48-56.
33. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Т. Е. Беременность и роды после операции кесарева сечения. — М.: МИА. - 2003. — 62 с.
34. Трухачева, Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н.В. Трухачева. – М.: «ГЭОТАРМедиа». - 2012. – 377 с.
35. Хасанов А.А., Журавлева В.И., Галаутдинова Д. И. Отдаленные исходы реконструктивной пластики несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом // *Практическая медицина*. – 2017. -№8 (109)- С. 168-171.
36. Цхай, В.Б. Спонтанный разрыв матки по рубцу после операции кесарева сечения в сочетании с вращением плаценты // *Сибирское медицинское обозрение*. – 2015. - №4. - С.74-78.
37. Чечнева М.А., Титченко Л.И., Буянова С.Н., Пучкова Н.В. Ультразвуковая диагностика несостоятельного рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде // *SonoAce Ultrasound*. - 2011. -№22. - С. 35-39.
38. Akdemir A, Sahin C, Ari SA, Ergenoglu M, Ulukus M, Karadadas N. Determination of Isthmocele Using a Foley Catheter During Laparoscopic Repair of Cesarean Scar Defect. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Jan;25(1):21-22. doi: 10.1016/j.jmig.2017.05.017. Epub 2017 Jun 8. PubMed PMID: 28602788.
39. An der Voet LF, Vervoort AJ, Veersema S, BijdeVaate AJ, Brölmann HA, Huirne JA. Minimally invasive therapy for gynaecological symptoms related to a niche in the caesarean scar: a systematic review. *BJOG*. 2014 Jan;121(2):145-56. doi: 10.1111/1471-0528.12537. Review. PubMed PMID: 24373589.

40. Api M, Boza A, Gorgen H, Api O. Should Cesarean Scar Defect Be Treated Laparoscopically? A Case Report and Review of the Literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015 Nov-Dec;22(7):1145-52. doi: 10.1016/j.jmig.2015.06.013.
41. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 61–65.
42. Bakavičiūtė G, Špiliauskaitė S, Meškauskienė A, Ramašauskaitė D. Laparoscopic repair of the uterine scar defect - successful treatment of secondary infertility: a case report and literature review. *Acta Med Litu.* 2016;23(4):227-231. doi: 10.6001/actamedica.v23i4.3424. PubMed PMID: 28356813; PubMed Central PMCID: PMC5287997.
43. Baranov A, Gunnarsson G, Salvesen KÅ, Isberg PE, Vikhareva O. Assessment of Cesarean hysterotomy scar in non-pregnant women: reliability of transvaginal sonography with and without contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Apr;47(4):499-505. doi: 10.1002/uog.14833. Epub 2016 Feb 29. PubMed PMID: 25720922.
44. Basic E, Basic-Cetkovic V, Kozaric H, Rama A. Ultrasound evaluation of uterine scar after cesarean section. *Acta Inform Med.* 2012 Sep;20(3):149-53. doi: 10.5455/aim.2012.20.149-153. PubMed PMID: 23322970; PubMed Central PMCID: PMC3508848.
45. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates:1990-2014. *PLoS One.* 2016 Feb 5;11(2): e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343. eCollection 2016. PubMed PMID: 26849801; PubMed Central PMCID: PMC4743929.
46. Bij de Vaate AJ, Brölmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar:

- relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jan;37(1):93-9. doi: 10.1002/uog.8864. PubMed PMID: 21031351.
47. Bij de Vaate AJ, van der Voet LF, Naji O, Witmer M, Veersema S, Brölmann HA, Bourne T, Huirne JA. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Apr;43(4):372-82. doi:10.1002/uog.13199. Review. PubMed PMID: 23996650.
48. Burger NF, Darazs B, Boes EG. An echographic evaluation during the early puerperium of the uterine wound after caesarean section. *J Clin Ultrasound.* 1982 Jul-Aug;10(6):271-4. PubMed PMID: 6811618.
49. Cameron SJ. Gravid Uterus ruptured through the Scar of a Caesarean Section. *Proc R Soc Med.* 1911;4(Obstet Gynaecol Sect):147-9. PubMed PMID: 19975262; PubMed Central PMCID: PMC2005117.
50. Chan B.C.P., Lam H. S.W., Yuen J.H.F. et al. Conservative management of placenta previa with accreta // *Hong Kong Med. J.* — 2008. — Vol. 14 — P. 479–484.
51. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Lee CL, Kay N. Resectoscopic treatment combined with sonohysterographic evaluation of women with postmenstrual bleeding as a result of previous cesarean delivery scar defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Apr;200(4):370.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.038. PubMed PMID: 19318145.
52. Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF (2003) Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 189(2):408–417 (PubMed PMID: 14520209).

