

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ

(жинсий аъзолар пролапси асорати ва рецидиви кузатилган
аёлларда жаррохлик даволашни оптималлаштириш)

ISBN: 978-93-24632-65-3

Published by

Novateur Publication

466, Sadashiv Peth, M.S.India-411030

novateurpublication.org

МОНОГРАФИЯ

ШАВКАТОВ Х.Ш

Самарқанд-2024

Самарканд-2024

Монографияда бугунги кунда акушер-гинекологлар олдида турган долзарб муаммолардан бири бўлган аёлларда genital пролапсанинг эпидемиологияси, пайдо бўлиш частотаси, клиникаси ва бошқарув тактикаси, genital пролапс натижасида юзага келадиган асоратлар, уларни даволаш усуллари ва жарроҳлик амалиётидан кейин такрорланиш ва сабаблар, ва аёлларнинг ижтимоий-иқтисодий ҳолати. Касалликнинг ҳаётдаги табиати, унинг олдини олиш чоралари батафсил тавсифланган. Муаллифл томонидан тақдим етилган маълумотлар далилларга асосланган тиббиёт ҳамда муаллифнинг ўз тажрибасига асосланган. Ушбу монография акушер-гинекологлар, репродуктив саломатлик соҳасида ишлайдиган шифокорлар ва аспирантларга мўлжалланган бўлиб, нафақат илмий, балки амалий қизиқиш уйғотади.

Муҳаррир:

Х.Ш.Шавкатов - Doctor of Philosophy (PhD) СамДТИ 2- сон акушерлик ва гинекология кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

Зокирова Нодира Исламовна- тиббиёт фанлари доктори, professor

Султонов Саид азим Носирович- тиббиёт фанлари доктори, professor

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ

(жинсий аъзолар пролапси асорати ва рецидиви кузатилган аёлларда жарроҳлик даволашни оптималлаштириш)

Монография/ муҳаррир Шавкатов Х.Ш -2024 йил 100 бет

МУНДАРИЖА

Кириш	4
 Жинсий аъзолар пролапси эпидемиологияси, этиологияси, патогенези, заманавий таснифи клиникаси, ва ушбу касалликни хирургик даволашларнинг замонавий тушунчалари. (адабиётлар шарҳи)	
§ 1.1. Генитал пролапснинг эпидемиологияси, таснифи ҳақидаги замонавий тушунчалар.....	14
§ 1.2. Жинсий аъзолар пролапси этиологияси и патогенези.....	21
§ 1.3. Жинсий аъзолар пролапси клиник кўриниши ва диагностикаси хусусиятлари.....	28
§ 1.4. Жинсий аъзолар пролапсини учрайдиган турли хил асоратлар.....	29
§ 1.5. Жинсий аъзолар пролапсини замонавий даволаш усулларидан кейин жинсий аъзолар пролапсини рецидивлар, асоратлар ва уларни олдини олишнинг турли усуллари самарадорлигини баҳолаш.....	30
 Текширилган аёллар клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари	
§ 2.1. Тадқиқот дизайни.....	39
§ 2.2. Текшириш усуллари.....	42
§ 2.2.1. клиник текширувлар.....	43
§ 2.2.2. Хаёт сифатини ва шикоятларнинг кундалик ҳаётга таъсирини аниқлаш анкетаси.....	46
§ 2.3. Тадқиқот инструментал ва лаборатори текшириш усуллари.....	50

§ 2.4. Генитал пролапс рецидиви ва асоратларида гистерэктомиядан кейинги жинсий аъзолар ва қин чўлтоғи пролапсини олдини олишда трасвагинал жаррохлик усули модификацияси.....	51
§ 2.5. Тадқиқот натижаларининг статистик тахлили.....	56
Шахсий тадқиқотлар натижалари	
§ 3.1. Тадқиқот остидаги беморлар клиник характери.....	58
§ 3.2. Ўтказилган бирламчи жаррохлик амалиёти хажми (рецидив ва асоратлари).....	66
Жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратида ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги яқин ва узоқ натижаларни баҳолаш.	
§ 4.1. Жаррохлик амалиёти даври ва ундан кейинги яқин муддатли натижаларнинг хусусиятлари.....	72
§ 4.2. Жаррохлик амалиётидан кейинги узоқ муддатли натижаларни баҳолаш.....	78
Олинган натижалар муҳокамаси.....	89
Хулосалар	105
Амалий тавсиялар	106
Фойдаланилган адабиётлар руйхати	110

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ЭТИОЛОГИЯСИ, ПАТОГЕНЕЗИ, ЗАМАНАВИЙ ТАСНИФИ КЛИНИКАСИ, ВА УШБУ КАСАЛЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТУШУНЧАЛАРИ.

§ 1.1. Генитал пролапснинг эпидемиологияси, таснифи ҳақидаги замонавий тушунчалар.

Генитал пролапс (ГП) жинсий органларнинг кин даҳлизигача ёки ундан ундан пастга тушиб кетиши билан намоён бўлган қин деворларининг ва / ёки бачадоннинг физиологик ҳолатини бузишни англатади.

Хозирги кунида аёлларда учрайдиган жинсий аъзолар пролапси муаммосининг долзарблиги шундан иборатки унинг кенг тарқалганлиги, клиник белгиларининг ерта намоён бўлиши ва кўп ҳолларда касалликнинг жаррохлик амалиётидан сўнг такроран қайталаниши билан боғлиқ бўлиб, касалликнинг статистикада камайишга мойил эмаслиги ҳозирги кунда акушер-гинекологлар олдидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Гинекологик касалликлар таркибида жинсий аъзолар пролапси 28% дан 39% гача ташкил қилиб, 15% хирургик давога муҳтож. Айниқса касалликнинг юқори кўрсаткичлари 50 ёшдан ошган ёшда юзага келади ва ҳозирги вақтда чанок мушакларининг етишмовчилигининг клиник манзараси бўлган репродуктив ёшдаги беморлар сонини ошишига сабаб бўлмоқда. Сўнги вақтларда жинсий аъзолар пролапси "ёшарганлиги", касалликнинг оғир шакллариининг устунлиги ва уларнинг функцияси бузилиши билан жараёнга туташ органларнинг жалб қилиниши кузатилмоқда. Жараённинг кейинги босқичларида III-IV даражасида урогенитал ва аноректал дисфункцияси оқибатида қин нормал анатомияси ва биоценозининг бузилиши туфайли юзага

келадиган жинсий аъзоларнинг пролапси ва пролапс билан боғлиқ бошқа асоратлар: қин яллиғланиш касалликлари (колпит) ва бачадон бўйни (цервицит) қин девори трофик яралари “декубитус”, бачадон бўйни элонгацияси, сурункали эндоцервицит ёки бу асоратларнинг икки ва ундан ортиги биргаликда келиши учрамоқда. Сўнги йилларда олиб борилган кўплаб тадқиқотлар пролапснинг ривожланишига олиб келадиган ягона сабабни аниқлайолмади, фақат ривожланишнинг кўпфакторлик табиатини тасдиқлади холос. 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 тушишига 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 тушишини 300 дан ортиқ жарроҳлик даволаш усуллари мавжуд, лекин таклиф этилган усулларнинг самарадорлиги етарли эмас ва касалликнинг рецидив даражаси 25-30% га етади. Бу ҳолат нафақат ноадекват жарроҳлик усулини танлаш билан, балки беморларни жарроҳлик амалиётидан олдин тайёрлаш ва амалиётдан кейин олиб бориш сифатига ҳам боғлиқ. Пролапс гениталий жарроҳлик амалиёти коррекциясининг бир қанча тамойиллари бор: чаноқ аъзоларининг нормал топографиясини тиклаш, функционал касалликлар коррекцияси, касалликнинг жуда паст курсаткичли кайталаниши билан бир қаторда юқори сифатли натижаларга эришиш учун комбинирланган жарроҳлик техникаларидан фойдаланиш. Жинсий аъзолар пролапсини жарроҳлик йўли билан даволашда қийинчиликлар беморларнинг ёши ва хусусий соматик касаллик тарихи билан боғлиқ. Операциядан кейинги учрайдиган куп рецидивлар бу муаммони ҳал қилиш учун янги ёндашувлар излашни талаб қилади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни ҳозирги кун талабларига мослаштириш, аҳолига сифатли ва ўз вақтида тиббий хизматлар кўрсатишни таъминлаш мақсадида 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590–сонли Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида»ги Фармонида «мамлакатимизда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий тизимини шакллантириш, сифати ошириш, шунингдек, аҳолининг саломатлигини мустаҳкамлаш, аёллар ва болаларга шошилиш ва ихтисослашган тиббий ёрдамни ривожлантириш асосида, замонавий скрининг дастурларини жорий этиш, ҳудудий кўп тармоқли тиббиёт мажмуалари ва маълумотлар тизимларини шакллантириш асосида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини такомиллаштириш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб–қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...» каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар аёлларда гинекологик касалликларни ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали касалликларни камайтириш имконини беради.

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ГП ни қинга кириш соҳасидаги чанок аъзоларининг чурраси деб ҳисоблаш мумкин (В. Лисиця, 2015). Шу билан бирга чурра дарвозалари, чурра халтачаси ва унинг таркиби, жумладан ички жинсий аъзолар, кўпинча қовуқ, тўғри ичак, ингичка ичак илмоқлари, одатда чурра қисми сифатида тушунилади [4; 81-84 б.].

Кўплаб тадқиқотчилар (Субак лл, Веетжен Ле, Ванден Еаден Сетал, 2001) [64; 6-14 б.] репродуктив ёшдаги, менопауза олди ва менопаузадан кейинги ёшдаги аёллар орасида генитал пролапснинг дунёда кенг тарқалганлигини қайд этадилар. Масалан, 50 ёшдан ошган деярли ҳар иккинчи аёл бу касалликка дуч келади ва уларнинг 11,1% жарроҳлик муолажасига муҳтож. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра,

2030 йилга келиб, дунёда тахминан 63 миллион аёл генитал пролапсдан азият чекадилар, чунки кекса одамлар сони икки баробар кўпаяди ва шунинг учун генитал пролапс муаммоси янада долзарброқ бўлади [84; 1160-1166 б.].

Ўтган аср мобайнида дунёдаги аёллар турмуш тарзида, оила ва цивилизация ҳаётида муҳим ўзгаришлар юз берди. Турмуш тарзи ва аёлларнинг жамиятдаги ўрни, иш ва ҳаётнинг табиати ўзгарди, жисмоний фаоллик камайди, аммо ГП муаммоси ҳал етилмади. Этиология ва патогенезни ўрганишда сезиларли ютуқларга қарамасдан, пролапс учун хавф омилларини аниқлаштириш, уни тузатишнинг кўплаб усуллари ишлаб чиқиш бугунги кунда тиббиёт фани ГП муаммосини тубдан ҳал этишга ва касалликнинг тарқалишини камайтирди эриша олмади. [348-350 б,14; 256 б].

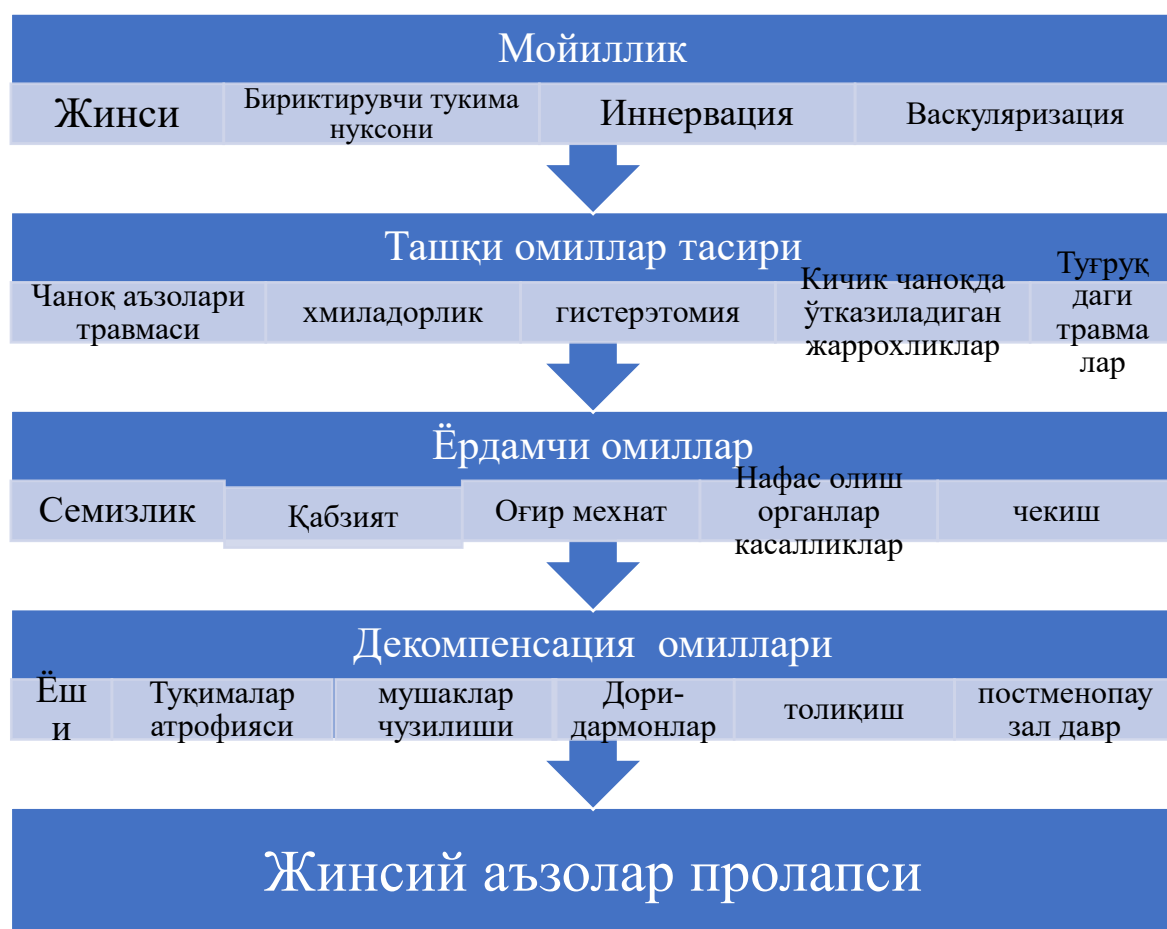
Замонавий жамиятда бола туғилишининг қисқариши ва умр кўриш давомийлигининг бир вақтнинг ўзида ўсиши аниқ тенденция мавжуд [348-350 б,14; 256 б].

Бироқ, аёлларнинг ёши ортиши билан ички жинсий аъзоларнингларнинг пролапси анатомик ва функционал бузилишлари ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайишига олиб келади ва бу ижтимоий дезадаптациясига сабаб бўлди. (Глебова Нн, ва бошқ. 1997; Баисова Е. I., 1999; Макаров О. В. ва бошқ., 2000; Shull B.L Бл, 1999; Раппи Н.К ва бошқ., 2000; Furst A. ва бошқ., 2000). Аёлнинг ҳаётига бевосита таҳдид солмасдан, генитал пролапс кўпинча психо-эмоционал ҳолатнинг ёмонлашуви, жинсий ва генератив дисфункцияга, ҳатто иш қобилятининг пасайишига ва ҳатто йўқолишига олиб келади [16; 43-50 б, 35; 58-61 б.].

