

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Насимова Нигина Рустамовна

**ЎҚИН ДЕВОРИ  
ПРОЛАПСИНИНГ  
ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ ВА  
КОНТРАЦЕПЦИЯСИ**



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НЕГМАДЖАНОВ БАХОДУР БОЛТАЕВИЧ  
НАСИМОВА НИГИНА РУСТАМОВНА



ҚИН ДЕВОРИ ПРОЛАПСИНИНГ ЖАРРОХЛИК  
ДАВОЛАШ ВА КОНТРАЦЕПЦИЯСИ

*Монография.*

Sam DTI  
axborot-resurs markazi



Самарқанд 2021

УЎК 611.65:617

КБК 57.1

И 37

Негмаджанов Б.Б. Насимова Н.Р

Кни девори пролапсининг жарроҳлик даволаш ва контрацепцияси [Текст] :  
монография / Негмаджанов Б.Б. Насимова Н.Р - Самарқанд: ТИВБИҲОТ ҚО'ЗГУСИ,  
2021. - 104 б.

#### ТАҚРИЗЧИЛАР:

*Закирова Нодира Исламовна* - СамДТИ. 1-сон Акушерлик  
ва гинекология кафедрасининг т.ф.д., профессор.

*Туксанова Дилбар Исмаиловна* - Бухоро давлат тиббиёт институтининг  
«2 сон Акушерлик ва гинекология» кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

Жинсий аъзолар пролапси бугунги кунда бутун дунёда муҳим тиббий,  
ижтимоий ва ахлоқий муаммо ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш  
ташкилотининг маълумотига кўра, 2030 йилда тахминан 63 миллион аёллар  
жинсий аъзолари тушинишига чалинишади, бунда 80 ёшгача ҳар тўққиз аёлдан  
бирига ушбу касаллик бўйича жарроҳлик амалиёти бажарилади, уларнинг 30% ида  
қайта жарроҳлик амалиёти талаб этилади. Касалланиш нафақат катта ёшли  
аёллар, балки ёш ва ўрта ёшдаги аёллар орасида ўсиб бориши тенденцияси  
жарроҳлар ва гинекологлар диққат марказида бўлиб келмоқда. «Ҳозирда кичик  
чаноқ аъзоларининг тушиниши 300 дан ортиқ жарроҳлик даволаш усуллари  
мавжуд, лекин таклиф этилган усулларнинг самарадорлиги етарли эмас ва  
касалликнинг қайталаниш даражаси 25-30% га етади». Бу ҳолат нафақат  
ноадекват жарроҳлик усулини танлаш билан, балки беморларни жарроҳлик  
амалиётдан олдин тайёрлаш ва амалиётдан кейин олиб бориши сифатига ҳам  
боғлиқ. Энг кўп эътиборда репродуктив ёшдаги аёллар бўлиб, бу касалликнинг  
такрорланишининг камайиши ва репродуктив функция масаласини ҳал қилишда  
даволашни самарадорлигини оширишни талаб этади. Касалликнинг оғирлик  
даражаси, аёлларнинг ёши ва бу тоифадаги беморларда жарроҳлик контрацепция  
усулининг такомиллаштириш имкониятлари ҳисобга олган ҳолда чаноқ аъзолари  
тушиниши жарроҳлик усулида бартараф этишни такомиллаштирилган  
усулларни клиник амалиётга жорий этиш талаб этилади. Монография умумий  
амалиёт шифокорлари, акушер-гинекологлар, тегишли мутахассисликлар  
шифокорлари, тиббиёт институтлари магистрлари ва талабалари учун  
мўлжалланган.

ISBN 978-9943-7151-9-6

© Б.Б НЕГМАДЖАНОВ, Н.Р НАСИМОВА 2021 й.

© ТИВБИҲОТ ҚО'ЗГУСИ, 2021 й.

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ.....	5
КИРИШ.....	6
I-БОБ. РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШИНИ ОЛДИНДАН БЕЛГИЛОВЧИ ОМИЛЛАРИ .	7
Қин деворлари нотўлиқ тушишининг патогенези ва диагностикаси .....	7
Текширилган беморларнинг умумий тавсифи.....	16
Жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши бўлган репродуктив ёшдаги аёллар тавсифи .....	21
Бактериологик, гинекологик ва акушерлик анамнези таҳлилининг натижалари .....	23
II - БОБ. РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ .....	42
Қин деворлари нотўлиқ тушишини жарроҳлик коррекциясининг замонавий усуллари.....	42
Чанок органлари пролапси бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш .....	45
Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари .....	49
Минилапаротомия ва ихтиёрий жарроҳлик контрацепциясининг техникаси .....	50
III-БОБ. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШИНИ ИЖК БИЛАН БИР ВАҚТДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ.....	58
Жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши бўлган аёллар учун контрацепция усуллари.....	58

Қин девори пролапси ИЖК билан бир вақтда жарроҳлик усулида даволашнинг беморлар ҳаёт сифатига таъсири .....	63
Жарроҳлик даволашга қадар ва ундан бир йил ўтгандан сўнг жинсий функцияни баҳолаш.....	66
Жарроҳлик даволашдан бир йил ўтгандан сўнг сийдик ажратиб чиқарувчи тизим функциясини баҳолаш.....	68
Қин деворлари пролапсини ИЖК билан бир вақтда жарроҳлик усулида даволашнинг клиник самарадорлигини баҳолаш.....	69
ОЛИНГАН НАТИЖАЛАРНИНГ МУХОКАМАСИ.....	72
ХУЛОСА .....	82
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР .....	83
АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ.....	84

---

## ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

БДК	–	бачадондан дисфункционал қон қетиши
БЖССТ	–	Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
БИБ	–	бачадон ичи воситаси
ЖАП	–	жинсий аъзолар пролапси
ЖФ	–	жисмоний фаолият
ЖХ	–	жисмоний ҳолат
ИЖАТ	–	ички жинсий аъзоларнинг тушиши
ИЖС	–	ичтиёрний жарроҳлик стерилизация
ИФ	–	ижтимоий фаолият
ИХК	–	ичтиёрний жарроҳлик контрацепция
ҚОК	–	аралаш орал контрацепция
ОЖ	–	оғриқнинг жадаллиги
ОИТ	–	ошқозон-ичак тракти
РЖФ	–	ролли жисмоний фаолият
РС	–	руҳий саломатлик
РХФ	–	ролли ҳиссий фаолият
СИ	–	стрессли инконтиненция
СП	–	сийдик пуфаги
СТО	–	сийдик тута олмаслик
СУХ	–	соғлиқнинг умумий ҳолати
ЎРВИ	–	ўткир респиратор вирус инфекцияси
ҲС	–	ҳаёт сифати
ҲХ	–	ҳиссий ҳолат
ЭГК	–	экстрагенитал касалликлар
ЭКГ	–	электрокардиография
ЯҚ	–	яшаш қобилияти

## КИРИШ

Монографияда жинсий органларнинг пролапси булган аёлларнинг репродуктив ва контрацептив хатти харакатларини тахлил килиш, кин деворининг пролапсини бир вақтнинг узида трансвагинал ИЖК билан даволашнинг оптималлаштирилган жаррохлик усули келтирилган. Ушбу операцияни бажариш учун беморларни танлаш курсатгичлари ва мезонлари такдим этилади, якин ва узок натижаларни урганиш асосида тавсия этилган оператив даволаш ва контрацепция усулининг самарадорлигини аникланади. Монографияда репродуктив тизим органларнинг холати ва операциясидан кейинги бир йил давомида хаёт сифати динамикаси берилган. Ушбу монография устида ишлаш, иложи булса, вагинал деворларнинг тулик йуколиши ва аёлларнинг хаёт сифатига таъсирини бахолаш билан огриган аёлларда жаррохлик контрацепция усулари хақидаги барча замонавий маълумотларни тулик ва мунтазам равишда акс еттиришга харакат килдик.

## 1-БОБ. РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШНИ ОЛДИНДАН БЕЛГИЛОВЧИ ОМИЛЛАРИ

Қин деворлари нотўлиқ тушишининг патогенези ва диагностикаси

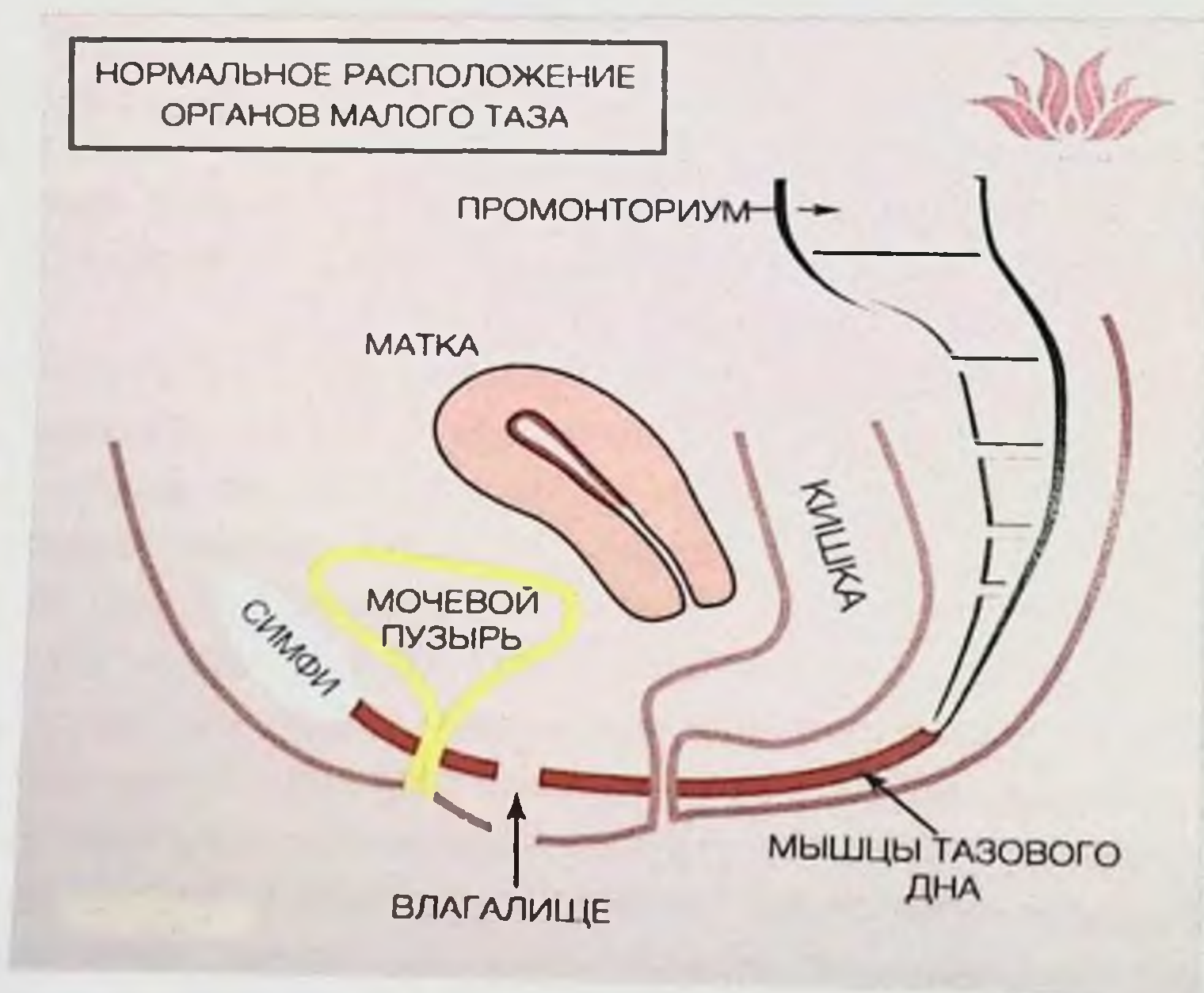
Жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушиши этиологияси ҳамда патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Сўнгги йилларда ушбу патологиянинг ёшариш тенденцияси кузатилди. Агар 10-15 йил олдин у асосан қариялар ва кекса ёшдаги аёлларда учраган бўлса, бугунги кунда беморларнинг ўртача ёши 50 ёшдан ошмайди, улардан 26 фоизи репродуктив ёшдаги аёллардир. Ички жинсий аъзоларнинг нормал ҳолатига қуйидаги омиллар ёрдам беради: организм барча тизимларининг тўғри ишлашига боғлиқ жинсий аъзоларнинг ўзига хос тонуси жинсий гормонлар даражаси; асаб тизимининг функционал ҳолати; қон айланишининг шароитлари; диафрагма ва чанок тубининг мувофиқлаштирилган фаолияти. Бачадоннинг осиб турувчи, мустаҳкамловчи ва ушлаб турувчи аппарати муҳим аҳамиятга эга. Бу омилларнинг касалликлар, жароҳатлар ва атрофик жараёнлар фонида бузилиши бўлганда жинсий аъзолар жойлашувида анормаллик содир бўлади.

Жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушиши полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг асосини бачадон бойламлари ва чанок туби мушаклари дистрофияси ва кучсизлиги, қорин бўшлиғи босимининг ошиши ташкил этади. Ушбу патологиянинг келиб чиқишида жинсий аъзоларнинг юқоридан босилишига олиб келувчи омиллар муҳим рол ўйнайдди. Бундан ташқари, жисмоний, генетик ва психологик омиллар ҳам жинсий аъзоларнинг пролапсининг ривожланишига таъсир кўрсатади. Чанок туби ва бачадон бойлам аппаратининг ҳолатига таъсир қиладиган сабаблар орасида ёш, ирсият, тугруқдаги шикастлаш; оғир жисмоний иш; қорин бўшлиғи босимининг ошиши; яллигланиш касалликлари ва жарроҳлик аралашувидан кейинги чандиклар; кичик чанок ўрнидаги силлиқ мушаклар ва қон томир тизимларига психоматик таъсир; силлиқ мушаклар реакциясига таъсир қиладиган жинсий гормонлар ишлаб чиқарувчи маҳсуллардаги ўзгаришлар; кўндаланг-тартиб



мушакларларни чанок туби тўлиқ ҳолатини тўлиқ таъминла ололмаслигини кўрсатиш мумкин. Илмий адабиётлар таҳлили шундан далилат берадики, чанок туби, олдинги қорин девори ва бачадон боғлам аппаратининг тузилиши ва функцияларининг бузилиши бачадон ва қин деворларнинг пролапсига олиб келади.

Ёш, туғмаган аёллар ёки ўзгармас гормонал фонда ва нормал ижтимоий шароитларда битта асоратсиз туғруқ ўтказган аёллардаги жинсий аъзоларнинг пролапси патогенезида бириктирувчи тўқиманинг тизимли нуқсони етакчи рол ўйнайди. Кўрсатилган омиллардан бирортаси таъсирида ёки уларнинг ҳар қандай бирикмаси таъсири остида жинсий аъзолар ва чанок туби боғлам аппаратининг функционал нуқсонлиги пайдо бўлади. Ушбу фонда аъзолар чанок тубидан ташқарига чиқа бошлайди. Бачадон ва қин пролапси механизмининг бир неча патогенетик вариантлари мавжуд (расм-1).



1 – расм.

*Биринчи вариант:*

- бачадон бениҳоя кенгайган чанок туби ичида жойлашган ва ҳар қандай бойламлардан маҳрум бўлиб, у орқали сиқиб чиқарилади;
- бачадоннинг бир қисми ичкарида, қолган қисми эса чурра ички дарвозасининг ташқарисида жойлашади;
- бир қисми сиқиб чиқарилади, иккинчиси эса ушлаб турувчи асосига ёпишган ҳолатда бўлади.

Иккинчи вариант эса, бачадоннинг қин қисми чурра ички дарвозасининг доимий босими туфайли тушиши ва чўзилиши мумкин (elongation coli). Чурра ички дарвозасидан ташқарида ётган ва қисман ишлайдиган *m.levatorani* билан боғланган бачадон танаси аъзонинг тўлиқ тушишига қаршилик кўрсатади. Бу механизм чўзилган ва ингичкалашган бачадон шаклланишини тушунтиради. Унинг узайиши фақатгина ёки асосан бачадон бўйнининг гипертрофиясига боғлиқ. бачадон туби эса деярли тўғри ҳолатида қолиши мумкин. Бундай ҳолатда бачадоннинг тўлиқ пролапси бачадон ўқи қиннинг ўқи билан бир хил бўлганда - ретрофлексияда - содир бўлади. Шунинг учун ретрофлексияни бачадоннинг тўлиқ пролапси ҳавфи омили деб ҳисоблашади.

Кўпинча жинсий аъзолар пролапсига цистоцеле сабаб бўлади. Цистоцеленинг асосий сабаблари - пубосервикал фасциянинг заифлашиши, кардинал бойламларнинг ажралиши, детрузор мушакларининг нуқсонидир. Цистоцеленинг шаклланиши қиннинг олд девори, уретровезикал сегментни деформацияси ва сийдик чиқаришнинг бузилиши билан бир вақтда содир бўлади.

Жинсий аъзолар пролапси генезида нафақат туғишларнинг умумий сони, балки уларнинг кечиш хусусиятлари ҳам аҳамиятга эга. Ҳатто, асоратланмаган кечишида ҳам аёлларнинг 20 фоизида уятли нервларнинг дистал ўтказувчанлиги секинлашиши аниқланади (15% ҳолларда вақтинчалик). Бу туғиш вақтида бел-думгаза туташган жойини шикастланишини тахмин қилишга имкон беради, натижада бекитувчи, сон ва қўймич нервларнинг фалажи ривожланади ва унинг оқибатида сийдик ва нажас инконтиненцияси юзага келади.

Ушбу патология ривожланишининг сабабларидан бири қорин ички бўшлиги экзоген ва эндоген турдаги босимнинг ошиши ва бир неча сабабларининг биргаликдаги таъсири туфайли чанок тубининг заифлиги.

*Уларга қуйидагилар киради:*

- чанок тубининг жароҳатланишидан кейинги шикастланиши (кўпинча, туғиш вақтида рўй беради);
- "тизимли етишмовчилик" шаклида бириктирувчи тўқималар тузилмаларининг заифлиги (бошқа даббаларнинг локализацияси мавжудлиги, ички аъзоларнинг тушиши билан намоён бўлади);
- стероид гормонлари синтезининг бузилиши;
- метаболик ва микроциркуляция жараёнларининг бузилиши билан бир вақтда кечадиган сурункали касалликлар.

Нормал шароитларда жинсий аъзоларга юқоридан бўлган босим чанок туби ва олдинги қорин деворининг қарши босими билан мувозанатланади. Қорин девори мушакларининг компенсацион кучайиши жинсий аъзолар тушишини вақтинча ушлаб туради. Шу билан бирга, аста-секин компенсация функцияси пасаяди, ички аъзоларнинг жинсий аъзолар устидан босими кучаяди, бачадоннинг боғловчи аппарати бўшашади ва унинг пастга тушиши бошланади. Бўшашган чанок туби жинсий аъзоларга энди таянч бўла олмайди ва пастга қараб силжиши ортади. Баъзи муаллифлар мазкур вазиятни вужудга келишига инфантиллик, бойлам-мушак тизимининг туғма етишмовчилиги, жисмонан машаққатли меҳнат билан бирга вазнининг камлиги, кекса ёшдаги аёлларда жинсий аъзолар атрофияси каби ножўя омиллар сабаб бўлиши мумкин деб ҳисоблайди. Аввало, чанок диафрагмасидан анча заифрок бўлган сийдик-жинсий диафрагмага бириккан қиннинг олд девори тушади.

Чанок аъзоларининг пролапси кўпинча оралик жароҳати ва қорин бўшлиги босимининг ич қотиши, доимий йўтал, жисмоний зўриқиш таъсирида босимнинг ошиши натижасида ривожланади. Кўпинча, касаллик бачадоннинг ретродевиацияси билан бошланади, чунки бу ҳолатда босим кучи тушган жой майдони антефлексиядагидан анча кўп бўлади.

Шундай қилиб, жинсий аъзоларнинг пролапси патогенезида олдинги қорин девори ва чаноқ тубининг бўшашишига олиб келувчи шароитлар муҳим рол ўйнайди. Бачадоннинг бойлам аппаратининг бўшашиши иккиламчи омил ва биринчи даражали аҳамиятга эга эмас. ЖАП нинг ривожланишида стероид гормонлар синтезининг бузилиши ҳам катта рол ўйнайди. Ички жинсий аъзолари нотўлиқ тушиши бўлган аёлларда гормонал фонни ўрганиш тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, фертил ёшдаги аёллардаги жинсий аъзоларнинг пролапсида жинсий гормонлар, гонадотропинлар ва кортикостеронларнинг номутаносиблигида намоён бўлувчи гормонал мавқенинг бузилиши мавжуд.

Урогенитал бузилишларининг ривожланишида сийдик-жинсий тизимининг пастки қисмларидаги эстерогенга боғлиқ тўқималарда - сийдик йўллариининг пастки қисмида, мушак қаватида ва қин деворининг шиллик қаватида, ҳамда, кичик чаноқ аъзолари бойлам аппаратида ва чаноқ туби мушакларида - атрофик жараёнларга сабаб бўладиган эстерогенлар етмаслиги етакчи рол ўйнайди.

Шундай қилиб, юқорида санаб ўтилган бир ёки бир нечта омилларнинг таъсирида ички жинсий аъзоларнинг боғловчи аппарати ва чаноқ тубининг функционал заифлиги ривожланади. Қорин бўшлиғи босимининг ошишида аъзолар чаноқ тубидан ташқарига «сиқиб» чиқарила бошлайди. Бу ҳолатда патогенезнинг бир неча механизмлари мавжуд. Масалан, осиб турувчи, бириктирувчи ва ушлаб турувчи аппаратни ташкил қилувчи барча бойламларнинг гуруҳлари функционал етишмовчилигида чаноқ бўшлиғининг марказида жойлашган аъзонинг чурра ички дарвозасидан тўлиқ чиқиши. Агар аъзонинг бир қисми ўртада ётса, бир қисми эса – чурра ички дарвозаси ташқарисида бўлса, унинг биринчи қисми итарилади, қолган қисми эса таянч асосга босилади. Шундай қилиб, чурра ички дарвозасидан ташқарида бўлган қисми бошқа қисмини чиқишдан сақлайди. Натижада, бачадоннинг қин қисми тушиши ва чурра ички дарвозаси ичидаги доимий босим таъсирида чўзилиши мумкин (*elongacio coli*), бу билан бирга, чурра ички дарвозасидан ташқарида ётган ва ҳали қисман ишлаётган *m.levator ani* га бириккан бачадон танаси аъзонинг тўлиқ тушишига қаршилик кўрсатади. Бачадон фақат унинг ўқи қиннинг ўқи билан мос тушганда, яъни ретроверсияда

тушиш босқичига ўтади. Шунинг учун, ретроверсия бачадон тушиши ва пролапснинг олдинги босқичи ҳисобланади.

Урогенитал пролапс патогенезини ўрганиш МДХ мамлакатларида ҳам, Фарб мамлакатларида ҳам содда ва айни пайтда тўлиқ таснифлашни излаш ва ишлаб чиқишга туртки бўлди. Бугунги кунда бачадон ва кин силжишининг бир неча таснифи мавжуд.

М.С.Малиновскийнинг таснифига кўра, агар кин гумбазлари кин кириш қисмига яқинлашса ва бачадоннинг тушиши кузатилса (ташқи ёриқ умуртқа текислигидан пастда бўлса), у ҳолда I - даражали бачадон пролапси мавжуд. II - даражали пролапсда бачадон бўйни жинсий ёриқдан чиқади, бачадон танаси ундан юқорида туради. Пролапснинг III - даража (тўлиқ пролапс) ҳолатларида, бачадоннинг барча қисми жинсий ёриқдан пастда бўлади. Баъзи муаллифлар II - даражани нотўлиқ (қисман) тушиш деб таърифлайдилар.

В.И.Краснопольский фикрича, И.Ф. Славянский таснифи энг муваффақиятли ҳисобланади, унга кўра, кин ва бачадон ҳолатидаги ўзгариш алоҳида ҳисобга олинади:

### *1. Қиннинг пастга силжиши:*

- I - босқич - кин олд деворининг, орқа деворининг ёки иккаласининг ҳам тушиши; барча ҳолларда деворлар қинга киришдан ташқарига чиқмайди;

- II - босқич - кин олд деворининг ва сийдик пуфаги бир қисмининг қисман тушиши, тўғри ичак орқа қисми ва олд деворининг қисман тушиши ёки иккала пролапснинг комбинацияси; деворлар қинга киришдан ташқарига чиқади;

- III - босқич - киннинг тўлиқ пролапси бўлиб, кўпинча, бачадон пролапси билан бирга бўлади.

### *2. Бачадоннинг пастга силжиши:*

- I - босқич - бачадон ёки бачадон бўйни пастга тушиши – бачадон бўйни қинга кириш даражасигача тушади;

- II - босқич - бачадоннинг ёки бачадон бўйнининг қисман пролапси - кучанишда бачадон бўйни жинсий ёриқ чегарасидан ташқарига чиқади;

• III - босқич - бачадоннинг нотўлиқ пролапси – жинсий ёриқдан ташқарида нафақат бачадон бўйни, балки бачадон танасининг бир қисми ҳам жойлашади;

• IV - босқич - бачадоннинг тўлиқ пролапси – бачадон бутунлай жинсий ёриқдан ташқарида (қиннинг тушган деворлари орасида) бўлади.

Замонавий, лекин кенг тарқалмаган тасниф М. Боулинг томонидан ишлаб чиқилган "Кичик чанок аъзолар тизими" деб аталадиган тасниф бўлиб, ички жинсий аъзоларни ушлаб турувчи аппаратнинг ҳолатини тўлароқ тавсифлайди. Бу таснифда баҳолашда 6 турли рейтинг тизимидан фойдаланилади: 1- тур - уретра, 2- сийдик пуфагининг туби, 3 - бачадон бўйни, 4 - Дуглас бўшлиғи, 5 - тўғри ичак девори, 6 - оралик. Биринчи 5-та тур бир хил баҳоланади. "0" баҳоси кичик чанок аъзоларининг нормал анатомик ўзаро боғланишларига мос келади: "1" – уларнинг нормал даржасидан қин киришигача бўлган масофанинг яримидан камроқ масофага силжиш; "2" – тушиш бу масофанинг яримдан кўпини ташкил қилиши; "3" - тушиш вульвар ҳалқа даражасигача; "4" - қиннинг ағдарилиб қолиши бачадоннинг кичик чанок бўшлиғидан чиқишигача. Қиннинг ҳолати бошқа шкалада баҳоланади: "0" - бузилмаган қизлик мембранасининг мавжудлиги; "1" – қалинлашган оралик; "2" – тўғри ичак сфинктери сақланган ҳолда оралик тўкималарнинг йўклиги; "3" - тўғри ичак сфинктери бузилганлиги, "4" – клоаканинг мавжудлиги.

Европа мамлакатларида пастки сийдик чиқариш йўллари дисфункциясининг дастлабки терминологияси стандартлашиши 1973 йилда *Internacional Continence Society* (ICS) томонидан таклиф қилинган. 1994 йилда ICS стандарт POPQ тизимини таклиф қилди, бу эса кичик чанок аъзоларининг анатомик ўзгаришларини батафсил ёритиш ва объектив динамик кузатувни ўтказиш имконини берди. 1996 йилда ушбу модификация Гарб гинекологлари ва урологлари касбий уюшмалари томонидан аёл жинсий аъзолари пролапси ва чанок туби дисфункциясининг терминологияси ҳамда таърифининг стандарт тизими сифатида қабул қилинди.

Ички жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапси жараённинг секин ривожланиши билан тавсифланади, лекин ривожланиш ишбатан тез бўлиши ҳам мумкин.

Ички жинсий аъзолар нотўлик тушиши билан огриган беморларнинг кўплаб текширувлари шуни кўрсатдики, деярли ҳар доим кичик чанок аъзоларининг деярли барчаси функционал бузилишларга эга бўлади, бу эса уларни аниқлаш ва даволашни талаб қилади. Шуниси эътиборга лойиқки, ички жинсий аъзоларнинг нотўлик тушиши ҳолатларида кўпинча симптомлари мажмуаси ривожланади, яъни жинсий аъзолар функциялари бузилиши билан бир пайтда биринчи ўринга урологик ва проктологик асоратлари чиқади, бу ҳолат беморларнинг тегишли мутахассисларга мурожаат қилишига олиб келади.

Энг тез-тез учрайдиган шикоятлар: корин бўшлиғининг пастки қисмида огирлик (67-70%), сийдик чиқаришга тез-тез зарурат пайдо бўлиши, сийдининг қийинлашиши (37,5-42,6%), сийдикни тута олмаслик (СТО) (7,1-16,1%), қабзият (24,2-31,5%), ич кетиши (39% гача), тenezмалар (32% гача), белда огриқ (22-25%), қинда ёт жисм сезгиси (9-16,4%), хайз даврининг бузилиши, асосан альгодисменореядек (10,1-19,5%), иккиламчи бепуштлик кўринишида (3,3-6,2%) бўлади.

Чанок аъзолари яқин жойлашганлиги ва ушлаб турувчи тузулмаларнинг боғлиқлиги сингари анатомик бирикмалар сийдик найи обструкцияси, сийдик пуфаги бўйнидаги ва сийдик найидаги мушакларда трофик ўзгаришларга олиб келадиган урологик асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Қин олд деворининг нотўлик тушиши олдин пульсацияли цистоцеле ривожланишига олиб келади, кейин қин латерал бойламлари узилганда тракцион цистоцеле ривожланади, бунда қин девори ўзгармаган, лекин дизурик ҳолатлар мавжуд бўлади. Д.В. Каннинг фикрича, жинсий аъзолар пролапсида сийдик чиқариш тизимининг бузилиши 74,1% ҳолатларда аниқланади ва сийиш камайиши ёки тез-тез сийиш, қисман СТО ёки кучанганда сийдик тута олмаслик, юқори сийдик йўллариининг дискинези билан намоён бўлади. А.И. Ишченко (2000) маълумотларига кўра, ички ЖАП билан огриган беморларнинг 25% да стрессли СТО ташхисланади. Айниқса, ички жинсий аъзолар нотўлик тушиши бўлган беморларда сийдик йўллари ва буйраklar инфекцияси кўшилишига мойиллик бўлишини кўрсатиш керак. Бу масала бўйича статистика маълумотлари турлича, ўртача кўрсаткичлар 60-70% ни ташкил қилади. Бу кўрсаткич катта

цистоцеле бўлганда ортади, чунки сийдик пуфагида доимий равишда қолдиқ сийдик бўлади.