53. Chen HY, Chen SJ, Hsieh FJ. Observation of cesarean section scar by transvaginal ultrasonography. *Ultrasound Med Biol.* 1990;16(5):443-7. PubMed PMID: 2238250.
54. Chen, Y., Chang, Y., and Yao, S. Transvaginal management of cesarean scar section diverticulum: a novel surgical treatment. *Med Sci Monit.* 2014,-№ 20.- P. 1395–1399.
55. Clark Steven L. MD; Koonings, Paul P. MD; Phelan, Jeffrey P. Placenta Previa/Accreta and Prior Cesarean Section // *MD Obstetrics & Gynecology* 1985.-№1- P. 89-92.
56. Clement D., Kayem G., Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2004. – Vol. 114.– P. 108–109.
57. Coassolo KM, Stamilio DM, Paré E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, Macones GA. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2005 Oct;106(4):700-6. PubMed PMID: 16199624.
58. Colmorn LB, Petersen KB, Jakobsson M, Lindqvist PG, Klungsoyr K, Kallen K et al (2015) The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(7):734–744. doi:10.1111/aogs.12639 (PubMed PMID: 25828911).
59. CORONIS Trial Collaborative Group. The CORONIS Trial. International study of caesarean section surgical techniques: a randomised fractional, factorial trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007 Oct 22; 7:24. doi: 10.1186/1471-2393-7-24. PubMed PMID: 18336721; PubMed Central PMCID: PMC2217555.
60. Cuilan Li., Shiyan Tang, Xingcheng Gao, Wanping Lin, Dong Han, Jinguo Zhai, Xuetao Mo, Lee Jaden Gi Yu, Kang Zhou. Efficacy of Combined

Laparoscopic and Hysteroscopic Repair of Post-Cesarean Section Uterine Diverticulum: A Retrospective Analysis // BioMed Research International, Received 7 December 2015; Revised 7 February 2016; Accepted 25 February 2016.

61. Diab A.E. Uterine ruptures in Yemen // Saudi Med. J. – 2005. – Vol. 26, №2. – P. 264-269.
62. Dindo D., Demartines N., Clavien P. A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 240. – P. 205–213.
63. Donnez O. Laparoscopic repair of post-Cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. J Minim Invasive Gynecol 2013; 20:386–91.
64. Eckman A, Mottet N, Ramanah R, Riethmuller D. [Delivery of premature infants]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Oct;44(8):781-6. doi:10.1016/j.jgyn.2015.06.014. Epub 2015 Jun 30. Review. French. PubMed PMID: 26139037.
65. Eller A.G., Porter T.F., Soisson P., Silver R.M. Optimal management strategies for placenta accreta //BJOG, 2009. Vol. 116. № 5. P. 648-654.
66. Erickson SS, Van Voorhis BJ. Intermenstrual bleeding secondary to cesarean scar diverticuli: report of three cases. Obstet Gynecol 1999;93:802–5.
67. Eshkoli T, Weintraub AY, Baron J, Sheiner E (2015) The significance of a uterine rupture in subsequent births. Arch Gynecol Obstet 292(4):799–803. doi:10.1007/s00404-015-3715-0 (PubMed PMID: 25864097).
68. Fabres C, Arriagada P, Fernandez C, Mackenna A, Zegers F, Fernandez E. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. J Minim Invasive Gynecol. 2005; 12:25–8. doi: 10.1016/j.jmig.2004.12.023. [PubMed] [Cross Ref].