Жинсий аъзолар пролапси билан касалланган аёлларнинг ҳақиқий сонини аниқлаш бир мунча қийинчилик туғдиради сабаби аёллар сони статистик маълумотлари, қоида тариқасида, фақат гинеколог ташриф ва ЖАПсида утказилган жаррохлик амалиётлари сонига қараб аниқланади ва бу ўз навбатида [85; 449-452 б.] касалланиш ҳақида аниқ маълумот йўқлиги ва кўпинча касалланишнинг оғир босқичларида аниқланишига олиб келади. Шу билан бирга, шифокор ёрдамига мурожаат қилмайдиган ёки жуда кеч мурожат

қилган кўплаб потенциал беморлар мавжуд, шунинг учун маҳаллий ва хорижий адабиётлардан турли босқичлар ва турларнинг ГП тарқалиши бўйича маълумотлар кенг тарқалган - 3 дан 94% [3; 133 б, 86; 105-115 б, 87; 293-303 б, 14; 256 б, 89; 213-216 б.].

Кўп манбаларга кўра, Генитал пролапс учун хавф омиллар тўрт гуруҳга бўлинади: мойиллик (генетик, ирсий, иннервация); ташқи омиллари (ҳомиладорлик, туғруқ, тос тубида жарроҳлик, гистерэктомия, мушаклар травмаси ва нервлар жароҳати); ёрдамчи омиллар (тана вазнининг ортиши, чекиш, ўпка касаллиги, қабзият, оғир жисмоний иш); декомпенсацияловчи омиллар(катта ёш, постменопаузал давр, миопатия, невропатия, толиқиш) [2; 104-110 б, 9; 348-350 б,14; 256 б,13; 8-11 б,31; 774 б.].



Расм 1.1. Генитал пролапс учун хавф омиллар

Аёлларнинг ёши ошган сари ГП кўпинчатаси ҳам ортиб боради [27; 43-46 б.]. АКШ тадқиқотчилар ишончли ҳар йили 1004та беморлар тиббий кўрикдан утказилади уларнинг ёши (18-83) беморларда, ва натижалар шуни кўрсатадики генитал пролапс тарқалганлиги тахминан 40% га ошди, деб кўрсатди. (90)

ГП нинг даражасини аниқлаш учун кўплаб таснифлар таклиф қилинган. Амалий фаолият учун қулай ички жинсий аъзоларнинг пастка қараб ҳаракат масофасининг катталигига асосланган тасниф қулай:

1) I даражаси- бачадон бўйни қин дахлизи узунлигининг ярмигача булган масофагача тушади;

2) II даражаси- бачадон бўйни ва / ёки қин деворлари қинга кириш чегарасигача тушади;

3) III даражаси- бачадон бўйни ва / ёки қин деворлари қин киришчегарасидаг ташқарига тушади ва бачадон танаси юқорида жойлашган;

4) IV даража - бутун бачадон ва / ёки қин деворлар қин киришидан ташқарида жойлашган яни тўлиқ тушган бўлади.

М. S. Малиновский (1946) таснифига кўра, ички жинсий аъзолар пролапсининг 3та даражасини курсатган , аммо кўплаб тадқиқотчилар бу таснифни объектив деб ҳисоблашмайди [59; 28-32 б, 28; 32-39 б, 70; 918-922 б.].

2001да А. А. Папов жинсий аъзолар пролапсининг ўзгача таснифини таклиф қилди, бу жараёнда қўшни органларнинг иштирокини ҳисобга олди - қовуқ ва тўғри ичак [59; 28-32 б, 28; 32-39 б.]

Ҳозирги вақтда ПТ нинг иккита таснифи енг кўп қўлланилади: Baden – Walker ва Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) (тос аъзоларининг пролапсини аниқлаш учун тизим).

1992да Baden W. F ва Walker T. Физиологик зўриқиш вақтида аъзолар пролапси ва қизлик парда ўртасидаги масофани аниқлаш ва тос аъзоларининг пролапси даражасини баҳолаш учун ярим миқдорий тизимни таклиф қилди.

Ўлчов бирлиги одатда жойлашган аъзодан қизлик пардагача бўлган ("ярим йўл" тизими) масофасининг ярмига тенг. ("ярим йўл" тизими)

1) I- даражаси- ички аъзолар тушиши қизлик пардагача булган масофанинг ярмига тенг.

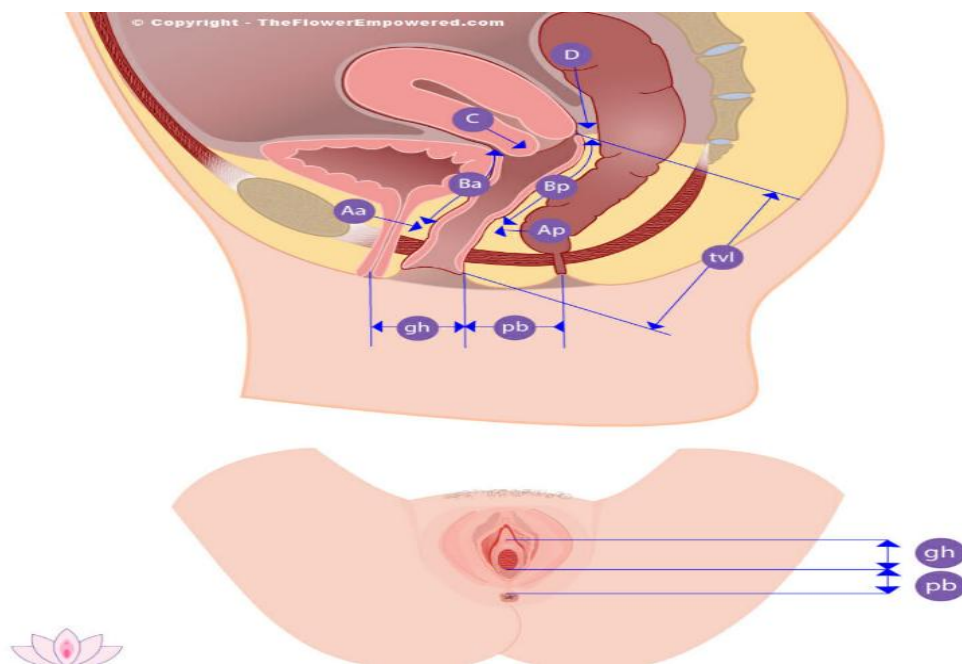
2) II даражаси- қизлик пардасигача аъзонинг тушиши

3) III даражаси- аъзонинг қизлик пардасидан пастга тушиши, қизлик пардагача булган масофа яримича булган масофагача.

4) IV даражаси- жинсий аъзонинг тулиқ пастга тушиши.

Урогинекологлар уюшмаси халқаро қўмитаси (IUGA Standardization of Terminology Committee) 9 хил нуқталарда миқдорий ўлчов ёрдамида, POP–Q стандартлаштирилган таснифи (Pelvic Organ Prolapse Quantification) таклиф қилган. Валсалва синамасини ўтказишда ўзгаришлар энг кўп аниқланганда қуйидаги нуқталар ва параметрлар қўлланган ҳолатда ёки қизлик пардаси текислигига нисбатан бурчак остида тасвирланади. Аа-уретровезик сегмент; Ва-қиннинг олдинги девори; Ар-туғри ичакнинг пастки қисми; Вр - қиннинг леваторлар устидаги орқа девори; С-бачадон бўйни; D - қиннинг орқа равоғи; TVL - қиннинг умумий узунлиги; Gh - жинсий тирқиш; Pb- оралиқ тана. Шунга кура 6 та анатомик нуқта ҳолати (Аа, Ва, Ар, Вр, С, D) аниқланган нуқталар қизлик пардасига юқорида ёки проксимал ўлчанади (бунинг натижасида сантиметрдаги манфий курсатгич) ёки ундан паст- қизлик пардасига дистал (сантиметрдаги мусбат курсатгич олинади). Бошқа учта параметр (TVL, Gh ва Pb) туғридан туғри ўлчанган. Пролапс босқичи қин деворининг энг кўп тушувчи қисмига қараб аниқланади. Одатда, олдинги девор (нуқта Ва), апикал қисм (нуқта С) ва қиннинг орқа девори (Вр нуқтаси) нинг тушиши ташхисланади.

Расм 1.2.-Чанок аъзоларининг пролапсини аниқлаш учун тизим (POP-Q)



(POP-Q) - таснифни ишлатиш бир мунча ыйинчилик туғдиради, лекин жарроҳлик даволанишдан олдин ва кейин беморларда тос аъзоларининг пролапси даражасини аниқроқ аниқлаш имконини беради, шунингдек, жарроҳлик аралашувининг тўғри тактикасини танлаш ва операциядан кейинги даврда унинг самарадорлигини аниқлаш имконини беради.

§ 1.2. Жинсий аъзолар пролапси этиологияси и патогенези.

Адабий манбаларга кўра, генитал пролапснинг сабаблари қуйидагилардир: чанок тубининг туғруқдан кейинги травмалари, туғма бириктирувчи тўқима дисплазияси, менопаузадан олдинги ва кейинги горманол ўзгаришлар, метаболик жараёнлар ва микросиркуляциянинг бузилиши билан бирга сурункали касалликлар (Буянова С. Н. ва бошқ., 2017) [16; 43-50 б, 36; 66-71 б, 30; 774 б.].

Туғруқ-генитал пролапс учун муҳим хавф омилларидан бири ҳисобланади, ва шунинг учун, уларнинг сони ортиши туғруқдан кейинги жароҳатлар жинсий аъзолар пролапси еҳтимолини [91; 643-648 б.] шаклланишини оширади. Бироқ, бу патологиянинг ривожланишида асосий

роллардан бири туғруқ асоратлари (кўп туғилиш, катта хомилалар, узоқ муддатли, тез ёки тезкор туғруқ, чаноқ олдинда келиши билан олиб борилган туғруқлар, қин ва оралик травмалари, акушерлик қиқичларини қўллаш ва бошқалар.). Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, туғруқнинг иккинчи даврининг узайтирилиши генитал пролапснинг пайдо бўлишига таъсир қилади[13; 8-11, 31; 774 б, 41; 85-87 б, 44; 9-13 б, 83; 796-806 б, 52; 66-71 б, 19; 56-61 б.].

Ҳозирги вақтда ГП ҳосил бўлишида бириктирувчи тўқималар дисплазиясининг муҳим роли исботланган. Ўтган асрнинг ўрталаридан бошлаб тизимли бириктирувчи тўқима дисплазияси назарияси ишлаб чиқилди. Унинг ишлаб чиқиш анамнезида туғруқ тарихи бўлмаган ёки асорасиз бир марта туққан аёлларда ва бундан ташқари нормал гормонал фон мавжуд аёллар, сурункали касаллиги бўлмаган беморларда, ички қорин босими ошмаган аёлларда жинсий аъзолар проларси ривожланишини тушунтириш учун муҳим рол ўйнайди. [14; 256 б, 15; 43-118 б, 26; 3-5 б, 34; 46-48 б.].

ДСТ назариясига кўра бириктирувчи тўқиманинг ҳосил бўлишида асосий ролни тўқималар шаклини сақлаб қолишга ёрдам берувчи ва уларнинг қисқариши ва бўшашишини таъминлайди коллаген ҳамда эластин муҳим рўл ўйнайди. ДСТ толалар синтези учун масъул бўлган генлар яни волокон синтези учун жавоб берадиган генларнинг мутациялар комбинацияси коллаген ва эластин занжирларининг нотўғри ташкил етилишига олиб келади, натижада, зарур функционал механик юкларга бардош бера олмайдиган тўқималарнинг структурасининг нотўғри шаклланиши кузатилади. Буянова С.Н ва муаллифлар (2001) бир қатор экстрагенитал касалликлар (варикоз томирлари, кифосколёз, текис оёқлар, одатий дислокация, турли локализацияли чурралар, ички органларнинг птози ва бошқалар) ва жинсий аъзолар пролапси ўртасида малум боғлиқликларни аниқлашди. ДСТ бўлган беморларда I ва II типи булган беморлар коллагеннинг атипик фазовий тузилиши IV турдаги коллаген билан алмаштирилди. Бу лигаментлар ва

фассиялар тузилишида жиддий нуқсонларга, уларнинг механик хусусиятлари ва кучини пасайишига ва натижада тос бўшлиғининг функционал етишмовчилигига олиб келади. Бундан ташқари, ДСТ билан оғриган беморларда коллаген - оксипролин ҳосиласининг сезиларли ўсиши аниқланди (оксипролинурия аниқланди). Бу беморларнинг танасида коллагенни биологик йўқ қилиш тезлигини оширади.

ДСТ тарқалиши ҳақидаги маълумотлар бир-бирига зиддир, бу турли хил таснифлаш ва диагностика ёндашувларига боғлиқ.

ДСТни ташхислаш учун клиник ва генеалогик усул, шунингдек биокимёвий ва молекуляр генетик диагностика усуллари ёрдамида ҳар томонлама текшириш зарур [1; 4-9 б.].

ДСТ билан репродуктив ёшдаги аёлларда генитал пролапс олдинроқ ривожланади ва анча эрта намоён бўлади.

Яна бир хавф омилларидан бу гормонал фон бўлиб чаноқ тубига сезиларли салбий таъсир кўрсатади. Эстроген етишмовчилиги генитал пролапсанинг кучайишига ёрдам беради, чунки оралик тўқималарда кўплаб эстроген ва прогестерон рецепторлари мавжуд [7; 16-22 б, 91; 643-648 б.]. Гипоэстрогения органлар ва тос тўқималарига қон таъминоти ёмонлашувига сабаб бўлиб, қин атрофик ўзгаришлар ривожланишига, жинсий аъзолар проларси шакилланишига ва ривожланишига олиб келади. [45; 8-11 б.]. Шундай қилиб, менопауза олди ва кейинги даврларда чаноқ туби тўқималарининг тонуси, мустаҳкамлиги ва эластик хусусиятлари бузулишига сабаб бўлиши катта ёшли ва қари аёлларда касалликнинг кенг тарқалиши билан тасдиқланади (Адамян Л. В. и др., 2000; Манухина И. Б. и др., 2000). К. М. Лубер ва бошқ. (2001), катта ёшдаги гуруҳ ўртасида ЖАП билан касалланиш ўсиши аёллар учун йилига 0.17% 30-39 ёшда ва 1.86% аёллар учун 70-79 ёшда, яъни.кекса ва қари аёллар репродуктив ёшдаги беморларга нисбатан ЖАП 10 марта куп учрайди.