Касалликнинг оғир кўрinishи газлар ва аҳлат тута олмаслик бўлиб, оралик тўқимаси, тўғри ичак девори ва сфинктерининг жароҳатлик бузилиши натижасида, ёки чанок туби мушакларидаги чуқур функционал бузилишлар оқибатида ривожланади. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, аҳлат тута олмаслик жинсий аъзолар пролапси ва сийдик тута олмаслиги бўлган беморларнинг 21% қисмида кузатилади ва дизурик бузилишларсиз пролапс бўлганда 7% ҳолатларда намоён бўлади.

Қуйидаги омиллар бирикасида аҳлат тута олмаслик ҳолатни тез-тез вужудга келиши ортади: ички жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушишининг ҳар қандай даражаси, сийдик тута олмаслик, менопауза, касалик, “қўзғалган ичак” синдроми, анамнездаги гистерэктомия. Ректоцеле билан аёлларнинг 30,9% қисмида қин ёки тўғри ичакка киритилган бармоқ ёрдамсиз дефекация жараёни юз бермайди. Аҳлат массаларининг тўпланиши ичаклар кенгайишига олиб келади, бу эса ректоцеленинг авж олишига олиб келади.

Қин ва бачадон деворларининг нотўлиқ тушиши аёлнинг руҳий-эмоционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатади ва бу патологиянинг давомийлигига боғлиқ ҳолда жинсий бузилишларни келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, ички жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши бўлган беморларнинг ўзига хослиги оғирлашган преморбид фоннинг тез-тез пайдо бўлишининг нисбий юқорилиги бўлиб, бу бир томондан беморларнинг ёшига, иккинчи томондан касалликнинг этиопатогенетик механизмларига боғлиқ, буни кейинчалик ички жинсий аъзолар пролапсининг коррекция усулини танлашда ва жарроҳлик аралашуви ҳажмини аниқлашда ҳисобга олиш керак.



## Текширилган беморларнинг умумий тавсифи.

Тадқиқот Самарқанд шаҳри 3-сонли тугруқ комплекси гинекология бўлимида 2012 йилдан 2016 йилгача режали равишда жинсий аъзоларнинг ҳар хил пролапсининг турли даражаси билан даволанган 126 нафар беморни клиник-лаборатория текширувига асосланган.

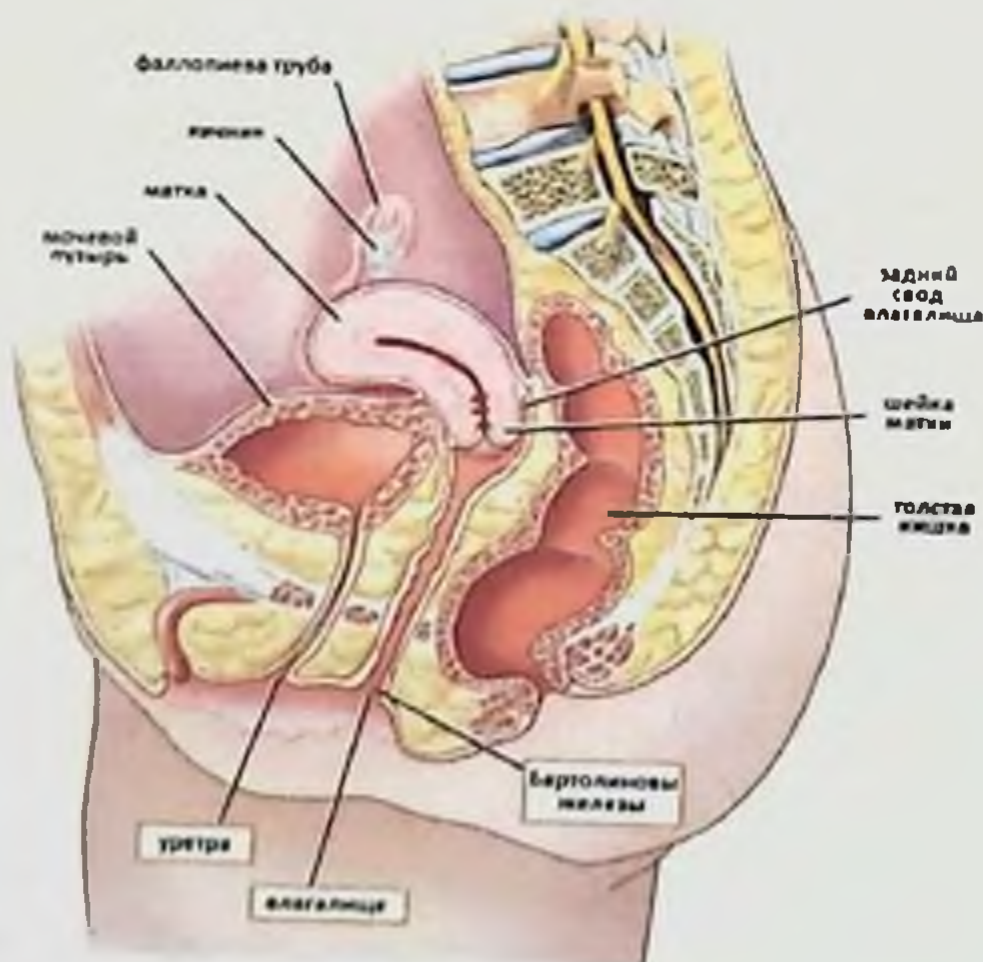
*Текширувга киритилиш мезонлари:*

- жинсий аъзолар нотўлиқ тушишининг турли даражаси,
- жинсий аъзолар нотўлиқ тушишининг бачадон бўйни элонгацияси билан,

- ЖАНТ бўйича жарроҳлик даволаш,
- беморнинг тадқиқот ўтказиш ва ИЖКга ёзма розилиги.

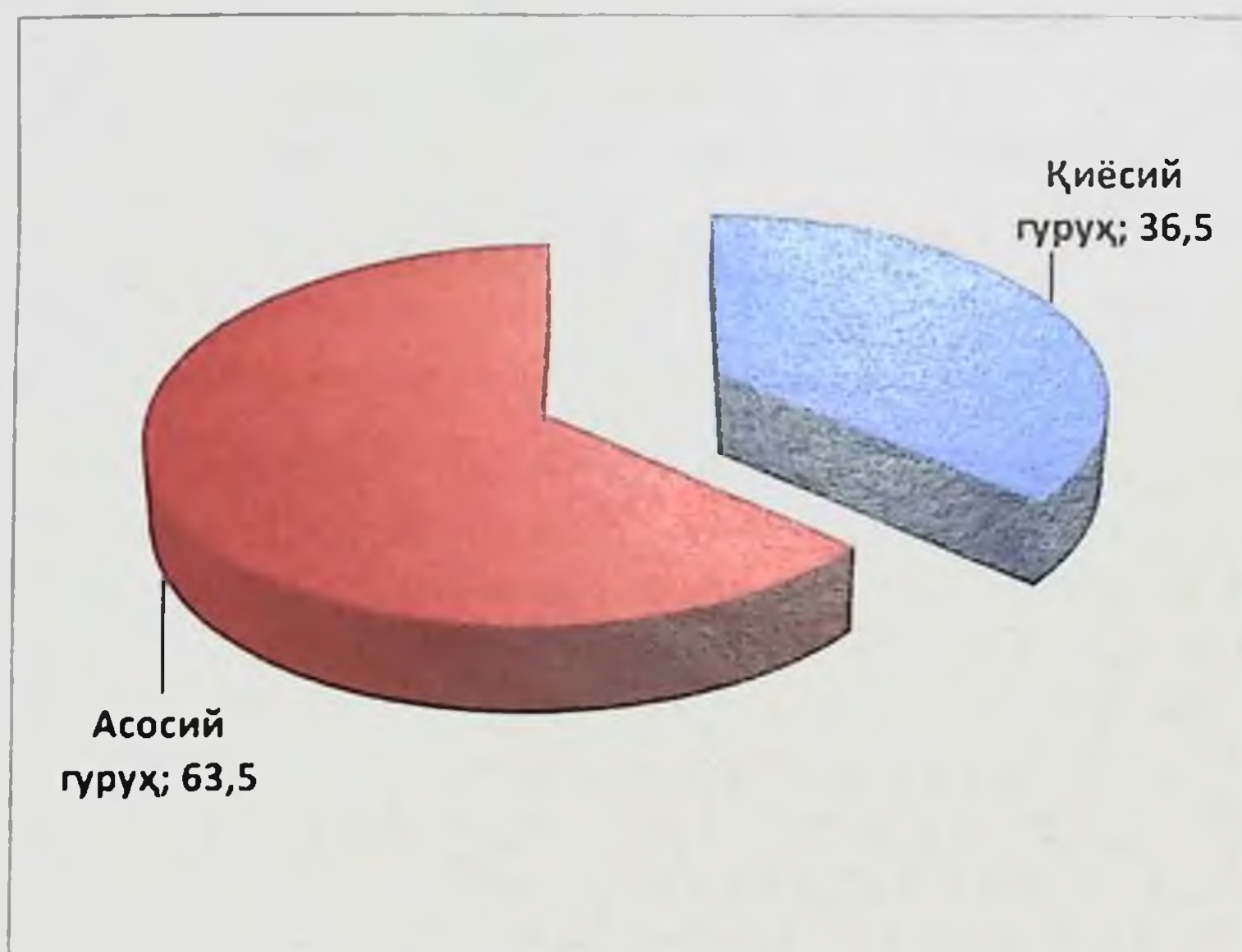
*Текширувдан чиқариш мезонлари:*

- оғир экстрагенитал патология,
- аёлнинг 49 ёшдан катталиги,
- жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар мавжудлиги,
- беморнинг текширувни рад этиши,
- руҳий касалликлар,
- сийдик пуфаги функциясининг намоён бўлган бузилиши (2-расм).



2 - расм. Чанок аъзоларнинг нормадаги жойлашуви .

Барча текширилган 126 нафар бемор 2 гуруҳга бўлинди: чанок аъзолари пролапсининг жарроҳлик коррекциясидан иборат биринчи босиқда мирилапаратомия ва ИЖК ўтказилган 46 (36,5%) та аёл қиёсий гуруҳни ташкил қилди, жинсий аъзолар пролапсини оператив даволаш билан бир вақтда бачадон найларининг трансвагинал окклюзияси ўтказилган 80 (63,5%) та аёл асосий гуруҳ таркибига киритилди. Лаборатория текширувлари натижаларини адекват баҳолаш учун 30 нафар соғлом аёллар танлаб олинди, улар назорат гуруҳини ташкил қилди (3 - расм):



3 - расм. Беморларнинг гуруҳларга тақсимланиши.

Текширилган ҳомиладор аёлларнинг ёши 19 ёшдан 45 ёшгача бўлди. Биринчи-гуруҳдаги ўртача ёш  $35,9 \pm 0,7$ , иккинчи гуруҳда эса –  $39,8 \pm 0,6$  ёшни ташкил қилган. Ҳомиладор аёлларнинг аксарияти 31 ёшдан 41 ёшгача оралиқдалиги аниқланди. 20 ёшгача бўлган аёллар 1-гуруҳда 4,3%, 2 гуруҳда – 8,8% ташкил этди (4 - расм).



4 – расм. Текширилган беморларнинг ёшига кўра тақсимланиши.

Текширилган аёлларда экстрагенитал касалликларнинг (ЭГК) мавжудлиги асоратларни ривожланишида муҳим рол ўйнаши аниқланган. Айтиб ўтиш керакки, ЭГК мавжудлигини аниқлашни биз ихтисослашган мутахассислар (ЛОР-врач, нефролог, кардиолог, инфекционист) иштирокида олиб бордик. Барча текширилаётган гуруҳларда юқори инфекция индексининг юқорилиги эътиборни тортди.

Барча аёллар ҳаётининг турли давларида болалик инфекциялари, ўткир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ), нафас олиш тизими, ЛОР-органлари, буйрак касалликларини ўтказганлар, бу эса аёлнинг келажакдаги репродуктив функциясини шакллантириш учун зарур бўлган турли хил тана тизимларининг ҳолатига салбий таъсир кўрсатган. Шунингдек, аёлларда аксариятида кўрсатилган касалликларнинг камида 3 таси аниқланди (1 - жадвал).

**Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёллар анамнезида  
экстрагенитал касалликлар содир бўлиш даражаси n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	касаллар сони	%	касаллар сони	%		
Болалар юқумли касалликлари	46	100.0	80	100.0	-	-
ЎРВИ	46	100.0	80	100.0	-	-
Анемия	20	43.5	69	86.3	25.76	<0,001
ЛОР-аъзолар касалликлари	2	4.3	5	6.3	0.20	>0.05
Буйрак касалликлари	3	6.5	9	11.3	0.76	>0.05
Қалқонсимон без касалликлари	15	32.6	39	48.8	3.11	>0.05
Юрак-қон томир касалликлари	5	10.9	10	12.5	0.07	>0.05
Ўпка касалликлари	8	17.4	12	15.0	0.13	>0.05
Ошқозон-ичак тракти (ОИТ) касалликлари	2	4.3	5	6.3	0.20	>0.05
Вирусли гепатит	8	17.4	11	13.8	0.30	>0.05
Семириш	7	15.2	9	11.3	0.41	>0.05

Гинекологик анамнезни ўрганиш давомида (2-жадвал) шундай хулосага келдикки, текширилган гуруҳдаги аёлларда асосий патология жинсий трактининг яллигланиш касалликлари мавжудлиги бўлди.

Улар ўртасида кольпитлар кўп кузатилди (гуруҳларга мисол равишда 93,5% ва 96,3%), бачадон яллигланиш касалликлари 1-гуруҳда 7 (15,2%) та аёлда, 2-гуруҳда - 17 (23,1%) та аёлда, ҳайз кўриш функцияси бузилиши - 1 гуруҳда 8 та (17,4%), 2 гуруҳда - 17 та (23,1%) аёлда кузатилди. Бу жинсий аъзолар пролапсининг етакчи сабабларидан бири бачадон ичи сурункали инфекцияси эканлиги тўғрисидаги фикрни тасдиқлайди.

**Текширилган аёллар анамнезида гинекологик касалликлар n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	касаллар сони	%	касаллар сони	%		
Кольпитлар	43	93,5	77	96,3	0,49	>0,05
Цервицитлар	41	89,1	50	62,5	10,32	<0,001
Бачадон бўйини эрозияси	11	23,9	14	17,5	0,76	>0,05
Бачадон яллиғланиш касалликлари	7	15,2	17	21,3	0,69	>0,05
Бачадон кўшимчалари яллиғланиш касалликлари	10	21,7	25	31,3	1,32	>0,05
Хайз функцияси бузилиши	8	17,4	17	21,3	0,27	>0,05

Текширилган аёлларда олдинги ҳомиладорликларнинг оқибати ҳам муҳим аҳамиятга эга: 1 гуруҳда кўпинча беихтиёр бола тушиши кузатилди – 42 та (50,0%) аёлда, муддатдан олдинги туғиш эса – 4 та (8,7%) ва 20 та (25,0%) аёлда кузатилди (3 - жадвал).

3 - жадвал

**Текширилган аёлларда олдинги ҳомиладорликлар оқибати n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	касаллар сони	%	касаллар сони	%		
Беихтиёр бола тушиши	17	37,0	42	50,0	2,83	>0,05
Ҳомила ривожланмаслиги	9	19,6	12	15,0	0,44	>0,05
Сунъий аборт	16	34,8	8	10,0	11,63	<0,001
Муддатдан олдинги туғиш	4	8,7	20	25,0	5,04	<0,05

Натижаларни яқунлаб биз шундай хулосага келдикки, жинсий аъзолар пролапсанда асосий фон – бу аёллар анамнезида преморбид фонни оғирлаштирувчи сурункали жинсий аъзолар юқумли-яллиғланишли жинсий ва экстрагенитал касалликлар мавжудлиги.

### Жинсий аъзолар потўлиқ тушини бўлган репродуктив ёшдаги аёллар тавенфи

Кузатув остида бўлган барча аёллар соматик, акушерлик ва гинекологик анамнезларни жиддий ўрганиш йўли билан, шунингдек, ёши, менархе, репродуктив тизими ҳолати ҳамда мазкур ҳомиладорлик ва туғиш кечишини инобатга олган ҳолда чуқурлашган клиник текширувидан ўтказилди. Умумий кўрик, ташқи ва ички акушерлик кўриги, қон, сийдик клиник таҳлили, қоннинг гуруҳи ва резус мансублиги, қоннинг Вассерман реакциясига текшируви, бачадон бўйни ва қин ажралмасининг бактериоскопик ва бактериологик текшируви, сийдикни Нечипоренко усулида текшируви ўтказилди.

Анамнез маълумотлари, касаллик кечиш хусусиятларининг клиник-статистик таҳлили махсус ишлаб чиқилган карталар асосида ўтказилди. Картага умумклиник, махсус текширувлар, жарроҳлик йўли билан даволаш, контрацепция, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврнинг кечиш хусусиятлари киритилди.

4 - жадвал

### Аёлларнинг клиник-анаменетик кўрсаткичлари n=126

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Менструал функция						
Бошланиши:						
- эрта, 11 ёшгача	14	30,4	21	26,3	0,25	>0,05
- меъёрида, 12-14 ёш	18	39,1	28	35,0	0,21	>0,05
- кеч, 15 ва ундан кейин	14	30,4	31	38,8	0,88	>0,05
Оғрикчилиги	8	17,4	18	22,5	0,47	>0,05
Мунгазамлиги	31	67,4	35	43,8	6,54	<0,01
Кам микдорда	14	30,4	20	25,0	0,44	>0,05

Олиб борилган кузатув ва текширишлар натижасида аёлларнинг кўпчилигида менархе бошланиши меъёрида эканлиги (12-14 ёш) аниқланди (гуруҳларга кўра 39,1% ва 35,0%). (4 - жадвал).

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
Ўртача миқдорда	28	60,9	33	41,3	4,50	<0,05
Кўп миқдорда	12	26,1	27	33,8	0,80	>0,05
Жинсий ҳаёт бошланиши						
- эрта	12	26,1	18	22,5	0,21	>0,05
- кеч	25	54,3	33	41,3	2,02	>0,05
Биринчи никоҳ	38	82,6	52	65,0	4,44	<0,05
Қайта никоҳ	8	17,4	28	35,0	4,44	<0,05
Мунтазамлик	32	69,6	49	61,3	0,88	>0,05
Мунтазам эмас	14	30,4	31	38,8	0,88	>0,05

Ҳар иккала гуруҳдаги аёлларда ҳайзни келиши мунтазамлиги ва кўплиги кайд этилди. Жинсий фаолиятнинг эрта бошланиши таққослаш гуруҳида 12 (26,1%) ва асосий гуруҳда 18 (22,5%) аёлда аниқланди.

Қорин пастки қисмида огирлик ҳисси шикоятлари билан қиёсий гуруҳда 18 (39,1%) ва асосий гуруҳда 38 та (47,5%) аёллар, думғаза ва белга берувчи огрик таққослаш гуруҳида 3 (6,5%), асосий гуруҳда 6 та (7,5%) ҳолатда кузатилди (5 - жадвал).

Асосий гуруҳдаги аёлларда энг кўп тарқалган шикояти-пешоб ажралиши бузилиши 60% ни ташкил этди. Жинсий ораликда “ёт жисм” туйғуси, жинсий жинсий муносабатларнинг бузилиши, жинсий алоқадан қониқмаслик шикоятлар камроқ учрайди.

**Текширилатган жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда билдирган шикоятлар n=126**

Шикоятлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Қорин настки соҳасидаги огирлик ҳисси	18	39,1	38	47,5	0,83	>0,05
Думгаза ва белга тарқалувчи огриклар	3	6,5	6	7,5	0,04	>0,05
Сийдик ажратишининг бузилиши	16	34,8	48	60,0	7,43	<0,001
Жинсий ёриқда "ёт жием" сезгиси	6	13,0	18	22,5	1,69	>0,05
Жинсий ҳаёт бузилиши	3	6,5	11	13,8	1,55	>0,05
Жинсий муносабатлардан қониқиб қисси йўқлиги	15	32,6	26	32,5	0,00	>0,05

**Бактериологик, гинекологик ва акушерлик анамнези таҳлилининг натижалари**

Операциядан олдин, қин санациясигача олдин ва кейин уретра, цервикал канал ҳамда қин орқа гумбазидан ажраладиган шиллик бактериоскопик усулда текширилди. Бачадон бўйнининг қин қисми шиллик қавати курук стерил тампон билан қуритилгандан сўнг уретра ва цервикал канал ажралмаси пинцет билан олинди. Қиннинг орқа гумбазидан ажралма шпател ёрдамида олинди. Олинган материал буюм ойначасига суртилди ва Грамм бўйича бўялди. Бактериоскопия оддий ёругликли микроскопда ўтказилди.

Операциядан олдин қин санациясигача ва кейин цервикал канал ажралмаси бактериологик (микробиологик) жиҳатдан текширилди.



Озиқа муҳити сифатида 5% ли қонли агар қўлланилди, у аксарият шартли-патоген организмлар яхши ўсувчи муҳит ҳисобланади. “Тўпланиш муҳити” сифатида I фоизли шакарли эритма ишлатилди. Пробаларни тампон билан олишда қонли агар шишачасининг  $\frac{1}{2}$  қисмига зич штрихли экма қилинди. Экма  $37^{\circ}$  да инкубация қилинди. Ўсиш бошлангандан сўнг ўсган колониялар сонини санадик ва I мл. пробага нисбатан улушини аниқладик, пробанинг колонизация даражасини КОЕ/мл. да ҳисобладик. Ўсишни миқдорий баҳолаш қуйидаги схемада ўтказилди:

I - жуда кам, зич муҳитда ўсиш йўқ, суяқ озиқа муҳитида ўсган;

II - кам миқдорда ўсган, агарда маълум турдаги микроорганизмлар колониялари сони 10 тагача ( $10^1$ );

III - ўртача миқдорда, агарда 11 - 100 та колониялар ( $10^2$ );

IV - кўп миқдорда, агарда 100 та колониядан кўп ( $10^3$  ва ундан ортиқ).

Пробаларда умумий ўсишдан ташқари, биринчи экмали шишачаларда аниқланган барча колонияларнинг ўсишини баҳоладик. Агарга стандарт қозғоли дисклар диффузияси усули билан барча ажратилган штаммларда 10 та антибиотикка сезгирлигини аниқладик. БЖССТ тавсияларига мос ҳолда антибиотикнинг стандарт концентрациясига эга дисклар қўлланилди. Петри косачасида ўсган колониялар миқдорини ўсишнинг ярмини баҳолаш усулида қуйидагича санадик: I тадан 10 тагача колония ўсиши жуда кам баҳоланган; II тадан 100 тагача колония – ўртача; 10 КОЕ/мл дан кўп бўлса – массив ўсиш. Ажратилган бактериал культураларнинг маълум турга оидлигини умумий усулларда аниқладик. Бактериологик ва бактериоскопик текширув 3-сонли тугруқ комплекси лабораториясида ўтказилди (лаборатория мудирини – Черчаева З.В.).

Биз барча гуруҳ аёлларини бактериологик текширувдан ўтказдик. Ҳозирги кунда қин биоценозини баҳолаш танлови усули деб Грамм усулида бўялган қин суртмасининг микроскопияси ҳисобланади. Усулнинг сезувчанлик ва хусусийлиги 100% яқин. Баҳолаш мезонлари сифатида қуйидаги кўрсаткичлар танланди: кўриш майдонида лейкоцитларнинг ўртача миқдори, флора тури, флора миқдори (6 - жадвал).

**Текширилган аёлларда қин суртмаси Бактериоскопия натижалари  
n=126**

Тозалик даражаси	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
1- даража	9	19,6	10	12,5	1,14	>0,05
2 -даража	15	32,6	23	28,8	0,21	>0,05
3 -даража	21	45,7	45	56,3	1,32	>0,05
4- даража	1	2,2	2	2,5	0,01	>0,05

Биринчи даражадаги тозалик таққослаш гуруҳдан 9 (19,6%) та ва асосий гуруҳда 10 (12,5%) та аёлларда кузатилди. Иккала гуруҳдаги аксарият аёлларда 2- ва 3- даражали аниқланган, бу эса жинсий аъзолар пролапсида инфекциянинг муҳим ўрнини кўрсатмоқда.

Барча беморларга операциядан аввал цервикал канали ажралмаси флора билан тенглаштириб ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаган ҳолда каналининг бактериологик текшируви ўтказилди (7 - жадвал).

**Бактериологик текширув натижалари n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Staphylococcus Epidermidis	7	15,2	18	22,5	0,97	>0,05
Staphylococcus aureus	6	13,0	15	18,8	0,68	>0,05
Escherichiacoli	17	37,0	28	35,0	0,05	>0,05
Candidaalbicans	7	15,2	4	5,0	3,83	>0,05
Ассоциация	4	8,7	7	8,8	0,00	>0,05
Ўсини кузатилмади	5	10,9	8	10,0	0,02	>0,05

Қиёсий гуруҳдан 7 та (15,2%) беморда ва асосий гуруҳдан 18 та (22,5%) беморда *Staphylococcus Epidermidis* экмаси олинди. *Staphylococcus aureus* - 6 та (13,0%) ва 15 та (18,8%) беморда. *Escherichiacoli* – 17 та (37,5%) ва 28 та (35,0%) беморда. Қиёсий гуруҳдан 4 та (8,7%) ва асосий гуруҳдан 7 та (8,8%) беморда микроорганизмлар ассоциацияси аниқланди: *Escherichiacoli* + *Enterobacter*, *Staphylococcus aureus* + *Escherichiacoli*, *Staphylococcus aureus* + *Enterobacter*. Микроорганизмлар ўсиши кузатилмаган ҳолатлар гуруҳларга кўра 5 та (10,9%) ва 8 та (10,0%) беморда аниқланди.

Қиёсий гуруҳдан 6 та (13,0%) ва асосий гуруҳдан 10 та (12,5%) беморда аминли тести натижалари, кин ажралмаси Ph миқдорини ўлчаш ва кин ажралмаси микроскопиясида “аҳамиятли хужайралар” топилиши асосида бактериял вагиноз ташхиси қўйилди. Ташхис белгиланган уч кўрсаткичдан иккитаси ижобий бўлганда қўйилди. Қин Ph миқдори ўртача  $5.65 \pm 1.5$  тенг бўлди.

Аксарият аёлларда касаллик давомийлиги 5 йилдан ортиқроқ эканлиги аниқланди, қиёсий гуруҳда касаллик давомийлиги 87,0%, асосий гуруҳда 87,5% бўлди (5-расм).



5 – расм. Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда касаллик давомийлиги.

Бу эҳтимол касаллик бошланишида симптомлари камлиги сабабли аёлларнинг жинсий аъзолар тушишини сезмаслиги билан боғлиқ.

Таҳлили шуни кўрсатадики, жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларнинг аксарияти анамнезида тугиш 4-тадан кўп бўлган ва улар бу

касалликни кўп тукканлиги билан боғлашади. Қиёсий ва асосий гуруҳнинг ярмидан кўпида – 35 (67,1%) ва 61 (76,3%) – анамнезида 1 тадан 4 тагача сунъий ёки беихтиёр абортлар кузатилган.

Демак, абортларда бачадон бўйнининг қисқичлар билан фиксацияси, ҳомила тухумини инструментал олиб ташлаш ҳам жинсий аъзолар пролапси ривожланишига ҳавф тугдирувчи омиллар бўлиши мумкин, чунки бу ҳолатда бачадон бўйни шикастланади ва бачадон бойламлари аппарати бўшаши (жадвал 8).

8 - жадвал

**Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда акушерлик анамнези**  
**n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Тугруқлар						
1-туғиш	10	21,7	9	11,3	2,51	>0,05
2-3	4	8,7	3	3,8	1,36	>0,05
4 ва ундан кўп	32	69,6	68	85,0	4,25	<0,01
Абортлар						
1-аборт	3	6,5	2	2,5	1,24	>0,05
2-3	8	17,4	17	21,3	0,27	>0,05
4 ва ундан ортиқ	35	76,1	61	76,3	0,00	>0,05
Беихтиёр бола тушиши						
1 та	0	0,0	3	3,8	1,77	>0,05
2-3	5	10,9	12	15,0	0,43	>0,05

Ҳомиладорлик вақтида кўпчилик аёллар кандидоз, трихомониаз, бошқа этиологияли кольпитдан даволаниш курсини олишган. Бу тугруққача жинсий йўллар инфекцияланганлигини ва эхтимол тугруқ шикастига олиб келган сабабилгини кўрсатади. Жадвалда текширилаётган аёлларда туғиш йўллари юмшоқ тўқималарининг шикастланиш хусусиялари ва содир бўлиш даражаси кўрсатилган (анамнез маълумотларига кўра).

Жадвалдаги кўрсаткичларга кўра, тугруқнинг иккинчи даврида турли кўрсаткичларга мувофиқ қиёсий гуруҳдан 21,7% аёлларда ва асосий гуруҳдан 15,0% аёлларда ( $\chi^2=0,92$  и  $P>0,05$ ) эпизотомия

қўлланилган. Қиёсий гуруҳда 26,1% аёлларда ва асосий гуруҳда 18,8% аёлларда тугрук шикастланиши яна даволанишни талаб қиладиган чокларнинг очилиб кетиши билан кечган. Шундай қилиб, 95,6% беморларда тугруклар ва тугрук шикастланиши бачадон бўйни чандикли деформацияси ва чанок туби етишмовчилиги ривожланишининг асосий омиллари бўлган (9 - жадвал).

9 - жадвал

**Туғишда бачадон бўйни ва оралик жароҳатланиши ҳолларни содир бўлиш даражаси ва хусусиятлари n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Эпизнотомия	10	21,7	12	15,0	0,92	>0,05
Оралик йиртилиши	15	32,6	28	35,0	0,07	>0,05
Бачадон бўйни йиртилиши	9	19,6	25	31,3	2,02	>0,05
Чокларнинг очилиб кетиши	12	26,1	15	18,8	0,93	>0,05

Барча текширилган беморлар ҳаёти давомида турли контрацептив воситаларни қўллашганлиги маълум бўлди (10 - жадвал).