69. Fabres C, Aviles G, De La Jara C, Escalona J, Munoz JF, Mackenna A, et al. The cesarean delivery scar pouch: clinical implications and diagnostic correlation between transvaginal sonography and hysteroscopy. *J Ultrasound Med* 2003;22:695–700.
70. Feng YL, Li MX, Liang XQ, Li XM. Hysteroscopic treatment of postcesarean scar defect. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012; 19:498–502. doi: 10.1016/j.jmig.2012.03.010. [PubMed] [Cross Ref].
71. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. *PLoS Med*. 2012;9(3):e1001184. doi: 10.1371/journal.pmed.1001184. Epub 2012 Mar 13. PubMed PMID: 22427745; PubMed Central PMCID: PMC3302846.
72. Florio P, Gubbini G, Marra E, Dores D, Nascetti D, Bruni L, et al. A retrospective case–control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecol Endocrinol*. 2011; 27:434–8. doi: 10.3109/09513590.2010.495431. [PubMed][Cross Ref].
73. Florio, P., Gubbini, G., Marra, E. et al. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecol Endocrinol*. 2011; 27: 434–438.
74. Futyma K, Gałczyński K, Romanek K, Filipczak A, Rechberger T. When and how should we treat cesarean scar defect - isthmocele? *Ginekol Pol*. 2016; 87(9):664-668. doi: 10.5603/GP.2016.0063. Review. PubMed PMID: 27723075.
75. Gubbini G, Centini G, Nascetti D, Marra E, Moncini I, Bruni L, et al. Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011; 18:234–7. doi: 10.1016/j.jmig.2010.10.011. [PubMed] [Cross Ref].

76. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2013 Jul;28(7):1943-52. doi:10.1093/humrep/det130. Epub 2013 May 3. Review. PubMed PMID: 23644593.
77. Hoffmann J, Exner M, Bremicker K, Grothoff M, Stumpp P, Schrey-Petersen S, Stepan H. Cesarean section scar in 3 T magnetic resonance imaging and ultrasound: image characteristics and comparison of the methods. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Feb;299(2):439-449. doi: 10.1007/s00404-018-4988-x. Epub 2018 Dec 5. PubMed PMID: 30519750.
78. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD000166. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;7:CD000166. PubMed PMID: 12917886.
79. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Techniques for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD004662. doi: 10.1002/14651858.CD004662.pub2. Review. PubMed PMID: 18254057.
80. Iannone P, Nencini G, Bonaccorsi G, Martinello R, Pontrelli G, Scioscia M, Nappi L, Greco P, Scutiero G. Isthmocele: From Risk Factors to Management. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019 Jan;41(1):44-52. doi: 10.1055/s-0038-1676109. Epub 2019 Jan 15. PubMed PMID: 30646424.
81. J.-X. Ding, J.-L. Chen, H.-W. Zhang et al. "Hysteroscopic examination and laparoscopic repair of uterine scar defect after cesarean section," *Fudan University Journal of Medical Sciences*, vol. 39, no. 5, pp. 506–510, 2012.
82. Jacobson, M.T., Osias, J., Velasco, A., Charles, R., and Nezhat, C. Laparoscopic repair of a uteroperitoneal fistula. *JSLs.* 2003; 7: 367–369.

83. Jeremy, B., Bonneau, C., Guillo, E. et al. Uterine ishtmique transmural hernia: results of its repair on symptoms and fertility]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013; 41: 588–596.
84. Jodie M. Dodd, Crowthe Caroline A. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *The Cochrane Library.* 2012. Iss. 5.
85. Jordans IPM, de Leeuw RA, Stegwee SI, Amso NN, Barri-Soldevila PN, van den Bosch T, Bourne T, Brölmann HAM, Donnez O, Dueholm M, Hehenkamp WJK, Jastrow N, Jurkovic D, Mashiach R, Naji O, Streuli I, Timmerman D, van der Voet LF, Huirne AF. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Jan;53(1):107-115. doi: 10.1002/uog.19049. PubMed PMID: 29536581; PubMed Central PMCID: PMC6590297.
86. Khoshnow Q, Pardey J, Uppal T. Transvaginal repair of caesarean scar dehiscence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2010; 50:94–5.
87. Klemm P., Koehler C., Mangler M. et al. Laparoscopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound // *J. Perinat. Med.* – 2005. – Vol. 33, № 4. – P. 324-331.
88. Klimánková V, Pilka R. Late morbidity in cesarean section scar syndrome. *Ceska Gynekol.* Fall 2018;83(4):300-306. Review. PubMed PMID: 30441962.
89. Li C, Guo Y, Liu Y, Cheng J, Zhang W. Hysteroscopic and laparoscopic management of uterine defects on previous cesarean delivery scars. *J Perinat Med* 2014;42(03):363–370 Doi: 10.1515/jpm-2013-0081.
90. Li C, Tang S, Gao X, Lin W, Han D, Zhai J, Mo X, Zhou LJ. Efficacy of Combined Laparoscopic and Hysteroscopic Repair of Post-Cesarean Section Uterine Diverticulum: A Retrospective Analysis. *Biomed Res Int.*