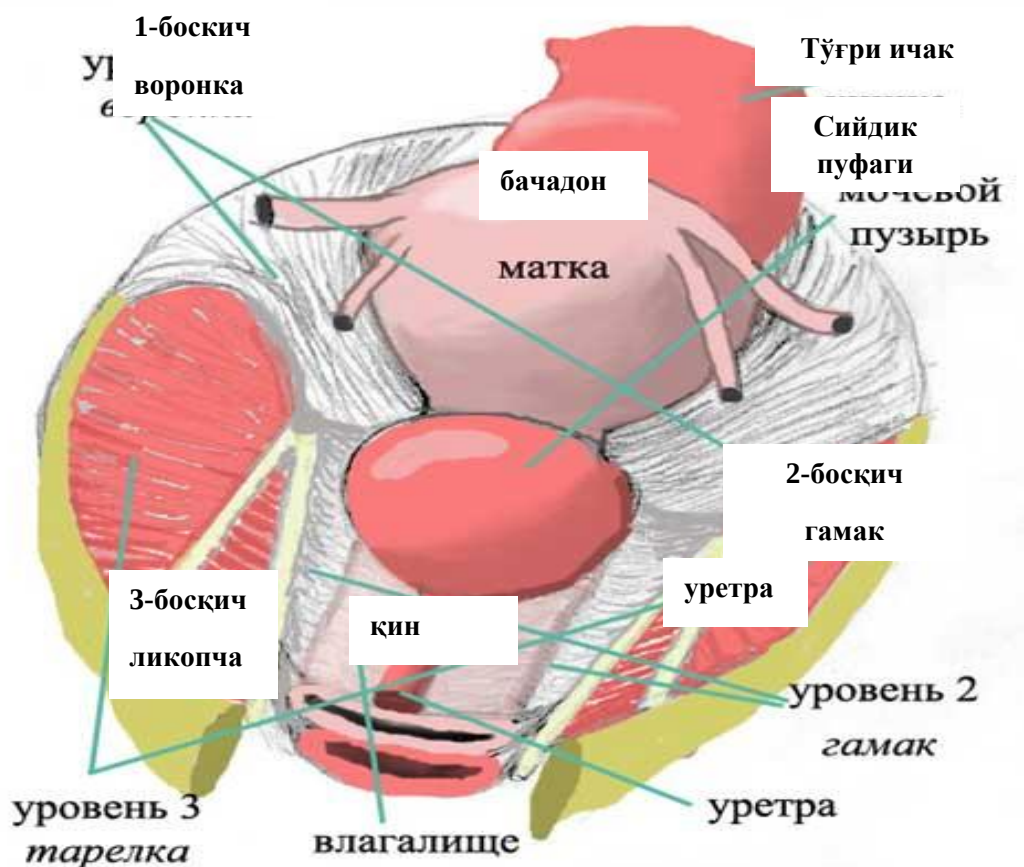
Генитал пролапснинг пайдо бўлишига ёрдам берадиган яна бир муҳим сабаб сурункали ўпка ва ичак касалликлари ҳисобланади. Тез-тез йўтал, ич

қотиши қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келади, бу одатда тос бўшлиғида ички жинсий аъзоларнинг физиологик ҳолатини таъминлайдиган мушак-фасиал тузилмаларнинг чўзилишига олиб келади [31; 774 б, 54; 66 б, 2; 104-110 б, 47; 12-22 б.].

Қандли диабет, семизлик каби микроциркуляция ва метаболик жараёнларнинг бузилиши сабаб бўладиган сурункали касалликлар, ички жинсий аъзолар [77; 1007-1011 б, 46; 39 б.] пролапс ривожланишига сабаб бўлади. Қандли диабетдаги гипергликемия қон томир микроангиопатиялар ҳосил бўлишига олиб келади, бу еса тўқималарга озик моддалар ва кислород етказиб беришнинг камайишига, гипоксия еса ўз навбатида тўқима ва тўқималарда деструктив ўзгаришлар ҳосил бўлишига ёрдам беради. Семизлик метаболик касалликларни келтириб чиқаради, натижада чанок аъзолар мушаклари етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, семизлик билан қорин бўшлиғи босими ортади, бу тос бўшлиғининг мушаклари ва фатсияларига салбий таъсир кўрсатади ва генитал пролапсус шаклланишига мойил бўлади [38; 1072 б.].

Бачадон соглом аёлларда вертикал ҳолатда сийдик пуфаги ва тугри ичак бушатишган ҳолатда кичик чанок марказида симфиз билан 1 сатҳда жойлашади (1.3.Расм) Бунда бачадон туби кичик чанок кириш текислигининг чегарасидан чикмайди; ташки бугиз утиргич усиклари орасидаги туташтирувчи текисликда жойлашади. Бачадон олдинга бироз эгилган, бу тубининг қорин олд деворига йуналганлиги билан боглик (*anteversio*) ва бачадон буйни билан танаси уртасида букилиб утмас бурчак ҳосил килади (*anteflexio*). Кин кичик чанок бушлиғида жойлашиб, юқорига ташки ва олд томонга кийшик , бачадон буйни орқаси билан йуналади. Бачадон ортиклари бачадоннинг бироз орқа томонида ва икки ёнида аникланади. Сийдик пуфагининг туби бачадон олд девори ва буйин олди қисмига бириккан, уретра киннинг олд деворига унинг урта ва пастки учлигига бирикади. Тугри ичак киннинг орқа томонида жойлашиб, у билан юмшоқ туқима орқали богланган.

Киннинг юкориги орка деворида – орка гумбаз жойлашган булиб у корин парда билан уралган тугри ичак бачадон бушлигини хосил килади.



Расм 1.3.-Бачадоннинг нормал топографияси

Аёллар жинсий аъзоларининг нормал жойлашувини куйидагилар таъминлайди: а) Жинсий аъзолар ларнинг уз тонуси, б) диафрагма харакатининг ички аъзоларга мувофиқлиги, в) бачадоннинг боғлам аппарати (кутариб турувчи, мустахкамловчи, тутиб турувчи). Жинсий аъзоларнинг уз тонуси организмдаги барча тизимларининг уз вазифаларини тугри бажаришга боғлиқ. Тонус пасайиши: жинсий гармонларнинг камайиши, нерв тизими функциясининг бузилиши, ёшга боғлиқ узгаришлар туфайли келиб чикади. Бачадонни кутариб турувчи боғлам аппарати: юмалок ва кенг бойлам, тухумдоннинг кутариб турувчи ва хусусий боғламлари киради. Бу боғламлар бачадонни марказлашиши ва унинг физиологик олдинга букилганлигини таъминлайди. Мустахкамловчи боғлам аппарати: думгаза-бачадон, асосий, бачадон- сийдик копи ва бачадон- ков боғламлари киради. Вазифаси:

бачадонни марказда жойлашиб, уни ҳеч қайси томонга силжитмасдан мустаҳкам туришини таъминлайди. Бачадоннинг тутиб тураувчи боғлам аппарати асосан чанок туби мушаклари (пастки, урта, юқори қават) яна киннинг ён деворларида жойлашган каттик бириктирувчи тукима, тугри ичак –кин ва сийдик пуфаги- кин тусиклари иштирок этади. Чанок тубининг пастки қавати мушакларига: *m.sfincter ani externa*, *m.bulbocavernosus*, *m/ischicavernosus*, *m. Transverses peraneus superficialis*. Урта қават мушакларига: *diafragma vesigenitali*, *ureter sphincter externa*, *m, transversus peraneus profundus*. Чанок тубининг юқори қават мушакларига 1 жуфт *m.levator ani* мушаклари ҳосил килади.

Жанок аъзолар пролапси патогенезида кўп назариялар орасида, енг кенг тарқалган ва тадқиқотчилар томонидан қўллаб-қувватланадиган "integral назарияси" деб, асосчилари бўлган Пе Петрос (2007) ва У. Уимстен (1990). Ушбу назарияга кўра, кичик чанок физиологик фаолияти, шунингдек унинг тўғри анатомиясини сақлаб қолиш, чанок ҳудудида жойлашган учта кўп томонлама кучларнинг тенг таъсири билан эришилади. Олдинги кучлар *m.levator ani* олдинги бўлинмалар кучларни ҳаракатини олдинга, Орқа кучлар *m.levator ani* -орқага, *m. Longitudinalis* еса пастга. Тос органлари ва қўллаб-қувватлаш (мушаклар, *ligaments*, суяк, фасция) элементлар ва тузилмалар орасидаги уланишлар қисман ёки тўлиқ бузилиши тос қаватда муваффақиятсизликка олиб келади, ва қорин ичи босими ортиши билан - кин деворлари ва/ёки бачадон пролапсига сабаб бўлади. [71; 207-212 б.].

Кичик чанокнинг тутиб турувчи аппаратини шартли уч сатҳга бўлиш мумкин: 1- сатҳ воронкага ухшаб тузилган бўлиб, бачадон ва кинни тутиб туради. 2- сатҳ беланчакка ухшаб, у тугри ичак, уретра, сийдик пуфаги ва кин деворларига жавоб беради. 3-сатҳ мушаклари « ликобча» қуринишида бўлиб, чанок аъзолари у ерда этади. Қайси сатҳда зарарланиш булганлигига мувофиқ, пролапснинг клинико-анатомик шакллари шаклланади (жадвал 1).

Жадвал 1.1.

САТХ	Тутиб турувчи тузилма	Клинико – анатомик тузилма
1	Кардинал ва бачадон- думгаза боглами	Бачадон ва кининг проксимал 1/3 кисмининг тушиши, энтероцеле, гистерэктомиядан кейин кин гумбазининг тушиши
2	Перивезикал ва периуретрал фасция, lig.pelviovesicalis, lig.pelvouretralis.Ректовагинал тусик, периретал фасция, чанок фасциясининг пай равоги	Цистоцеле, уретроцеле, уретранинг ута харакатчанлиги, сийдик туталмаслик ректоцеле, энтероцеле правагинал нуксон
3	Чанок мушаклари ва урогенитал диафрагма, ораликнинг пай маркази	Чанок туби мушакларининг носозлиги, оралик чурраси, сийдик туталмаслик, жинсий ёрикнинг очилич туриши

Шундай қилиб, ГП чанок тубининг полиэтиологик анатомик-функционал етишмовчилиги натижасида ҳосил бўлади.

1996 йилда J. DeLancey тос аъзоларининг қўллаб-қувватловчи тузилмалари даражалар билан белгиланадиган назарияни илгари сурди. Биринчи даража қин ва бачадон гумбазини қўллаб-қувватловчи сакрал-бачадон ва кардинал лигаментлар бачадон ва қин чўлтоғини мустахкамлашни уз зиммасига олади. Агар бу боғламлар зарарланса, қин чўлтоғи тушиши кузатилади. Иккинчи даража қиннинг ўрта учдан бир қисмини тузатувчи пубосервикал, ректовагинал фассиялар (Галбан ва Деновиллиер фассиялар), чанокнинг пай равоғи билан ифодаланади. Иккинчи даражали шикастланиш цистоцеле ва ректоцеле ривожланишга олиб келади. Учинчи даража- lig.

Pubouretralis va fascia end opelvica, қин ва сийдик пастки учдан қўллаб-қувватлайди [92; 49-55 б.]. Ушбу тузилмаларнинг анатомик ва функционал ҳолатининг бузилиши уретроцеллнинг шаклланишига ёрдам беради [92; 49-55 б.].

Кичик чаноқ анатомиясининг ўзига хос хусусиятлари, қон таъминоти ва иннервациясининг табиатини, шунингдек, органлараро яқин алоқаларнинг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, кичик чаноқ конституциясида ва топографик-анатомик бузилишлардаги ўзгаришлар вақт ўтиши билан нафақат ички жинсий аъзолар, кичик чаноқ ва қорин бўшлиғининг қўшни органларида, балки бутун танада анатомик ва функционал касалликларга олиб келади [71; 207-212 б.].

Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ГП рецидиви шаклланиши бир қатор омилларга боғлиқ:

- беморларнинг ёши,
- акушерлик-гинекологик ва соматик анамнез хусусиятлари,
- пролапснинг топографик ва анатомик хусусиятлари,
- танланган жарроҳлик усулинининг тўғрилиги.

Шу муносабат билан ЖАП нинг ҳар бир ҳолатини дифференциал кўриб чиқиш керак [62; 49 б.]. Касалликнинг қайталаниш кўпинчатаси 30 дан 40% гача ўзгаради. Амалиёт шуни кўрсатадики, ГП белгилари янгида операциядан кейин биринчи 3 йил ичида пайдо бўлади. (Torrens .Т 1980 йил, Ниеоо Вф N.N 1983; Huland .Н 1983, Bloneatall .В 1985/ бошқ.,). Бази муаллифлар маълумотларига кўра, генитал пролапс 33-61, 3% қайд етилади (Краснополскй ВИ, 2000; Радзинскй В. Е. ва бошқ., 2002; Шулл Б. L. бошқ., 2000), ва мувофиқ (Терешчук ЛГ, 1985; Славашевич Т. М. ва бошқ., 1988) бу кўрсаткич 70% га етади. Ўзбекистонда кўп йиллар давомида, бошқа мамлакатларда бўлгани каби, гинекология асосий радикал жарроҳлик бу қорин, қин, лапароскопик ёки комбинирланган ёндашувлар билан гистерэктомия бўлиб ҳисобланади. Адабиётларга кўра, пролапснинг бирламчи қуринишида абдоминал гистроэктомидан кейин касаллик қайталаниши 5%га

трансвагинал гистерэктомиядан кейин эса 12% ошганлиги айтилади.(Радзинский В. Е., 2008).

Қин чўлтоғининг пролапси , кўпинча сийдик қопи, аноректал ва жинсий ҳаёт бузулиши билан қўшилиб келиши беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади. [69; 789-798 б.].

§ 1.3. Жинсий аъзолар пролапси клиник кўриниши ва диагностикаси.

Генитал пролапс клиник белгилари турли хил ва нафақат чаноқ аъзолари анатомиясининг бузилишининг бевосита намоиши, балки қовуқ ва ичакнинг патологияси билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Чаноқ аъзолари пролапси билан аёллар томонидан амалда енг кенг тарқалган шикоят қинда ёд жисимнинг бўлиши хисобланади. Шикоятларни батафсил таҳлил қилиш genital пролапс бўлган беморларда уларнинг хилма-хиллигини кўрсатади. Касаллик белгилари жуда секин ривожланади, бироқ касалликнинг II-IV даражали оғирлигига эришилганда аёлларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада пасаяди. Чаноқ аъзолари пролапси нафақат қин ва бачадон тушиши билан боғлиқ шикоятлар балки у билан бтрга кечадиган қўшни аъзолар (сийдик пуфаги, уретра, тўғри ичак) ҳам киради, улар ҳаракатланишга мажбур бўлади, анатомик ва функционал бузилишларга дучор бўлади [69; 789-798 б.]. Мисол учун, А. Роров (2000) чаноқ пролапси билан беморларнинг 85% қўшни органлар функционал бузилишларини аниқлаган [65; 52-54 б.]. Ва бу патология уз навбатида урологлар ва проктологларнинг ҳам диққат марказида булиб колмоқда.

генитал пролапсидан келиб чиққан барча клиник кўринишларни бир неча гуруҳга бўлиш мумкин:

- Чаноқ аъзоларидан аломатлар: сезиларли ноқулайлик, қин ва ундан ташқарида ёд нарсанинг ҳисси, ноқулайлик, юриш пайтида ёқимсиз ва тез-тез оғриқли ҳислар [41; 85-87 б, 61; 756 б, 21; 22 б,18; 22 б, 42; 24 б.];

- сийдик йўллариининг белгилари: Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, сийдик тутиб тураолмаслик кўпинчатаси 10 дан 58% гача кузатилади. [94; 1021-1028 б, 95; 90-97 б, 67; 46-55 б, 4; 81-84 б, 17; 51-56 б, 26; 3-5 б.];

-меъда-ичак йўли белгилари: 31-41% аёлларда кузатиладиган қабзият [96; 15-107 б.]. Газлар ёки ахлатни ушлаб туриш қийинлашиши, ичакни тўлик бўшатиш каби аломатлар кузатилади [97; 41-49 б, 98; 41-49 б, 52; 66-71 б, 73; 1-4 б.]