10- жадвал

**Текширилаётган аёлларда қўлланилган контрацептив воситалар n=126**

Контрацептив турлари	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
БИВ	12	26,1	30	37,5	1,71	>0,05
Дено- Провера	7	15,2	8	10,0	0,76	>0,05
КОК	8	17,4	7	8,8	2,08	>0,05
Coitus interruptus	5	10,9	6	7,5	0,42	>0,05
Календарли	4	8,7	3	3,8	1,36	>0,05

Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларнинг 70 фонздан ортиги ишончли контрацепция усулидан фойдаланишган. Сўровда маълум

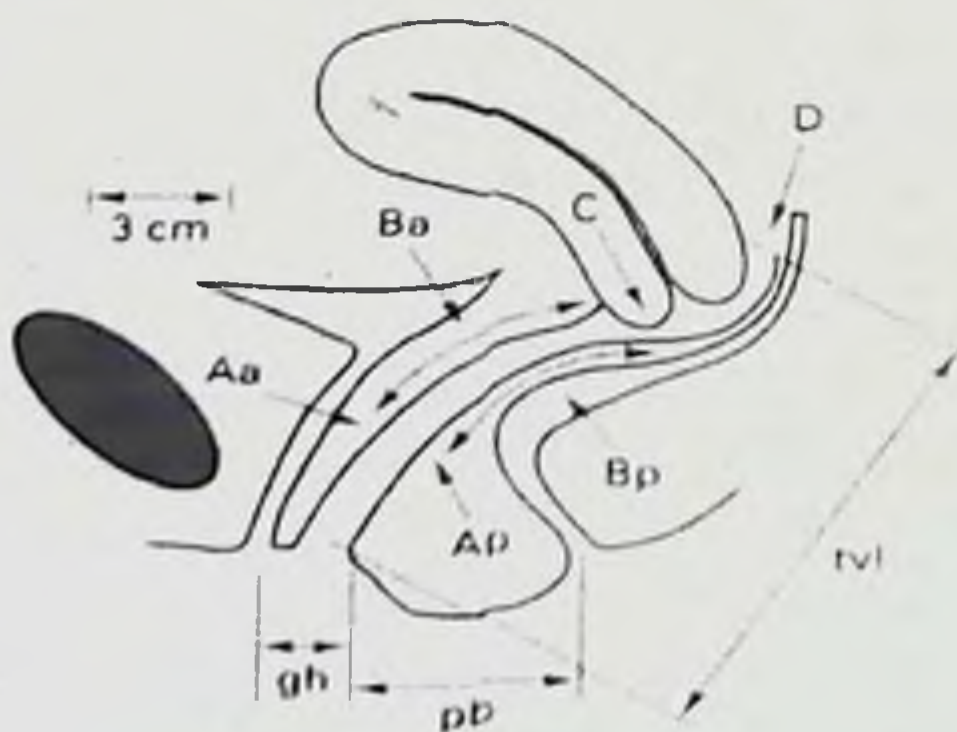
бўлишича, асосий гуруҳдан 12 та (15,0%) бемор келажакда яна ҳомиладор бўлишни режалаштирган.

Гинекологик креслода ўтказилади. Шифокор иккита бармоғини бемор қинига жойлаштиради ва сийдик пуфағи бўйинини қов суяғига кўтаради. Бемор кучанади ёки йўталади. Шифокор сийдик пуфағи кўтарилгунча ва ундан кейинги сийдик ажралишини кузатади (6 - расм).



6 – расм. Вонпеев тестини ўтказиш техникаси.

Жинсий аъзолар пролапси Сийдикни тута олиш бўйича халқаро Жамият томонидан ишлаб чиқилган стандартлаштирилган POPQ (pelvic organ prolapse quantification) тизими билан баҳоланди (7 - расм).



7 – расм. POPQ чанок аъзолари пролапсини миқдорий баҳоланиш тизими (О.Б.Лоран бўйича, 2008).

POPQ тизимида қизлик пардасига нисбатан қин олди ва орқа деворлари, бачадон бўйни ва ораликда белгиланган нуқталар тўплами ўлчанади. POPQ тизимида 6 та ўлчаш нуқтаси мавжуд - Аа, Ва, С, D, Ар, Вр. Ҳар бири сантиметрларда қизлик пардасидан юқорида (проксимал) ўлчанади (манфий сон) ёки сантиметрларда қизлик пардасидан пастда (дистал) ўлчанади (музбат сон). Қизлик парда текислиги ноль нуқта (0) деб белгиланади. Барча ўлчамлар бемор кучанган ҳолатида олинади. POPQ тизими пролапснн ташхислаш, унинг локализациясини ва босқичларини аниқроқ бажаришга (II - жадвал) ҳамда даволаш тактикасини аниқлашга имкон беради.

II - жадвал

### ICS (POPQ) ёрдамида пролапс босқичлари

Босқич 0	Пролапс йўқ. (Аа, Ва, Ар, Вр нуқталар 3 см да жойлашган. С, D нуқталар эса - $( v  - 2)$ см гача)
Босқич I	Қизлик пардасидан $> 1$ см юқорида; (0 босқич мезонлари сақланмаган, лекин максимал тушиш 1 см дан кам)
Босқич II	Қизлик пардаси даражисидан $< 1$ см проксимал ёки дистал жойлашган (максимал тушиш 1 см дан кам эмас ва $+1$ см дан кўп эмас)
Босқич III	Қизлик пардасидан $> 1$ см пастда, лекин тушиш қиннинг умумий узунлигидан 2 см қалгаликдан кўп эмас (максимал тушиш $+1$ см дан кўп, лекин $+( v  - 2)$ см дан кам)
Босқич IV	Ташки жинсий аъзоларнинг тўлик ағдарилиб қолиши; максимал тушиш камида $+( v  - 2)$ см

Бу тизим бўйича ташхис қўйиш жинсий аъзолар пролапсини оператив даволашда афзалликларга эга.

Барча текширилган беморларга экстрагенитал патологиясига кўра амбулатория ёки стационар шароитида тегишли бир-бирига яқин мутахассислар (терапевт, кардиолог, эндокринолог, флеболог, уролог, невропатолог, окулист) томонидан маслаҳатлар берилган.

Аёлларда чанок аъзолари пролапснн симптомларини аниқлаш ва баҳолаш учун, айниқса, «яширин» инконтиненция ҳолатларида комплекс ташхислаш талаб қилинади; унинг таркибига сўров, йўтал пробасини

ўтказиш билан гинекологик креслода кўрик, ҳамда прокладкали тест билан чанок аъзоларининг вақтинчалик репозицияси киради.

Сийдик ажратиш тизимининг фаолияти кундузги сийдик асосида баҳоладик (12-жадвал).

12 - жадвал

### Аёлниң сийдик чиқариш кундалиги (PAD-тест)

Сана: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ й.

Ф.И.Ш.: \_\_\_\_\_

Туғилган санаи: \_\_\_\_\_

Агар Сизда тез-тез сийиш, сийдик тутта олмаслик, сийишга тўхтовсиз чакирув бўлса, ушбу сўровномани тўлдиришингиз керак. Бу Сизнинг шифокорингизга тўғри ташхис қўйиш ва самарали давои тавсия қилиш имконини беради. Кундаликда кўрсатилмаган алоҳида маълумотларни бермоқчи бўлсангиз бошқа варақни ишлатинг.

#### Вақт

Қандай суюқлик ичдингиз? (сув, кофе, шербат, пиво )

Қанча ичдингиз? (бир чашка, бир кружка )

Бир соатда неча марта сийдингиз?

Сийдик миқмидори? (кам, ўртача, кўп)

Чидаб бўлмас даражада сийишга чакирув бўлдими?

Ихтиёрсиз сийиш ҳолати юз бердими?

Бунда қанча миқдорда сийлик ажралди? (кам, ўртача, кўп)

Ихтиёрсиз сийиш вақтида нима билан банд эдингиз?

Ушбу кундаликни дизуриянинг клиник кўринишидан қатъий назар (стресс-инконтиненция, поллакиурия, императив чакирув) ишлатилди. Тадқиқот давомида 82 та (54,7%) беморга пешоб тутолмасликнинг



аралаш шакли ташхисланган бўлсада, клиник кўринишида СИ белгилари хукмрон эди.

Сийдик чиқариш кундалигини беморлар 48 соат давомида олиб борди, кейин маълумотлар даволовчи врач ва бемор иштирокида муҳокама қилинди. Ҳар бир кўрсаткич батафсил таҳлил қилинди: тез-тезлиги, сийдик ҳажми, сийдик чиқариш актини тавсифлаш, алоҳида белгилар.

Кўплаб анкета-сўровномалар ўртасида амалий қўллаш учун рад-тест (прокладкали тест) қулай ҳисобланади. У операциягача сийдик тута олмаслик даражасини, кейинчалик даволаш самарасини оддий ва объектив баҳолаш имконини беради. Прокладкалар сонига кўра стрессли сийдик тута олмаслик даражасини таснифлаш мумкин:

- оғир — 6 тадан кўп,
- ўрта оғир — 4-6,
- енгил — 3 ва ундан кам.

Бир соатлик прокладкали тест ҳар кунлик жисмоний юкламада сийдик чиқишни баҳолаш имконини беради.

Текширув вақтида ҳеч бир беморда экстрагенитал касалликларнинг авж олиши бўлмади. Сийдик ажратиш тизими касалликлари ўртасида сурункали пиелонефрит ва цистит кўп кузатилди, бу сийдик ажратиш аъзоларининг анатомо-топографик жойлашуви ўзгариши билан боғлиқ. Поллакиурия, сийдик тута олмаслик кўринишида урогенитал бузилишлар қиёсий гуруҳдан 16 та (34.8%) аёлларда, асосий гуруҳдан 48 та (60.0%) беморда кузатилди; сийдик пуфаги тўлиқ бўшамаганлик сезгиси ҳар иккала гуруҳнинг тахминан учдан бир қисмида; сийдик чиқариш оғриклилиги деярли барча беморларда кузатилди. Аксарият аёлларда бир нечта симптомларнинг бирга келиши маълум бўлди. Анатомо-топографик хусусиятлар жиҳатидан жинсий аъзолар ва сийдик ажратиш аъзолари яқинлигини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашув усулини танлашда сийдик ажратиш бузилишини коррекция қилиш муҳимлигини аниқладик. РАД-тест натижалари (13- жадвалда) келтирилган.

**РАD-тест натижаларига кўра жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда сийдикни стрессли тута олмаслик даражалари n=126**

Прокладкалар сони	Киёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
3 тагача прокладка	15	32.6	10	12.5	7.43	<0,001
4 тадан 6 тагача прокладка	9	19,6	33	41,3	6,18	<0,001
6 та прокладкадан кўп	22	47.8	37	46.3	0,03	>0,05

РАD-тест натижаларига кўра, киёсий гуруҳдан 9 та (19,6%) ва асосий гуруҳдан 33 та (41,3%) ( $\chi^2=7.43$ ,  $P<0.001$ ) беморда ўрта даражали сийдик тута олмаслик ҳолати аниқланган. Оғир даражаси киёсий гуруҳдан 22 та (47,8%) ва асосий гуруҳдан 37 та (46,3%) беморда кузатилди ( $\chi^2=8.25$ ,  $P<0.001$ ).

Бемор сийдик пуфаги тўла вақтда бир оёгини табууреткага тираган ҳолда тик туради, кейин кучанади ёки йўталади. Сийдикнинг чиқарилиши стрессли сийдик тута олмасликдан далолат беради.

Литотомик ҳолатда сийдик пуфагига (СП) катетер орқали хона ҳароратидаги 200 мл. стерил физиологик эритма юборилади. Кейин бемордан “кўкракни ҳаво билан тўлдириш”, сўнг нафас чиқармасдан кучаниш тўғрисида илтимос қилинган. Сийдик ажралиши визуал равишда кузатилган ва кучаниш кучи ҳамда вақти билан солиштирилган.

Пробанинг ижобий баҳоланиши СТО нинг оғир даражасини кўрсатади. Агар беморда жинсий аъзолар пролапси бўлса, Симпсон ойнаси орқа қошиги тўсик сифатида қўлланилади.

Стрессли тест – Вальсальва сиnamаси – киёсий гуруҳдан 22 та (47,8%) ва асосий гуруҳдан 42 та (52,5%) аёлда кучанганда ёки барьер билан (кин ойнасининг орқа қошиқчаси) йўталганда сийдик йўқотилишини кўрсатди, бу чанок аъзолари пролапси бўлган аёлларда стрессли сийдик тута олмасликнинг оғир даражасини тасдиқлайди ( $\chi^2=1.23$ ,  $P>0,05$ ).

«Stop test» Сийдик пуфаги ва уретранинг сфинктер тизимиши шакллантиришда иштирок этувчи чанок туби кўндаланг тарғил

мушагининг қисқариш қобилиятини баҳолаш учун «Stop test» синамаси қўлланилди (m.bulbo-cavernosus, m.ischio-cavernosus, m.levatorani).

Тест беморнинг сийиш актини тўхтата олиш хусусиятига асосланган. Беморга гинекологик креслода СП га стерил катетер орқали хона ҳароратидаги 150-200 мл физиологик эритма юборилади. Кейин бемор аста-секин вертикал ҳолатга ўтказилади ва сийишни бошлайди. 1-2 секунддан сўнг сийиш ихтиёрий равишда тўхтатади. Ажралган сийдик миқдори ўлчанади. Кейин бемор сийишни тугатади, яна ажралган сийдик миқдори ўлчанади.

Киритилган суюқликнинг 1/3 дан кам қисми ажралиши СП ва уретра сфинктер тизими шаклланишида иштирок этувчи чанок тубидаги мушакларни қисқариш хусусиятининг бузилганлигидан далолат беради. Тормозлаш рефлекслари бузилиши детрузор барқарор эмаслигида ҳам кузатилади. Бемор горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтказилганда сийдик оқиши сийдик пуфаги-уретрал структураларнинг сфинктер этишмовчилигини кўрсатади. Сийдик пуфаги ва уретранинг сфинктер тизимини ҳосил бўлишида иштирок этувчи чанок туби кўндаланг-тарғил мушакларнинг қисқариш хусусиятини баҳолаш учун биз «Stop test» усулини қўлладик (14- жадвал).

14 - жадвал

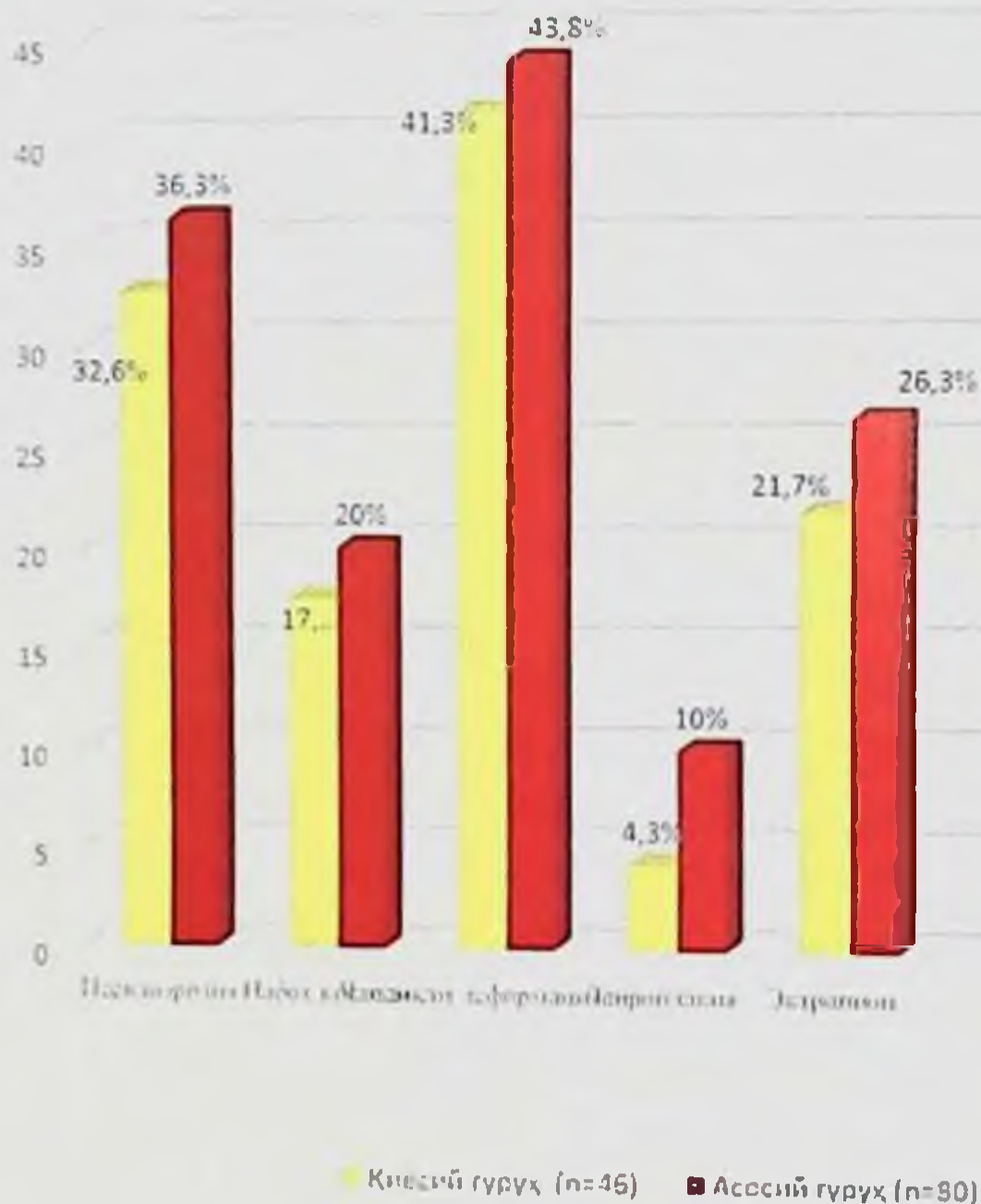
**«Stop test» натижалари (сийдик пуфагига 150 мл стерил илик физиологик эритма юборилган) n=126**

Ажралган сийдик миқдори, мл.	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
150.0	21	45.7	13	16.3	12.81	<0.001
149.0 – 100.0	8	17.4	10	12.5	0.57	>0.05
99.0 – 50.0	13	28.3	18	22.5	0.52	>0.05
< 50.0	4	8.7	39	48.8	20.84	<0.001

Бизнинг текширувимизда «Stop test» натижасига кўра, ажралган сийдик миқдори ўртача  $110,5 \pm 15$  мл. бўлди, бу эса сийдик пуфаги ва уретранинг сфинктер тизими ҳосил бўлишида иштирок этувчи чанок туби кўндаланг-таргил мушакларнинг қисқариш хусусияти бузилганлигини кўрсатади. Киритилган суюқликнинг  $1/3$  қисмидан кам миқдори ажралиши  $12,4\%$  беморда кузатилди.

Жарроҳлик аралашув ҳажми бачадон бўйни ҳолатига ҳам боғлиқ бўлди, уни визуал ва кольпоскопик жиҳатдан баҳоладик. Бачадон бўйнининг қин қисми шиллик қаватининг ҳолатини аниқлаш учун операциядан олдин беморларда ҳамма қабул қилган усулда 300 марта катталаштирувчи SCANERUSB-DIGITAL кольпоскопи ёрдамида кольпоскопия ўтказилди. Олдин оддий (шарҳий) кольпоскопия амалга оширилди, бунда бачадон бўйни шакли, катталиги, шиллик қават ранги ва рельефи, ясси ва цилиндрсимон эпителий чегараси, субэпителнал томирлар жойлашуви ва шакли аниқланди. Кўп қаватли ясси ва цилиндрсимон эпителий чегарасига эътибор қаратдик. Янада чуқурроқ текшириш ва патологик эпителийли барча жойларини аниқлаш учун бачадон бўйни шиллик қаватига 3 фоизли сирка кислота ва 2 фоизли Люголь сувли эритмасида ишлов бериб кенгайтирилган кольпоскопия ўтказдик. Экзоцервикс ҳолатини баҳолаш мезонлари еифатида у ёки бу типдаги эпителий мавжудлиги; шиллик қаватининг ранги ва юзаси, бачадон бўйни томирлари ҳолати ва уларнинг расми; экзо- ва эндоцервикс чегараси жойлашуви, бачадон бўйнининг эски ёриқлари; ўзгариш ҳудуди хусусияти билан баҳоланди. Кольпоскопик кўринишни 2003 йил Барселонада бачадон бўйни патологияси ва кольпоскопия Халқаро бирлашмаси томонидан янгиланган халқаро кольпоскопик терминологияга мос ҳолда таърифладик. Барча беморларда операциядан олдин кенгайтирилган кольпоскопия ўтказилди. Бачадон бўйнининг куйидаги патологик ҳолатлари аниқланди: псевдоэрозия қиёсий гуруҳдан 15 та ( $32,6\%$ ) ва асосий гуруҳдан 29 та ( $36,2\%$ ) беморда ( $\chi^2=0.17$ ,  $P>0,05$ ); гуруҳларга кўра чандикли деформациялар 19 ( $41,3\%$ ) ва 35 ( $43,8\%$ ) ( $\chi^2=0.07$ ,  $P>0,05$ ); набот кисталар 8 ( $17,4\%$ ) ва 16 ( $20,0\%$ ) ( $\chi^2=0.13$ ,  $P>0,05$ ) 50 ( $15,9\%$ ); эктропион 10 ( $21,7\%$ ) ва 21 ( $26,3\%$ ) ( $\chi^2=0.32$ ,  $P>0,05$ ) та беморларда аниқланди (8-расм).

Жинсий аъзолар пролапси бўлган беморларда  
бачадон  
бўйни ҳолатини кольпоскопик текширув  
натижалари n=126



8- расм

Барча ўзгаришлар цитологик ва патоморфологик томондан тасдиқланди. Тадқиқотда псевдоэрозия ва чандикли деформация энг кўп кузатилди. Текширилаётган беморлар анамнезида кўплаб гинекологик касалликлар ўтказганлиги маълум бўлди. 70 та (22, 2%) аёлда қуйидаги гинекологик касалликлар ва акушерлик ҳолатлари билан боғлиқ жарроҳлик аралашувларни ўтказганлиги аниқланди: тухумдонлар кистаси ва кистомалари – 12, найдаги ҳомиладорлик – 7, тухумдонлар апоплексияси – 4, кесарча кесиш – 39, акушерлик қисувчиларни қўллаш – 7, консерватив миомэктомия – 1. (15- жадвал)

**Жинсий аъзолар пролапси бўлган беморларнинг ўтказган  
гинекологик касалликлари n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		$\chi^2$	P
	беморлар сони	%	беморлар сони	%		
Вагинитлар ва вагинозлар	15	32,6	28	35,0	0,07	<0,05
Сальпингоофоритлар ва эндомиометритлар	9	19,6	19	23,8	0,30	<0,05
Тухумдонлар кистаси	4	8,7	8	10,0	0,06	<0,05
Бачадон миомаси	2	4,3	3	3,8	0,03	<0,05
Эндометриоз	2	4,3	2	2,5	0,32	<0,05
Дисфункционал бачадондан қон кетиш	0	0,0	1	1,3	0,58	<0,05
Бачадондан таш-қари хомиладорлик	2	4,3	5	6,2	0,20	<0,05

289 та (91,8%) беморларда ички жинсий аъзолари бир-бирига яқин патологияси аниқланди. Уларнинг ярмини бачадон ва унинг ортиқларининг сурункали яллиғланиш жараёнлари ташкил қилди (сальпингоофоритлар, эндомиометритлар). 80,96% беморларда анамнезида вагинитлар ва вагинозлар аниқланди.

Бачадон бўйнининг жароҳатлик деформацияси ва унинг элонгацияси, ички жинсий аъзолар топографияси бузилиши, ораликнинг чандикли ўзгаришлари, жинсий ёрикнинг катталаниши қин биоценози бузилиши, вагинитлар ривожланиши учун фон бўлиб, операциягача даволашни, алоҳида операциядан олдинги тайёрганликни, айрим ҳолларда операция ҳажмини оширишни талаб қилди.

Нормальная анатомия  
женского таза



Опущение матки



Касалликларнинг халқаро таснифланишига кўра, ташхис қуйидагича қўйилди (15- жадвал). 15-жадвалдан кўриниб турибдики, патологияни аралаш ҳолда жарроҳлик йули билан коррекция қилишни тақозо қилувчи бачадон бўйни элонгацияси ва қин девори нотўлиқ тушиши ораликнинг олдинги ёрилиши билан биргаликда кўп кузатилган. Қиёсий ва асосий гуруҳларга кўра, қин деворининг тушиши 9 (19,6%) ва 8 (10,0%) аёлларда, қин деворининг нотўлиқ тушиши ва бачадон бўйни чандикли деформацияси, цистоле 14 (30,4%) ва 26 (32,5%) аёлларда кузатилди. Клиник анамнестик маълумотларининг жинсий аъзолар пролапси ривожланишининг тез-тез учралишига таъсири патология маълумотлари ўртасидаги боғлиқликни миқдорий баҳолаш ёрдамида аниқланган (16 - жадвал). Олинган маълумотларга кўра, бирга содир бўладиган касалликлар ва жинсий аъзолар пролапси шаклланишида ҳавфи ўртасида узвий боғлиқлик мавжуд. Бу жиҳатдан қуйидагилар юқори баҳога эга: тугишлар сони  $< 4$  ( $OR=2,11$ ,  $EF=61,3$ ); чокларнинг очилиб кетиши ( $OR=1,53$ ,  $EF=28,1$ ); бачадон бўйни йиртилиши ( $OR=3,43$ ,  $EF=59,7$ ); ажралган сийдик миқдори 150,0 мл ( $OR=2,94$ ,  $EF=28,1$ ); 6 та прокладкадан кўп ( $OR=2,08$ ,  $EF=117,6$ ). Олинган натижалар  $EF$  этиологик бўлагининг юқорилиги билан тасдиқланади.

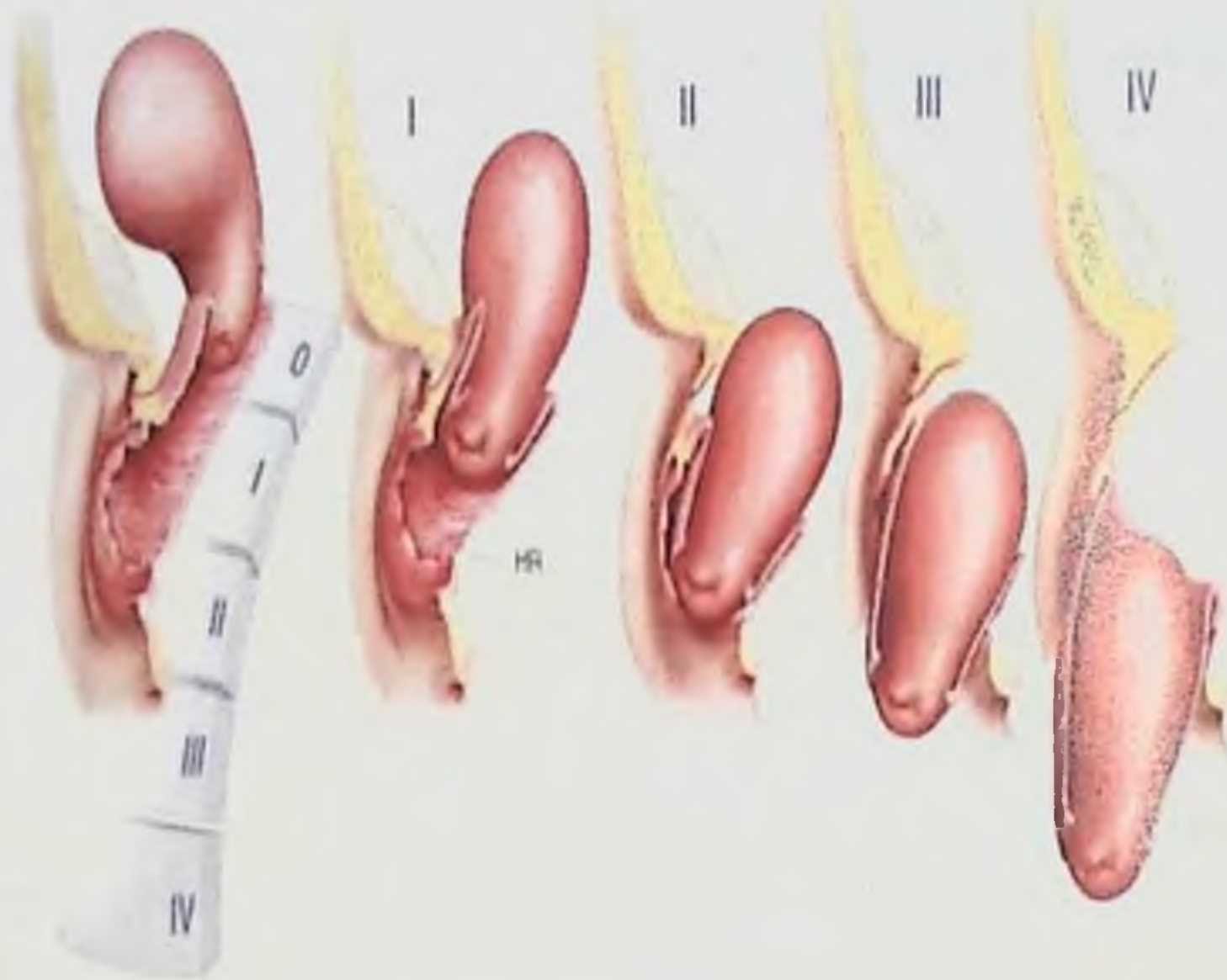
Беморларнинг ташхисига кўра тақсимланиши n=126

Ташхис	Қиёсий гуруҳ (n=46)		Асосий гуруҳ (n=80)		χ <sup>2</sup>	P
	бемор- лар сони	%	бемор -лар сони	%		
Бачадон бўйни элонгацияси хамда ораликнинг олдинги ёрилиши билан	12	26,1	32	40,0	0,65	>0,05
Қин деворининг нотўлик тушиши	9	19,6	8	10,0	2,29	>0,05
Қин деворининг тушиши ва бачадон бўйни чандикли деформацияси, цистоцеле	14	30,4	26	32,4	0,06	>0,05
Қин деворининг тушиши ва бачадон бўйни элонгацияси, цистоцеле	4	8,7	7	8,8	0,00	>0,05
Қин деворининг тушиши ва ораликни олдинги ёрилиши билан	7	15,2	7	8,8	0,00	>0,05
Жами	46	100	80	100		

Шундай қилиб, жинсий аъзолар пролапси ривожланишининг ҳавф омилларини ўрганиш мазкур омиллар орасида энг аҳамиятлилиги қуйидагилар деб аниқлашга имкон берди: тугиш миқдори < 4; оралик чокларнинг очилиб кетиши; бачадон бўйни йиртилиши; ажралган сийдик миқдори 150,0 мл; 6 та прокладкадан кўпроқ; такрорий пневмония; жинсий қоникмасликлар.