- 2016; 2016:1765624. doi: 10.1155/2016/1765624. Epub 2016 Mar 15. PubMed PMID: 27066497; PubMed Central PMCID: PMC4811045.
91. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):128–36.
92. Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of maternal characteristics on cesarean delivery rates among U.S. Department of Defense healthcare beneficiaries, 1996–2002. *Birth.* 2004;31(1):3–11.
93. Liu SJ, Lv W, Li W. Laparoscopic repair with hysteroscopy of cesarean scar diverticulum. *J Obstet Gynaecol Res* 2016;42(12): 1719–1723 Doi: 10.1111/jog.13146.
94. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet.* 2010; 375(9713):490–9. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61870-5 [PubMed].
95. Luo L, Niu G, Wang Q, Xie HZ, Yao SZ. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula. *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19:454–8.
96. Mahmoud MS, Nezhat FR. Robotic-assisted Laparoscopic Repair of a Cesarean Section Scar Defect: 26070729.
97. Marcus S., Cheng E., Goff B. Extrauterine pregnancy resulting from early uterine rupture // *Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 94, № 5. – Pt.. 2. – P. 804-805.
98. Marra E. Resectoscopic treatment of “Isthmocele”: “Isthmoplasty”. Edited by Casadio P, Rizzo MA. 6, S108-S109. 2009. *Gynaecol Surg.* Ref Type: Generic.
99. Menada Valenzano M, Lijoi D, Mistrangelo E, Costantini S, Ragni N. Vaginal ultrasonographic and hysterosonographic evaluation of the low transverse incision after caesarean section: correlation with gynaecological symptoms. *Gynecol Obstet Invest* 2006; 61: 216–222.

100. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014; 383(9927):1463–4. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60716-9
101. Mihalevitch S.I., Markov T.V., Rusetskaya V.M. Features Survey and management of pregnancy and childbirth in women with a uterus operated. *Instructor's Manual*. 2011.
102. Monteagudo A, Saline infusion sonohysterography in nonpregnant women with previous cesarean delivery: the "niche" in the scar. *J Ultrasound Med*. 2001 Oct;20(10):1105-15. PubMed PMID: 11587017.
103. Moraitis AA, Oliver-Williams C, Pell JP, Smith G. Previous caesarean delivery and the risk of unexplained stillbirth: retrospective cohort study and meta-analysis. *BJOG*. 2015 Oct; 122(11):1467-74. doi:10.1111/1471- 0528.13461. Epub 2015 May 29. Review. PubMed PMID: 26033155.
104. Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: *Int J Gynecol Pathol*. 1995 Jan;14(1):16-20. PubMed PMID: 7883420.
105. Naji O, Abdallah Y, Bij De Vaate AJ, Smith A, Pexsters A, Stalder C, McIndoe A, Ghaem-Maghami S, Lees C, Brölmann HA, Huirne JA, Timmerman D, Bourne T. Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012 Mar;39(3):252-9. PubMed PMID: 21858885.
106. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, Jurkovic D. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 72–77.
107. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, Jurkovic D. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 72–77. PMID:18061960.

108. Orazmuradov A.A., Lukaev A.A., Yanin V.A., Krikunova V.L., Verstat T.V. Outcomes of Premature Birth in Women Having High Factors for Perinatal Risks. *International Journal of BioMedicine*. 2014. Vol. 4. Iss. 1. P. 32—35.
109. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009 Jul;34(1):90-7. doi: 10.1002/uog.6395. PubMed PMID: 19499514.
110. Palacios Jaraquemada JM, Pesaresi M, Nassif JC, Hermosid S. Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Aug;83(8):738-44. PubMed PMID: 15255846.
111. Palatnik A, Grobman WA. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212(3): 358.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.026. PubMed PMID: 25725658.
112. Poidevin LO. The value of hystero-graphy in the prediction of cesarean section wound defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1961;81:67-71.
113. Pomorski, M., Fuchs, T., Rosner-Tenerowicz, A., and Zimmer, M. Sonographic evaluation of surgical repair of uterine cesarean scar defects. *J Clin Ultrasound*. 2017; 45: 455–460.
114. Raimondo G, Grifone G, Raimondo D, Seracchioli R, Scambia G, Masciullo V. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: a prospective study. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22:297–301.