- жинсий заифлик: 24-50% жинсий фаол аёллар тўлик жинсий ҳаётдан қониқмаслиги, алоқа пайтида оғриқ, жинсий истаги камайиши кузатилади [83; 796-806 б.]. Жинсий ноқулайлик, одатда, сийдик ёки ичак белгилари туфайли келиб чиққан анатомик ёки ҳиссий касалликлар туфайли юзага келади.

Оптимал даволаш тактикасини танлаш генитал пролапснинг аниқ ва ўз вақтида ташхислаш, генитал пролапсуснинг даражасини ва клиник куринишларига асосланиб, бу кўпинча нафақат гинекологларнинг, балки тегишли мутахассисликларнинг шифокорлари - урологлар, колопроктологлар олдидаги долзарб вазифа булиб қолмоқда. [48; 118-122 б.].

Жаҳон амалиётида, чаноқ аъзолар пролапси булган беморларда умумий клиник текшириш, шикоят йиғиш, анамнез, экспертиза, гинекологик (қин девори ва бачадон пролапси даражасини аниқлаш, оралик ҳолати) ва ректал (қин орқа девори пролапси даражасини аниқлаш, ректоцеле ҳажми, анал сфинктер ҳолати,) тадқиқотлар, лаборатория текширишлар, чаноқ органлари эхографияси текшириш, шунингдек, кўрсатмаларга мувофиқ бирлашган урогдинамик ренгенологик, гистроскопия, систоскопия текширишлари амалга оширилади. [49; 112-113 б, 5; 37-46 б, 29; 17-21 б, 55; 520 б.]

§ 1.4.Жинсий аъзолар пролапсини учрайдиган турли хил асоратлар

Аёлларда учрайдиган жинсий аъзолар пролапси кенг тарқалганлиги, (28%-39%) клиник белгиларининг эрта намоён бўлиши ва кўп ҳолларда касалликнинг жаррохлик амалиётидан сўнг такроран қайталаниши билан боғлиқ бўлиб, касалликнинг статистикада камайишга мойил эмаслиги ҳозирги

кунда гинекологлар олдидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жараённинг кейинги босқичларида III-IV даражасида урогенитал ва аноректал дисфункцияси оқибатида қин нормал анатомияси ва биоценозининг бузилиши туфайли юзага келадиган жинсий аъзоларнинг пролапси ва пролапс билан боғлиқ бошқа касалликлар: қин яллиғланиш касалликлари (колпит, бактериал вагиноз) ва бачадон бўйни (цервицит) қин девори трофик яралари “ декубитус”, бачадон бўйни элонгацияси, сурункали эндоцервицит ёки бу асоратларнинг икки ва ундан ортиги биргаликда келиши учрамоқда. (Булатов Р.Д. – 2003)

§ 1.5. Жинсий аъзолар пролапсини замановий даволаш усулларида кейин жинсий аъзолар пролапсини рецидивлар, асоратлар ва уларни олдини олишнинг турли усуллари самарадорлигини баҳолаш

Генитал пролапснинг биринчи белгилари пайдо бўлганда, одатда чаноқ туби мускулларини мустаҳкамловчи, махсус мосламалар ёрдамида машқ қилиш учун махсус машқлар тавсия етилади [82; 2105-2111 б, 53; 28-35 б, 81; 117-126 б, 99; 325-326 б.]. 1952да америкалик акушер-гинеколог Arnold Kegell томонидан таклиф қилинган терапевтик ўқув мажмуаси энг машҳур еди. Бугунги кунда бу машқлар нафақат чаноқ аъзолар пролапси I-II даражаларида қўллаш халқоро протоколларга киритилган балки ҳозирда беморлар реабилитациясида, туқруқдан кейинги давр ва ҳомиладорликда кенг қўлланилиб келмоқда. [80; 1488-1495 б, 79; 1523-1529 б, 25; 101-108 б, 20; 104 б.]

1985 йилда С. Плевник қин конусни қўллашни тавсия қилди, унга кўра, чаноқ мушакларини мустаҳкамлаш учун самарали қурилма эканлигини айтади. [93; 1523-1539 б.]. Ҳозирги вақтда тос аъзолари пролапсининг эрта босқичларини тузатишнинг самарали минимал инвазив усуллари пайдо бўлди, масалан, биоревитализация, Плазмолифтинг [6; 12-18 б, 12; 42-48 б.]. Лазер технологиялари I-II даражали генитал пролапсни жарроҳлик йўли билан даволаш ва постменопаузал ва фармакотерапия, жинсий аъзолар туғруқдан

кейинги атрофияларда актуал долзарб масалалардан бўлиб бормоқда [6; 12-18 б, 12; 42-48 б.].

Аммо касалликнинг ўртача ва оғир даражаларижа даволашнинг энг самарали усулларида бу хирургик даво бўлиб қолмоқда. Шунга қарамай, шифокор ҳар доим беморларнинг операция қилишни истамаслиги, оғир ёндош соматик патологиянинг мавжудлиги туфайли жарроҳлик муолажасини амалга ошириш имконига ега эмас [69; 789-798 б, 51; 32-34 б, 56; 8-10 б.]. Агар операцияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, латекс каучук ёки силикондан тайёрланган турли шакл ва ўлчамдаги пессарийлардан фойдаланиш мумкин [101; 103-110 б.].

Песарлар чаноқ аъзолар чуррасида консерватив терапиясининг умумий қабул қилинган усули ҳисобланади. Тос бўшлиғида ички жинсий аъзоларни жуда яхши ушлаб турувчи ва одатда кекса ва қари одамларда ишлатиладиган 100 дан ортиқ пессарий турлари мавжуд [8; 15-28 б.].

Пессарилардан фойдаланиш бу муаммони тузатишнинг минимал инвазив консерватив усулини англатади. Бироқ, улардан фойдаланиш натижасида асоратлар пайдо бўлиши мумкин: ёқимсиз ҳид, қон кетиш. Сийдик йўли инфекцияси ва қин деворларнинг эрозияси, vulva ва қиннинг тери ва шиллиқ қаватларида сурункали яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва натижада хужайрали атипия шаклланиши ҳақида маълумот мавжуд [101; 103-110 б.] Schtraub S . ва ҳаммуаллифи. (1992) 18 йил пессардан фойдаланишдан кейин қин ва бачадон бўйни саратони ривожланишини аниқлашди. [101; 103-110 б.]

Қин ичида узоқ вақт пессари мавжудлиги натижасида қўшни органлар билан оқма ҳосил бўлиш ҳоллари қайта-қайта тасвирланган [103; 579 б.]. Linda Brubaker (1994), пессарийдан фойдаланишнинг самарадорлигини ва давомийлигини ўрганиб чиқиб, 30% дан ортиқ аёллар 6 ой кулланилгандан сунг улардан қайта фойдаланмаганлигини ва турли хил асоратлар келиб чиқишини аниқлади. [104; 646-651 б.].

Генитал пролапсининг асосан огир даражаларида III-IV даражасида касалликни даволашнинг ягона самарали усули жарроҳлик ҳисобланади. Кўп сонли ягона техника ва уларнинг модификациялари мавжудлигига қарамасдан, ушбу патологияни тузатиш учун "олтин стандарт" сифатида ҳеч қандай жарроҳлик аралашуви хизмат қилмайди [31; 774 б, 35; 58-61 б.]. Жарроҳлик техникаси танлаш бемор ёши, проларснинг шакли ва чанок аъзолар пролапс даражаси, репродуктив вазифаси сақлаш ва жарроҳлик амалиётидан кейин жинсий алоқаларни сақлаб қолиш бир канча гинекологик ва соматик касалликларга боғлиқ.

Ички жинсий аъзоларнинг тушиши ва чикиб қолишини жарроҳлик йули билан даволаш буйича бир канча модификация ва усулларнинг булишига қарамай ягона самарали даволаш усули йук [8; 15-28 б, 21; 22 б, 57; 8-10 б.]. Куйида биз хирургик даволаш усуллардан куп қулланиладиганларини бирлаштириб гуруҳларга булиб куриб чиқамиз (асосан В.И. Краснопольский таклиф этган таксимланиш буйича) Биринчи гуруҳга кинни сагитал ёки кундаланг йуналиш буйлаб, қисман беркитиш буйича килинадиган операциялар. Х.Роттер., А. Белов Кинни сунъий халқа куринишида торайтириш. Л.Ф. Нейгебауэр., Лефор [87; 293-303 б, 93; 1523-1539 б.] Урта кольпоррафия билан шиллик каватини кесгандан сунг тикиб куйиш. А.Лабхардт [91; 643-648 б.] Нотулик кольпоперинеоклейзис усуллари киради.

Кинни қисман беркитиш операциясига курсатма жинсий ҳаётда яшамайдиган, ёши катта ва қари аёлларда бачадонни тулик тушиши ҳисобланади [16; 43-50 б.]. Бундай операцияни утказишга куйиладиган шартлардан бири, бачадонда патологик ҳолатларнинг булмаслигидир (36). Бу операциялар ҳозирда тарихий аҳамиятга эга булиб, 1-дан техник жихатдан оддий, кам вақт сарфланади, бемор учун ҳам енгилроқ операция булиб, асосан соматик касалликлари бор аёлларда утказилади. Шунга қарамай узига хос камчиликлари ҳам бор, яъни бундай операциялардан сунг бачадонда бирор хил манипуляцияларни утказиш учун қулайлик йук. Хаттоки бачадон буйинини

хам кўриб булмайди [47; 12-22 б.]. Бундан ташкари Лебхард операциясидан сунг рецидив учраш кўпинчатаси юкори.

Иккинчи гуруҳдаги операцияларга, чанок тубини мустахкамлашга каратилган операцияларни киради. Бу турдаги операциялар ички жинсий аъзоларининг тушиши ва чикиши булган барча турдаги жаррохлик аралашувларида асосий ва кушимча даволаш усули сифатида кулланилади. Чанок тубини мустахкамлашда дастлаб кин олдинги девори пластикаси, кейин леваторопластика ва кин орка деворининг пластикаси бажарилади. Кин – сийдик копи фасциясини мустахкамловчи ва цистоцеле пластикаси учун куплаб усуллар мавжуд. Е Магйп модификацияси буйича кин олдинги деворидан овалсимон шаклда лоскут кесилиб, жарохатга караб 1-2 см колдириб қирғоқларидан секин ажратилади, фасция оёклари бир-бирига мустахкамланиб чоклар ёрдамида бачадон буйни тўкимасига тикилади [95; 90-97 б.]. Цистоцеле пластикасидан сунг, фасция сийдик пуфаги устига тикилади. Кин фасциясини ажратиб, булиш билан олдинги кольпоррафия усулини Витт таклиф этган. Ушбу мақсадда кин-сийдик пуфаги фасцияси очилади, яъни дастлаб урта чизик буйлаб пластинка икки томонга ажратилади. Сунг бир-бирининг устига дупликатура хосил килиб, чоклар ёрдамида мустахкамланади. Ички жинсий аъзаларнинг тушиши ва чикишида цистоцеле ахамиятли даражада ривожланганлигида кин фасциясини тикишни сийдик пуфагини репозиция килиш билан бирга утказишни, Жмакин К.Н. татбик этган . Бу муолажани утказиш вақтида энг асосийси шуки, кин олдинги девори соҳасида ишлаш вақтида унча катта булмаган лоскут хосил килиб, уретра деворига шикаст етказмаслик. Сийдик –чиқариш каналини кўпол равишда жарохатлаш оқибатида, чандикли уретра синдроми келиб чиқишини олдини олиш ва яна кин олдинги деворини тиклаш давомида жинсий ёрикни жуда киска колдирмаслик. Киннинг орка деворини пластикаси утказиш мақсадида кольпоперинеопластика бажарилади. Бу операциянинг асоси кининг шиллик каватини осилган кисмини кесиб олиб, кин-сийдик копи диафрагмасини торайтириш, ораликни тиклаш, яъни чанок тубини хосил килиш [44; 9-13 б.].

Курсатиб утилган операциялардан сунг касалликнинг кайталаниши 6,2-дан-32,8%гача булиб, куйидаги хатоликлар кузатилади: Кин орка деворини жуда тор килиб куйгандан сўнг кин деворларининг шиши, ректоцеленинг кайталаниши, диспареуния белгилари шаклланади; Кин- сийдик копи фасциясини нотулик мустахкамлаш окибатида кин олдинги деворининг тушиши кайталаниши кузатилади.

Учинчи гуруҳдаги операциялар таркибига бачадонни фиксация килувчи ва боғламларини кискартириб, мустахкамловчи операцияларни киритилади. Бачадонни фиксация килувчи ва боғламларини кискартириб, мустахкамловчи операциялар Долери Джильям усули Корин олдинги деворининг тугри мушаги оркали туннел хосил килиб, юмалок боғлам оркали бачадон вентросуспензиясини амалга ошириб, апоневроз остига тикиб куйиш. Асоратларни олдини олиш максатида Персианинов Л.С. бачадон- сийдик пуфаги чунтагини беркитишни таклиф килган. Бу усул рецидив курсатгичи 9,8%-33% га етади. Кохер операцияси-Корин олд деворига бачадонни фиксация килиш. Бунинг учун бачадоннинг олд ва орка юзалари буйлаб алохида фиксацияловчи чоклар корин олд девори апоневрози устига тикилади ва бачадон туби атрофии париетал корин парда билан беркитилади (бачадоннинг юкориги 3дан 1 кисми экстраперитонеал жойлашади) Операциядан сунг рецидив 1 йил давомида 23,9%да кузатилган [6; 12-18 б, 15; 43-18 б, 50; 60 б, 65; 52-54 б, 74; 1077 б.] Менге операцияси Бачадон олдинги деворига бачадоннинг юмалок боғламларини осиб куйиш. Рецидив курсатгичи 45,4% га етади.

Бир канча узига хос камчиликларининг булишига карамасдан, амалиётда кенг таркалган операциялардан биридир. Юкоридаги курсатиб утилган операцияларнинг омадсиз якунланиши, бажарилиш жараёни билан боғлиқдир, яъни бачадонни нофизиологик холатдан бошка бир холатга утказиб, уни шу холатда фиксация килиб, харакатини биров чеклаш [34].