Жинсий аъзоларининг пролапсининг симптомлари аёлларнинг ҳаёт тарзига етарлича таъсир қилиб, жисмоний ва ижтимоий жиҳатдан чекланишга ҳамда ҳиссий муаммолар пайдо бўлишига олиб келади.





Расм-9. Бачадон тушиш даражалари

17 - жадвал

**Жинсей аъзолар пролапси шаклланишида ва клиник анамнестик омилларни боғлиқлигини миқдорий баҳолаш**

Хавф омили	RR	АтР	OR	EF
Туғишлар сони <4	1,00	0,13	2,11	61,3
Эпизиотомия	1,45	-0,33	1,57	31,0
Оралик йиртилиши	0,93	-0,33	0,90	-7,3
Чокларнинг очилиб кетиши	1,39	-0,29	1,53	28,1
Бачадон бўйни йиртилиши	0,63	-0,54	0,54	59,7

Вагинитлар ва вагиноз-лар	0,93	-0,33	0,90	-7,3
Сальпингоофоритлар ва эндометритлар	0,82	-0,48	0,78	-21,4
Тухумдон кистаси	0,87	-0,58	0,86	-15,0
Бачадон миомаси	1,16	-0,56	1,17	13,8
Эндометриоз	1,74	-0,46	1,77	42,5
Бачадондан дисфункционал қон кетиши (БДҚ)	2,76	0,52	4,21	45,9
Бачадондан ташқари ҳомиладорлик	0,70	-0,67	0,68	-43,8
Ажралган сийдик миқдори 150,0 мл.	2,81	0,07	4,33	64,4
Ажралган сийдик миқдори 149,0 – 100,0 мл.	1,39	-0,38	1,47	28,1
3 та гача прокладка	2,61	-0,07	3,39	61,7
4 та дан 6 тагача прокладка	0,47	-0,59	3,52	110,8
6 та прокладкадан кўп	1,03	-0,15	1,07	117,6

## II - БОБ. РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Қин деворлари нотўлиқ тушишини жарроҳлик коррекциясининг  
замонавий усуллари.

Жинсий аъзоларнинг етишмовчилиги ва пролапсини жарроҳлик тарзда даволаш етакчи рол ўйнайди. Маҳаллий ва хорижий илмий адабиётларда қин, абдоминал, лапароскопик ёки комбинирлашган кириш орқали ички жинсий аъзоларнинг пролапсини даволашнинг 300 дан ортиқ усуллари тавсифланган. Аммо ички жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушиши муаммоси ўз аҳамиятини йўқотмади, чунки кичик чанок аъзоларининг нотўлиқ тушиши жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари кўпайишига қарамасдан, касалликнинг рецидивлари кўп учрайди.

Чет эл илмий адабиётлардаги маълумотларга кўра, қин гумбазни етишмовчилиги ва тушиши кўринишидаги касаллик рецидиви қин гистерэктомиясидан сўнг 30-40% га етади, россиялик муаллифлари маълумотларига кўра, қин гумбазининг операциядан кейин тушишининг содир бўлиш тезлиги 0,2-43% ни ташкил этади. Операцияларнинг қарийб 30 фоизи пролапсининг қайталаниши юзасидан амалга оширилади.

Ушбу муаммони ҳал қилиш ишга лаёқатли ёшдаги беморларда айникса муҳимдир, шунинг учун қин деворларининг ва бачадон пролапси бўлган аёлларни реабилитация қилиш имконини берувчи жарроҳлик усулида даволаш, нафақат тиббий, балки ижтимоий аҳамиятга эга. Шу муносабати билан, уларнинг самарадорлигини ошириш мақсадида операция техникасини такомиллаштириш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда.

Илмий адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, репродуктив ёшдаги аёлларда жинсий аъзолар пролапсининг операция қўлланмасининг энг самарали усулини танлаш алоҳида қийинчиликни вужудга келтиради.

Оператив қўлланмани танлашда ички жинсий аъзолар тушиши даражаси; жинсий тизим аъзоларидаги анатомик ва функционал ўзгаришлар (йўлдош гинекологик патологиянинг табиати); репродуктив ва ҳайзли функцияларни сақлаб қолиш ёки тиклаш имконияти; йўғон

ичак функцияси ва тўғри ичак сфинктери бузилиши хусусиятлари; беморнинг ёши; экстрагенитал патологияга боғлиқ жарроҳлик аралашиниш ва анестезиологик қўлланма ҳавфи даражаси ҳисобга олинади.

Агар ички жинсий аъзолар қин даҳлизига тушмаса, қўшни аъзоларнинг функциялари бузилмаган бўлса, консерватив даволаниш мумкин, шу жумладан, чанок туби мушакларини мустаҳкамловчи жисмоний машқлар ўтказилиши. Жарроҳлик даволаш учун қарши кўрсатмалар бўлганда пессариялар ва тиббий бандаж буюрилади, уларни узок муддат тақиб юриш ётоқ яралар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Ички жинсий аъзолар тушишининг огирроқ даражаларини даволашнинг асосий усули жарроҳликдир. Кўпгина муаллифларнинг маълумотларига кўра, бошқа ҳеч қандай патологик касалликларда ички жинсий аъзолар пролапс ҳолатида бўлгани каби жуда кўп жарроҳлик усули мавжуд эмас. Бу борада юздан ортик усул мавжуд. Уларнинг ҳар бирида касалликнинг қайталанишида намоён бўлувчи афзалликлар ва камчиликлар кузатилади. Айниқса, тез-тез рецидив жарроҳлик аралашувидан кейинги дастлабки уч йил давомида юз беради ва баъзи маълумотларга кўра, у 30-33% ни ташкил қилади.

Ички жинсий аъзолар пролапсини коррекциялашнинг барча жарроҳлик усуллари асосий хусусиятга кўра гуруҳланган: ички жинсий аъзоларнинг жойлашишини тўғирлаш учун қайси анатомик тузилмалар қўлланилади ва мустаҳкамланади.

Биринчи гуруҳга чанок тубини мустаҳкамлашга қаратилган операциялар киради - кольпоперинеолеваторопластика. Чанок туби мушакларининг бу жараёнда доимо патогенетик жиҳатдан иштирок этишини ҳисобга олиб, кольпоперинеолеваторопластика барча жарроҳлик аралашувларида асосий ёки қўшимча қўлланма сифатида қўлланилиши керак. Бу гуруҳга, шунингдек, Бум усулида пуфак-қин фасциясини мустаҳкамлашга қаратилган қин олдинги деворидаги пластик операцияларни ҳам киритиш мумкин ёки пуфак-қин фасциясига кўндаланг йўналишда кисет чок қўйиш йўли билан мушак-фасциал пластинкани оддий мустаҳкамлаш киради.

Энг кўп қўлланиладиган усуллар: Вебстер-Банди-Дартнинг усулида юмалок бойламларни калталаш ва уларни бачадон олдинги девори, бачадон орқа юзасига фиксацияси; Алехендер Адамс бўйича чов каналлари орқали юмалок бойламларни қисқартириш; Долери-Джильяме

бўйича бачадон вентросуспензияси; Кохер бўйича бачадон ветрофиксацияси. Бироқ бу операциялар етарли даражада самарали эмас, чунки улардан сўнг касалликнинг рецидив беришининг энг юқори даражаси кузатилади. Бу шунга боғлиқки, фиксация аппарати сифатида бачадоннинг бошидан етарлича мустаҳкам бўлмаган тўқималари – юмалок бойламлар қўлланилади. Бачадоннинг фиксация аппаратини (кардинал, думгаза-бачадон бойламлари), уларнинг биргаликда тикилиши, транспозицияси ҳисобига мустаҳкамлашга қаратилган операциялар кенг қўлланилади. Бироқ бу жарроҳликлар мазкур муаммони тўлиқ ҳал қилмайди, чунки касалликнинг патогенезидаги битта бўғимни йўқотади. Бу гуруҳнинг энг самарадорлигидан бири бўлиб "Манчестер операцияси" ҳисобланади. Самарадорликка кўп компонентлик туфайли эришилади, чунки операцияда бачадоннинг ампутацияси, кардинал бойламларнинг транспозицияси, киннинг олд девори пластикаси бажарилади. Аммо бу касалликнинг рецидив бериши билан бирга, ушбу жарроҳлик ҳавфидан холи эмас, беморлар репродуктив функциясида маҳрум бўлади.

Тушган аъзоларнинг чанок деворларига (қов суяги, думгаза суяклари, сакроспинал бойлам) қатъий фиксацияси билан бажариладиган операциялар тавсия этилган. Бироқ бу операциялардан сўнг, остеомиелит каби асоратлардан ташқари, доимий оғриқлар, жиддий оқибатларга олиб келувчи чанок аъзоларининг оператив-патологик ҳолати юзага келади.

Ички жисний аъзолар пролапсида бачадоннинг бойламли аппаратларини мустаҳкамлаш ва уни фиксация қилиш операциялари аллопластик материаллар ёрдамида ҳам амалга оширилади. Аммо улар аллопластни рад этиш натижасида касаллик рецидивини камайтира олмайди ва окмалар шаклланишига олиб келади.

Киннинг қисман облитерациясига қаратилган операциялар: Лефор-Нейгебауэрнинг ўрта кольпорафияси, кин-оралик клейзиси (Лабгардт операцияси) нофизиологик, жинсий ҳаёт имкониятини йўқотади, касалликнинг такрорланишини истисно қилмайди.

Жинсий аъзоларнинг пролапсини жарроҳлик йўли билан даволашнинг радикал усуллари кин орқали бачадон экстирпацияси бўлиб, унда тушган аъзо бутунлай йўқотилади. Усул жуда кўп салбий томонларга эга: касалликнинг энтероцеле кўринишида қайталаниши; беморлар ҳайз ва бола кўриш функциясини йўқотади; операция катта

шикастланишли; кичик чанокнинг архитектураси бузилади; кўшни аъзолар дисфункциясининг кучайиши, хусусан, сийдик пуфагида каррохатланиш тарзида кузатилади.

Юқоридаги барча операциялар кин ёки қорин деворлари орқали сириниш билан бажарилади.

Касалликнинг тез-тез такрорланишни камайтиришга уринишларда ўнгги йилларда комбинацияланган жарроҳлик даволаниши сўлланилмоқда. Ушбу операциялар чанок туби мустаҳкамланишни, кин деворларини пластикаси, бачадонни фиксациялашни, бачадон чўлтоғини ёки кин гумбазини мустаҳкамлашни ўз ичига олади. Бироқ ҳар доим ҳам сўшни аъзоларнинг, айниқса, сийдик чиқариш аъзоларининг функционал бузилишларини бартараф этиш, уларнинг олдини олишга эришилмайди. Шунини таъкидлаш керакки, зўриқишда сийдик тута олмасликнинг ўзи патологик ҳолат бўлиб, уни бартараф этиш мураккаб масала ҳисобланади, жарроҳлик йўли билан даволаш номукамал ҳисобланади ва шунинг учун янада самарали усулларни излашни давом эттиришни талаб қилади.

Аъзо ёки унинг бир қисми ўзгармаслигини сақлаш тамойилларига риоя қилган ҳолда операцияларни ўтказиш зарурлиги ва мақсадга мувофиқлиги шубҳасиз. Аъзони сақловчи жарроҳликда нафақат кўшни аъзолар билан муносабатларни тиклаш, балки патологик жараёнга жалб қилинган аъзолар ва тизимларнинг меъёрий ишлашини таъминлаш ҳам мумкин. Шундай қилиб, аёл организми ва кўшни аъзоларнинг - қовуқ ва ичакнинг ўзига хос функциялари қайта тикланади.

Жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг усуллари кўплигига қарамасдан, тугиш ёшидаги беморларнинг репродуктив мақсадларини ҳисобга олувчи янги усуллар бўйича изланишлар олиб борилмоқда.

**Чанок органлари пролапси бўлган беморларни операциядан олдини тайёрлаш**

Жарроҳлик операциясининг натижаси операция қилувчи жарроҳнинг техникасига эмас, балки операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги даврни бошқаришга боғлиқ. Операциядан олдинги тайёргарликнинг асосий мақсади жарроҳлик аралашувининг

шкастланишли; кичик чанокнинг архитектураси бузилади; кўшни аъзолар дисфункциясининг кучайиши, хусусан, сийдик пуфагида карроҳатланиш тарзида кузатилади.

Юқоридаги барча операциялар қин ёки қорин деворлари орқали килириш билан бажарилади.

Қасалликнинг тез-тез такрорланиши камайтиришга уринишларда кўнрақ йилларда комбинацияланган жарроҳлик даволаниши қўлланилмоқда. Ушбу операциялар чанок туби мустаҳкамланиши, қин деворларини пластикаси, бачадонни фиксациялашни, бачадон чўлтоғини ёки қин гумбазини мустаҳкамлашни ўз ичига олади. Бироқ ҳар доим ҳам кўшни аъзоларнинг, айниқса, сийдик чиқариш аъзоларининг функционал бузилишларини бартараф этиш, уларнинг олдини олишга эришилмайди. Шунинг таъкидлаш керакки, зўриқишда сийдик тута олмаслигининг ўзи патологик ҳолат бўлиб, уни бартараф этиш мураккаб масала ҳисобланади, жарроҳлик йўли билан даволаш номукамал ҳисобланади ва шунинг учун янада самарали усулларни излашни давом эттиришни талаб қилади.

Аъзо ёки унинг бир қисми ўзгармаслигини сақлаш тамойилларига риоя қилган ҳолда операцияларни ўтказиш зарурлиги ва мақсадга мувофиқлиги шубҳасиз. Аъзони сақловчи жарроҳликда нафақат кўшни аъзолар билан муносабатларни тиклаш, балки патологик жараёнга жалб қилинган аъзолар ва тизимларнинг меъёрий ишлашини таъминлаш ҳам мумкин. Шундай қилиб, аёл организми ва кўшни аъзоларнинг - қовуқ ва ичакнинг ўзига хос функциялари қайта тикланади.

Жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг усуллари кўпчилигига қарамадан, туғиш ёшидаги беморларнинг репродуктив мақсадларини ҳисобга олувчи янги усуллар бўйича изланишлар олиб борилмоқда.

### Чанок органлари пролапси бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш

Жарроҳлик операциясининг натижаси операция қилувчи жарроҳнинг техникасига эмас, балки операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги даврни бошқаришга боғлиқ. Операциядан олдинги тайёргарликнинг асосий мақсади жарроҳлик аралашувининг

шнкастланишли; кичик чанокнинг архитектуроникаси бузилади; кўшни аъзолар дисфункциясининг кучайиши, хусусан, сийдик пуфагида жарроҳатланиш тарзида кузатилади.

Юқоридаги барча операциялар қин ёки қорин деворлари орқали кириш билан бажарилади.

Касалликнинг тез-тез такрорланишни камайтиришга уринишларда сўнгги йилларда комбинацияланган жарроҳлик даволаниши қўлланилмоқда. Ушбу операциялар чанок туби мустаҳкамланишни, қин деворларини пластикаси, бачадонни фиксациялашни, бачадон чўлтоғини ёки қин гумбазини мустаҳкамлашни ўз ичига олади. Бироқ ҳар доим ҳам кўшни аъзоларнинг, айниқса, сийдик чиқариш аъзоларининг функционал бузилишларини бартараф этиш, уларнинг олдини олишга эришилмайди. Шунини таъкидлаш керакки, зўриқишда сийдик тута олмасликнинг ўзи патологик ҳолат бўлиб, уни бартараф этиш мураккаб масала ҳисобланади, жарроҳлик йўли билан даволаш номукамал ҳисобланади ва шунинг учун янада самарали усулларни излашни давом эттиришни талаб қилади.

Аъзо ёки унинг бир қисми ўзгармаслигини сақлаш тамойилларига риоя қилган ҳолда операцияларни ўтказиш зарурлиги ва мақсадга мувофиқлиги шубҳасиз. Аъзони сақловчи жарроҳликда нафақат кўшни аъзолар билан муносабатларни тиклаш, балки патологик жараёнга жалб қилинган аъзолар ва тизимларнинг меъёрий ишлашини таъминлаш ҳам мумкин. Шундай қилиб, аёл организми ва кўшни аъзоларнинг - қовуқ ва ичакнинг ўзига хос функциялари қайта тикланади.

Жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг усуллари кўплигига қарамасдан, тугиш ёшидаги беморларнинг репродуктив мақсадларини ҳисобга олувчи янги усуллар бўйича изланишлар олиб борилмоқда.

### Чанок органлари пролапси бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш

Жарроҳлик операциясининг натижаси операция қилувчи жарроҳнинг техникасига эмас, балки операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги даврни бошқаришга боғлиқ. Операциядан олдинги тайёргарликнинг асосий мақсади жарроҳлик аралашувининг



натижаларини яхшилаш ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришдир. С.В.Петров операциядан олдинги тайёргарликнинг учта асосий турини ажратган: психологик, умумий соматик ва махсус. Операциядан олдинги махсус тайёргарлик зарурати операция ўтказиладиган аъзоларнинг махсус хусусиятларига ёки асосий касалликнинг фонида аъзолар функциялари ўзгаришининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ. Реконструктив пластик жарроҳликда мўлжалланган жарроҳлик аралашуви жойидаги тўқималарнинг ҳолатига катта аҳамият берилади. Қинли кириш урогинекология ва проктогинекологияда анъанавий жарроҳлик усули ҳисобланади. Шу муносабат билан жарроҳликнинг натижаси бирмунча кийнроқ, сийдик пуфаги ва тўғри ичак тўқималарининг ҳолатига боғлиқ.

Аёлнинг ёши, чанок аъзоларининг пролапси ҳавфининг мустақил ва тасдиқланган омилидир. Ушбу патологияга эга беморларнинг аксарияти кексалар ва қариллик ёшидаги аёллардир. Беморлардаги қин тўқималаридаги атрофик, инволютив ва яллигланишли ўзгаришлар бирикмаси ушбу тоифадаги беморлар учун операциядан олдинги тайёргарликни талаб қилади. Постменопаузадаги эстроген етишмовчилиги эстрогенга боғлиқ аъзолар ва тўқималарда атрофик жараёнлар ривожланишининг асосий сабабидир. Климактерияда эстроген етишмовчилиги қинда ва уретрада пролифератив жараёнларни тўхтатишга, қин деворини қон билан таъминланиши ва қин деворлари, кичик чанок бойламлари ва фасциялари эгилувчанлигини пасайишига олиб келади. Шунингдек, қин шиллиқ қаватида гликоген синтези тўхтайдди, бу қин рН муҳитини, лактобактериялар қин биоцинози элиминацияни оширади ва уларнинг ўрнини шартли патоген ва кокк флораси эгаллайди.

Baden-Walker бўйича чанок аъзоларининг III–IV даражали пролапсида доимий механик жароҳатланиши пролабир ҳолатдаги бачадон бўйни ва қин деворлари мацерацияси ва кератинизациясига, ҳатто декубитал яралар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Бундай яраларнинг одатдаги локализацияси – бу бачадон бўйни ва қиннинг орқа девори юқори учдан бир қисмидир. Яллигланиш жараёнида ва атрофик ўзгаришлар шароитида реконструктив пластик жарроҳлик амалиётини бажариш операциядан кейинги асоратлар ва пролапс рецидивни ривожланиши эҳтимолини оширади. Қин, уретра ва вульванинг

инволютив ва атрофик ўзгаришларини даволашнинг самарали воситаси маҳаллий ўрнини босувчи гормонотерапиядир. Постменопауза давридаги қин тўқималарда эстрадиолнинг ўзига хос бирикиши E. Bergnik томонидан аниқланган, бу эса эстрадиолни маҳаллий ўрнини босувчи гормонотерапия учун мойил препаратига айлантирди. Эстриолнинг эстроген рецепторлари билан яқинлиги эстрадиолдан 10 баробар пастроқ, хужайра ядросидаги даври 4 соатдан ошмайди, бу эса эстрадиолнинг эндометрийнинг пролиферацияси билан бирга тўлиқ уретротроп реакциясига сабаб бўлишига йўл қўймайди. Шу нуқтан назардан, эстрадиолни 0.5 мг дозасида маҳаллий фойдаланиш гестагенларни тайинлашни талаб қилмайди, шунингдек мутлоқ ва нисбий қарши кўрсатмаларга эга эмас. Эстрадиолнинг уч хил дори шакллари мавжуд: қин шамчалари ва крем, таблетка шакллари бор. Baden-Walker бўйича чанок аъзоларининг III–IV даражали жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларда эстрадиол кремни қин тампонларидан кунига 1 марта, кечасига 14 кун давомида, кейинги ҳафтада 2 марта 1 маҳалдан фойдаланиш қулай. Бундай ҳолда қин физиологик ҳолатга яқин жойлашади, қин деворларининг мацерацияси рўй бермайди ва қиннинг барча деворларига эстрадиолнинг бир текисда аппликацияси таъминланади. Чанок аъзолари пролапси бўлган беморларда эстрадиол қин эпителийси пролиферациясини келтиради, гликоген синтезини оширади, лактобактериялар популяциясини тиклайди, қин деворида ва уретрада қон айланишини яхшилайти ва уларнинг эгилувчанлигини оширади. Декубитал яралар эпителизациясини тезлаштириш учун муайян жойларга А ва Е витаминларини сакловчи чаканда ёғи, шунингдек декспантенол препаратлари қўлланилади. Операциядан олдинги тайёргарлик жараёни эстрадиол таъсирининг геном механизминини ҳисобга олган ҳолда 2-3 ҳафта давом этади.

Чанок аъзоларининг пролапси бўлган айниқса Baden-Walker бўйича III–IV даражали, беморларда тез-тез ҳам юқори ҳам пастки сийдик йўллари уродинамикасининг бузилиши кузатилади. Пролабир ҳолатдаги бачадон, бачадон найи, сийдик ва уретранинг чанок қисмининг обструкциясини чақириб, уретерогидронефротик трансформация ва сийдик чиқарилишининг сурункали тугилишини ривожланишига олиб келади. Д.В.Кан маълумотларига кўра, чанок аъзоларининг пролапси

кузатилган беморларнинг 50-85 фоизида турли даражадаги уретерогидронефротик трансформациялар ва беморларнинг 20 фоизида сурункали ёки ўткир сийдик тўтилиши аниқланган. Сийдик чиқариш тизимидаги обструктив ўзгаришларнинг иккиламчи хусусияти туфайли, улар одатда даволаш чораларини талаб қилмайди ва чанок аъзолар пролапсини жарроҳлик йўли билан даволангач кичик чанокдаги нормал анатомик муносабатларнинг тикланиши натижасида ўз-ўзидан йўқолади. Жарроҳликдан олдинги даврда юқори сийдик йўллариининг дренажланишига кўрсатма фақатгина икки томонлама уретерогидронефротик трансформациялар фонида буйрак етишмовчилигидир. Бундай ҳолатда буйракларни ички уретрал стентлар билан дренажлаш мумкин. Baden-Walker бўйича III-IV даражали пролапсда, сийдик чиқариш йўлларида рефлюкснинг олдини олиш ва юқори сийдик йўллариини дренажлаш вақтида пиелонефритнинг пайдо бўлишининг олдини олиш учун бачадон пессариясини қўллаш ёки антирефлюкс ички уретрал стентлар билан буйракларни дренажлаш тавсия этилади.

Қин орқали кириш билан амалга ошириладиган операциялар шартли тоза эканлигини инобатга олиб, беморларда операциядан олдин антибактериал профилактика ўтказиш кўрсатилган. Жарроҳлик текширувидан олдинги натижалар жинсий аъзолари пролапси бўлган аёлларда бачадон канали ва қиннинг шартли патоген ва патоген микроорганизмлар билан уругланганлигини кўрсатди; бу жарроҳликдан кейинги асоратлар ҳавфи юқорилигини келтириб чиқаради ва жарроҳликдан олдинги тегишли тайёргарликни талаб қилади. Носпецифик вагиноз ва вагинитлар аниқланганда қинни санация қилиш учун 2% Клиндацин креми 5г (бир марталик доза) бир суткада 1 маҳал интравагинал кўринишда 6 кун давомида ва бир марта 2,0 г метронидазол қўлланилади. Специфик вагинитлар бўлса, бактериологик текширув натижаларига қараб антибиотиклар билан даволаш амалга оширилди. Зарурат бўлганда, даволанишдан сўнг қўшимча равишда қин 0,02% декаметоксин эритмаси (декасан) билан тозаланди. Даволаш курси 7-14 кун.

## Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари

Аёл жинсий аъзолари нотўлиқ тушиши бўлган беморларни даволаш усулини танлаш, жарроҳлик усулида даволаш ҳажмини ва кириш йўлини аниқлаш, унинг натижалари самарадорлигини объектив баҳолаш ва операциядан амалиётдан кейинги реабилитациясини биз анамнез, клиник, лаборатория, ультратовуш ва мураккаб уродинамик текширув усуллари натижалари асосида амалга оширдик.

Жинсий аъзолари пролапсини шу жумладан, сийдик тута олмаслик билан асоратланганда йўқотишга қаратилган операцияларни ҳажми ва кириш усулидан қатъий назар асосий ёки компонентлардан бири сифатида чанок туби мушаклари етишмовчилигини коррекциялаш ҳамда жинсий ёриқни мажбурий торайтириш муолажасини киритдик.

Текширилган аёллардаги жарроҳлик амалиётлари турлари 18 - жадвалда келтирилган.

18 - жадвал

### Текширилган аёлларда ўтказилган жарроҳлик аралашуви турлари n=126

Жарроҳлик аралашуви турлари	абс.	%
Минилапаратомия ва ихтиёрый жарроҳлик контрацепцияси + иккинчи босқичда олдинги кольпорафия, леваторопластика билан орқа кольнопереоррафия	46	36,5
Олдинги кольпоррафия, леваторопластика билан орқа кольнопереоррафия ва Померой бўйича бачадон найларни боғлаш	46	36,5
Никитин Н.И. бўйича бачадон бўйни ампутацияси ва Померой бўйича бачадон найларни боғлаш	34	27,0
Жами	126	100

Қиёсий гуруҳ аёлларида минилапаратомия ва ИЖК. Такқослаш гуруҳида 46 беморда чанок аъзоларининг нотўлиқ тушишини жарроҳлик усулида тузатишдан олдин минилапаратомия орқали Померой бўйича бачадон найларини боғлаши бажарилган.

## Минилапаротомия ва ихтиёрний жарроҳлик контрацепциясининг техникаси

Минилапаротомия - Померой бўйича бачадон найлари стерилизацияси. Беморга Тренделенбург ҳолати берилади. Қин кўзгуларда очилади, 3 марта йодонат эритмаси билан ишлов берилади. Бачадон бўйинининг олдинги лаби ўқли қисқичлар билан фиксацияланади, бачадон бўшлиғига бачадонни кўтарилгич киритилади, у соннинг ички юзасига фиксацияланади. Қов устидан кўндаланг 4 см узунликдаги кесма билан лапаротомия қилинади. Қаватма-қават қорин бўшлиғи очилади, жарроҳат Апело ретракторлари ёрдамида кенгайтирилади. Бачадон кўтаргичи ҳаракатлантирилиб, жарроҳатга бачадон туби ва найларнинг бачадон қисми чиқарилади. Сўрилувчи чоклар (викрил ипллари) томирларсиз жойда 1-2 см узунликда найлар илмоқли шаклда боғланади ва илмоқнинг юқориги қисми лигатура устидан кесилади (10- расм).



а



б



в

10- расм. Минилапаротомия. а) қорин олдинги девори очилиши; б) ўнгдан бачадон найини ушлаб; в) Померой бўйича бачадон найлари боғлаш.

Гемостазни назорат қилиш. Худди шу жараён бошқа томондан ҳам амалга оширилади. Қорин олдинги девори қаватма-қават тикилади. Терига тери ички узлуксиз (викрил) чоки қўйилади.

Операция давомийлиги 2 соат 24 минут қон йўқотиш - 350,0 мл.

Касал қониқарли ҳолатда 6 кундан кейин чиқарилди.

Бола туғиш ёшидаги аёлларда ИЖК пролапсисни тиклашдан олдин бажарилиши мумкин. ИЖК самарали доимий контрацепция усулидир.

Ҳар икки гуруҳда ҳам операциядан кейинги даврни бошқариш стандарт техникага мувофиқ амалга оширилди: 1-3 кун давомида ярим суюқ, осон ҳазм бўлувчи парҳез; эрта фаоллаштириш; 800 мл. инфузион терапия 3 кун давомида. Иккинчи кундан бошлаб 50 мл ҳажмдаги қинни ювиш шаклида декасаннинг иссиқ эритмаси билан маҳаллий даволаш қўшилди.

Леваторопластика ва Померой бўйича стерилизация билан олди кольпоррафия, орқа кольпоперинеоррафия ушлаб турувчи, қўллаб-қувватловчи, фиксацияловчи комплексларнинг босқичма-босқич мустаҳкамланишига имкон беради: бачадон юмалоқ бойламларини қисқартириш, бачадон-тўғри ичак чуқурликни ёпиш, думгаза-бачадон бойламларини мустаҳкамлаш, керак бўлганда сийдик тута олмасликнинг коррекцияси. Кўп туққан аёлларда бачадон бўйни элонгациясида унинг ампутацияси ва кардинал бойламларнинг қисқариши амалга оширилди ва деформация пайтида имкон бўлса, унинг пластикаси ўтказилди. Ушбу операция асосий гуруҳдаги 46 та (65,0%) аёлда ўтказилди, қолган 34 тасида (35,0%) - Никитин Н.И. бўйича бачадон бўйни ампутацияси ва Померой бўйича бачадон найларни боғлаш бажарилди.

Жарроҳлик умумий ёки спинал анестезия остида ўтказилди. Наркоз кўрсатма ва қарши-кўрсатмаларга кўра танланди.

Репродуктив ёшдаги аёлларда жинсий аъзолар пролапсисини жарроҳлик даволашнинг устувор усули олди ва орқа кольпоперинеоррафия ҳисобланади. Чанок тубини тиклаш барча аёлларда ўз тўқималари ҳисобига амалга оширилди. Барча беморларда киндан кириш қўлланилди.