Охирги йилларда ГПни комбинирланган коррекцияси (туртинчи гуруҳ) оммалашиши устунлик килмокда [43; 4-38 б, 51; 32-34 б.]. Аввал

фойдаланилган операция усуллари янги методик соҳаларда (замонавий материаллар, эндоскопик техникалар ва бошқа) куллаш. Брауде И.Л. ГП рецидивланишида операцияларни 2 боскичда бажаришни тугри деб ҳисоблайди – кесар-кесиш ва корин олд деворига бачадонни фиксация қилиш билан кольпоперинеопластикани амалга ошириш. Краснопольский В.И. томонидан таклиф қилинган усулда коникарли натижалар олинган. Бачадонни физиологик ҳолатини таъминлаш, аёлларнинг жинсий ва бола тугиш функциясини саклаш мақсадида, икки этапли комбинирланган жаррохлик даволаш усулида корин орқали апоневрозли лоскут ёрдамида бачадон-думгаза боғламини мустаҳкамлаш ва 2-боскичда кин орқали олинги кольпоррафия ва кольпоперинеоррафияни бажариш. Бундай парваришдан сунг касалларнинг тулик реабилитацияси 95,4%да кузатилган. Бурчик В.И.(2000) бачадоннинг нотулик тушишида Манчестер операцияси ва лапароскопик бачадон юмалок боғламини кискартириш бир вақтнинг узида стерилизация билан комбинирланган операциясини таклиф қилган . Кейинги бешинчи гуруҳимизга тушган аъзоларни суякларга, чанок боғламларига каттик фиксация қилувчи операциялар қиради. Сергеев Н.Н, 1939 Кратц Х, 1957 Промонториумга бачадонни фиксация қилиш. Richarson D.A. 1989 Сакро – спинал бачадон фиксацияси. Бачадон танасини чанокга фиксация қилиш, ҳолатининг доимийлигини, тургунлиги ва табиийлигини таъминлайди. Жмилини С.В. ва Поргес Р.Ф. (1994) бирламчи пролапсда бачадоннинг сакроспинал фиксацияси касалликнинг қайталаниш қўпинчотасини 15,8%дан- 6,7%га пасайтиради. Жинсий аъзоларни каттик фиксация қилиш қўпинча энтероцеллени тугирлаш билан яқунланади. Чанок каттик тузилмаларига жинсий аъзоларни фиксация қилгандан сунг диспареуния, зуриқиш вақтида сийдик тутаолмаслик, детрузор нотургунлиги, ичаклар бушалишининг қийинлашуви [56; 8-10 б.].

Олтинчи гуруҳ операцияларга ГП кулланиладиган самарали даволаш усуллари билан бири, бачадонни фиксацияловчи тузилмасини мустаҳкамлайдиган, боғламларни бир-бирига тикиб, транспозиция қилувчи

операциялар киради. Худди шу максаддаки манчестер операцияси биринчи булиб, А. Дональд томонидан 1988 йил амалга оширилган. Бачадон буйни олдинги деворига кардинал боғламларни бириктириш, бачадон буйнини тушиши ва узайишида ампутация килиш оркали куп компонентли аралашувларни куллаш оркали самарадорликка эришилади. Кардинал боғламларни сезиларли даражада кискартириб, жаррохлик амалиётини муносиб равишда бажариш натижасида, бачадон танаси юкорига кутарилиб, антеверсио-антифлексio ҳолатини олади. Охирги боскичда, олдинги кольпоррафия цистоцеле, уретроцеле ва сийдик тутаолмасликни (90% касалларда сийдик тутаолмасликка нисбатан ижобий натижа олинган) бартараф этиш учун бажарилади. Орка кольпоррафия ҳам амалга оширилади. Операция бола тугиш ёки хайз циклини саклаб қолиш максадида ва бачадоннинг 1-2 даражали тушишларида, агар экстирпацияга курсатма бўлмаса утказилади. Бирок бачадон буйни ампутацияси уз-узидан хомила тушиш хавфини ва муддатдан олдин тугрукни 20-50% гача ошишини келтириб чиқаради. Манчестер операциясидан сунг кайталаниш кўпинчатаси 2,3-16% гача. Кўпинча кайталанишлар бачадонни нормал ҳолатига тугирлай олмаслик натижасида тахминан 2,5 % ҳолларда кузатилади. Узок муддатли кайталанишларсиз коникарли натижаларни Макаров О.В. (2000) Манчестер операцияси билан Александр – Адамснинг юмалок боғламни кискартириш операциясини комбинация килиш билан амалга оширган [26; 3-5 б.].

Еттинчи гуруҳ операцияларга ГПни радикал даволаш усули – кин оркали бачадон экстирпациясининг турли модификациялари киради. Кин оркали экстирпация килиш радикал характерга эга булишига қарамадан, тахминан 33% ҳолларда кайталаниши кузатилади [10; 39-43 б, 57; 8-10 б, 44; 9-13 б, 60; 152-156 б,]. Жарроҳлик усули билан тузатиш қийин саналган ва клиник амалиётда жуда кенг тарқалган ички жинсий аъзолар етишмовчилиги ва вин чултоғининг пролапси ҳисобланади. [30; 774 б, 48; 118-122 б, 50; 60 б, 63; 4-9 б, 76; 301-305 б, 75; 136 б.].

Ҳозирги вақтда қин чўлтоғининг гистеэктомиядан кейинги пролапсини даволаш ва олдини олишда куплаб трансвагинал, лапротомик, комбинирланган ва синтетик материаллар билан қин чўлтоғини фикцасия қилиш усуллари мавжуд. Кейинги вақтларда қин чўлтоғини фикцасия қилишда куплаб синтетик материаллардан фойданилмоқда. Ҳозирги адабиётлардаги маълумотлар шуни кўрсатадики, синтетик материаллардан фойдаланиш нафақат ижобий натижалар, балки асоратларнинг янгиғянги турларини пайдо бўлишига олиб келмоқда. [2; 104-110 б, 4; 81-84 б, 74; 1077 б, 38; 1072 б, 72; 170-177 б, 58; 48-52 б.]. Чаноқ аъзолари пролапси билан шуғурланувчи кўплаб жаррохлар синтетик материаллар кулланилгандан сунг асоратларнинг 5%-35% купайганлигини курсатишмоқда. [68; 492-495 б, 67; 46-55, 43; 4-38 б, 55; 520 б.]. Асоратлардан энг куп учрайдиган тури бу қин шиллиқ қаватининг эросияси ва синтетик материал куйилган соҳа асоратлари. [22; 104-105 б, 23; 25-28 б.]. Синтетик материаллардан кейин узоқ муддатли асоратлардан қин снехияси, яни жароҳат соҳа тўлиқ битмаслиги оқибатида гипертрофик яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади. [17; 51-56 б.].

Қин шиллиқ қаватининг эрозияси ўртача кўпинчатаи синтетик материалларни трансвагинал куллашдан кейинги бир қанча авторлар маълумотиға кура, 7.6-10.6% [57; 8-10 б.]. Баъзи ҳолларда, қинда чандиқли ўзгаришларва протрузия аёллар ҳаёт сифатини кескин ёмонлашишиға ва узоқ муддатли оғриқлар, дискомфорт ва диспареунияға олиб келади. [11; 37-45 б.]. Бу ўз навбатида имплантант куйилган соҳани ва қин шиллиқ қават эрозиясини локал олиб ташлаш ягона хирургик даво ҳисобланади.

2010 йил Халқаро урогинекологлар ассоцияси (International Urogynecological Assotiation — IUGA) ва Халқаро сийдик ушлаб тураолмасликни даволаш кўмитаси (International Continence Society — ICS) биргалиқда янги мақоласини чиқарди ва унга кура асоратлар классификациясида синтетик материаллардан кейинги асоларға янги Имплантант-боғлиқ асоратлар терминини киритди. Асоратлардан энг муҳимлари қин шиллиқ қаватининг эрозияси, синтетик имплантант куйилган

соҳа эразияси, инфекцион асоратлар, диспареуния, сурункали чаноқ туби оғриқлар. [18; 22 б, 43; 4-38 б, 54; 66 б.].

Феврал ойида 2019 да АҚШ дори-дармон ишлаб чиқариш устидаги контрол бошқармаси (Food and Drug Administration, FDA) текширишлар натижасида 11,274 аёлларда генитал пролапсини бартараф қилишда трансвагинал дастурда қулланилган синтетик материалларнинг қин шиллик каватида эрозия келиб чиқишини аниқлади. Кейинчалик 2019 йил апрелда FDA савдо расталарида трансвагинал қулланиладиган синтетик материалларни сотиш қуллашни Америкада тақиқлаб қўйди [57; 8-10 б.].

Март 2016 йил Мюнхенда халқаро европа конгресси синтетик эндопротезларни қуллашда аниқ курсатмаларга тайанибгина рухсат берди яни апикал пролапсда, рецидив пролапсларда ва албатта уз туқимаси билан бартараф этиб бўлмайдиган жинсий аъзолар пролапсида. [56; 8-10 б, 87; 293-303 б, 17; 51-56 б.].

Шу билан бирга, ГП жарроҳлик даволашда нафақат онотамик аъзолар ўрнини тиклаш балки ГП тури ва даражасига, касаллар ёши, соматик ва гинекологик касалликлар паталогиясини турли хил модификациялардан фойдаланилган ҳолда алоҳида индивидуал ёндашувни талаб қилади. Турли хил изланишлар шуни кўрсатадики жинсий аъзолар пролапси жирургик коррекциясидан кейин аёллар такроран 30% ҳолларда жарроҳлик амалиётини утказишади[60; 152-156 б. 65; 52-54 б, 24; 64-66 б.], ва бошқа муаллифлар кўра, бу кўрсаткич 61,3% (Краснополский ВИ, 2000 етади; Радзинский В. Е. ва бошқ., 2002; Шулл Б. L. ва бошқ., 2000).

Шундай қилиб, адабиётлардан келиб чиққан ҳолда, бачадон тўлиқ тушиши ва қин чўлтоғининг пролапси ҳозирги кунда гинекологлар олдидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жарроҳлик даволашнинг қўплаб усуллари у ёки бу турлари хусусий тўқималар, синтетик материаллар қўланилганда жинсий аъзолар пролапси ва гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоқи пролапси рецидиви камаймаганлигини курсатади. Уз навбатида бизнинг қарашларимиз шуни англатадики жинсий аъзолар пролапси оғир

даражаларида ва гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоқи пролапсини даволашда янги хирургик даво усуллари ишлаб чиқиш ва бу усулнинг эффективлигини оширишни ишлаб чиқиш уз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Текширилган аёллар клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари

Илмий тадқиқотимизга генитал пролапс билан мурожат қилган жами 98 нафар бемор олинди. Беморларнинг ёш кўрсаткичи 46 дан 68 ёшгача бўлган қўламни ўз ичига олди, ўртача 55 ёш. Текширувларимиз даври 2015 йилдан 2022 йилгача 7 йилни ташкил қилди.

Тадқиқот ўтказиладиган барча беморларимиз III гуруҳга ажратилди.,

I-гуруҳ (асосий) беморларимиз 67 (68,4%) нафар беморларимиз, генитал пролапсининг турли хил асоратлари ва бирламчи жаррохлик амалиётидан кейинги рецидивлари билан беморларда қин чўлтоғини мустаҳкамлашнинг такомиллаштирилган модификацияси бўйича трансвагинал кириш йўли билан бачадоннинг экстирпация операцияси ўтказилган беморлар.

II-гуруҳ (таққослаш) 31 (31,6%) нафар беморларимиз жинсий аъзолар пролапси оғир даражаларида анъанавий усулда абдоминал ва трансвагинал бачадон экстирпацияси жаррохлик амалиёти ўтказилган.

III-гуруҳ (назорат) 25 нафар бачадон трансвагинал гистерэктомиясидан қин чўлтоғини мустаҳкамлашнинг такомиллаштирилган усулини самарадорлигини уни ҳаёт сифатини, ижтимоий мослашувчанлигини, жинсий ҳаёт фаолиятларини аниқлаш мақсадида 25 нафари анамнезида генитал пролапсга боғлиқ бўлмаган ва турли хил сабабларга кўра трансвагинал ёки абдоминал гистерэктомия ўтказган беморлар олинди.

Расм 2.1.- тадқиқот ўтказилган беморлар гуруҳларга тақсимланиши

Тадқиқотларимизда генитал пролапснинг жаррохлик даволаш асосий тамойиллари белгилаб олдик:

1.Симптомларни бартараф этиш.

2.Проплапсга алоқадор барча қўшни органларнинг нормал анатомик муносабатларини тиклаш.

3.Тос аъзоларининг функционал вазифаларини тиклаш, такомиллаштириш ва янада ҳимоя қилиш.

4. Қўшни органларнинг шикастланиши ёки ёмонлашувининг олдини олиш.

5. Рецидивлар частотасини камайтириш, сезиларли даражада ҳаёт сифатини яхшилаш, ва енг яхши функционал натижалар берадиган жарроҳлик технологияларидан фойдаланиш.

6. Жарроҳлик даволашда минималинвазив усуллардан фойдаланиш.

Тадқиқотлар жараёнида I ва II гуруҳ беморларимизда генитал пролапснинг учраш даражалари ва кулланиладиган жарроҳлик амалиётларининг турларини урганилди(олдимиздаги вазифа 1-банди) Уларнинг анамнези, шикоятлари, УТТ текширувлари, гинекологик текширувлар, ёндош касалликлар, кейинги рецидивлар даражаси ўрганганиш жараёнида жинсий аъзолар пролапси рецидивини бартараф этишда оптимал жарроҳлик усулини ишлаб чиқиш(вазифанинг 2,4 банди) бундан ташқари кузатилга генитал пролапс асоратларини бартараф этишда ўз тўқималаридан фойдаланилган холда трансвагинал гистерэтомиянинг тасирини ўрганиш ва баҳолаш.(вазифанинг 3-банди). Бирламчи жарроҳлик амалиёти ва характерини ҳисобга олган холда жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, жарроҳлик амалтётидан кейинги реабилитация жараёнига индивидуал ҳар бир беморда ўрганилиб чиқиш ва ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги яқин ва узоқ натижаларни баҳолаш(вазифа 5-банди)

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилардир:

1) Бачадон тушишининг III-IV даражалари (POP-Q) таснифи бўйича, жарроҳлик амалиётини талаб қиладиган.

2) Ёши 46 дан ва ундан катта ёш

3) Экстрагенитал патологиялар асоратлари мавжуд булмаган ҳоллар.

4) Генитал пролапс асоратлари (бачадон декубитал яралари, қин трофик яралари, бачадон элонгацияси ва бачадон бўйни ялиғланиш касаликлари)

- 5) Текшириш усулларига ва жаррохлик амалиётига рози бўлганлар (розилик хатига (имзо))

Беморларни тадқиқотга киритмаслик мезонлари:

- 1) Текшириш усулларига ва жаррохлик амалиётига рози бўлмаганлар.
- 2) Умумийсоматик сурункали касаллик (декомпенсация босқичи) мавжут бўлганлар.
- 3) Бачадон ва бачадон ортиқларининг ёмон сифатли ўсмалари.
- 4) Қандли диабет
- 5) Қон ивиши тизимига боғлиқ бўлган бузулишлар(лаборатор текширишлар ва анестезиолог кўрсатмаси)

Ўтказилган жаррохлик амалиётидан олдинги ва кейинги натижалар самарадорлиги 1 йил давомида ва 3 йилдан кейин бахоланди. Баҳолаш обектив ва субектив мезонлар асосида бахоланди.

- 1) Беморлар шикояти
- 2) Даволаниш самарадорлиги бемор томонидан сифатини баҳолаш
- 3) Беморни текшириш, шу жумладан қин орқали текшириш дамолиш пайтида ва кучаниш пайтида;
- 4) Куйдаги анкеталар ёрдамида текшириш.
PFDI-20 (PelvicFloorDistressInventory),
PFIQ 7 (PelvicFloorImpactQuestionnaire)

§ 2.2. Текшириш усуллари

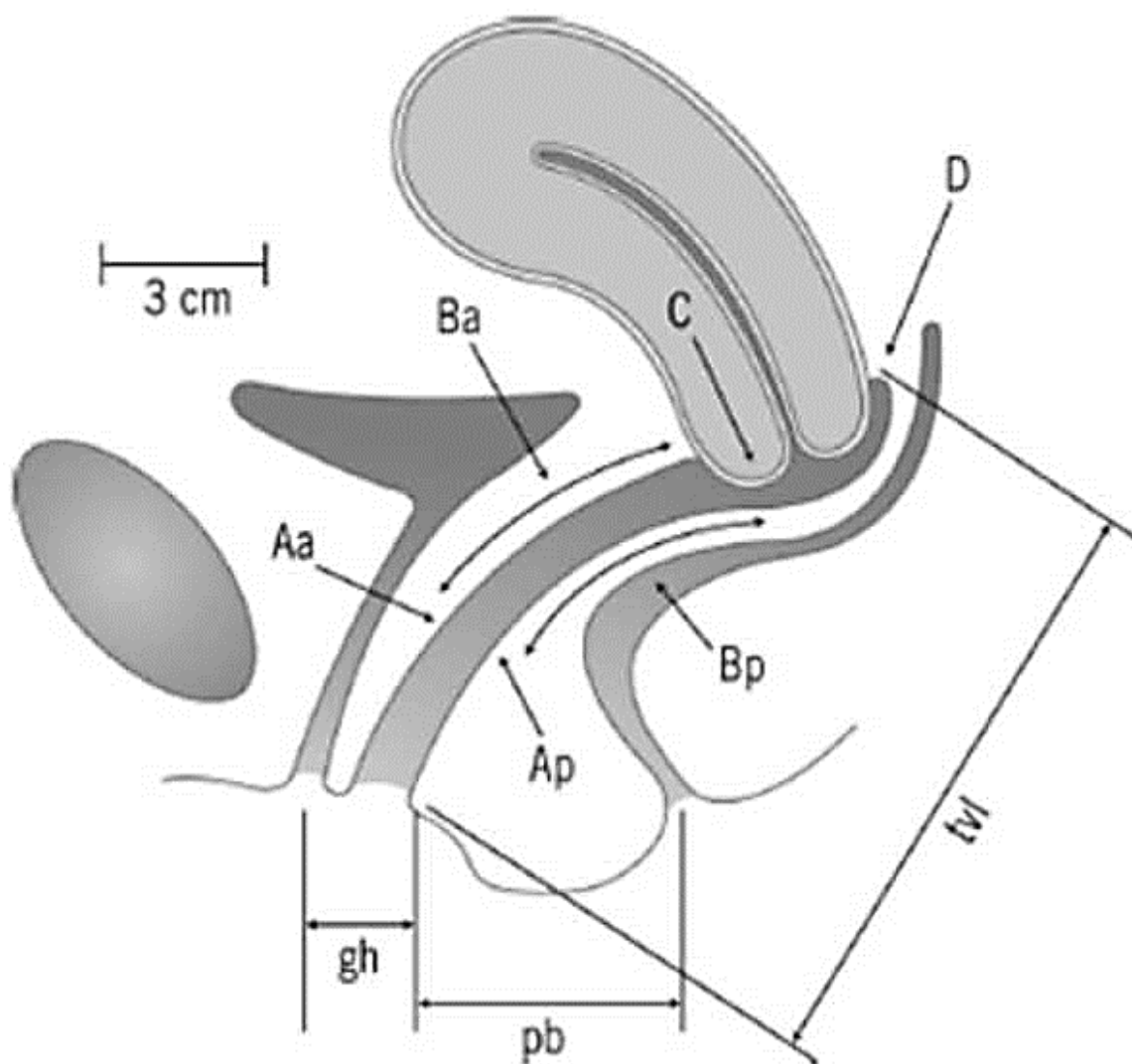
Жинсий аъзолар пролапси билан мурожат қилган беморларни текшириш стандарт умумклиник ва лаборатор текширишлар ёрдамида амалга оширилди. Жаррохлик амалиётидан олдинги текшириш ва жаррохлик амалиётига тайёргарлик, жаррохлик амалиёти ва операциядан кейинги реабилитация жараёнлари оптимал тактикасини беморларни текширишга комплекс ёндашув натижаси орқали амалга оширилади.

§ 2.2.1. Клиник текширувлар.

Клиник текширувлар текширувдаги беморларнинг шикоятлари, умумий ва гинекологик кўрик, ва уларнинг анамнези ўз ичига олади. Текшириш усулларида муҳим рўл анамнез йиғиш ҳисобланади. Анамнезни батафсил йиғиш, касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни ўрганиш муҳим рол ўйнади. Беморни ўрганишда, нафақат ўз касалликнинг шикоятлари ва хусусиятлари, балки ҳаёт сифатини, шунингдек, ижтимоий мосланувчанлик, яшаш шароитларини ва иш шароитларини ўрганиш ўтказилди.

Гинекологик текширувларда бимануал ва ректал текширувлар умум қабул қилинган усулар орқали ўтказилди. Ташқи жинсий аъзолар визуал текширувида чаноқ туби етишмовчили аниқланади бу (анусни кўтариб турувчи мушаклар оёқчаларининг иккига ажралишидан) эса жинсий ёриқнинг очилиб турганлигини кўрсатади. Қин шиллиқ пардаси ҳолати, бачадон бўйни ҳолати, бимануал кўрикда ички жинсий аъзолар ҳолати, жойлашуви, формаси, консистенцияси, ҳаракатжанлиги аниқланди. Қин орқа девори ва анусни кўтариб туришига жавобган мушаклар тонусини баҳолаш беморлардан қинни суний қисиш суралди ва бу агар тонус сақланган бўлса мусбат натижа деб баҳоланди. Қин бимануал текширишдан, ташқари беморларда ректал текширувлар ўтказилиб бу орқали ренктовагинал устунлар ва анал сфинктер ҳолатини, тўғри ичак шиллиқ қавати, туғри ичак олдинги девори чўзилганлигини белгилари яни тўғри ичак олдинги чўзилган қисмида чўнтак ҳосил бўлиши бу ректоцеледан далолат беради.

Жинсий аъзолар пролапси даражасини аниқлаш мақсадида ҳозирги кунда кенг қўлланиладиган POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) бўйича таснифидан фойдаланилди. (Расм-2.2.)



Расм-2.2. Чанок аъзолари пролапси тушиш даражасини аниқлаш

Куйдаги келтирилган аниқлаш нуқталари асосида см ўлчов бирлигида беморларнинг жинсий аъзолар келтирилган нуқталардан оғиши еки пастга тушиши аниқланиб генитал пролапсининг оғирлик даражалари ўрганилади. Жинсий аъзолар пролапсида POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) бўйича таснифидан фойдаланиш нафақат бачадон тушиш даражаси, балки гистерэктомиядан кейинги ҳолларда ҳам қин чўлтоғи ва қин олд ва орқа деворларининг тушиш даражалари аниқлаш имкониятини яратади.

Аа- қин олдинги девори (кизлик пардадан 3м проксимал жойлашади), Ва- қиннинг олдинги девори (С ва Аа нуқталар орасида) бу нуқта гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоғи пролапси аниқлашда аҳамиятли.

Ар-қин орқа девори (қизлик пардадан 3см проксимал жойлашади), Вр – қиннинг орқа девори бўлиб Ар ва D нўкталар ўртаси. С-бачадон бўйни олдинги гумбази (гистерэктомияда ахамиятли) D - орқа свод (гистерэктомиядан кейин аниқлаб бўлмайди) TVL - қиннинг умумий узунлиги gh - жинсий тирқиш Рb- оралиқ масофа хисобланади (Жадвал.2.1.)

Жадвал.2.1.

Босқич	Белгилари
0	Ички жинсий аъзоларнинг пролапсаси йўқ. Аа, ап, Ба, Бп нуқталари - ҳаммаси -3 см, С ва Д ->[твл -2] см
I	Энг кўп чиқадиган нуқта қизлик пардасидан 1 см дан ортиқ масофада жойлашган (<-1 см)
II	Энг кўп чиқадиган нуқта қизлик пардасидан 1 см баландликда ёки қизлик пардасидан 1 см дан ортиқ бўлмаган масофага ўтади (> -1 см, лекин <+1 см)
III	Энг кўп чиқадиган нуқта қизлик пардасидан 1 см дан ортиқроққа чўзилади, аммо қиннинг умумий узунлиги (твл) 2 см дан ошмайди - қиннинг тўлиқ тескари бўлиб қолиши йўқ (> +1 см, лекин <+ [твл). -2] см)
IV	Қиннинг тўлиқ тескари бўлиб қолиши. Энг кўп чиқадиган нуқта қизлик пардасидан 1 см дан ошади ва қиннинг умумий узунлиги (твл) 2 см дан (> + [твл -2] см) қисқаради

Жинсий аъзолар пролапси хаёт учун хавли паталогия хисобланмайди шу боис беморларнинг шифокорга мурожати сабаби хаёт сифатининг пасайиши, ижтимоий мосланувчанликнинг ёмонлашуви, жинсий хаёт бузилиши кузатилади. Жаррохлик амалиётига кўрсатмалар фақат клиник текширувлар, гинекологик ва ректал текширувлар хисобланмай, балки махсус анкеталар(савол-жавоб) ҳам жаррохлик амалиётига курсатмаларни тўғри танлашда ёрдам беради. Хозирги кунда жинсий аъзолар пролапсини сураб-суриштиришда махсус кўп қўлланиладиган анкеталардан бири бу PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire), ЖАП да беморлар хаёт сифатини аниқлаш ва PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire) шикоятларнинг кундалик хаётга тасирини аниқлаш буйича савол-жавоб анкеталари қўлланилади. Бундан ташқари беморларнинг экстрагенитал касалликлари батафсил ўрганилди. Беморлар ёши 46 ва ундан катта эканлигини ҳисобга олган ҳолдаа юрак-қон томир, асаб, овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари, таянч-ҳаракат тизими касалликлари, эндокрин ва урологик касалликлар, шунингдек веноз касалликлар билан боғлиқ шикоятлар батафсил ўрганилди. Тадқиқотимиз мақсадини ҳисобга олиб, акушерлик ва гинекологик анамнез йиғишга алоҳида ётибор қаратдик. Ҳар бир беморда биз ҳомиладорлик сонини, уларнинг кечиши, туғруқ жараёнини кечиши (акушерлик ёрдами ишлатилганми, эпизиотомия ёки перинеотомия қилинганми, туғруқдан кейинги бачадон деворларини қўлда текшириш ўтказилганми), туғруқдаги асоратлар (оралик йиртилиша, бачадон бўйни йиртилиши ҳамда қин деворлари йиртилиши) кузатилганлиги ўрганилди. Бемор болаларининг туғилишдаги вазни ва бўй кўрсаткичларига ҳам ётибор бердик. Табиийки, беморларнинг жинсий аъзолар пролапси ва асоратларига бевосита боғлиқ шикоятларига катта ётибор қаратилди. Касалликнинг давомийлиги ва кечиши, унинг турли кўринишлари вақти, қўшимча шикоятларнинг қўшилиши (масалан, дам олишда ёки жисмоний зўриқиш вақтида сийдик ва газ тутаолмаслик билан боғлиқ) батафсил ўрганилди. Қориннинг пастки қисмида оғрик, жинсий йуллардан

ахраладиган қонли оқим, пешобнинг қийинлашиши, газ ва нажас чиқиши билан боғлиқ шикоятларни ўрганишга ҳам этибор қаратдик.

Бундан ташқари, генитал пролапс билан бирламчи жаррохлик амалиётининг хажми, жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг кечиши, кузатилган асоратлар ва рецидивлар уларнинг қайталаниш вақти ва характери операцидан кейинги даврни қандай усулда олиб борилганлигини батафсил ўрганиб чиқдик.

Объектив текширувда умумий текширув, соматик ҳолатни баҳолаш, шунингдек қин орқали текширув (бимануал) ва функционал тестлар ўтказилди. Қин орқали текширув вақтида биз ички жинсий аъзоларнинг чиқиши ва/ёки тушиши беморлар тинч турганда ва кучаниш вақтида даражасини ўргандик. Алоҳида этибор билан, органларни олиб ташлаш билан боғлиқ бўлмаган генитал пролапсда утказилган жаррохлик амалиётидан кейинги рецидив характери, қушимча асоратлар, бачадон бўйни ҳолати, шунингдек генитал пролапсда гистерэктомиядан кейинги рецидив характери ва асоратлари ўрганилди. Генитал пролапс оғир даражаларида кўшни органларга тасирини ва цистоцеле, ректоцеле, энтероцеле шунингдек, уретранинг сфинктер етишмовчилигининг клиник белгиларини аниқлаш мақсадида "Тампон тести", "йўтал" тести ёки кучаниш тестларни ўтказдик.

§ 2.2.2 Хаёт сифатини ва шикоятларнинг қундалик ҳаётга тасирини аниқлаш анкетаси.

Беморларда чаноқ аъзолари дисфункцияси, ҳаёт сифати ва жинсий функцияси билан боғлиқ шикоятлар махсус анкеталар ёрдамида аниқланди. **PFDI-20**(PelvicFloorDistressInventory) - Чаноқ туби аъзолар дисфункциясини бузилувчанликни баҳолаш кўрсаткичи.

PFIQ-7(PelvicFloorImpactQuestionnaire) - Чаноқ туби дисфункцияси ҳаёт сифатининг психологик ва ижтимоий ҳаётига тасирини баҳолаш.

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) Савол-жавоб.

Қуйдаги савол- жавоб шифокор тамонидан бериладиган саволларга анкетага қўйилган стандарт жавоблар, ХА ва ЙЎҚ жавоблар билан баҳоланилади. Агар симптомлар умуман кузатилмаса ЙЎҚ 0-балл агар Ха жавоб берилса “безовта қилмайди” 1-балл “базан” 2-балл “кўпинча” 3-балл “тез-тез” 4-балл билан баҳоланилади. Шундай қилиб 0-4 баллгача баҳоланилади. Агар бемор саволга аниқ жавобни билмаса ёки иккиланса ўзига ўз фикридан келиб чиққан ҳолда жавобга яқинроқ жавобларни ишлатади(Жадвал 2.2).

Жадвал 2.2.

Саволлар.