Интраоперацион равишда учинчи авлод цефалоспоринларнинг максимал қўлланиш дозаси (клафоран 1,0 в/и) киритилди, 24 соат мобайнида сийдик пуфагига доимий катетер киритилди. Операциянинг

ўртача давомийлиги  $1,5 \pm 0,5$  соатни ташкил этди. Жарроҳлик пайтида ўртача кон йўқотиш  $180,5 \pm 50,6$  мл. Жарроҳликдан кейинги даврда инфузион-трансфузион терапияси, эрта фаоллаштириш, иккинчи суткадан бошлаб - қинни декасаннинг иссиқ эритмаси билан ювиш амалга оширилди. Жарроҳликдан кейинги даврда биз асоратлар кузатмадик. Жарроҳликдан кейинги даврда ётоқ куни ўртача  $5,8 \pm 1,3$  кун бўлди.

Жарроҳлик даволаш усулини танлаш қуйидаги омилларга боғлиқ бўлди: ички жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушиши даражаси; бирга содир бўладиган жинсий аъзолар патологияси мавжудлиги ва унинг табиати; бола туғиш ва ҳайз кўриш функциясини сақлаб қолиш эҳтимоли ёки зарурлиги; тўғри ичак сфинктери функцияси бузилиши хусусиятлари. 46 та (65,0%) беморларда Бум усулида сийдик пуфаги-қин фасциясини мустаҳкамловчи кольпоперинеолеваторопластика ўтказилди (сийдик пуфаги-қин фасциясини очиб, кейин дупликатура билан тикиш).

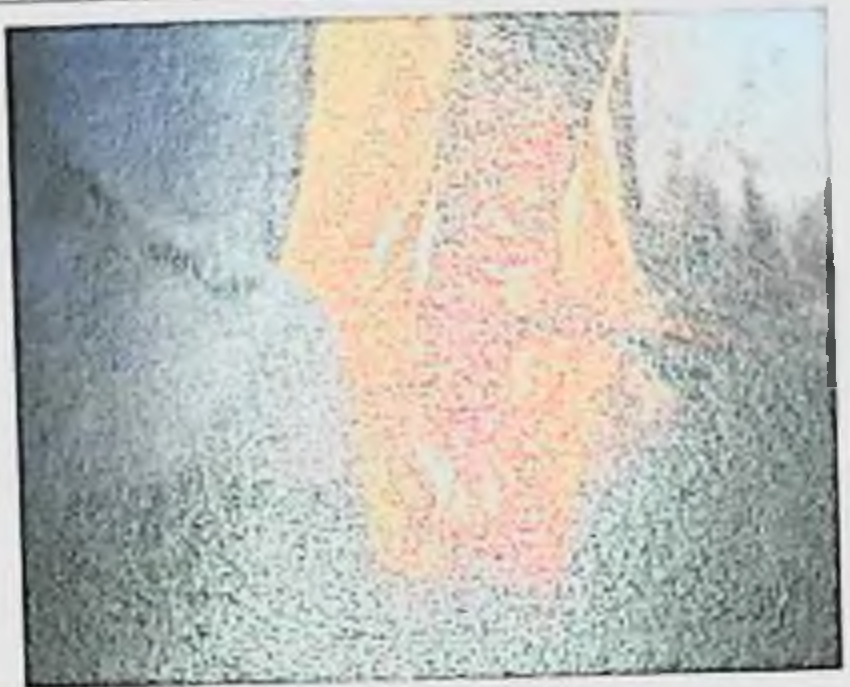
34 та (35,0%) беморларда бачадон бўйни ампутацияси, кардинал бойламларнинг транспозицияси, Н.И.Никитин (85) услубига мувофиқ қиннинг олди ва орқа деворларининг пластикаси ўтказилган. Бу усул Ўзбекистонда илк марта биз томонимиздан қўлланилди. Репродуктив ёшдаги аёлларда бундай кенг қамровли операцияга кўрсатмалар бачадон бўйни дисплазияси (3), бачадон бўйни юқори даражали элонгацияси ва чандикли деформацияси (17) ҳамда урологик бузилишлар (стрессли сийдик тута олмаслик) билан бирга келиши бўлди (11- расм).



а



б



д

е

11- расм. а) Сийдик пуфаги-кин фасциясини *plica vesical uterina* ни очини; б) Олдинги кольпотомия; в) Бачадон найини кескич билан ушлаш; г) Бачадон найини кесиб боглаш ; д) Никитин Н.И. усули буйича бачадон буйини ампутацияси; е) Леваторорафия ва орка кольпорафия

Бачадон буйини ўкли кескичлар билан фиксацияланади ва максимал даражада пастга туширилади; киннинг олд деворида сийдик йўлининг ташки тешигидан 1 см масофада учбурчак кесим ажратиб олинади. Кесма соғлом тўқималар чегарасида бачадон буйинининг оркасида айлана шаклида тугатилади

Шиллик қават бачадон буйинидан манжеткасимон тарзда ажратилади. Ушбу усул репродуктив ёшдаги аёлларда жинсий аъзолар пролапси бўлганда ҳаёт сифатини яхшилаш ва уларни энг самарадор ва ҳавфсиз контрацепция усули билан таъминлайди.



**Ишлаб чиқилган усулнинг техникаси.** Биз томондан жарроҳлик аралашувни амалга ошириш усули ишлаб чиқилган ва бу ишланмага «Сийдик тута олмаслик билан кечувчи жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда жарроҳлик стерилизацияси усули» ихтиролик патенти олинган (№IAP 05076, 29.08.2015 й.) (I I-расм).

Кейинги босқичда бачадон бўйни ампутацияси бажарилади.

*I босқич.* Қин кўзгуларда очилади, бачадон бўйнини қисқичлар билан ушлаб, пастга туширилади. Ташқи сийдик тешигидан 1,5-2 см. четланиб, ўрта чизиқдан қин олд деворидан сийдик пуфаги фасциясигача кесма ўтказилади, кейин қин шиллик қавати чегарасида ва олдинги гумбазда қўшимча кўндаланг кесма ўтказилади. Қиннинг олдинги томонидан кескин ва шаффоф тарзда қорин бўшлиғини очамиз, ўнг ва чап томонда навбат билан Померон усули бўйлаб бачадон найларини кесиб ўтамиз.

*II босқич.* Қин девори юқори ва ён томонларга сийдик пуфагидан кенг ажратилади, бачадон бўйнидан сийдик пуфагигача булган бириктирувчи тўқималари кесилади, сийдик пуфаги ўткир ва ўтмас йўл билан белгиланган бачадон бўйни кесмасигадан тепага кўтарилади. Викрил иплар билан 2-3 чокларни куйиб фасция-мушак пластинкаси ҳосил қилинади. Шундай қилиб, сийдик пуфагининг транспозициясига эришилади.

*III босқич.* Бачадон бўйнини қин деворларидан тўлиқ ажратиш учун бачадон бўйни айланмаси буйича олд гумбазида кўндаланг кесма давом этилади. Қин гумбази ўтмас йўл билан бачадон бўйнидан ажратилади ва кардинал бойламлар пальпация қилинади.

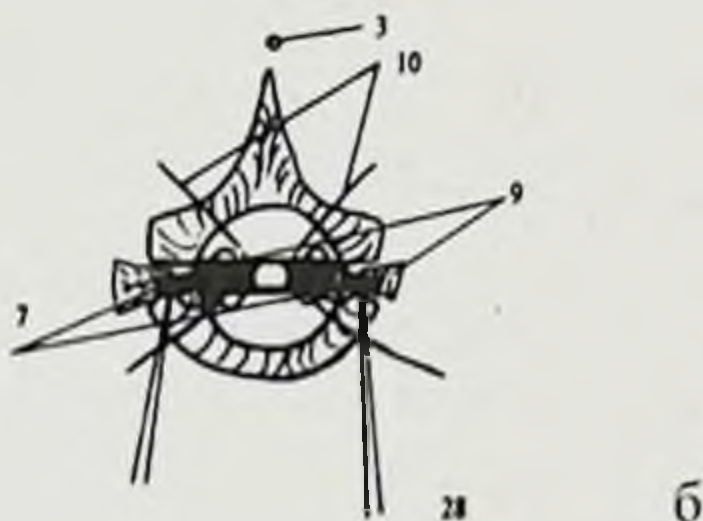
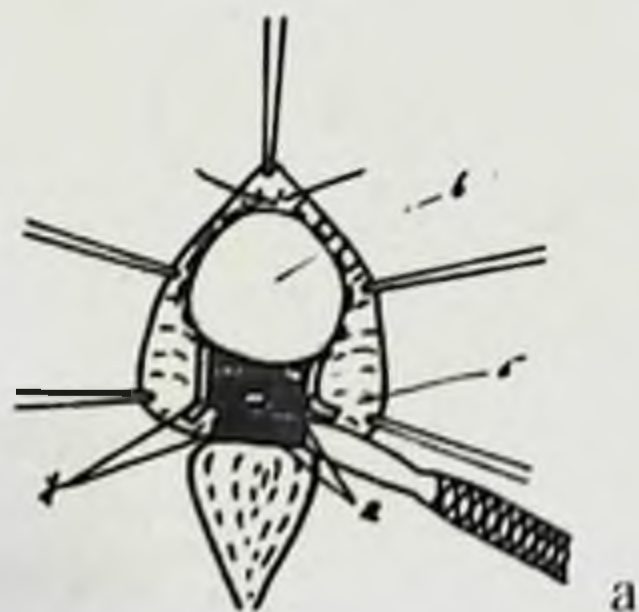
*IV босқич.* Бойламлар қисқичлар билан олинади, кесилади ва викрил иплар билан тикилади ва бир четга қуйиб. Бачадон бўйни скапел билан ампутация қиламиз

*V босқич.* Кесилган кардинал бойламлар ўрта чизиққа тортилади ва биргаликда тикилади; кейинчалик қўшимча чоклар билан уларни сийдик пуфаги туби остида бачадон бўйни олдинги деворига бириктирилади.

VI босқич. Қин деворининг ортиқча бўлаги кесиб олинади, қин шиллик қавати бачадон бўйни шиллик қаватига узликсиз викрил чоклар билан тикилади.

Кейинчалик, кольпоперинеолеваторопластика бажарилади.

Сийдик пуфаги бачадон бўйни олд деворидан ажралиб, қов ортига ситжитилади ва кисетга солинади. Ички ёпувчи мушаклари викрил билан бир-бирига тикилади. Кардинал бойламлар Кохер қисқичи билан фиксацияланади ва кесилади, имкони борича бачадон бўйнидан ажратилади, викрил билан тикилади ва томонларга йўналтирилади. Бачадон бўйни соғлом тўқималар чегарасида скальпел билан ампутация қилинади. Бачадон бўйни ампутация қисмининг узунлиги унинг чўзилганлик даражасига боғлиқ. Бачадон бўйни тўқималари понасимон 3 ва 9 соатларда кесилади, шиллик қават манжета кесими шу проекцияда учбурчак шаклида бўлади. Кардинал бойламлар чўлтоғи ҳар иккала томонидан ҳам ҳосил қилинган ҳолатга туширилади ва викрил билан тикилади. Қиннинг олд деворидаги жароҳатнинг қирғоқлари узлуксиз викрил билан боғланиди. Кардинал бойламларни 3 ва 9 соатларда фиксациялаш билан бачадон бўйнига чок қўйиш бачадонни кичик чанок текислигига нисбатан максимал юқорига кўтариш имконини беради. Қолган бачадон бўйнига пластик ишлов бериш унинг шиллик қавати билан амалга оширилади. Ишлов бериш бачадон бўйни шиллик қаватини бачадон каналининг шиллик қавати билан бириктиришдан иборат, шунда жароҳат юзаси бачадон бўйни шиллик қавати билан қопланади. Жарроҳлик орқа кольпоперинеолеваторопластика ва ораликни тикиш билан яқунланади.





12 – расм. Никитин усули: а) бачадон бўйни атрофида шилликли манжета ажратиш, сийдик пуфагини кисетга киритиш, бачадон бўйни ампутацияси (8); б) 3 ва 9 соатларда ташки тешикдан дорзал йўналишда шилликли манжета ва бачадон бўйни тўкималарининг понасимон резекцияси; кардиал бойламларни ажратиш, уларни вилкрил билан тикиш, кардиал бойламлар фиксацияси учун 3 ва 9 соатларда чок қўйиш (9); в) бачадон бўйинини тикиш.

Биз таклиф қилган усулда операция давомийлиги ўртача 26,8 минутга қисқарди, бу 53,8 фоизни ( $P < 0,001$ ) ташкил қилди. Реанимация бўлимида ётиш давомийлиги 12,1 соатга ( $P < 0,001$ ) камайди, огриксизлантириш муддати ҳам 23,9 соатга камайди ( $P < 0,001$ ) (19 - жадвал).

19 - жадвал

**Текширилган беморларда жарроҳлик усули ўтказилишидаги асосий параметрлар n=126**

Кўрсаткичлар	Қиёсий гуруҳ (n=46)	Асосий гуруҳ (n=80)	p
Жарроҳлик давомийлиги, соат	64,3±2,3	37,5±1,1	<0,001
ЎСВ давомийлиги, соат	2,6±0,4	1,6±0,3	<0,001
Реанимация бўлимида бўлиш давомийлиги, соат	36,2±2,4	24,1±1,4	<0,001
Огриксизлантириш давомийлиги, соат	48,2±0,5	24,3±0,6	<0,001

Шундай қилиб, бачадон бўйни элонгацияси бўлган аёлларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг тавсия этилган усули операциядан кейинги даврда қин яранинг шиллик қавати қирғоқларини бирга тикиш, косметик бачадон бўйнини шакллантириш ҳисобига жарроҳлик жараҳатида регенерация ва репарация жараёнларини яхшилайти; деформацияловчи чандик пайдо бўлишининг олдини олади. Кардинал бойламлар чўлтоқларини бачадон бўйнининг ҳосил қилинган «ташқи ёригига» тортилади, бачадон бўйнида 3 ва 9 соатларда чуқурчага киритилади ва тикилади. Бу бачадон бўйнини, иложи борича, юқорига кўтариш имконини беради. Ички ёпқич мушакларининг бир-бири билан тикилиши цистоуретроцеле ва урологик бузилишлар ҳавфининг олдини олишга имкон беради.

## III-БОБ. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР НОТЎЛИҚ ТУШИШИНИ ИЖК БИЛАН БИР ВАҚТДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

### Жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши бўлган аёллар учун контрацепция усуллари

Репродуктив ёшда жинсий аъзоларнинг нотўлиқ тушиши юзасидан жарроҳлик ўтказган аёллар учун контрацептивлар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак:

- ножўя таъсирлар йўқлиги;
- юқори самарадорлик ва фойдаланиш қулайлиги;
- жинсий алоқа ва шерикка таъсир этмаслиги;
- бошқа аъзолар ва тизимларга таъсир этмаслиги.

Контрацептив усулни танлаш қийин масала бўлиб қолмоқда, уни индивидуал акушер-гинеколог ва бемор билан, кўп ҳолларда шерик билан биргаликда қуйидагиларни ҳисобга олинган ҳолда ҳал этиш талаб этилади: контрацептивлар самарадорлиги, хавфсизлиги, контрацептив хусусиятлари; салбий реакцияларнинг ҳавфи; режалаштирилмаган ҳомиладорлик эҳтимоли; келажакда ҳомиладорликни режалаштириш имконини тиклаш. Ҳар бир аёлнинг генетик, репродуктив омиллари, турмуш тарзи хусусиятлари, соматик ва гинекологик патологиясини ҳисобга олиш керак.

Кеч репродуктив ва пременопауза ёшдаги аёлларда контрацептив масалалар, кўпинча, иккинчи даражага тушиб кетади, бу мутлако нотўғри. 40 ёшдан кейин фертилликнинг табиий пасайиши ҳомиладорлик юз бериши мумкин эмаслигини англатмайди, ҳомиладорлик эса бу ёшда, кўпинча, режалаштирилмаган ва турли хавфли ҳолатлар билан бирга боради. Мунтазам даврий ҳайз циклида овуляция менопаузагача содир бўлади. Олигоменорея ановуляциянинг билвосита далили сифатида хизмат қилса-да, спонтан овуляцияни истисно қилмайди. Шу билан бирга, бу давр - оила ва жамият учун фойдали бўлиши мумкин бўлган касбий ва ҳаёт тажрибасини тўплаб олган аёлнинг энг юқори ижтимоий фаоллик даври ҳисобланади. Бу даврда ҳаётнинг юқори даражани сифатини таъминлаш тиббиётнинг

устувор вазифаларидан биридир. Бирок унинг бажарилиши тухумдонлар функцияларини аста-секин пасайиши билан кечадиган физиологик хусусиятлар билан мураккаблашади. Эстероген танқислиги билан алмашадиган нисбий эстероген кўпайиши аёлнинг соғлиги ва ҳаёт сифатига сезиларли таъсир этадиган турли хил касалликларга олиб келади.

Жинсий аъзолари пролапсини жарроҳлик йўли билан тuzатишда юқори самарали контрацептивларни қўллаш комплекс даволанишнинг муҳим таркибий қисми бўлиб, режалаштирилмаган ҳомиладорликдан, тугишдан ва абортдан ҳимояланишни таъминлайди, бир қатор гинекологик касалликларнинг олдини олади ва ҳаёт сифатини яхшилайди. Икки гуруҳ контрацептивларни қўллаш мақсадга мувофиқ: узок муддатли ва доимий таъсирли, бу 4 та энг самарали контрацептивларни бирлаштиради. Улардан бири – бачадон ички восита (БИВ) ва имплантлар - болаларнинг тугилишини кечиктириш ёки чеклашни истаган аёллар (жуфтликлар) учун тавсия этилади; бошқалари - эркак ва аёл стерилизацияси - улар энди болаларни истамаслигига қатъий қарор қилган жуфтликлар учун. 1994-1995 йилларда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти турли контрацепция усулларини маъқул бўлиши таснифланишига янги ёндашув ишлаб чиқди. Бу контрацептив воситалардан оқилона фойдаланиш соҳасида хизмат кўрсатиш ва маслаҳат бериш учун далилий асосларни такомиллаштиришга имкон берди.

Контрацептив усулларни қабул қилиш мезонлари дунёдаги кўплаб тадқиқотлар натижаларига асосланган. Бу беморларнинг контрацепциянинг аниқ усулидан фойдаланиш бўйича имконларини малакали баҳолашга шароит яратади. Катта репродуктив ёшдаги аёлларга контрацептив воситаларни буюришда алоҳида эътибор талаб этилиши табиийдир. Афсуски, Ўзбекистонда имплантларни қўллаш кенг тарқалмаган, аммо гормонал контрацептивлар кенг қўлланилади. Таркибида этинилэстрадиол мавжуд гормонал контрацептивларни фойдаланиш қуйдагилар билан чекланган: юрак-қон томир асоратлари ҳавфи; семизлик; артериал гипертензия; чекин ҳавфи; ангиопатиялар билан асоратланган тромбоз ва тромбоземболия касалликлари; қандли

диабет; гипертриглицеридемия; жигар функциялари бузилиши билан боғлиқ касалликлари; даволанмаган артериал гипертензия холестази; кўкрак беги саратони. Соғлом аёлларда ҳам ёши ошиши билан организмдаги метаболик жараёнлар ўзгаради, инсулинга резистентлик ортади, тана вазни ошади ва тромблар пайдо бўлишига мойиллик ошади. Этинилэстрадиол билвосита жигардаги оксилларни синтез қилиш йўли билан метаболизмга таъсир қилади, яъни тўқималарнинг инсулин сезувчанлигини пасайтиради, тромбофилик ҳолатларни пайдо бўлишига сабаб бўлади, триглицерид даражасини оширади, ренин-ангиотензин-алдостерон тизимини фаоллаштиради. Пременопаузал ёшдаги соғлом аёлларда кам дозада аралаш оғиз контрацепция (ҚОК) ларни қабул қилишда клиник жиҳатдан салбий реакциялар мавжуд эмас. Аммо ёши ошиши билан метаболизмнинг ўзгариши эстрогенга боғлиқ бўлган асоратлар ҳавфини аста-секин оширади. Ҳавфсизлик нуқтан назаридан бундай беморларда ҚОКларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Пременопауза даврда циклни бошқариш, гормонга боғлиқ бўлган касалликларнинг олдини олиш ва контрацепцияга ҳавфсизлиги ҚОКдан юқори бошқа контрацептив воситалар ёрдамида эришиш мумкин. Пременопаузада контрацептивларнинг аралаш воситалари контрацепциянинг бошқа турларига, шу жумладан гестоген препаратларга нисбатан бир қанча афзалликларга эга. Буларга эстроген компонентининг, эстроген етишмовчилиги белгиларига ижобий таъсири киради. Климактерик бузилишларнинг кенг тарқалиши, эстроген етишмовчилигининг катта репродуктив ёшдаги аёлларни ўлимига асосий сабаб бўлувчи касалликларга боғлиқлиги, ҳаёт сифатининг сезиларли бузилиши менопауза бузилишларини олдини олишнинг долзарблигини кўрсатади. Бунга гормонал контрацепция ёрдамида эришиш мумкин.

Аёлнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда III авлод прогестинлари билан микро- ва паст дозали ҚОКлардан фойдаланиш максимал терапевтик ва профилактик самараларга эришишга, беморларни аралаш орал контрацепцияни қабул қилишга ва унга мойилликни оширишга имкон беради. Бироқ мунтазам равишда ҳар куни таблеткаларни истеъмол қилишни эсда тутиш лозим бўлади. ҚОК кўпинча интизомли аёллар томонидан танланади.

Бошқа самарали умумий контрацепция усули деб БИВ ҳисобланади. R.Kulier, F.M.Helmerhorst, P.A.O'Brien, M.Usher-Patel, C.D'Arcangues контрацепция учун ишлатиладиган каркас структурали турли хил, тузулмасида мис мавжуд БИВ самарадорлиги ва ножўя таъсири ҳақида маълумотлар берган. Тадқиқотга 16 та турли БИВ нинг 34 та текширув натижалари киритилган. MLCu375, MLCu250, TCu220 и TCu200 дан TCu380A самаралироқ бўлди. TCu380S да мисни БИВ елкасига жойлаштириш TCu380A билан солиштирилганда самарадорлигини оширмади. MLCu375 нинг самарадорлиги TCu220 (бир йилдан сўнг) ва NovaT (уч йилдан сўнг) дан юқори бўлмаган. Қонли ажралма келиши, оғриқ ёки бошқа қўллашни тўхтатишга олиб келувчи сабаблар жиҳатидан ҳеч бир БИВ TCu380A дан яхши кўрсаткичга эга бўлмади. TCu380A ни киритиш қийин бўлган аёллар TCu380S ни афзал кўради. Multiload ва NovaT каркасли воситалар бачадон канали тор аёллар учун афзал ҳисобланади. Аммо ушбу воситалар фонида контрацептив самарадорлик йўқолади.

Бачадон найларининг стерилизацияси кўплаб ривожланаётган мамлакатларда оммалашган контрацепция усули ҳисобланади. Peterson H.V. ва бошқалар қорин бўшлиғига кириш минилапаротомия, лапароскопия, кульдоскопияга каби усулларига, бачадон найчаларини стерилизация қилиш усулларининг тизимли шарҳини келтиришган. Муаллифлар фикрига кўра, келгуси 20 йил ичида ривожланаётган мамлакатларда камида 100 миллион аёл стерилизация қилиниши мумкин. Бачадон найларини стерилизация қилиш учун жарроҳлик усулини танлаш оилани режалаштириш дастурларининг самарадорлигини баҳолашда катта аҳамиятга эга. Қорин бўшлиғига киришнинг жарроҳлик усули найлар стерилизацияси ҳавфсизлигининг асосий омилларидан биридир. Бошқа детерминантлар деб анестезия техникаси ва найларни боғлаш усули ҳисобланади. Адабиётларда шуни кўрсатадики, минилапаротомия ёки лапароскопиядан сўнг жиддий ҳолатлар камдан-кам учрайдиган оқибат ҳисобланади, аммо адабиётларга киритилган тадқиқотлар вужудга келиши мумкин бўлган муҳим фарқларни аниқлай олмайди. Кульдоскопия минилапаротомия билан солиштирилганда кўплаб жиддий асоратлар ва лапароскопия



билан киёсланганда кўп сонли енгил асоратлар кузатилиши билан фарк қилган. Кўпгина ривожланаётган мамлакатларда, кўпинча, мирилапаротомия жарроҳлик усули қўлланилади. Муаллифлар найларни стерилизация қилиш учун мирилапаротомияни, лапароскопия ва кульдоскопияни солиштирадиган барча аҳамияти бўйича тартибга солинган ишларни аниқлаш учун Кокрайнов ҳамкорлик стратегиясидан фойдаланган ҳолда тадқиқот ишларини излашган. Бироқ тадқиқотларда фақатгина мирилапаротомия ва лапароскопия солиштирилган. Фақат битта изланиш мирилапаротомиянинг кульдоскопия билан таққосланишига бағишланган. Яна бир тадқиқотда барча учта услуб ўрганилган: мирилапаротомия, лапароскопия ва кульдоскопия. Лекин тадқиқот субъектларининг кам сонлиги ўлим ҳавфи ва жиддий касалланиш ўртасидаги потенциал аҳамиятли даражадаги фаркни баҳолашга имкон бермади. Мирилапаротомия ва лапароскопияни таққослашнинг асосий кўрсаткичлари Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг еттита ривожланаётган мамлакатларнинг марказларида ўтказилган тадқиқотидан олинган. Ўлим ҳавфи, оғир касалланиш самарадорлик бачадон найларини стерилизация қилишнинг жарроҳлик усулларини тўлиқ тавсифлаш учун навбатдаги тадқиқотларни ўтказиш зарур (13-расм).



Расм -13. БИВ турлари

## Қин девори пролапси ИЖК билан бир вақтда жарроҳлик усулида даволашнинг беморлар ҳаёт сифатига таъсири

Таққослаш гуруҳига нисбатан солиштирганда, жинсий аъзолар пролапси ривожланиш даражасига боғлиқ равишда жарроҳлик амалиётига қадар 126 нафар беморда ҳаёт сифати тавсифи 21 жадвалда келтирилган.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, барча беморлар соғлигидаги умумий ҳолати, улардаги жинсий аъзолар пролапсининг ривожланиш даражасига боғлиқ бўлмаган ҳолда, ёмонлашуви кузатилди. Оғриқлар интенсивлиги кундалик юмушлар билан шугулланиш фаолиятидаги, шунингдек уйдаги ва уйдан ташқари фаолиятидаги қобилиятини ишончли тарзда камайтиради. Бироқ, беморларнинг руҳий соғлиги, ижтимоий фаолияти, ҳамда ҳиссий ҳолатининг уларнинг фаолиятига таъсирини баҳолаши қиёсий гуруҳдаги аёлларнинг баҳолашига нисбатан пассаямаган.

Қин деворининг нотўлиқ тушиши билан оғриган аёллар, назорат гуруҳдаги аёллардан фарқли равишда, жисмоний фаолият билан шугулланиш имкониятининг пассаяиши, жисмоний ҳолатининг ёмонлашуви ва унинг турмуш тарзига, руҳий ҳолатининг уларнинг фаолиятига салбий таъсирини қайд этди.

Ҳаёт сифати кўрсаткичларининг биров ёмонлашуви бачадон бўйни элонгацияси билан оғриган репродуктив ёшдаги аёлларда қайд этилди. Назорат гуруҳи билан таққослаганда улар жисмоний ва руҳий ҳолатининг фаолиятига таъсир кўрсатишини қайд этмади.

Бу аёлларда ролли функциясининг сақланиб қолиши улар асосан кишлоқ фуқаролари бўлганлиги, тўлиқ бўлмаган ўрта маълумотга эга бўлганлиги ҳамда ўз руҳий (эмоционал) ҳолатидаги ўзига хос ҳаяжонланиш ва ташвишланишларни ҳис қилмаганликлари каби сабаблар билан изоҳлаш мумкин. Бундан ташқари, бачадон бўйни элонгацияси билан оғриган репродуктив ёшдаги 68 (53,9%) нафар бемор аёлларнинг, назорат гуруҳи билан таққослаганда, ҳаёт сифати аҳамиятли даражада фарқ қилмаганлиги аниқланди. Шунинг учун жинсий аъзолар пролапси билан оғриган сари бемор аёллар ҳаёт сифати ёмонлашиб келган.

**Жіенснй аьзолар пролапсини даражасини опреациядан олдин хаёт сифатига тавсирини баҳолаш (n=126).**

№	Хаёт сифатини кўрсаткичлари	Назорат гурухи N=30	Бачадон буйини длонгашивси Намда ораликкинни олдинги ёрлигини билан чагилган аёллар N=44	Кини деворинини тушини ва бачадон буйини чагилкин деформацияси. шистоселе N= 40	Кини деворинини потулик тушини булган аёллар N=17	Кини деворинини тушини ва бачадон буйини длонгашивси. шистоселе булган аёллар. N= 11	Кини деворинини тушини ва ораликкин олдинги ёрлигини билан чагилган аёллар N= 14
1	Соғлигининг умумий холлати	68.1±3.9	43.12±4.2***	44.1±3.7***	42.13±4.22***	40.34±5.11***	40.51±4.78***
2	Жисмоний фаоллыг	89.9±5.9	75.2±4.3	77.1±2.4	69.5±5.2**	76.43±3.9	74.12±5.11
3	Ижтимоий фаоллыг	87.5±7.2	49.2±5.1***	45.4±4.1***	44.6±4.1***	48.4±6.3***	49.7±3.7***
4	Отрикнини жадаллиги ва фаоллыгига тавсир	56.0±3.4	62.2±3.2	65.1±2.6	47.1±4.8*	49.5±5.6*	
5	Яшаш коблицяги Рухий	79.2±4.4	60.2±3.1*	59.4±5.8*	55.1±5.3**	54.6±3.9**	55.5±7.1**
6	саломатлигини ўзи баҳолаши Жисмоний	88.2±5.4	56.7±5.5**	59.2±7.5**	55.5±3.1**	57.3±6.3**	57.2±4.6**
7	холлатини ролди фаоллыгига тавсир	68.7±3.2	79.9±5.1***	60.5±4.6	59.7±5.3	57.4±6.2	57.9±3.1
8	Хиссий холлатини ролди фаоллыгига тавсир	84.2±5.7	79.5±6.2	77.3±3.1	46.8±6.7***	48.6±4.3***	74.2±4.6

Изох: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001 Манна-Уитни мезони асосида назоратга инсбатан .

Оператив даволангандан сўнг бир йил ўтгандан кейин асосий гуруҳдаги 126 аёлдаги ҳаёт сифати кўрсаткичлари 21 жадвалда келтирилган.