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory)					
Кўлланма: Илтимос саволларга жавоб беринг. Охириги 3 ой ичида безовта қилган симптомлардан қайси бири сизда кузатилади. Агар симптомлар умуман кузатилмаса ЙЎҚ 0-балл агар Ха жавоб берилса “безовта қилмайди” 1-балл “базан” 2-балл “кўпинча” 3-балл “тез-тез” 4-балл билан баҳоланилади. Шундай қилиб 0-4 баллгача баҳоланилади. Раҳмат.					
Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6)	ЙЎҚ	Ха			
1 Одатда қориннинг пастки қисмида босим ҳисси пайдо бўладими?	0	1	2	3	4
2 Одатда тос суяги соҳасида оғирликни бошдан	0	1	2	3	4
3 Сизнинг қинингиздан сиз сезадиган ёки кўрадиган	0	1	2	3	4
4 Ичакни тўлиқ бўшатиш учун қинни ёки ректумнинг бир қисмини тўғирлашингиз керакми?	0	1	2	3	4
5 Одатда сийдик пуфагини тўлиқ бўшамаганлиги ҳисси пайдо бўладими?	0	1	2	3	4
6 Сийдик чиқаришни бошлаш ёки сийдик пуфагини тўлиқ бўшатиш учун қинни қўлингиз билан тўғирлаш	0	1	2	3	4

Colorectal-Anal Distress Inventory 9 (CRAD-8)	Йўқ	Ха			
7 Ичакни бўшатиш учун кучли зўриқишга еҳтиёж сезасизми?	0	1	2	3	4
8 Дефекациядан кейин сизда тўлиқ ичак бўшамаганлиги ҳисси борми?	0	1	2	3	4
9 Нормада нажас тутиб тураолмаслик ҳолатлари бўлганми?	0	1	2	3	4
10 Нормада нажас тутиб тураолмаслик ҳолатлари бўлганми масалан ич кетганда?	0	1	2	3	4
11 Газ ушлаб қолаолмаслик ҳолатлари борми?	0	1	2	3	4
12 Дефикация кейинги оғриқлар кузатилганми?	0	1	2	3	4
13 Сизда дефекация қилиш учун чидаб бўлмас даражада	0	1	2	3	4
14 Сизда ректумнинг бир қисми анус орқали тушганми?	0	1	2	3	4
Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)	Йўқ	Ха			
15 Сизда тез-тез сийиш борми?	0	1	2	3	4
16 Сийдик чиқаришга бўлган кучли иштиёқ туфайли сийдикни тутаолмаслик борми?	0	1	2	3	4
17 Йўталганда, аксирганда ёки кулганда сийдик тутаолмаслик борми?	0	1	2	3	4
18 Сийдикни оз миқдорда йўқотасизми (томчи томчи)?	0	1	2	3	4
19 Қовуқни бўшатишда қийналяпсизми?	0	1	2	3	4
20 Қориннинг пастки қисмида ёки жинсий аъзоларда оғриқ ёки ноқулайлик сезасизми?	0	1	2	3	4

Ҳисоблаш: ҳар бир савол гуруҳидаги арифметик ўртача ҳисобланади (0 дан 4 гача тарқалади), қиймат 25 кўпайтирилади, кўрсаткичларнинг тарқалиши еса 0-100 балл.

Жадвал 2.3.

PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire)				
Қўлланма: Баъзи аёллар сийдик пуфаги, ичак ёки бачадон пролапси билан боғлиқ аломатлар уларнинг кундалик фаолияти, муносабатлари ва ҳиссиётларига таъсир қилади, деб ҳисоблашади. Сўнгги 3 ой ичида кузатилган аломатларни тавсифловчи энг мос жавоб ёнига "X" қўйинг. Илтимос, ҳар бир савол олдида барча 3 устунни белгилаганингизга ишонч ҳосил қилинг				
	Билан боғлиқ аломатлар қанчалик тез-тез -- сизга тасир	"сийдик пуфаги ёки сийдик"	"Ичак ёки тўғри ичак"	"Бачадон ёки чанок аъзолари
1	Уй ишларини бажариш қобилияти (овқат пишириш, уйни тозалаш, ювиш)?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
2	Юриш, сузиш ёки машқ қилиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча ☐ Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча ☐ Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча ☐ Тез-тез
3	Кинотеатрлар, концертларга қатнашиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
4	Автомобил, автобус уйдан 30 дан ортиқ дақиқа саёҳат қилиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез

5	Уйдан ташқаридаги ижтимоий тадбирларда иштирок етиш?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
6	Эмоционал ҳолат (асабийлашиш, депрессия ва бошқалар.)?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
7	Нимадандир кўнгил тулмаслик хисси ?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез

Хисоблаш: барча саволлар қуйидаги балл шкаласига мос келади: ҳеч қачон - 0; базан - 1; кўпинча-2; тез-тез-3. "сийдик пуфаги ёки сийдик"устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. "Ичак ёки тўғри ичак" устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. "Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши" устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. Олинган натижани ўртача арифметикани ҳисоблаш керак (0 дан 3 гача бўлган тарқалиш қиймати), кейин бу сонни 100 га кўпайтиринг ва 3 га бўлиниб, 0 дан 100 гача қиймат олинг. (жадвал 2.3)

Шундай қилиб, аломатларнинг субъектив оғирлиги, уларнинг ҳаёт сифатининг функционал, психологик ва ижтимоий таркибий қисмларига таъсири баҳоланди. PFDI-20 ва PFIQ-7 сўровномасида жинсий аъзолар пролапси туфайли келиб чиқадиган аломатлар оғирлигини баҳолаш, пастки ошқозон-ичак дисфункцияси ва сийиш бузилиши белгиларининг оғирлигини субъектив баҳолаш киритилган.

Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиб, PFDI-20 ва PFIQ-7 сўровномалари ишончли ва асосли эканлиги ва тос аъзолари пролапсаси бўлган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш учун, шунингдек жарроҳлик

даволашнинг субъектив самарадорлигини баҳолаш учун юқоридаги патологиялар бўйича операция қилинган беморларда қўлланилиши мумкинлиги аниқланди.

§ 2.3. Тадқиқот инструментал ва лаборатория текшириш усуллари

Тадқиқот лаборатория усуллари:

- 1) Клиник қон таҳлиллари
- 2) Қон биохимия таҳлили
- 3) Умумий сийдик таҳлили
- 4) RW-қон таҳлили
- 5) Гепатит В,С га қон таҳлили
- 6) ВИЧ қон таҳлили
- 7) ЭКГ
- 8) Коагулограмма

УТТ текширув усуллари.

УТТ текширув Mindray DC апаратида ўтказилди. УТТ текширув трансвагинал ҳамда абдоминал ўтказилди. УТТ текшируви орқали бачадон тушиш дарачалари, генитал пролапс билан ёндош паталогиялар бор йўқлиги, шунингдек қўшни органларнинг ҳолати, цистоцеле ёки ректоцеле бор йўқлиги текширилди. Барча текширувдаги беморларга комплекс текширувлар бир қанча этапларда амалга оширилди. 1-этапда жаррохлик амалиётидан олдин (анатомик бузулишлар ва касаллик характери аниқлаб жаррохлик амалиётини танлаш) 2-этап жаррохлик амалиётидан 3-5 ойдан кейин (Жаррохлик амалиётининг самарадорлигини баҳолаш мақсадида) ва 3 йилдан сунг (жаррохлик амалиётининг узоқ натижаларини баҳолаш) мақсадида.

Кольпоскопия

Бачадон бўйни касалликларини ва хирургик даволаш кўламини ташхислаш мақсадида бемор аёлларга кольпоскопия ўтказилди. Колпоскопияда колпоскоп ёрдамида ўтказилди. Ушбу текшириш усули бачадон бўйни ҳолати диагностика қилиш, бачадонда ва қин шиллиқ

каватларида учрайдиган паталогик жараёнлар ҳақида аниқ маълумотлар олиш ва уларни баҳолаш имконини беради. Бир қатор ҳолларда колпоскопия вақтида бактериологик текширув ва цитология учун материаллар олиб борилди, бу ўз вақтида беморларда бачадон бўйни оғир патологияларини ва рак олди ҳолати касалликларини ўз вақтида ташхис қўйиш имконини берибгина қолмай, радикал жаррохлик амалиётини ўтказиш бўйича қарор қабул қилишга имкон яратади.

§ 2.4. Генитал пролапс рецидиви ва асоратларида гистерэктомиядан кейинги жинсий аъзолар ва қин чўлтоғи пролапсини олдини олишда трансвагинал жаррохлик усули модификацияси

Тадқиқот остидаги асосий гуруҳ беморларимизда биз томондан жинсий аъзолар пролапс рецидивидан трансвагинал кириш йўли билан ўтказилувчи гистерэктомия вақтида жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва қин чўлтоғи пролапсини олдини олиш учун махсус ишлаб чиқилган модификация жаррохлиги ўтказилди.

Жаррохлик амалиёти ҳажми.

- 1) Бачадон қин орқали гистерэктомияси
- 2) Қин чўлтоғини ўз тўқималари ёрдамида такомиллаштирилган модификация ёрдамида мустаҳкамлаш.

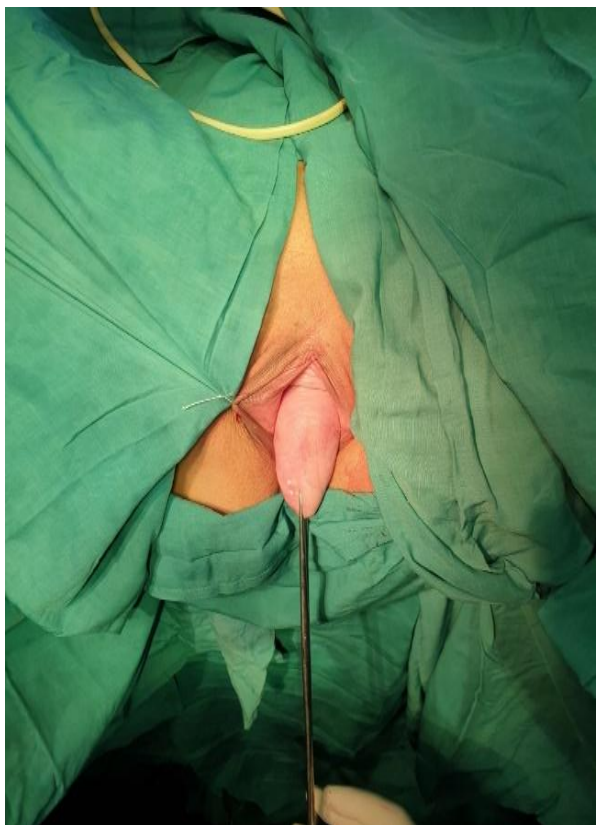
- 3) Олдинги кольпоррафия

- 4) Орқа кольпоперинеолеваторопластика

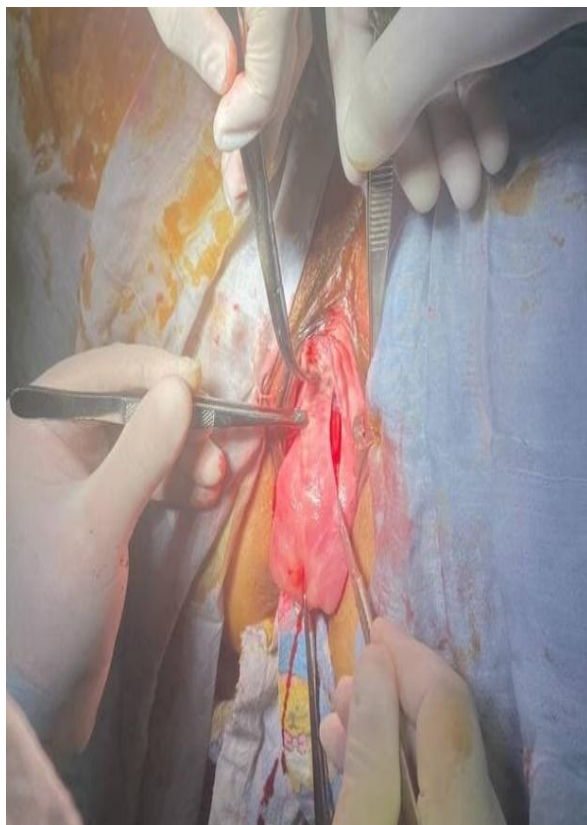
Оғриқсизлантириш- спинальный анестезия

Операция этаплари: 1-этап. Бемор жаррохлик столига литотомик ҳолатда йотқизилади (оёқлар очилган ҳолда, махсус ушлаб турувчи воситалар қўйилади). Ташқи жинсий аъзолар ва қин 70% этил спирти ва 2% ёд эритмаси билан ишлов берилади. Жаррохлик майдонига махсус стерилланган ёпинчиқлар ёпилади. Қин кўзгулар ёрдамида очилади ва бачадон бўйни Дуайен щипциси билан фиксация қилиниб олдинга ва пастга бироз тортилади. (Расм 2.3) Қин олдинги девори скапел ёрдамида учбурчаксимон

лоскут кесилади, сийдик пуфаги бачадон буйнидан ажратилади ва симфиз тагига ўтказилади. (расм 2.4) Шундан сўнг бир вақтинг ўзида аниқланган бачадон-сийдик қопининг қорин пардаси Микулич қисқичлари билан ушланади ва очилади.



Расм 2.3.



Расм 2.4.

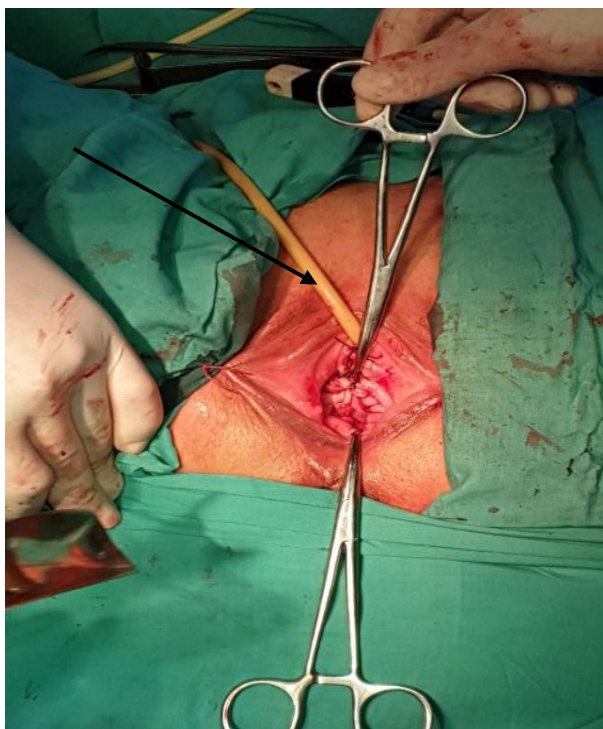
2-этап. Бачадон ўнг қўлнинг курсатгич бармоғи билан қорин бўшлигидан чиқарилиб, унинг танасининг ичак юзаси остидаги қорин парда тешигидан олиб келиниб Мюзо щипцисига фиксация қилинади.



Расм-2.5.

Чап тамондан бачадон найчаси, тухумдон хусусий бойламлари ва бачадон юмолоқ бойлами Кохер қискичларига олиниб кесилади. Бачадоннинг танаси унғ тарафга тортилади ва бачадон чап қирраси бўйлаб чўзилган бачадон томирлари Кохер қискичига олиниб кесилади. Худди шу усуллар қарама-қарши тамонда ҳам ўтказилади. Туғри ичак-бачадон бўшлиғининг қорин парда чуқурчаси ажратилиб туғри ичак- бачадон бойламлари Кохер ёрдамида(хар-бири алохида) ушланади ва кесилади. (расм2.5)

Бачадонни хали-хам ушлаб турган қин орқа қисми скапел ёрдамида кесилиб қискичлар лигатураларга алмаштирилади. Қовуқни юқорига кутариш амалга оширилади. Қин чўлтоғини мустахкамлаб тикиш қорин парда тамондан амалга оширилади. Ушбу усулнинг мохияти Тикиш ичкаридан бошланиб, қорин парда, юмолоқ ва думғаза-бачадон бойламлари чултоғи, ва қин деворлари биргаликда “Х” симон чоклар ёрдамида тикилади. (Расм 2.6) Бу эса ўз навбатида оператив жараёнини бирлаштириб, жаррохлик амалиётини вақтини қисқаришига ҳамда қон йўқотиш хажмини камайтиришга ёрдам беради. Жами 6-8 та “Х” симон чоклар алохида-алохида қўйилади. Натижада “ бублик ” шаклидаги горизантал ҳолатда мустахкам каркас ҳосил бўлади. Каркас ўртасида диаметри 2,5-3,5 смли суний тешик ҳосил бўлиб, перитонизация ўтказилмайди.(расм 2.7)



1) Сийдик ажратиш тизми яхшиланади, дизуритик белгилари ва сийдик ушлаб тураолмаслик ҳолатлар кузатилмайди.