21- жадвал

**Жарроҳлик даволашдан олдин ва кейин аёлларда сийдик тута олмаслиқнинг клиник белгилари 126 (n,%)**

0,04	Зўриқини вақтида сийдик тута олмаслик (СИ)	Операциядан олдин	Операциядан бир йилдан кейин
Жисмоний юклаш натижасида беихтиёри сийдик ажралиши	Доимий	20 (16,2%)	-
Сийшнинг тезлашуви (суткада 8 мартадан кўп)	Жуда кам	30 (24,4%)	-
Кучли сийшга уриниш вақтида сийдикнинг тута олмаслик ҳолатлари	Қайд этилмаган	9 (7,3%)	-
Жинсий алоқа вақтида сийдик тута олмаслик	Тез тез	10 (8,6%)	-
Алкогол ва ўткир овқатларни истеъмол қилганда ҳолатнинг ёмонлашуви (обострение)	Қайд этилмаган	2 (1,9%)	-
Тунги сийиш	Айрим пайтларда	29 (23,5%)	2(1,6%)
Ётган ҳолатда сийдик тута олмаслик	Аник сийдик тута олмаслик пайтида	9 (7,3%)	-
Сийдик пуфагининг потўлик бўшаш ҳисси	Йўқ	38 (30,5%)	1(0,95%)

**Жарроҳлик даволашга қадар ва ундан бир йил ўтгандан сўнг  
жинсий функцияни баҳолаш.**

Жинсий аъзолар пролапсининг жинсий функцияга таъсирини ўрганиш мақсадида жарроҳлик амалиёти ўтказилганга қадар ва ундан бир йил ўтгандан сўнг ИЖКни амалга ошириб жинсий ҳаётини давом эттираётган 64 нафар аёлдан анкета сўровномаси ўтказилди (22-жадвал).

Анкета натижалари шунни кўрсатдики, жарроҳлик амалиётидан бир йил ўтгандан сўнг жинсий алоқа вақтида сийдик ажралиб чиқишини назорат қилиш ва уни ушлаб туриш соҳасида ижобий ўзгаришлар рўй берган; жинсий аъзолар пролапси сабабли жинсий алоқадан сақланувчи аёллар сони камайган; жинсий алоқа вақтидаги салбий руҳий ҳолатларнинг камайиши кузатилди. Сийдик тута олмаслик ёки бўшашидан кўркмасдан жинсий алоқаларни чекламаган аёллар сони ортди; жинсий алоқа вақтидаги салбий тушкун ҳолатларнинг намоён бўлмаслиги қайд этилди.

22 жадвал

**Жарроҳлик даволаш билан ИЖК дан олдин ва бир йилдан кейин  
ИЖАП билан чалинган аёлларнинг жинсий ҳаёти сифатининг  
тавсифи (n,%)**

Баҳолаш мезонлари	Операциядан олдин	Бир йилдан кейин	P1-2
	n=64	n=64	
	1	2	
Жинсий алоқада бўлиш хохишининг тезлиги			
Ҳаммавақт	0	47 (73,5%)	
Одатда	3(4,9%)	11 (16,6%)	<0,1
Баъзан	4 (5,6%)	16 (9,9%)	<0,1
Кам	7(10,5%)	-	
Ҳеч қачон	128(79%)	-	
Оргазм пайдо бўлиш тезлиги			
Ҳаммавақт	4(2,4%)	23(14,2%)	<0,1
Одатда	27(16,7%)	29(17,9%)	<0,1
Баъзан	31(19,2%)	105(64,8%)	<0,1
Кам	44(27,2%)	4(2,4%)	<0,5
Ҳеч қачон	56(34,5%)	1(0,62%)	<0,1
Жинсий қониқишни ҳис қила олин			
Ҳаммавақт	2(1,3%)	13(8%)	<0,1
Одатда	8(4,9%)	36(22,2%)	<0,1

Баъзан	12(7.4%)	91(56.2%)	<0.1
Кам	127 (78.4%)	14(8.6%)	<0.1
Ҳеч қачон	13(8%)	8(4.9%)	<0.1
Жинсий алоқа вақтида оғриқларни пайдо бўлиш тезлиги			
Ҳаммавақт	49(30.2%)	7(4.3%)	<0.1
Одатда	28(17.3%)	6(3.8%)	<0.1
Баъзан	45(27.8%)	18(11.1%)	<0.1
Кам	37(22.8%)	60(37%)	<0.1
Ҳеч қачон	3(1.9%)	71(43.8%)	<0.1
Жинсий алоқа вақтида сиёишни назорат қилиш			
Ҳаммавақт	81(50%)	103(63.6%)	<0.1
Одатда	37(22.9%)	48(29.6%)	<0.1
Баъзан	16(9.9%)	11(6.8%)	<0.5
Кам	21(12.9)	-	
Ҳеч қачон	7(4.3%)	-	
Сийдик, газ ва ахлатни тута олмаслиги сабабли жинсий ҳаётни чегараланиши			
Ҳаммавақт	81(50%)	3(1.9%)	<0.1
Одатда	37(22.9%)	11(6.8%)	<0.1
Баъзан	16(9.9%)	8(4.9%)	<0.1
Кам	28(17.2%)	112(69.1%)	<0.1
Ҳеч қачон	-	28(17.3%)	
ИЖАП бўлганлиги учун жинсий алоқадан қочини			
Ҳаммавақт	87(53.7%)	11(6.8%)	<0.1
Одатда	27(16.7%)	14(8.6%)	<0.1
Баъзан	14(8.6%)	5(3%)	<0.1
Кам	22(13.6%)	106(65.4%)	<0.1
Ҳеч қачон	12(7.4%)	26(16%)	<0.1
Бейхтиёр хомиладорликдан кўркқанидан жинсий яқинликдан қочини			
Ҳаммавақт	101(62.4%)	2(1.2%)	<0.1
Одатда	32(19.8%)	-	
Баъзан	21(12.9%)	5(3.1%)	<0.1
Кам	6(3.7%)	72(44.5%)	<0.1
Ҳеч қачон	2(1.2%)	83(51.2%)	<0.1
Жинсий яқинлик вақтида салбий ҳиссиётлар тезлиги (шармандалик, кўркқув, айбдор ҳис туйғулар)			
Ҳаммавақт	82(50.6%)	2(1.2%)	<0.1
Одатда	44(27.2%)	6(3.8%)	<0.1
Баъзан	18(11.1%)	115(71%)	<0.1
Кам	11(6.8%)	37(22.8%)	<0.1
Ҳеч қачон	7(4.3%)	2(1.2%)	<0.1

Жарроҳлик даволашдан бир йил ўтгандан сўнг сийдик ажратиб чиқарувчи тизим функциясини баҳолаш.

Жарроҳлик амалиётидан бир йил ўтгандан сўнг комплекс жарроҳлик даволаш натижасида сийдик ажратиб чиқарувчи тизимнинг яхшиланиши 97,5% аёлларда кузатилди.

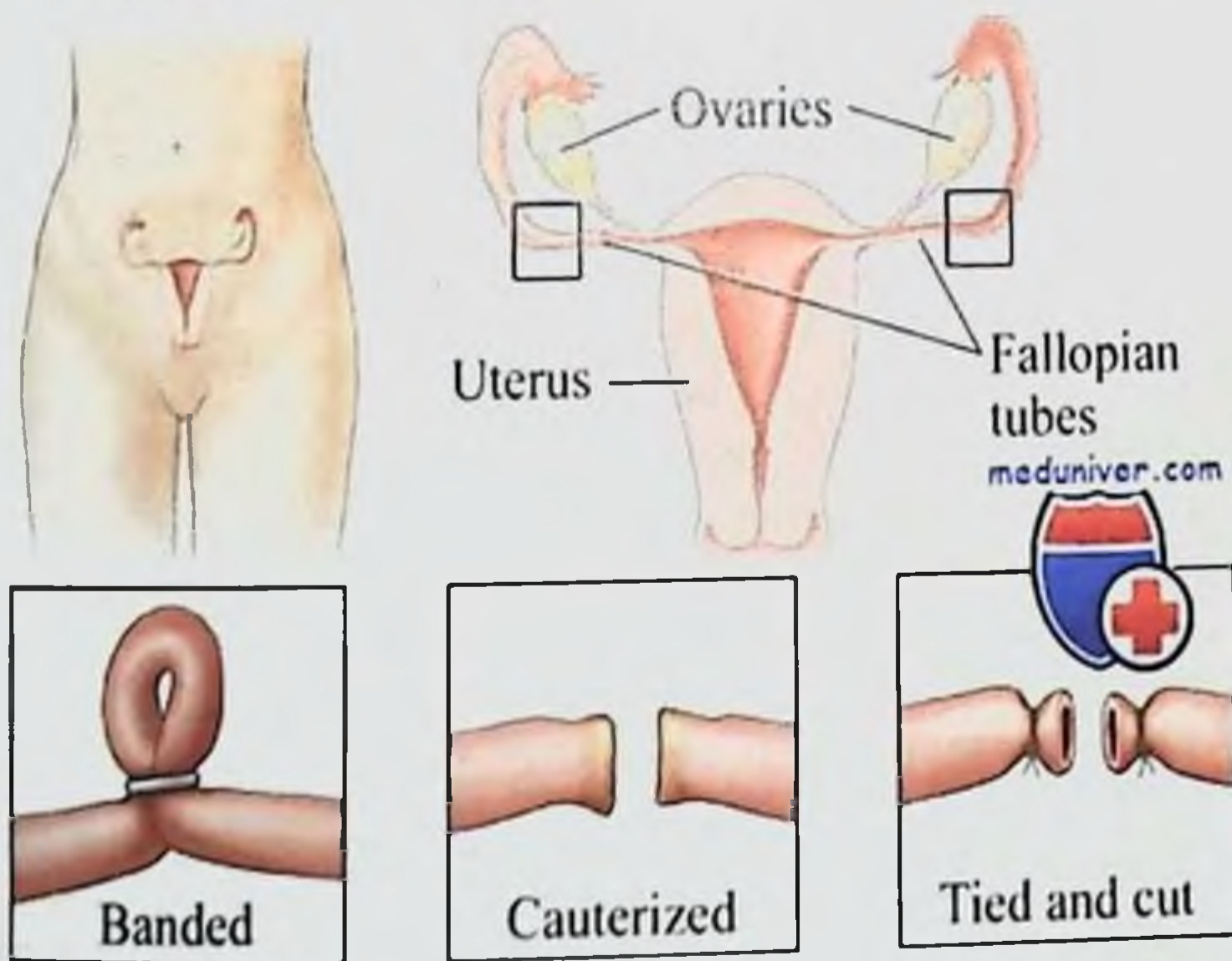
126 бемор аёлдан фақатгина 5 нафари никтурия ҳамда сийдик пуфагининг тўлиқ бўшатмаслиги ҳисси бўйича шикоят қилдилар. Функционал синовлар амалга оширилганда уларда салбий PAD- тести қайд этилди (биронта ҳам аёл прокладкадан фойдаланмаган); Вальсальва синови ўтказилганда йўталганда сийдик ажралиб чиқиши кузатилмади. Жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг комплекс даволаш натижасида 97,5% аёлларда сийдик ажратиб чиқарувчи функция анчагина яхшиланди. Фақатгина 126 нафар аёлдан 3 нафаригина никтурия ҳамда сийдик пуфагининг тўлиқ бўшатиш ҳиссининг намоён бўлмаганлигидан шикоят қилди. Функционал синовларни амалга ошириш вақтида уларда салбий PAD тести аниқланди (ҳеч қайси бемор аёл прокладкадан фойдаланмади); Вальсальва синови ўтказилганда бемор аёл йўталганда сийдик ажралиб чиқиши кузатилмади. Жинсий ҳаёт сифати аёлларнинг руҳий ҳолатига таъсир кўрсатиши аниқланди. Оператив жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан бир йил ўтиб жинсий алоқа вақтида сийдик ажралиб чиқишини назорат қилиш тўғрисидаги саволга аёллар тўлиқ ишонч билан жавоб бердилар, бироқ сийдик тута олмаслик ҳамда бўшанишдан қурқув натижасида жинсий алоқалардан сақланиб турганлигини айтди. Аёлларнинг бундай қин тутишдаги ҳолат оператив даволаш самарасини бузиб қўйишдан қўрқиши билан изоҳланади.

Жинсий алоқа вақтида аёлларда салбий руҳий ҳолатлар ҳам анча камайди. Аёллар ҳис қилинадиган оргазмлар сони салмоғи кўпайганини, жинсий шерикликларни ҳис ҳаяжонга келтиришни; жинсий қониқишни ҳис қила бошлаганини қайд этди. Барча мазкур ўзгаришлар жинсий ҳаётдан қониқиш ошганлиги билан изоҳланади, бу ўз навбатида жинсий аъзолар пролапсини бартараф этиш ҳамда ИЖК аёлларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатиши билан изоҳланади.

Қин деворлари пролапсисни ИЖК билан бир вақтда жарроҳлик усулида даволашнинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Оператив гинекологияда операциядан кейинги асоратлар тузулмаси йирингли-яллигланиш характеридаги жарроҳатланиш етакчи ўрин тутади, 7-40 фоизгача етиб, согайиш муддатини, беморни стационарда ётиш кунини ва даволаш қийматини оширади. Жарроҳликда операциядан кейинги йирингли-яллигланиш характеридаги асоратларнинг иккита асосий манбаи фарқланади – экзоген ва эндоген (қин микрофлораси ва ошқозон-ичак тракти бўшлиғидан ва шиллик қавати юзасидан микроорганизмларнинг транслокацияси).

Бизнинг фикримизга кўра, бачадоннинг қин орқали экстирпацияси абдоминал ва эндоскопик киришлар олдида катта ютуқларга эга, айниқса, ИЖАП ҳамда бачадон яхши сифатли ўсмалар касалликлари бирга келганда, нафақат патологик аъзони кам травматизм билан олиш, балки чанок тубининг барча даражаларида пролапсисни тўлиқ коррекция қилиш имконини беради.



Расм -15 Бачадон найларини Померой буйича боғлаш.



Урогенитал бузилишлар, поллакиурния, сийдик тута олмаслик кўринишида қиёсий гуруҳдан 16 та (34.8%) аёлда, асосий гуруҳдан 48 та (60,0%) беморда кузатилди, сийдик пуфаги тўлик бўшамаганлик сезгиси ҳар иккала гуруҳнинг учдан бир қисмида, сийдик чиқариш огриклилиги барча беморларда намоён бўлди. Кўпчилик аёлларда бир нечта симптомларнинг бирга келиши кузатилди. Анатомотопографик хусусиятлар жиҳатидан жинсий аъзолар ва сийдик ажратиш аъзолари яқинлигини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашув усулини танлашда сийдик ажратиш бузилишини коррекция қилиш муҳимлигини аниқладик. 12 ойдан сўнг, назоратли текширувда қиннинг юқорилиги ва чуқурлиги, чандиклар ҳолати, қин мушакларининг тонуси, сийдик ажратиш функцияси, бачадон бўйни ҳолати баҳоланди. ИЖАП бўлган асосий гуруҳ беморларида жарроҳлик йўли билан даволашнинг узок муддатли натижаларини қиёсий баҳолаш учун сийдик ажратиш назорат қилинди, бачадон бўйни чўлтоғи ҳажми аниқланди, қиннинг, жинсий ёриқнинг умумий узунлиги ва қиннинг баландлиги ўлчанди. Натижалар 23 - жадвалда келтирилган.

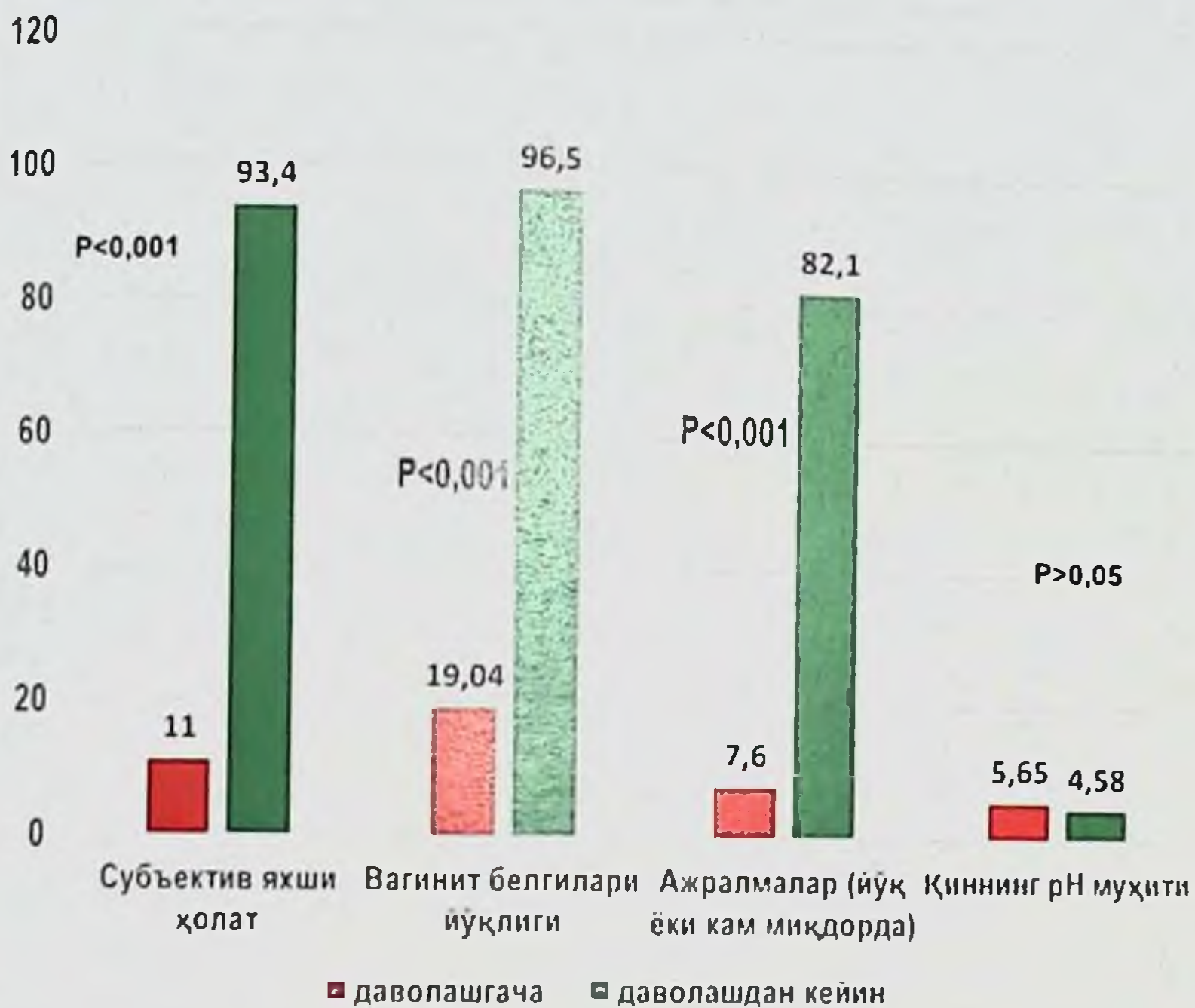
23 - жадвал

**ИЖАП бўлган асосий гуруҳ беморларида ИЖК ва жарроҳлик даволашнинг кечки натижаларининг характеристикаси n=126**

Кўрсаткичлар	Муддат	Қиёсий гуруҳ (n=46)	Асосий гуруҳ (n=80)
Сийдик ажратиш даражаси	даволангача	> 8 марта	> 8 марта
	Даволашдан 12 ой кейин	< 6	< 4
Қиннинг умумий узунлиги, см	даволангача	4,2±0,3	3,8±0,2
	Даволашдан 12 ой кейин	11,5±0,5***	12,2±0,5
Жинсий ёриқ ўлчами (gh) – см	даволангача	5,9±1,1	6,3±0,04
	Даволашдан 12 ой кейин	3,8±0,8	3,9±0,01
Ораликнинг баландлиги (ph) -см	даволангача	2,5±0,4	2,5±0,02
	Даволашдан 12 ой кейин	4,3±0,5	4,5±0,04

Текширув натижаларига кўра, 12 ойдан сўнг оралик ва қиннинг, бачадон бўйни мўтадил архитектураси барча беморларда соғлом эканлиги аниқланди. Колпоскопик текширувда эпителияда атипик ўзгаришлари аниқланмади, 80та беморнинг фақатгина бирида бачадон

бүйинининг енгил чандикли деформацияси сақланиб қолган. 14 - расмда клиник самарадорлик мезонлари келтирилган.



16– расм. Даволаш самарадорлиги мезонлари динамикаси.

Шундай қилиб, ИЖАТ учун бир вақтнинг ўзида ИЖК ва реконструктив-пластик жарроҳлик амалиёти нафақат клиник кўринишини яхшилайдди, балки репродуктив ёшдаги аёлларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада оширади. ИЖАТ тузатишини бир йилдан кейинги салбий натижалари, бу эса жарроҳлик амалиётини талаб этилмайдиган I - даражали қин олди деворининг қайта тушиши 2 та беморларда кузатилди.

3 та (0,96%) аёлда мирилапаратом кириш билан бажарилган ИЖК дан сўнг исталмаган ҳомиладорлик юз берди. ИЖК қилинмаган аёллар ўртасида 7 та исталмаган ҳомиладорлик юз берган, аёллар ихтиёрига кўра 12 ҳафталикгача тўхтатилган.

**Асосий гуруҳда жинсий аъзолари нотўлиқ тушиши бўлган аёлларда жарроҳлик амалиётдан кейинги ҳаёт сифати (M ± m)**

Синама кўрсаткичлари SF-36	Операциядан олдин	Операциядан 1 йилдан кейин	P1-2
Соғлигининг умумий ҳолати	43,7 ± 1,41	56,03 ± 1,78	<0,001
Жисмоний фаолият	74,16±3.13	62,92± 2.89	0,002
Ижтимоий фаолият	48,21±1.1	43,97±1.2	0,002
Оғриқнинг жадаллиги ва фаолиятга таъсири	64,01±2.59	79,03±2,3	<0,001
Яшаш қобилияти	52,66±2.02	62,93±2.02	<0,001
Рухий саломатлигини ўзи баҳолаши	55,16±1.67	67,53±1.75	<0,001
Жисмоний ҳолатини ролли фаолиятга таъсири	66,69±5.02	46,38±5,97	<0,001
Ҳиссий ҳолатнинг ролли фаолиятга таъсири	73,15±4.30	66,84±4.38	<0,001

Шундай қилиб, биз таклиф этган бир вақтнинг ўзида ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси билан биргаликда бўлган жарроҳлик аралашувлари жинсий аъзоларнинг пролапси ва нотўлиқ пролапси, шу жумладан, бачадон бўйни элонгацияси бўлган репродуктив ёшдаги аёлларни даволашнинг оптимал усулидир. Улар аёл организмнинг ўзига хос функцияларини сақлаб қолиш ва аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

### **ОЛИНГАН НАТИЖАЛАРНИНГ МУХОКАМАСИ**

Ички жинсий аъзоларнинг пролапси – бу тарқалган гинекологик патология. Ўзбекистонда ушбу патологияни ўрганишга кам тадқиқотлар бағишланган. Д.Ф.Каримованинг фикрича, бачадон бўйни элонгацияси ички жинсий аъзоларнинг пролапсининг бошлангич босқичидир. Бу нафақат аёлнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштиради, балки жинсий пролапсининг янада оғир шакллариининг ривожланиши учун шароит яратади.

Тадқиқотчилар маълумотларига кўра, репродуктив ёшдаги аёллар орасида касаллик 63,1% ҳолларда учрайди. Улардан 30 ёшгача бўлган аёллар 10,1 фоизни ташкил қилади; 30 дан 45 ёшгача - 40,2% (В.И.Краснопольский.). Касалликнинг "ёшариши" ривожланишининг бошланғич босқичларида беморларни аниқланиши ортиши билан изоҳланади. Шу боис, ички жинсий аъзоларнинг пролапсини, шу ҳисобда бачадон бўйини элонгациясини, эрта субклиник шаклларини ўрганишнинг аҳамияти ортиб бормокда.

Кузатувимиз остида репродуктив ёшдаги 126 нафар аёл бўлди, асосан, 31-40 ёшдаги (53,3%) аёллар ташкил топди. Икки бемор (0,15%) 20 ёшдан кичик. Бу адабиётлар маълумотларига мос келади. Бачадон бўйинининг элонгацияси аёлларнинг 54 фоизда аниқланди, 8,3% ички жинсий аъзоларнинг тўлиқ бўлмаган тушиши кузатилди. Тадқиқот шуни кўрсатдики, аёлларнинг 58,5% ички жинсий аъзоларнинг пролапсини ўзлари аниқлашган. Бу беморлар шифокорга кеч келиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Фақатгина 41,5% ҳолларда ички жинсий аъзоларнинг пролапси эрта босқичда, клиник белгилар пайдо бўлгунча шифокор қабулига туғишдан 1-2 йил ўтиб келганда аниқланди.

Ички жинсий аъзолари пролапси бўлган аёлларни даволаш бўйича кўп қиррали муаммоларда етарли даражада жавоб берилмаган баҳсли масалалар мавжуд. Булар қаторига контрацепция усуллари қиради, бу эса кичик чанок аъзолари полиэтинологиси патологияга эга аёлларда исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олишни мураккаблаштиради. Бу масалада наслий омил муҳим аҳамиятга эга. Бизнинг тадқиқотимизда биринчи ва иккинчи қатор қариндошлари ҳақида маълумот берган аёлларнинг 55,9 фоизда ирсият ички жинсий аъзолари тушишининг барча даражаларини, жумладан, бачадон бўйни элонгациясининг ривожланишини оғирлаштирувчи омил бўлганлиги аниқланди.

Кўплаб тадқиқотчилар оғир жисмоний ишнинг ички жинсий аъзоларининг пролапсини шакллантиришдаги салбий аҳамиятини таъкид олади. Аммо, бизнинг маълумотимизга кўра, биринчи сабаб бошқа бир омил бўлиб, жисмоний меҳнат сабаби эмас, балки у фақат патологияни кучайтиради. Чунки меҳнат фаолиятини амалга ошириш жараёнида жисмоний зўриқишга алоқадор бўлмаган аёлларнинг 22,9 фоизда нотўлиқ тушиш юзага келган. Лекин доимий оғир жисмоний меҳнатнинг жинсий аъзолар пролапси ривожланишига салбий таъсирини

текширувлар куйидагини тасдиқлади: жисмоний юклама қанчалик баланд бўлса, ички жинсий аъзолар пролапси даражаси шунчалик яққол намоён бўлган.

Илмий манбаларда биз ички жинсий аъзоларнинг пролапси аёлларнинг яшайдиган жойига (шаҳар, қишлоқ), ишлаб чиқаришда ва кундалик фаолиятда бажарадиган ишларининг ҳажмига боғлиқлиги тўғрисида маълумотлар топмадик. Боғ ёки томорқада ишлаш, чорвачилик билан шугулланувчи қишлоқ аёлларида пролапсининг ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатишини аниқладик. Боғи ёки томорқаси бўлган бўлган ва уй ҳайвонларини парвариш қилган шаҳар аёлларида ҳам бу турдаги фаолият ички жинсий аъзоларнинг пролапсини шаклланишига аниқ таъсир кўрсатди. Бизнинг тадқиқотда 67% шаҳарларда яшовчи аёллар, 33% эса қишлоқлардаги аёллар иштирок этди.

Кўпчилик муаллифлар жинсий пролапсининг асосий сабабларидан бири туғиш ва орalik жароҳати деб ҳисоблайди. Л.Р.Токтар чанок туби нуқсонлиги ва чанок аъзолари пролапсининг ривожланиши туғиш пайтида орalik шикастланиши билан боғлиқлигини таъкидлайди. Биз томонимиздан текширилган беморлар табиий туғиш йўллари орқали туғишган. 17,1 фоиз аёлларда учта ва ундан ортик туғиш бўлган. Аёлларнинг деярли 27 фоизда анамнезда эпизиотомия қилинган, 6,7 фоизда туғишдаги жароҳати чокларнинг очилиши билан бирга бўлган. Туғилган чақалоқнинг вазни ҳам жинсий пролапсининг патогенезида муҳим аҳамиятга эга. Бизнинг тадқиқотимизда чақалоқлар 29,2 фоизининг вазни 4000 граммдан ортик эди. Текширилган 126 та аёлдан (63,5%) фоизда анамнезда 1 дан 4 тагача тиббий ва беихтиёрый абортлар, 16,1 фоизда - учтадан кўп аборт бўлган. Бизнинг ички жинсий аъзоларнинг пролапси ривожланишида туғиш ва абортнинг муҳим роли ҳақидаги маълумотларимиз бошқа муаллифларнинг фикрига мос келади. Бачадон бўйни эрозияси, менструал циклни бузилишларда алоҳида ташхисий кириб тозалаш (АТҚТ), бола тушишидан кейин бачадон ревизияси патология ривожланишига сезиларли даражада таъсир қилади. Ушбу муолажалар бачадон бўйнининг тортилиши ва пастга туширилиши билан амалга оширилади, бу сийдик-жинсий диафрагма, қов-бачадон бўйни, тўғри ичак-қин фасциялари каби заиф тузилмаларнинг кенгайиши ва шикастланишининг истисно қилмайди. Бундай ҳолатларда

жароҳатланиш амалда муқаррар, натижада бу кейинчалик ички жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапсининг ривожланишига сабаб бўлади.

Илмий адабиётларда турли экстрагенитал патологияга эга бўлган аёлларда ички жинсий аъзоларнинг пролапсининг ривожланиш хавфи сезиларли даражада юқорироқ эканлиги қайд этилган. Ички жинсий аъзоларнинг пролапси бўлган аёлларнинг 95.6 фоизда соматик, кўпинча, сурункали патологияси борлигини аниқладик. Ўртача текшириладиган бир беморга сурункали касалликларнинг 2,8 фоиз қисми тўғри келди. Анемия (53%), сийдик тизими касалликлари, нафас олиш ва ошқозон-ичак аъзолари касалликлари, семизлик устунлик килди. Бизнинг тадқиқотимизда нафас олиш касалликлари миқдори (2,9%) ички жинсий аъзоларнинг пролапси бўлган беморларда ошмади. Ушбу маълумотлар бу касалликларнинг тез-тез учрашини таъкидловчи қатор муаллифларнинг хулосаларидан фарқ қилади. M.V.Kairaluoma тадқиқотини кўрсатган ҳолда M.Broens-Oostveen марказий Финляндия минтақаларида жинсий аъзолар пролапсининг юрак-қон томирлари (48%) ва психоневрологик (15%) касалликлар тез-тез учрашиши билан бирга тарқалиши 100 000 киши аҳолига 2,5 ҳолда ташкил қилишини таъкидлаган.

Айнан фагоцитларнинг секретор дегрануляцияси коллаген толалари тузилишининг бузиши бачадон бўйни элонгацияси шаклланиши механизми асосида ётиши мумкинлиги тан олинган. Элонгация шаклланишининг бундай механизми гистологик текширув натижалари билан тасдиқланган. Бачадон бўйни элонгацияси бўлган беморларда кин шиллик каватида яллигланишли ўзгаришлар, псевдоэрозия тез-тез кузатилган, бу бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, яллигланиш жараёни деб ҳисобланиши мумкин.

Беморларнинг 94,9 фоизда турли гинекологик патология аниқланди. Бачадон ва бачадон ортиқларининг сурункали яллигланиши 45,7%; вагинит ва вагиноз касаллиги 80,96%; бачадон миомаси - 2,2%, эндометриоз - 1,9%, тухумдон кисталари - 2,9 фоизда кузатилди. Ўртача 1 аёлга 1,1 гинекологик касаллик ҳолати тўғри келди.

Илмий манбалардаги маълумотларга кўра, бириктирувчи тўқиманинг наслий тузулмавий нуксони коллаген молекуласида ўзаро кўндаланг боғлиқлик камайганлиги ва унинг барқарорлиги бузилиши сабабли ташқи муҳитнинг салбий таъсирларига нисбатан сезгирлиги

ошишига олиб келади. Аёллардаги гормонал ва гуморал силжишлар келтириб чиқарадиган кўплаб экстрагенитал ва гинекологик патологиялар ички жинсий аъзоларнинг тушиши ва пролапсини ривожланишида кулай омилдир.

Ҳозирги кунда ички жинсий аъзоларнинг пролапси учун операция етакчи даволаш усули ҳисобланади. Ушбу патологиянинг коррекцияси учун таклиф қилинган операциялар сони ҳозирги кунда бир неча юзга тенг. Бунинг сабаби, амалдаги операциялар самарадорлигининг етарли даража эмаслиги: улардан сўнг касалликнинг рецидиви даражаси 16,0 фоиздан 33,3 фоизгача. Жарроҳлик йўли билан даволашни яхшилаш учун турли хил протезлар ёрдамида янги усуллар ишлаб чиқилмоқда ва амалга тадбиқ этилмоқда. Аммо кўпинча, доимгидек, бачадоннинг қин орқали экстирпацияси, кольпоррафия, леваторопластика ва Лефор-Нейггебауер операциялари амалга оширилади.

Бизнинг ишимизда леваторопластика билан бирга олдинги, орқа кольпоррафия (62,9%), Н.И.Никитин бўйича бачадон бўйни ампутацияси (21,3%) устунлик қилди. Турли ҳажмдаги жарроҳлик аралашувидан кейин рецидивлар тез-тез учрашиши фақат операциядан кейинги биринчи йилда кузатилган. Тадқиқотимизда ушбу даврда касалликнинг қайталанишини кузатмадик.

Замонавий соғлиқни сақлашнинг устувор йўналишларидан бири бу даволаниш натижасида одамлар ҳаётининг сифатини (ҲС) яхшилаш. Касалликнинг жиддийлиги ва унинг ҳаёт сифатига таъсири унинг жисмоний, ижтимоий ва психологик фаровонлигини белгилайди. Аёлларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштирган касалликлар орасида биринчи ўринлардан бирини ички жинсий аъзоларнинг пролапси эгаллайди. "Ёшариш" тенденциясини ҳисобга олган ҳолда, жинсий пролапс нафақат тиббий, балки беморлар ҳаётининг жинсий ва касбий жабҳаларига таъсир қилувчи шахсий, оилавий ва ижтимоий муаммодир.

Илмий адабиётдаларда ички жинсий аъзолар пролапси билан беморларнинг ҳаёт сифати тўғрисидаги маълумотлар нотўла, чунки бундай тадқиқотлар кўп эмас ва махсус сўровномаларни қўллаш чекланган. Сўровномаларнинг салбий аҳамияти беморларнинг бир қаторига, айниқса катта ёш гуруҳи учун номақбул бўлган, ҳаётининг жинсий томони бўйича айрим саволлар мавжудлигидадир.

Баъзи илмий манбаларида беморларнинг ҳаёт сифатидан қониқмаслиги психосоматик, соматик ва неврологик патология билан намоён бўлиши мумкин эканлиги кўрсатилган. Жинсий пролапс ва чанок аъзолари функциясининг бошқа бузилишларини жарроҳлик коррекциясида турли усуллар мавжудлигига қарамай, бемор тезкорлик даволанишдан кейин ҳам ҳаёт сифатининг пасайишидан азият чекишади.

Ҳаёт сифатини ўрганиш учун биз унинг барча соҳаларини акс эттирувчи SF-36 ва жинсий ҳаётнинг ҳолатини баҳолашга имкон берувчи PISQ сўровномасидан фойдаландик.

Оғирлик даражасидан қатъи назар, ички жинсий аъзолар тушиши бўлган барча беморларда оператив даволашгача умумий соғлигини аёллар ўзлари томонидан баҳолаш пастлиги аниқланди. Аёлларнинг ўз ҳаёт сифатини баҳолаш даражаси патологиянинг оғирлик даражасига боғлиқ бўлди. Ички жинсий аъзолар тўлиқ пролапси бўлган беморларнинг ҳаёт сифати ёш назорати билан боғлиқ кўпчилик кўрсаткичларнинг пасайиши билан таърифланади; ўзининг рухий соғлигини баҳолаш, ижтимоий фаолият ва эмоционал ҳолатни ролли фаолиятга таъсири бундан мустасно.

Бачадон бўйни элонгацияси бўлган беморларда ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари энг яхши бўлган. Эҳтимол, бу беморлар умуман ёшроқ эканлигидандир. 45 ёшгача нотўлиқ тушиши бўлган аёлларда назорат гуруҳидан умумий соғлиқ, ҳаётний фаолиятидаги ҳиссий ҳолат таъсири, ижтимоий фаолият ва яшаш қобилияти индекси кўрсаткичлари фарқ қилди.

Элонгацияли беморларнинг бошқа ҳаёт сифати кўрсаткичлари назорат гуруҳиқидан аниқ фарқ қилмади. Назорат гуруҳи билан солиштирганда ички жинсий аъзолар нотўлиқ ва тўлиқ пролапси бўлган беморларнинг ҳаёт сифати хусусиятлари элонгацияли беморларнинг назорат гуруҳига нисбатан кўрсаткичига қараганда нисбатан кўпроқ пасайиши кузатилди.

Бизнинг тадқиқотимизда фақат репродуктив ёшдаги аёллар текширилди. Лекин Mant, Nguen, Paskulin каби тадқиқотчилар беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтирувчи асосий омиллардан бири инсоннинг ёши эканини таъкидлаган.

Ёш ошиши билан ҳаёт сифати пасайишида психологик ноқулайлик ҳисси катта аҳамият касб этади.



Генитал пролапсли беморларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичларини жарроҳлик даволашдан аввал ва 1 йил ўтгач қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, операциядан 1 йил ўтгач, аёлларнинг психологик қулайлиги ва яшаш қобилияти даражалари ошади; оғриқларни сезиш намоёнлиги ва унинг кундалик фаолиятига таъсири пасаяди; ўзининг умумий саломатлигини баҳолаш ортади. Айрим аёлларнинг жисмоний ҳолатини тавсифловчи ҳаёт сифати кўрсаткичларининг пасайиши, эхтимол, жарроҳлик муолажалари натижасини сақлаб қолишга қаратилган чекловлар билан боғлиқ. Операциядан кейин аёллар томонидан қўлланиладиган контрацепциянинг турли усуллари солиштирилганда, бир вақтнинг ўзида ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси ўтказилан гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан ҳаёт сифати жисмоний фаолликнинг ортиши, ролли фаолиятни жисмоний ва ҳиссий ҳолатга боғлиқлигининг камайиши билан таърифланади.

Жинсий аъзоларнинг пролапси бўлган аёлларда жарроҳлик даволаш турига қараб операциядан олдин ва ундан кейин ҳаёт сифати кўрсаткичларининг баҳолаш шуни кўрсатдики, кольпоперинеолеваторопластика умумий ва руҳий саломатлик кўрсаткичига ижобий таъсир кўрсатади. Ички жинсий аъзоларнинг тушиши жарроҳлик йўли билан даволашни билан бирга, бачадон найчаларининг трансвагинал боғлаш билан амалга оширилиши ҳаёт сифатининг деярли барча кўрсаткичларини сезиларли даражада оширди, ҳаёт фаолиятида ҳиссий ҳолатга ижобий таъсир қилди.

Кулаков В.И. ва бошқалар (2000), Макаров О.В. (2001) кўрсатишгандек, жинсий касалликлар, депрессия, кўпинча, ички жинсий аъзолар тушиши ва пролапси ҳамда қин гистерэктомиядан кейин пайдо бўлади. Хорижий муаллифларнинг айрим ишларида бачадон экстирпациясини ўтказган аёллар газабни бошдан кечирганлиги қайд этилди; уларнинг ҳиссий ҳолати ва умумий саломатлиги соғлом аёл кўрсаткичларига нисбатан пастроқ. Бизнинг тадқиқотимизда фақат тугиш ёшидаги, бачадоннинг тўлиқ пролапсини клиник белгилари бўлмаган аёллар иштирок этди ва биз гистерэктомия қилмадик.

Бачадон бўйни ампутация ва бачадон гумбазлари кўчирилган аёлларда СУҲ да аниқ ўзгаришлар сезилмади, аммо жисмоний фаолиятнинг бир оз камайганлиги кузатилди. Эхтимол, бу касалхонадан чиқишида тавсия этилган жисмоний вазифаларда ўз-ўзини чеклашга

боғлиқдир. Бирок уларда ҳиссий ҳолати аниқ яхшиланди, ўзларининг руҳий саломатлигини баҳолаш кўрсаткичлари ошди. Биз ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўзгаришларининг ўтказилган операция ҳажмига боғлиқлигини 1 йил ўтгач ўргандик. Кольпоперинеолеваторопластика ва бачадон бўйинини ампутацияси ҳамда гумбазларни кўчиришдан сўнг ҳаёт сифати деярли барча кўрсаткичларида аниқ яхшиланиш кузатилди. Шундай қилиб, ички жинсий аъзоларнинг тушиши жарроҳлик даволашнинг ҳар қандай усулидан кейин ҳиссий мавқе ва яшаш қобилиятини ўзи баҳолаш ошади.

Аёлларнинг ҳаёт сифатини операция аввал ва ундан кейин яшаш жойига боғлиқлиги аниқланмаган. Бизнинг тадқиқотимизда ички жинсий аъзоларнинг тушиши бўлган кўплаб беморлар жинсий ҳаёт олиб бормаган, бунга аҳамият беришмаган, тарбия хусусиятлари сабаби бу мавзунини муҳокама қилишга уялишган.

Тадқиқот давомида беморларнинг аксарияти турмуш қурган (69.2%). 30.8% эса бевалик ёки эрининг касаллиги туфайли жинсий ҳаёт олиб бормаган. Бу ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва ҳиссий ҳолатига таъсир кўрсатмаслиги мумкин эмас эди.

Жинсий пролапснинг оператив даволанишининг ижобий натижаси деб 73.5% аёлларда жинсий майлни тан олиш керак. Доимий контрацепция усулидан фойдаланадиган аёллар жинсий ҳаётдан қониқишни, оргазм тез-тезлигининг кўпайишини, жинсий шерик билан кўзгалишнинг ортишини қайд этган.

Жарроҳлик муолажасидан сўнг, аёлларнинг кўпчилиги жинсий алоқа пайтида сийдик чиқаришни ишончли назорат қилишлиги тўғрисида жавоб беришган. Аммо баъзилари "жарроҳлик муолажалари самарасини бузиш"дан кўркуви туфайли жинсий алоқани чеклашга уринишган.

Бизнинг тадқиқотлар шуни кўрсатдики, пролапсини йўқ қилиш, жинсий ҳаёти жарроҳлик даволанишидан олдин ҳам бўлмаган аёлларда жинсий ҳаётни қайта тиклаш учун ишончли аҳамиятга эга эмас. Репродуктив ёшдаги аёллар "жарроҳлик муолажалари самарасини бузиш"дан кўркуви бир неча ойга чўзилганига қарамасдан, жинсий алоқа вақтида ноқулайликнинг сабаби йўқотилганлигини қайд этдилар. Пролапсини ихтиёрий жарроҳлик контрацепция билан биргалликда жарроҳлик даволашдан сўнг умумий соғлиқ кўрсаткичларига ижобий

таъсир кўрсатувчи жинсий қониқиш натижасида ҳаёт сифатининг яхшиланиши тенденция кузатилмоқда.

Бизнинг ишимиз биринчи марта жинсий аъзоларнинг тушиши бўлган аёлларда ҳаёт сифатини ўрганишнинг аҳамиятини, қўшимча жарроҳлик аралашувисиз доимий контрацепция усули ва бу билан боғлиқ жисмоний ва ҳиссий шикастланишлар таъсирини кўрсатди. Оператив даволашдан олдин ва ундан кейин аёлларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш учун сўровномаларни қўллаш далилларга асосланган тиббниётнинг муҳим воситаси бўлиб, замонавий гинекологияда операцияларнинг турли усулларини баҳолашга имкон беради. Бизнинг ҳаёт сифати сўровномалари асосидаги тадқиқотимиз чанок аъзолари пролапсини ихтиёрий жарроҳлик контрацепция билан биргаликда жарроҳлик даволашни беморлар ҳаётининг барча жабҳаларига ижобий таъсирини илмий асослаш имконини берди.

Жинсий аъзоларнинг пролапси юзасидан жарроҳлик аралашуви ўтказган аёлларнинг соғлиғини сақлаб қолишнинг энг муҳим омили исталмаган ҳомиладорлик муаммосини ҳал қилишдан иборат. Шу муносабат билан контрацепция воситасидан фойдаланиш жинсий пролапси бўлган аёлларни реабилитация қилишнинг энг муҳим йўналишларидан бири саналади. Клиницистларининг контрацепция муаммосига бўлган жиддий эътиборига қарамасдан, замонавий контрацептив воситаларнинг жинсий пролапсини жарроҳлик коррекциясидан кейин фойдаланиш масалалари жуда кам ўрганилган ёки мунозарали. Охириги йиллардаги тадқиқотлар турли контрацепция усулларидан муваффақиятли фойдаланиш имкониятини кўрсатади, аммо уларнинг самарадорлиги ва жинсий пролапси бўлган аёллар учун мақбуллиги етарли даражада ўрганилмаган.

Жинсий аъзоларнинг тушиши бўлган репродуктив ёшдаги аёллар учун биз таклиф қилган ихтиёрий жарроҳлик контрацепция усули чанок аъзолари пролапси юзасидан операция вақтида бачадон найларига трансвагинал киришдан иборат. Қорин бўшлигининг инфекциясини камайтириш учун биз Раматибоди трубкали илмоги ёрдамида бачадон найчаларини пасайтиришни таклиф этдик. Таққослаш учун 30 та аёлда жарроҳлик аралашувининг биринчи босқичида миналапаротомик кириш билан ўтказилган ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси таъсири ўрганилди. Танланган гуруҳларнинг таққосланувчи асосий хусусиятлари

бир-бирига ўхшаш ва бир хил ( $p > 0,05$ ). Клиник белгилар жарроҳлик муолажасидан ва ихтиёрий жарроҳлик контрацепциясидан олдин ва бир йил кейин баҳоланди. Ихтиёрий жарроҳлик контрацепциясида бачадон найларига энг яхши кириш йўлини аниқлаш учун операция давомийлигини, операциядан кейинги даврни кечиши, асоратлар, қон йўқотилиши ва кечки даврларда исалмаган ҳомиладорликни ўргандик. Операциядан кейинги даврда беморларнинг аҳволи қуйидаги мезонларга кўра баҳоланди: оғрик синдроми, ҳарорат реакцияси, чокларнинг ҳолати, умумий қон таҳлилида лейкоцитлар реакцияси; қиндан ажралмаларнинг мавжудлиги, сийдик чиқариш қобилиятининг тикланиши. Таққослаш гуруҳида операциядан кейинги даврда оғрик синдромининг интенсивлиги 3 кун сақланди ва асосий гуруҳ кўрсаткичига нисбатан анча юқори эди. Бу қорин пастисидаги (минилапаротомик кириш) ва жинсий аъзолар жойидаги икки томонлама операция жароҳатларига боғлиқ бўлди. Асосий гуруҳдаги субфебрилитет биринчи кун 37.3 °C ва 37.1 °C гача; таққослаш гуруҳида субфебрил ҳарорат и операциядан кейинги даврда 5 кунгача давом этди ( $p < 0,05$ ). Ҳар иккала гуруҳдаги аёлларнинг операциядан кейинги 5-7 кунда ораликдаги чок чизиги сезиларли фарқ қилмади: беморларнинг 94% ва 86.6% да ( $p < 0,05$ ) чок зич. пальпацияда нисбатан оғрикли, оқиш пушти ялтироқ юзали ва эпидермизация белгилари билан. Шуниси эътиборга лойиқки, операциядан кейинги дастлабки 5 кун мобайнида ораликдаги чокда ҳар икки гуруҳда ҳам сезиларли фарқ бўлиб, бу эҳтимол операция давомийлиги ошиши билан боғлиқ бўлди. Икки хил киришда бажарилган операцияни ўртача давомийлиги 2,1 соат  $\pm$  0.5 соат; ўртача қон йўқотиши 195.8  $\pm$  50.0 мл; қиндан кириш ва ундан кейинги пролапс коррекциясида операция давомийлиги 1,5  $\pm$  0,5 соатни, ўртача қон йўқотиш эса 180,5  $\pm$  50,6 млни ташкил қилди ( $p < 0,01$ ).

Шундай қилиб, биз таклиф этган бир вақтнинг ўзида ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси билан биргаликда бўлган жарроҳлик аралашувлари жинсий аъзоларнинг пролапси ва нотўлиқ пролапси, шу жумладан, бачадон бўйни элонгацияси бўлган репродуктив ёшдаги аёлларни даволашнинг оптимал усулидир. Улар аёл организмнинг ўзига хос функцияларини сақлаб қолиш ва аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

## ХУЛОСА

1. Репродуктив ёшдаги аёлларда жинсий аъзолар нотўлиқ тушишини келтириб чиқарувчи омиллар, нейроэндокрин бузилишлар, перименопауза даври, юқори частотали гинекологик (64,22%) ва кўшимча касалликлар (94,5%) оқибати билан бевосита боғлиқ. Ушбу касалликнинг хавф омиллари кўп сонли ҳомиладорлик (82,57%), 2-3 ва ундан кўп тугруқ (91,74%), тугруқ вақтида оралик ёрилиши, эпизиотомия (55,96%) ва ирсий мойиллик (42,2%) ҳисобланади.

2. Жинсий аъзолар нотўлиқ тушишининг сийдик ажралош бузилиши билан бир вақтда жарроҳлик усулида тиклаш 52,0% беморларда қўлланилган, бу эса асосий касаллик ва дизурия синдромини самарали бартараф этиш имконини берган.

3. Бачадон бўйни элонгацияси бўлган аёлларни даволаш учун таклиф этилган жарроҳлик усули, қин шиллик қаватини бир бирига келтириш регенерация ва репарация жараёнини яхшилаш имконини беради, косметик бачадон бўйнини шакллантириш деформацияловчи чандиқ ҳосил бўлишининг олдини олади ("Сийдик тута олмаслик билан бирга кечувчи жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши бўлган аёлларда жарроҳлик стерилизация усули", ихтирога патент №IAP 05076, 29.08.2015й.).

4. Жинсий аъзолар нотўлиқ тушишининг жарроҳлик усулида тиклаш жарроҳлик амалиётидан сўнг кечиши ва узок муддатли натижалари таклиф этилган усулнинг юқори самарадорлигини тасдиқлайди, жарроҳлик амалиётдан кейинги яра инфильтрацияси ва чоклар ажралоши хавфини 1,5 баробар камайтириш, беморларнинг шифохонада қолиш давомийлигини 1,45 кунга қисқартириш, узок муддатли даврда касалликнинг қайталаниш хавфини 1,6-2,8 мартаба камайтириш имконини берган.

5. Тавсия этилган ички жинсий аъзолар нотўлиқ тушишини бир вақтда ИЖК билан жарроҳлик даволаш усули нафақат клиник белгиларини яхшилайдди, балки репродуктив ёшдаги аёллар ҳаёт сифатини сезиларли даражада оширади. Ички жинсий аъзолар нотўлиқ тушиши коррекциясининг ножўя оқибатлари 1 йилдан сўнг фақат 2та беморда кузатилган 0,64%, исгалмаган ҳомиладорлик биронта аёлларда юз бермаган.

## АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Оғир шакллари юзага келиши билан бирга касалликнинг тез ривожланишини ҳисобга олган ҳолда, чанок тубининг жарроҳлик йўли билан коррекциясини касалликни ривожланишининг эрта босқичларида бажариш керак.

2. Жинсий аъзолари нотўлиқ тушиши бўлган бемор аёлларни олиб бориш, жарроҳлик йўли билан даволаш ҳажми ва кириш йўлини танлаш, шунингдек, унинг натижалари самарадорлигини ҳолисона баҳолаш ва операциядан кейинги реабилитация анамнез, клиник, лаборатория, ультратовуш ва комплекс уродинамик текширув усуллари маълумотларига асосланган ҳолда олиб борилиши керак.

3. Жинсий аъзолар пролапсини, шу қаторда сийдик тута олмаслик асоратини йўқотишга қаратилган операция ҳажми ва кириш йўлига боғлиқ бўлмаган ҳолатда асосий ёки маълум бир компонент сифатида чанок туби мушаклари нуқсонларини коррекция қилиш ва жинсий ёриқни мажбурий торайтириш ўтказилиши керак.

## АДАБИЁТЛАР РҶЙҲАТИ

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г. Проект отраслевого стандарта "Фармакоэкономические исследования. Общие положения" // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2009. - №4. - С. 42-54.
2. Адамян Л.В., М.А. Блинова Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов // Материалы межд. конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – Москва, 2008. – С. 622-635.
3. Адамян Л.В. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в клинике оперативной гинекологии // Материалы III Российского форума "Мать и дитя". – Часть 1. – 2007. - С. 277.
4. Л.В. Адамян., Мольнова Т.Ю.. Состояние структур тазового дна больных с пролапсом гениталий // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2008. - С. 142-143.
5. Адамян Л.В. Козаченко И.Ф., Сашин Б.Е., Арсланян К.Н. Современные возможности лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи // Проблемы репродукции. – 2012. – Спецвыпуск. – С. 109-110.
6. Аполихина И.А. В.В. Константинов, А.Д. Деев Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. – 2010. - С. 32-36.
7. Агабеков, К.Ф. Использование хирургических лазеров в эндоскопической гинекологии / К.Ф. Агабеков, А.И. Костишин, Н.В. Мороз // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2012. - № 5. – С. 42-45.
8. Банзаракшеев, В.Г. Лейкоцитарные индексы как способ оценки эндогенной интоксикации организма / В.Г. Банзаракшеев // Бюллетень восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2010. - № 3. – С. 390-391.
9. Балакшина Н.Г. Хирургическое лечение недостаточности мышц тазового дна у женщин // Сборник трудов ОКБ. – 2008. – С. 10-13.
10. Бобоходжаева, М.О. Динамика и детерминанты контрацептивного поведения населения республики Таджикистан в

современных социально-экономических условиях / М.О. Бобоходжаева, М.А. Назирова, М.К. Касимова // Здоровоохранение Таджикистана. – 2014. – № 1. – С.5-11

11. Беженарь В.Ф., Зиятдинова Д.А. Результаты комплексного лечения смешанного недержания мочи у женщины // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2009. – С. 149-150.

12. Беженарь В.Ф., Цуладзе Л.К., Рулев М.В., Богатырев Е.В. Возможности реконструктивно-пластических операций при пролапсе тазовых органов с применением PROLIFT // Проблемы репродукции. – 2014. – Спецвыпуск. – С. 113.

13. Богатырева Е.В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцели при пролапсе тазовых органов у женщин: дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2010.

14. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. – М.: Филинь, 2010. – 608 с.

15. Буянова С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи // Мать и дитя: матер. 11-го Рос. форума. – М., 2009. – С. 191-192.

16. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Ражиношвилли И.Д. и др. Обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса у женщин репродуктивного возраста // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Том. 1, №1. – С. 90-93.

17. Буянова С.Н., Петров В.Д. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи // Акушерство и гинекология. – 2008. – №1. – С. 54-56.

18. Буянова С.Н., Савельев С.В. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи // Российский вестник акушер-гинеколога. – 2008. – С. 19-21.

19. Васильева Т.П. Организационные технологии охраны здоровья матери и ребенка // Материалы IV Российского форума "Мать и дитя". – М., 2008. – С. 15-18.

20. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология / М.Н. Буланов. – М.: Видар-М, 2012. – 520 с.

21. Высоцкая Е.И. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений у женщин перименопаузального возраста



при хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов: дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2008. – С. 14-65.

22. Галюкова, М.И. Медицинская стерилизация: правовые аспекты / М.И. Галюкова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2014. – № 6. – С. 56–65.

23. Гинекология: национальное руководство / под ред. Кулакова В. И., Манухина И. Б., Савельевой Г. М. // М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. - 1072с.

24. Гинекология / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. –1000 с.

25. Гринхальх, Т. Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх. –М.: ГЭОТАР –МЕД, 2015. –336 с.

26. Демина О.А. Клиническое и экономическое обоснование выбора метода хирургической коррекции недержания мочи при напряжении: дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2009. – С. 78-205.

27. Довлатян А.А. Реконструктивно-репаративные операции повреждений мочевых путей в акушерской, гинекологической и абдоминальной хирургии // Урология. – 2012. - №6. – С. 19-26.

28. Долгих Т.А. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов : дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2009. – С. 36-40.

29. Дорош Т.Н. Влияние оперативного лечения опущений и выпадений внутренних половых органов на качество жизни женщины: дисс. ... канд. мед. наук. - Томск, 2009.

30. Духин А.О., Серебrenникова К.Г., Багдасарова З.З. Современные технологии в хирургии тазового дна // Проблемы репродукции. – 2010. – Спецвыпуск. – С. 117.

31. Еркович И.В. Шкуратов С.И., Еркович А.А. Интегрированный подход к этиопатогенетической диагностике пролапса гениталий в сочетании со стрессовым недержанием мочи в констатации наиболее эффективных методов хирургического лечения // Актуальные вопросы урогинекологии. Мат. Рос. науч.-практ. конф. – Томск, 2013. - С. 32-34.

32. Запорожан В.Н., Глачук И.З. Применение сакроспинальной кольпосуспензии в лечении рецидивных пролапсов гениталий // Возможности новых технологий в урогинекологии и тазовой хирургии. - М., 2015. - С. 206-207.

33. Засыпкин М.Ю.: Стандартизация экономических критериев оказания стационарной акушерско-гинекологической помощи на региональном уровне // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - №4. - С. 7-10.
34. Земцовский Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. Состояние и перспективы развития представлений о наследственных расстройствах соединительной ткани // Дисплазия соединительной ткани. - 2011. - С. 2-56.
35. Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры // Статистический сборник. - Ташкент, 2009.
36. Ильина И.Ю. Оптимизация хирургической коррекции генитального пролапса: дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2008. - С. 56-92.
37. Ионис Е.И., Плечев В.В., Булгаков Я. У. и др. Аллопластика при повреждениях пищевода // Актуальные вопросы клинической хирургии. - Уфа, 2010. - С. 120-123.
38. Иоселиани М.Н., Готсиридзе Е.Г., Хелая А.В. Роль этиопатологического подхода к хирургии пролапса органов малого таза // Груз. Мед. новости. - 2009. - Том. 139. - С. 64-66.
39. Ищенко А.И., Горбаленко О.Ю. Комбинированный метод оперативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - М., 2010. - С. 164-165.
40. Ищенко А.И., Горбенко О.Ю., Ищенко А.А. Апикулярная фиксация купола влагалища при лапаровагинальной экстирпации матки у пациенток с пролапсом гениталий // Проблемы репродукции. - 2011. - Спецвыпуск. - С. 117-118.
41. Попов А.А., Слободянюк Б.А., Шагинян Г.Г., Маннаникова Т.Н. Качество жизни и генитальный пролапс. Функциональна ли хирургия тазового дна? // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - Спецвыпуск. - С. 51-54.
42. Клиффорд Р. Уиллис. Атлас тазовой хирургии // Перевод с англ. Шур А.А., Шур Д.В. и др., - М., 2012. - 468 с.
43. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки / под ред.: Краснопольский В.И. - М., 2011. - 272 с.

44. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Попов А.А. Синтетические материалы в хирургии тазового дна // *Акушерство и гинекология.* – 2009. – №6. – С. 33-35.
45. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Иоселиани М.Н., Петрова В.Д. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин // *Вестник Рос. ассоциации акушер-гинеколога.* - 2012. - №3. - С. 29-31.
46. Колесникова Е.И. Отдаленные результаты профилактики постгистерэктомического выпадения купола влагалища у пациенток с пролапсом гениталий: дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2006. - 35-52 с.
47. Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И. Пролапс тазовых органов у женщин // *Пособие для врачей.* - М., 2013. - 16 с.
48. Коршунов М.Ю., Сергеева И.В., Сазыкина Е.И., Кузьмин И.В. Эффективность применения проленовой сетки у больных с пролапсом передней стенки влагалища: рандомизированное контролируемое исследование // *Акушерство и гинекология.* - 2014. - №6. - С. 42-46.
49. Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И. Отдаленные результаты реконструктивных операций на тазовом дне // *Акушерство и гинекология.* – 2009. - №3. – С. 54-58.
50. Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И. Опросник ПД-КЖ – валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2011. - Том LVII, №3. – С. 150-172.
51. Коршунов М.Ю. Уродинамика нижних мочевых путей у женщин до и после хирургического лечения пролапса тазовых органов: об объективном и субъективном в урогинекологии // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2010. - Том LIX, №1. – С. 26-37.
52. Костючек Д.Ф., Горделадзе А.С., Клюковкина А.С. Вопросы патогенеза элонгации шейки матки (клинико-морфологическое и иммуногистохимическое исследование) // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2009. – Том 3. – С. 5-11.
53. Кох Л.И., Балакшина Н.Г. Варианты хирургического лечения различной степени опущения внутренних половых органов // *Актуальные вопросы урогинекологии: мат. Рос. науч.-практ. конф.* – Томск, 2008. - С. 39-41.

54. Краснопольский В.И., Попов А.А. Вагинальная экстроперитонеальная кольпопексия (метод PROLIFT) – новый взгляд на хирургию опущения и выпадения внутренних половых органов // *Акушерство и гинекология.* – 2010. - №2. – С. 74-86.

55. Кузнецова И.В. Возрастные аспекты комбинированной оральной контрацепции // *РМЖ.* – 2013. – С. 1-20.

56. Кулавский В.А., Никитин Н.И. Хирургические способы лечения опущения и выпадения половых органов в сочетании с элонгацией и рубцовой деформацией шейки матки у женщин репродуктивного возраста // *Медицинский вестник Башкортостана.* – 2010. - №5. – С. 45-46.

57. Кулаков В.И. Адамян Л.В. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки // *Оперативная гинекология. Хирургические энергии.* - 2014. - С. 741-758.

58. Кулаков В.И., Серов В.Н. и др. Руководство по охране репродуктивного здоровья // М.: издательства «Триада-Х», 2012. – С. 72-75.

59. Кулаков В.И., Бутова Е.А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей // М.: Мединформгентство. – 2013. - 128 с.

60. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Деев А.Д. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин // *Акушерство и гинекология.* – 2015. - №3. – С. 32-36.

61. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Константинов В.В. Сравнительная оценка урологических, неврологических и акушерско-гинекологических факторов риска недержания мочи у женщин // *Урология.* – 2010. - №2. – С. 3-7.

62. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Стрижакова М.А. Хирургическая коррекция несостоятельности тазового дна и функциональных нарушений тазовых органов у гинекологических больных // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.* – М., 2013. - С. 153-157.

63. Кустаров В.Н., Салуквадзе Т.С. Оптимизация хирургического лечения пролапса гениталий // *Материалы VI Российского форума “Мать и дитя”*. – М., 2014. - С. 430-431.

64. Кустаров В.Н., Салуквадзе Т.С. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки // *Материалы VII Российского форума "Мать и дитя"*. – М., 2015. – С. 398-399.
65. Шайбонов Б.Б., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Лабораторные методы диагностики дисплазии соединительной ткани у больных с пролапсом гениталий // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Матер. 17 междунар. конгр.* – М., 2015. – С. 105-112.
66. Лион Т. Устранение паравагинальных дефектов лапароскопическим доступом // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Матер. 17 междунар. конгр.* – М., 2012. – С. 234-236.
67. Лоран О.Б., Анциферова Е.В. Оценка качества социальной и сексуальной жизни пациенток, перенесших оперативное вмешательство на промежности // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – Спецвып. – 2012. – С. 37.
68. Макаров О.В., Мазо Е.Б. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса // *Акушерство и гинекология.* – 2012. – С. 1-44.
69. Макаров О.В., Ильина И.Ю., Шварц П.Г. Оптимизация хирургической коррекции пролапса матки // *Рос. вестн. Акушера-гинеколога.* – 2012. – №5. – С. 61-63.
70. Макацария А.Д., Саидова Р.А. Гормональная контрацепция и тромбофилические состояния // М.: «Триада-Х», 2014.
71. Межевитинова Е.А. Гормональная контрацепция у женщин, страдающих сахарным диабетом // *Consilium-Medicum.* – 2014. – Том 6, №9. – С. 970.
72. Минаева Т.А. Варикозное расширение вен малого таза у женщин раннего репродуктивного возраста с дисплазией соединительной ткани: автореф. дисс. .... канд. мед. наук. – М., 2006. – С. 29-30.
73. Наумова А.М. Качество жизни женщин с опущением и выпадением половых органов : дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2004.
74. Нестеров Ф.В., Холодков В.А. Опыт хирургического лечения пролапса стенок влагалища с использованием синтетических материалов // *Материалы VII Российского форума "Мать и дитя"*. – М., 2015. – С. 463.

75. Нечипоренко Н.А. Кажина М.В. Симультанные операции как метод лечения сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой системы у женщин // Российский вестник акушер-гинеколога. – 2014. - №4. - С. 61-62.

76. Давыдов, А.И. Высокие хирургические энергии в оперативной гинекологии / А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова, О.В. Чабан // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. - № 5. –С. 75-85.

77. Дивакова, Т.С. Осложнения лапароскопической хирургии в гинекологической практике / Т.С. Дивакова, Л.Н. Елисеенко // Вестник ВГМУ. – 2012. - № 1. –С. 95-100.

78. Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И. Анализ случаев неудачного хирургического лечения ректоцеле и пути их коррекции // Хирургия. – 2004. - №4. – С. 27-29.

79. Олейник Н.В. Комплексное хирургическое лечение тазового пролапса у женщин: автореф. дисс. .... д-ра мед. наук. - Воронеж, 2005. 54 с.

80. Буянова С.Н., Попов А.А., Петрова В.Д., Чечнева М.А. Операции TVT в гинекологической практике // Акушерство и гинекология. – 2012. - №1. – С. 36-39.

81. Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Озова М.М. и др. Осложнения трансвагинальногоэкстраперитонеальногонеофасциогенеза в лечении пролапса тазовых органов // Проблемы репродукции. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 126.

82. Женская консультация : руководство / под ред. В.Е. Радзинского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –472 с.

83. Захарова, Т.Г. Контрацепция как основной метод планирования семьи в работе семейного врача / Т.Г. Захарова // Земский врач. – 2015. - № 3. –С. 5-11.

84. Радзинский Е.В., Шалаев О.Н., Плаксина Н.Д. и др. Первый клинический опыт использования системы пролифт для реконструкции тазового дна при хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов // Акушерство и гинекология. – 2012. - №2. –С. 61-63.

85. Радзинского В.Е. Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2014. - 332 с.

86. Пискунов Е.В., Левкович М.В. Использование лапароскопической MESH-сакровагинопексии в хирургическом лечении опущения и выпадения женских половых органов // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. 17 междунар. конгр. – М., 2015. – С. 250-251.
87. Планирование семьи – Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. Под редакцией: Злидар В., Упадхьяй У., Ланде Р. // США, Балтимор. – М., 2011. – С. 88-107.
88. Подзолкова Н.М. Гормональная контрацепция: вопросы безопасности и переносимости // РМЖ, 2009. – № 1. – С. 5-9.
89. Пучков К.В., Филлимонов В.Б., Васин Р.В., Васина И.В. Полипропиленовые импланты – решение проблемы тазового пролапса с дисплазией соединительной ткани и стрессовой инконтиненцией // Проблемы репродукции. – 2010. – Спецвыпуск. – С. 120-121.
90. Попов А.А., Петрова В.Д. Оценка эффективности различных вариантов уретропексий у женщин с недержанием мочи при напряжении // Российский вестник акушера и гинеколога. – 2009. – №5. – С. 43-45.
91. Практическая гинекология с неотложными состояниями / под ред. В.К. Лихачева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 840 с.
92. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин // - М., 2012. – С. 194–210.
93. Прилепская, В.Н. От аборта к сохранению репродуктивного здоровья: новое в контрацепции / В.Н. Прилепская, Э.Р. Довлетханова, П.Р. Абакарова // Фарматека. – 2013. – № 12. – С. 46-49
94. Резаева, Н.А. Формирование запирающего аппарата нижнего сегмента матки у больных инвазивным раком шейки матки после радикальной трансабдоминальной трахелэктомии / Н.А. Резаева, А.Л. Чернышова // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2015. – № 42. – С. 52-59.
95. Ренессанс внутриматочной контрацепции: информационный бюллетень / М.И. Лебедева, О.Д. Руднева, С.А. Маклецова // под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. – 24 с.
96. Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Абрамова С.В. Профилактика рецидивов опущений передней стенки влагалища и грыжи мочевого

пузыря у женщин репродуктивного возраста // Материалы 9 Всероссийского научного форума "Мать и дитя". – М., 2010. – С. 477.

97. Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Кайфаджян М.М. Реабилитационные мероприятия в лечении гиперактивного мочевого пузыря после хирургической коррекции пролапса гениталий // Материалы 9 Всероссийского научного форума "Мать и дитя". – М., 2011. – С. 391.

98. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica // М.: МедиаСфера. – 2013. – С. 312

99. Рембез И.Н. Оперативная гинекология // Киев: Здоров'я. – 1985. – 256с

100. Роузвиза С.К. Гинекология // Справочник практического врача: пер. с англ. / под общей ред.: Айламазяна Э.К. // М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 520 с.

101. Романовская, О.В. Правовое регулирование медицинской стерилизации / О.В. Романовская // Гражданин и право. – 2015. – № 1. С.23-37.

102. Рулёв М.В. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетического импланта Prolift: дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 97-120.

103. Савельева И.С., Городничева Ж.А. Расширение использования внутриматочной системы Мирена: критерии приемлемости ВОЗ // РМЖ. – 2010. – №3. – С. 171.

104. Савельева, И.С. Аборт и контрацепция: контрастный выбор / И.С. Савельева // StatusPraesens. – 2011. – № 3. – С. 81–84.

105. Силантьева, Е.С. Зачем отказываться от эффективного? Реабилитация после аборта: цели, средства, возможности / Е.С. Силантьева, Е.И. Спиридонова, Ю.Ю. Кутакова // StatusPraesens. – 2011. – № 3. С. 103–106.

106. Саидова Р.А. Возможность проведения гормональной терапии в репродуктивном возрасте // РМЖ. – 2013. – С. 28-31.

107. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения // - М., Медицинское информационное агентство. – 2010. – 470 с.

108. Топольницкий, Е.Б. Реконструктивно-восстановительные вмешательства в торакальной хирургии с использованием имплантатов



из никелида титана /Е.Б. Топольницкий, Г.Ц. Дамбаев, Н.А. Шефер // Бюллетень восточно-сибирского научного центра СО РАМН. –2013. -№ 5, С. 17-21.

109. Серов В.Н. Гормональная контрацепция // РМЖ. – 2011. Том 17, С. 1019

110. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология // М., 2014. – 520 с.

111. Серов В.Н. Гормональная контрацепция – расширенные возможности сохранения репродуктивного здоровья современной женщины // РМЖ. – 2009. – Том 14. – С. 936.

112. Серов В.Н., Цветаева О.В. О гормональной контрацепции // РМЖ. – 2009. – Том 16. – С. 1032.

113. Серов В.Н., Соколова Ю.Ю. Комбинированная оральная контрацепция: дифференцированный выбор и лечебные аспекты // РМЖ. – 2010. – Том 19. – С. 1196.

114. Смольнова Т.Ю., Савельев С.В. Пролапс гениталий – следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани? // Акушерство и гинекология. – 2011. - №4. - С. 31-33.

115. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий // Урология. - 2010. - №2. - С. 25-30.

116. Смольнова Т.Ю. Пролапс гениталий у больных репродуктивного возраста – как один из симптомов синдрома генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне органов тазового дна // Возможности новых технологий в урогинекологии и тазовой хирургии. – М., 2014. – С. 217-218.

117. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Метод расширенной кольпоперинеолеваторопластики – как выбор вспомогательного метода хирургической коррекции дефектов тазового дна у женщины при дисплазии соединительной ткани // Материалы VII Российского форума “Мать и дитя”. - М., 2010. - С. 506.

118. Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В. Использование классификации ICS и американского общества урогинекологов у больных с пролапсом гениталий // Проблемы репродукции. - 2013. - Спецвыпуск. - С. 124-125.

119. Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции / под ред.: Прилепской М.: Бином, 2009. – С. 132-217.

120. Стерилизация женщин // Руководство по организации служб. ВОЗ. - Женева, 1994. - 225 с.

121. Тотчиев, Г.Ф. Свобода контрацептивного выбора. Золотосодержащие внутриматочные средства – новые возможности безгормональной контрацепции / Г.Ф. Тотчиев, С.А. Маклецова, Р.В. Аветисян // StatusPraesens. – 2011. – № 2. – С. 77–84.

122. Тихомров А.Л., Олейник Ч.Г. Возможности использования оральных контрацептивов в сохранении и восстановлении репродуктивной функции // РМЖ. – 2008. - Том. 16, №1. – С. 34.

123. Трубина Т.Б., Глебова Н.Н. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии // Уфа, 2011. – 166 с.

124. Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Плаксина Н.Д. Фиксация влагалища к крестцово-остистой связке как профилактика рецидива генитального пролапса // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. 17 междунар. конгр. – М., 2010. – С. 172-178.

125. Федоров, И.В. Практическое использование энергии и осложнения ее применения в хирургии (обзор литературы) / И.В. Федоров // Приволжский онкологический вестник. – 2013. - № 4. – С. 56-65.

126. Фридман М. Ньюман. Новые технологии, применяемые для коррекции пролапса тазовых органов – система PERIGEE&APOGEE: методика переднего трансобтураторного доступа и суспензии свода влагалища // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. 17 междунар. конгр. – М., 2011. - С. 158-159.

127. Фридман М. Усовершенствованная техника операции Берча // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. 17 междунар. конгр. – М., 2011. - С. 161-162.

128. Хирш Х. А., Кезер О., Икле Ф. А. Оперативная гинекология: атлас: пер. с англ: гл. ред. Кулаков В.И. М.: Гэотар Медицина, 2009. - 656с.

- 129.Щепин О.П., Тишук Е.А. Проблемы демографического развития России // Экономика здравоохранения. - 2011. - №3. - С. 5-8.
- 130.Ящук А.Г. Гистоморфологические особенности стенок влагалища при тазовой десценции // Морфология. - 2013. - №4. - С. 148.
- 131.Althuis M.D et al. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women // Br J Cancer. - 2013. Vol. 88. – P. 50-57.
- 132.Anderson G.L., Judd H.L., Kaunitz A.M. et al. Effects of Estrogen plus progestin on gynecologic cancer and associated diagnostic procedures // J of the American Medical Association. – 2013. – Vol. 290, №13. – P. 17–148.
- 133.Becner, A. Regret following female sterilization in Slovenia / A. Becner, A.B. Turkanovic, I. But // Gynecology & obstetrics. – 2015. - Vol.130, №1. – P. 45-48.
- 134.Bertolli, A. Gendered divisions of fertility work: socioeconomic predictors of female versus male sterilization / A.Bertolli // Journal of marriage and family. – 2013. – Vol.75, №1. – P. 13-25.
- 135.Zhang X.H., Jiang L., Wang J.L., We L.H. Application of acellular dermal mesh in femal pelvic reconstruction surgery // Zhonghua Fu Chan KeZaZhi. – 2009. – Vol.42, №12. - P. 805-807.
- 136.Arias B.E., Ridgeway B., Barber M.D. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review // Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct. – 2008. – Vol. 18, №8. - P. 1173-1178.
- 137.Argirovic R., Likic-Ladevic I., Vrzic-Petronijevic S. et al. Application of transvaginalsacrospinouscolpopexy in the treatment of pelvic organs prolapse // // Vojnosanit. Pregl. - 2011. - Vol. 62, №9. - P. 637-643.
- 138.Aslan E., Fynes M. Female sexual dysfunction // Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct. – 2015. – Vol. 19, №2. - P. 293-405.
- 139.Barber M.D., Visco A.G. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolaps // Ob. Gynecol. – 2012. – Vol. 99, №2. - P. 281-289.
- 140.Barrington J.W., Arunkalaivanan A.S., Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia // European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology. – 2013. – Vol. 108.–P. 72–74.

141. Benagiano G., Primiero F.M., Farris M. Clinical profile of contraceptive progestins // *Eur J Contracept Reprod Health Care.* – 2014. – Vol. 9. – P. 182–193.
142. Benassi L., Bocchialini E., Bertelli M. Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study // *Minerva ginec.* - 2012. - Vol. 54, №4. - P. 317-324.
143. Bergnik E.W., Kloosterboer H.S., VanDerVies H.J. Steroid Biochem // 2015. - Vol. 20. - P. 1057–1060.
144. Brouwer W. et al. Costing in economic evaluations, In *Economic evaluation in health care: merging theory and practice* // Oxford University Press. - 2011. – P. 116-172.
145. Boyles S.H., Weber A.M. Procedures for pelvic organ prolaps in the United States 1979 – 1997 // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 188. №1. - P. 108-115.
146. Bringman S., Wollert S., Osterberg J., Heikkinen T. Early results of a randomized multicenter trial comparing Prolene and Vyproll mesh in bilateral endoscopic extraperitoneal hernioplasty (TEP) // *Surg. Endosc.* - 2015. - Vol. 19, №4. - P. 536-540.
147. Cibula, D. Underlying mechanismus of ovarian cancer risk reduction after tubal ligation. / D. Cibula, M. Widschwendter, M. Zikan // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* – 2011. – Vol.90, №6. – P. 559-563.
148. Cespedes R.D. Anterior approach bilateral sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse // *Urology.* - 2014. - Vol. 56, №6. - P. 70-75.
149. Chen G.D. Pelvic floor dysfunction in aging women // *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* – 2017. - Vol 46, №4, - P. 374-378.
150. Patel D.A., Xu X., Thomason A.D. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2010. - Vol 196, №3. - P. 22.
151. Rodrigues A.M., Girro M.J., da Silva I.D. COL1A1 Sp 1 – binding site polymorphism as a risk factor for genital prolapse // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor dysfunct.* – 2015. – Vol 19, №11. – P. 1471-1475.
152. Dannecker C., Anthuber C. The effects of childbirth on pelvic-floor // *J. Perinat. Med.* – 2011. - Vol 28, №3. – P. 175-184.

153. Dekel A., Rabinerson D. Concurrent genital and rectal prolapse: two pathologies – one joint operation // *BJOG*. – 2012. – Vol. 107, №1. – P. 212-219.
154. Delborge W. et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system // *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. – 2011. – Vol. 7. – P. 24-30.
155. Dietz H.P., Wilson P.D. Childbirth and pelvic-floor trauma // *Best pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2015. – Vol. 19, №6. – P. 913-924.
156. Trowbridge E.R., Fultz N.H., Patel D.A. Distribution of pelvic organ support measures in a population-based sample of middle-aged, community-dwelling African American and white women in southeastern Michigan // *Am. J. Obstetr. Gynecol.* – 2012. – Vol. 198, №5. – P. 548.
157. Di Marco D.S. Robotic-assisted laparoscopic sacrocolpopexy for treatment of vaginal vault prolapse // *Urology*. – 2014. – Vol. 63, №2. – P. 373-376.
158. Digesu G.A., Salvatore S., Chalhuet C. Do operative bladder symptoms improve after repair of anterior vaginal wall prolapse? // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunc.* – 2015. – Vol. 18, №12. – P. 1439-1443.
159. Donato D.M., Waller-Smith S. The vaginal – psoas suspension repair of uterovaginal prolapse // *J. Am. Coll. Surg.* – 2012. – Vol. 195, №1. – P. 51-54.
160. Strinic T., Bukovic D., Roje D. Epidemiology of pelvic floor disorders between urban and rural female inhabitants // *Coll. Antropol.* – 2011. – Vol. 31, №2. – P. 483-487.
161. Erata Y.E., Kilic B., Guclu S. Risk factors for pelvic surgery // *Arch. Gynaec. Obstet.* – 2012. – Vol. 267, №1. – P. 14-18.
162. Chen H.Y., Wan L., Chang Y.W. Estrogen receptor beta gene haplotype is associated with pelvic organ prolapse // *Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2014. – Vol. 138, №1. – P. 105-109.
163. Chen H.Y., Chang Y.W., Lin W.Y. Estrogen receptor alpha polymorphism is associated with pelvic organ prolapse risk // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunc.* – 2012. – Vol. 19, №8. – P. 1159-1163.
164. Dalpiaz O., Kerschbaumer A., Mitterberger M. Female sexual dysfunction: a new urogynecological research field // *BJU Int.* – 2015. – Vol. 101, №6. – P. 717-721.

165. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections // *Contraception*. – 2013. – Vol. 68. – P. 105-109.
166. FHI's "Family Health Research": *Family Health Research: Long-Acting and Permanent Methods*. – 2011. – Vol. 2, №1.
167. FHI's "Family Health Research": *Family Health Research: Family planning, Fact Sheet*. – 2011.
168. Fitzgerald M.P., Kulkarni N., Fenner D. Postoperative resolution of urinary retention in patients with advanced pelvic organ prolapse // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2014. - Vol. 183, №6. - P. 1361-1363.
169. Crepin G., Cosson M., Lucot J.P., Collinet P. Genital prolapse in young women: a topical issue // *Bull. Acad. Natl. Med.* – 2015. – Vol. 191, №4-5. - P. 827-836.
170. Ginger V.A., Kobashi K.S. Posterior compartment defect repair in vaginal surgery: update on surgical techniques // *Curr. Urol. Rep.* – 2012. – Vol. 8, №5. - P. 387-393.
171. Goldenberg A., Matone J., Marcondes W. et al. Comparative study of inflammatory response and adhesions formation after fixation of different meshes for inguinal hernia repair in rabbits // *Acta Cir. Bras.* - 2013. - Vol. 20, №5. - P. 347-352.
172. Guillemin F., Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaption of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines // *J. Clin. Epidemiol.* - 2013. - Vol. 46, №12. - P. 1417-1432
173. Hanna L. et al. Prevention of ovarian cancer // *Best Pract & Res Clin. Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 20, №2. – P. 339-362.
174. Hannaford P.C. et al. Cancer among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study // *BMJ*. – 2011. – Vol. 12, №9.
175. Harvey M.A., Johnston S.L., Davies G.A. Mid-trimester serum relaxin concentrations and post-partum pelvic floor dysfunction // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2014. – Vol. 87, №12. - P. 1315-1321.
176. Heinemann L.A.J., Lewis M.A., Kuhle-Habicj D., Braendle W., Moehner S. The risk of breast tumours and lifetime history of oral contraceptive use // *Geburtsh. Frauenheilk.* – 2012. – P. 750–757.
177. Higgs P.J., Chua H.L., Smith A.R. Long term review of laparoscopic sacrocolpopexy // *BJOG*. - 2015. - Vol. 112, №8. - P. 1134-1138.

- 178.Hullfish K. L., Bovbjerg V. E., Gibson J., Steers W. D. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: What is success, and is it achieved? // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2012. - Vol. 187, №1. - P. 88-92.
- 179.Hullfish K. L., Bovbjerg V., Steers W.D. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2016. - Vol. 110, №2, Part 1. - P. 341-345.
- 180.Hurskainen R. et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial // Lancet. - 2011. - Vol. 357. - P. 273-277.
- 181.Abrams P. Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence. - 2nd ed. - N. Y.: Health Publication Ltd, 2012. - P. 1154.
- 182.Murphy M., van Raalte H., Mercurio E. Incontinence-related quality of life and sexual function following the tension-free vaginal tape versus the "inside-out" tension-free vaginal tape obturator // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. - 2015. - Vol. 19, №4. - P. 481-487.
- 183.Kahlenborn C. et al. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: A meta-analysis // Mayo Clin Proc. - 2016. - Vol. 81, №10. - P. 1290-1302.
- 184.Krissi H., Stanton S.L. Bilateral iliococcygeal fixation for vaginal vault prolapse and enterocele repair using a new suturing device the digital needle driver // BJOG. - 2015. - Vol. 112, №8. - P. 1145-1149.
- 185.Kulier R., Helmerhorst F.M., O'Brien P., Usher-Patel M., d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception (Cochrane Review) // The Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2016. №3.
- 186.Kulier R., O'Brien P.A., Helmerhorst F.M., Usher-Patel M., D'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2010. - №4. Art. No.: CD005347. DOI: 10.1002/14651858.CD005347.pub3.
- 187.Lapalus M.G., Henry L., Barth X. et al. Enterocele: clinical risk factors and association with others pelvic floor disorders (about 544 defecographies) // Gynecol. Obstet. Fertil. - 2014. - Vol. 32, №8. - P. 595-600.
- 188.Liapis A., Bakas P., Pafiti A. et al. . Changes in the quantity of collagen type I in women with genuine stress incontinence // Urol. Res. - 2011. - Vol. 28, №5. - P. 323-326.

189. Loprinzi C. L., Laurie A. J., Wieand B. et al. Prospective Evaluation of Prognostic Variables from patient-completed questionnaires // *J. Clin. Oncol.* - 2010. - №12. - P. 601-607.
190. Marchbanks P.A. et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer // *N Engl J Med.* – 2012. – Vol. 346. – P. 2025–2032.
191. Martan A. New options in reconstructive pelvic floor surgery and surgery in urogynecology // *Geska Gynecol.* – 2016. – Vol. 71, №6. - P. 455-463.
192. Mawajdeh S.M., Al-Qutob R.J., Farag A.M. Prevalence and risk factors of genital prolapse. A multicenter study // *Saudi. Med. J.* - 2013. - Vol. 24, №2. - P. 161-165.
193. Ren C., Zhu L., Lang J.H., Shi H.H. Modified total pelvic floor reconstruction for repair of severe pelvic organ prolapse // *Zhongguo Yi XueKeXue Yuan XueBao.* – 2016. – Vol. 29, №6. - P. 760-764.
194. Moller L. A., Lose G., Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of urinary tract symptoms in women 40–60 years of age // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* - 2011. - Vol. 79. - P. 298–305.
195. Mouritsen L., Larsen J. P. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse // *Int. Urogynecol. J.* - 2013. - Vol. 14. - P. 122.
196. Nguyen J.N., Burchette R.J. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 111, №4. - P. 891-898.
197. Nieminen K., Huhtala H., Heinonen P.K. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013. - Vol. 82, №5. - P. 471-478.
198. Nygaard I.E., McCreery R., Brubaker L. et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review // *Obstet. Gynecol.* 2014. - Vol. 104, №9. - P. 805-823.
199. Ozalp S.S. Медьсодержащие внутриматочные средства с каркасной структурой для контрацепции: Комментарий БРЗ // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. - Женева: Всемирная организация здравоохранения. – С. 80-91.
200. Ozdegirmenci O., Karslioglu Y., Dede S. Smooth muscle fraction of the round ligament in women with pelvic organ prolapse: a computer-based



- morphometric analysis // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* – 2015. – Vol. 16, №1. – P. 39-43.
201. Brown J.S., Waetjen L.E., Subak L.L. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997 // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 186, №4. – P. 712-716.
202. Fitzgerald M.P., Janz N.K., Wren P.A. Pelvic Floor Disorders Network. Prolapse severity, symptoms and impact on quality of life among women planning sacrocolpopexy // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2015. – Vol. 98, №1. – P. 24-28.
203. Peterson H.B. Минилапаротомия и эндоскопические методы стерилизации маточных труб: Комментарий БРЗ // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения.
204. Schwartz M., Abbott K.R., Glazerman L. Positive symptom improvement with laparoscopic uterosacral ligament repair for uterine or vaginal vault prolapse: interim results from an active multicenter trial // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2010. – Vol. 14, №5. – P. 570-576.
205. Hady E., Grautz A., Gold R. Pregnancy, labor and delivery: the pelvic floor injury // *Harefuah.* – 2014. – Vol. 143, №7. – P. 525-529.
206. Deval B., Rafii A., Poilpot S. Prolapse in the young woman: study of risk factors // *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2012. – Vol. 30, №9. – P. 673-676.
207. Roos E.J., de Graeff A., van Eijkeren M.A. Quality of life after pelvic exenteration // *Gynecol. Oncol.* – 2014. – Vol. 93, №3. – P. 610-614.
208. Shah A.D., Kohly N., Rajan S.S., Hoyte R. Racial characteristics of women undergoing surgery for pelvic organ prolapse in the United States // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 197, №1. – P. 70-78.
209. Lothar A.J. Heinemann, Jurgen C. Dinger Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women // *Contraception.* – 2011. – Vol. 75. – P. 328–336.
210. Denman M. A., Gregory W.T., Boyles S.H. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 198, №5. – P. 555.
211. Kim C.M., Jeon M.J., Chung D.J. Risk factors for pelvic organ prolapse // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2012. – Vol. 98, №3. – P. 248-251.
212. Zhu L., Bian X.M., Long Y., Lang J.H. Role of different childbirth strategies on pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: a

prospective study // Chin. Med. J. (Engl.). – 2012. – Vol. 121, №3. - P. 213-215.

213.Ross J.W., Preston M. Laparoscopic sacrocolpopexy for severe vaginal vault prolapse: five-year outcome // J. Minim. Invasive Gynecol. - 2011. - Vol. 12, №3. - P. 221-226.

214.Sackett D.L., Hayenes R.B. Summarising the effects of therapy: a new table and some more terms // ACPJ. Club. – 2009. - Vol. 27. – P. 15-16.

215.Samuelsson E.C., Arne Victor F.T., Tibblin G., Svardsudd K.F. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2011. - Vol. 180, №2. - P. 299-305.

216.Schaffer J.L., Wai C.Y., Boreham M.K. Etiology of pelvic organ prolapse // Clin. Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 48, №3. - P. 639-647.

217.Scherif C., Morison L., Fiander A. et al. Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia, West Africa // BJOG. 2002. - Vol. 109, №4. - P. 431-436.

218.Schinder A.E., Campagnoli C., Druckmann R. Classification and pharmacology of progestins // Maturitas. – 2013. – Vol. 46, №1. – P. 7-16.

219.Serbanescu E., Imnadze P., Bokhua Z. et al. Reproductive Health Survey Georgia, 2005. Preliminary Report // US Department of Health and Human Services. – CDC. - Atlanta, 2015

220.Sewell C.A., Chang E., Sultana C.J. Prevalence of genital prolapse in 3 ethnic groups // J. Reprod. Med. – 2015. – Vol. 52, №9. - P. 769-773.

221.Shull B.L., Bachofen C., Coates K.W., Kuehl T.J. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2011. - Vol. 183, №6. - P. 1365-1373.

**НЕГМАДЖАНОВ БАХОДУР БОЛТАЕВИЧ  
НАСИМОВА НИГИНА РУСТАМОВНА**

**ҚИН ДЕВОРИ ПРОЛАПСИНИНГ ЖАРРОХЛИК  
ДАВОЛАШ ВА КОНТРАЦЕПЦИЯСИ**

**ИЗДАТЕЛЬСТВО “ТІВВИҲОТ ҚО‘ЗҒУСИ”**

*Отвественный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА*

*Корректор — Олим РАХИМОВ*

*Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ*

*Дизайн и верстка — Олима ЗОХИДОВА*

**Отпечатано в типографии “ТІВВИҲОТ ҚО‘ЗҒУСИ” 140100.**

**г. Самарканд, ул. Амир Темур, 18.**

**Подписано в печать 05.03.2021. Протокол 8 н-м / 187**

**Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6.05**

**Тираж: 500 экз. Заказ № 172 / 22.04.2021**

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



9 789943 715196