2) Беморлар эрта ўрнидан туради ва 4-5 суткада уйга жавоб берилади.

3) Хосил бўлган суний қин дахлизи проксимал қисмида жойлашган мустаҳкам “бублик” симон каркас ҳисобига рецидив ва унинг асоратлари кузатилмайди, ва уз навбатда энтероцеле хосил бўлиши олди олинади. Бундан ташқари Х симон чоклар ва суний дренаж ҳисобига тўқималар орасидаги яра суюқлиги оқими яхшиланади ва бу операциядан кейинги жароҳатнинг тез битишига олиб келади.

4) Эски чандиқлар олиб ташлаш ҳисобига жароҳат жойига яхши доступ очилади ва эски ҳаракатсиз чандиқлар йуқлиги регенерацияни яхшилайд.

ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТЛАР НАТИЖАЛАРИ

Аёлларда учрайдиган жинсий аъзоларп пролапси рецидиви ва асоратларида ўтказиладиган такомиллаштирилган трансвагинал гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоғини очиқ қолдириш ва “Х” симон чоклар билан узлукли мустаҳкамлаш йули орқали “горизантал бублик” симон мустаҳкам каркас

хосил қилиш жаррохлик амалиёти нафақат олдинга қўйилган техник натижага эришиш имконини беради, балки генитал пролапснинг рецидивини ва унда учрайдиган асоратларни олдини олишга, ҳар қандай даражадаги стационарларда жаррохлик амалиётидан кейинги эрта ва узоқ муддатли натижаларни яхшилашга ёрдам беради. Ишлаб чиқилган усулнинг самарадорлигини ўрганиш мақсадида операциядан кейинги илк давр ҳамда келажақдаги кутилаётган натижаларнинг қиёсий тадқиқоти ўтказилди.

§ 3.1. Тадқиқот остидаги беморлар клиник характери

Барча генитал пролапси асорати ва рецидиви билан мурожат қилган беморларни диққат билан текширилди. Уларнинг ёши, касаллик анамнези, шикоятлари, генитал пролапс даражалари, ёндош касалликлари, ўтказилган бирламчи жаррохлик амалиёти, жаррохликдан кейинги кечиши, рецидиви, кузатилган асоратлар, гинекологик текширувлар, махсус анкета сўраб-суруштиш, махсус текширишлар ва инструментал текширишлар ўтказилди.

Тадқиқот гуруҳларини ёш бўйича тақсимооти

Беморлар ёши 46 ёшдан 68 ёшгача ташкил қилади. I-гуруҳда 67 нафар беморларнинг ёш курсаткичлари 45-49 ёшгача 29,9%, 50-54 ёшгача 23,9%, 55-59 ёшгача 26,7%, 60 ёш ва ундан юқорисини 19,5%ни ташкил қилган бўлса, II-гуруҳ беморларимизда 45-49 ёшгача 9,6%ни, 50-54 ёшгача 22,6%, 55-59 ёшгача 29,4%, 60 ёш ва ундан юқориси 38,7% ни ташкил қилади. Асосий гуруҳда ўртача ёш кўрсаткичи 52 ± 3 ёш, таққослаш гуруҳида 56 ± 4 ёшни ташкил қилади. Ёш бўйича гуруҳларда сезиларли ўзгаришлар аниқланмади. (расм 3.1)

Беморлар ёш бўйича тақсимооти

Жинсий аъзоларнинг пролапси патогенезида оғир жисмоний зўриқиш туфайли қорин бўшлиғи босимининг ошиши жиддий рол ўйнайди, шунинг учун биз жинсий аъзолар даражалари ва асоратлари бўлган беморларнинг касбий фаолияти, ижтимоий шароитлари ва турмуш шароитларини ўрганишга еътибор қаратдик. (кўрсаткичлар 1-;жадвалда кўрсатилган)

Жадвал-3.1.

Генитал пролапсининг мураккаб шакллари бўлган беморларнинг касбий фаолияти ва яшаш шароитлари хусусиятлари

	I гурух (n=67)		II гурух (n=31)		Жами (n=98)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уй шароитида жисмоний фаолият мавжудлиги	14	20,9	6	19,4	20	20,4
Ишдаги жисмоний фаолият мавжудлиги	16	23,9	9	29	25	25,5
Уй шароитида ва ишда ҳам жисмоний фаолият мавжудлиги	24	35,8	7	22,6	31	31,7
Жисмоний фаолият мавжуд эмас	13	19,4	9	29	22	22,4

Иш фаолияти таҳлил қилинганда 46,7% беморларнинг деярли ярми сезиларли жисмоний зўриқишларга дучор бўлганлиги қайд этилди. Шу билан бирга, барча гуруҳлардаги беморлар касбий фаолиятга қараганда кундалик ҳаётда жисмоний зўриқишлар билан шуғулланишган. Бунга сабаб текширилаётган беморларимиз асосан пенсия ёшидалиги ва бу ўз навбатида ёшга муносибишнинг йўқлиги туфайли бўлиши мумкин. (Жадвал-3.1.)

Тадқиқотимиз кейинги басқичида жинсий азолар пролапси билан муружат қилган беморлар асосий шикоятлари ўрганилди ва таҳлил қилинди.

Асосий гуруҳда беморлар қорин пастки қисмида оғриқ ва ёд жисим хисси билан 52 нафари (78,4%) II-гуруҳ 20 нафари (64,8%), Диспареуния I-гуруҳ 53 нафари (79,10%), II-гуруҳ 23 нафар (74,2%), Гениталгия I-гуруҳ 38 нафари (56,7%), II-гуруҳ 15 нафар (48,3%), Сийдик ва газ ушлаб тураолмаслик

шикоятлари билан I-гурух 40 нафари (60%) II-гурух 16 нафари (53%), Қабзият билан 29 нафар (43,80%) асосий гурух беморлар ташкил қилса, II- гурухда 11 нафар (37,50%) мурожат қилган. Бундан ташқари аноргазмия билан I-гурух 35 нафари (52,40%) II-гурухда 14 нафари (46,40%) шикаятлар билан мурожат қилади.

Беморлар асосий шикаятлари

Албатта, генитал пролапси бўлган беморларни даволашнинг кейинги тактикасини белгиловчи асосий омиллардан бири бу уларда учрайдиган экстрагенитал патологиядир. Бундан ташқари, ушбу гуруҳнинг кўплаб касалликлари қорин бўшлиғи босимининг ошиши туфайли генитал пролапс учун хавф омили бўлиши мумкин.

Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёллар анамнезида соматик касалликлар структураси.

Келтирилган (Жадвал-3.2.) жадвалдан кўриниб турибтики Соматик касалликлар характери ва частотаси иккала гуруҳда дейарли бирхиллигини кўриш мумкин. Табiiки иккала гуруҳда ҳам болаликдаги касалликлар ва ЎРВИ касалликлари бошқа гинекологик касалликлар сингари куп учраши табiiй ҳолат. Аммо жинсий аъзолар патогенезида келиб чиқишига мос равишда хавф омили бўлиб ҳисобланадиган юрак-қон томир касалликларидан гипертоник касалликлар ва юрак ишемик касалликлари (асосий гуруҳда 21(31,3%)) таққослаш гуруҳида (9(29,3)) ташкил қилади. Шу билан биргаликда жинсий аъзолар пролапсида асосий олиб келувчи хавф омилларидан бўлган Нафас йўллари касалликлари (асосий гуруҳда 41(61,2%)) таққослаш гуруҳида (14(45,2%)) ни, Ошқозон-ичак тракти касалликлари(асосий гуруҳда 43(64,2%)) таққослаш гуруҳида (17(54,8%)) ташкил қилади. Бундан ташқари оёқ веналари кенгайиши (асосий гуруҳда 41(61,2%)) таққослаш гуруҳида (12(38,7%)) ташкил қилади.

Барча беморлар орасида менархе ўртача 12-14 ёш ичида бошланди. Жинсий фаолият бошланишининг ёшига кўра, беморлар қуйидагича

таксимланган: биринчи гуруҳда 19-23 ёш оралиғида, иккинчи гуруҳда 20-24 ёш оралиғида бу ёш гуруҳларида жинсий фаолият бошланишининг ўртача ёш дейарли нормал ҳолат ҳисобланиб, бу ҳолат яни жинсий фаолиятнинг бошланиши билан ички жинсий аъзоларнинг пролапси ривожланиши ўртасидаги муҳим алоқаларнинг йўқлигини ишонч билан тасдиқлашга имкон беради. Барча беморларнинг деярли ярими биринчи гуруҳда (32(47,8%)) иккинчи гуруҳда (13(41,9%)) текширув вақтида жинсий фаолиятга ега бўлган.

Беморлар акушерлик анамнези тахлили ўрганилганда бир марта туққанлар сони асосий гуруҳда 13(19,10%) таққослаш гуруҳида 4 (12,9%), икки ва ундан ортиқ туққанлар I-гуруҳда 40 (59,70%) II-гуруҳ 14 (45,20%), Суний абортлар I-гуруҳ 14(20,89%) II-гуруҳ 9 (29,03%), Хомила макросомияси билан туққанлар I-гуруҳ 24 (35,8%) II-гуруҳ 8 (25,80%) Хомила чаноқ билан келиши I-гуруҳ 5 (7,46%) II-гуруҳ 2 (6,45%) ни ташкил қилса, I-гуруҳ 16 (22,88) II-гуруҳ 9 (29,03%) беморлар анамнезида турли хил кўрсатмалар билан туғруқ кесарча кесиш йули билан амалга оширилган. (расм 3.3)

Тадқиқот беморлар акушерлик анамнези

Туғруқларнинг кечиш характери таҳлил қилиб, шуни ишонч билан айтиш мумкунки 60,2% ҳолларда туғруқ пайтида акушерлик ёрдами талаб қилинган ёки асоратлар пайдо бўлган, бу кейинчалик ички жинсий аъзолар тушиши ва чиқиши сабабларидан бирига айланган деб айтиш мумкин. Беморлардан I- гуруҳ 15 (22,70%), II-гуруҳ 10 (32,20%) да эпизиотомия ва перинетомия ўтказилган бўлса, I- гуруҳ 11 (16,40%), II-гуруҳ 14 (21,2%) оралиқнинг турли хил даражада йиртилиши кузатилган. Бундан ташқари I-гуруҳ 6 (8,80%), II-гуруҳ 4 (12,90%) да бачадон бўйни йиртилиши кузатилган. (Расм 3.4)

Шуни таъкидлаш керакки, учинчи гуруҳдаги беморларда туғруқ вақтида камроқ туғруқ асоратлари кузатилган. Бундай асоратлар яни эпизиотомия ва ми ёки перинетомия, шунингдек бачадон бўйни йиртилиши каби туғруқ

жарроҳлик амалиётларидан фойдаланиш жиддий оқибатларга олиб келиши ва сезиларли даражада генитал пролапснинг оғир шаклларига олиб келади.

Туғруқ кечиш характери

Жинсий аъзолар пролапси POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) ICS (International Continence Society) тамонидан таклиф қилинган тасниф бўйича беморлар жинсий аъзолар характери таҳлил қилинганда асосий гуруҳ беморлар орасида бачадон тушиши I ва II -даражаси 16 (23,88%) ни ташкил қилса таққослаш гуруҳида бу курсатгич 11 (34,37%) ташкил қилади. Бачадон чиқиб қолиши III ва IV даражаси асосий гуруҳда 35 нафар (52,23%) ташкил қилса, таққослаш гуруҳида бу курсатгич 15 (48,38%) ташкил қилади. Бундан ташқари қушни аъзолар тушиши цистоцеле ва ректоцеле асосий гуруҳда 26 нафари (38,80%) ва 9 (29,03%) ни ташкил қилса, таққослаш гуруҳида 8 (25,80%) ва 4 (12,90%) ни ташкил қилади. Қин олд ва орқа девори тушиши асосий гуруҳда 28 нафар (41,79%) ва 18 (26,86%) ни ташкил қилса таққослаш гуруҳида бу курсатгич 11 (38,70%) ва 6 (19,35%) ташкил қилади. (Расм 3.5)

Ўтказилган бирламчи жарроҳлик амалиёти хажми (рецидив ва асоратлари)

Тадқиқот остидаги беморларнинг анамнезида ўтказилган бирламчи жарроҳлик амалиёти ўрганилганда асосий гуруҳда 67 нафар бемордан 46 нафарида 68,65% беморлар жинсий аъзолар пролапси билан жарроҳлик амалиётини бошдан кечирганлар. Унга кўра 46 нафар бемордан 19 нафари 41,30% бачадон бўйни элонгацияси ва қин олд девори тушиши бўйича трансвагинал ампутация олдинги колпорофия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса, 14 нафарида 30,43% қин девори олд ва орқа деворлари тушиши билан олд-орқа колпорофия, 7 нафарида 15,21% да бачадон вентрофиксация жарроҳлик амалиёти ўтказилган. 6 нафарида 13,04% да анамнезида ораликнинг III даражали йиртилиши билан анал сфинктери етишмовчилиги билан анал сфинктерини тиклаш ва орқа колпоперениолеватропластика жарроҳлик амалиёти ўтказилган.

Биз тамондон тадқиқотимиз остидаги асосий гуруҳдаги беморларининг бирламчи жаррохлик амалиётидан кейинги касалликнинг рецидивланиши яни бирламчи жаррохлик амалиётидан кейинги жинсий аъзолар пролапси рецидив кўриниши учраш вақт оралиғи таҳлил қилинди.



**Расм 3.6. Бачадон буйни
элонгацияси**



**Расм 3.7. Қин олд девори
пролапси рецидиви. Цистоцеле**



Расм 3.8. Оралиқнинг III даражали йиртилиши(эски чандиғи)

Биз касаллик рецидиви учраш вақтини 3 та гуруҳга ажратдик яни унга кўра 1-гуруҳ касалликнинг рецидиви 1 йилдан 3 йилгача бўлган оралик ва клиник белгиларнинг “эрта” намоён бўлиши 2-гуруҳ касаллик рецидиви 3 йилдан 5 йилгача булган оралиқ ва клиник белгиларнинг “секин” намоён бўлиши. 3-гуруҳ касаллик қайталаниши 5 йилдан кўп бўлган вақт ва клиник

белгиларнинг “кеч” намоён бўлиши. Унга кўра беморлар орасида 11 нафарида (23,91%) да касаллик белгилари эрта намоён булса, 2-гурух беморларимизда бу кўрсаткич 19 нафарида (41,30%) касаллик белгилари секин намоён булиши кузатилди. Қолган 16 (34,78%) нафар беморда касаллик рецидив курилиши кеч намоён булганлигини кўриш мумкин.

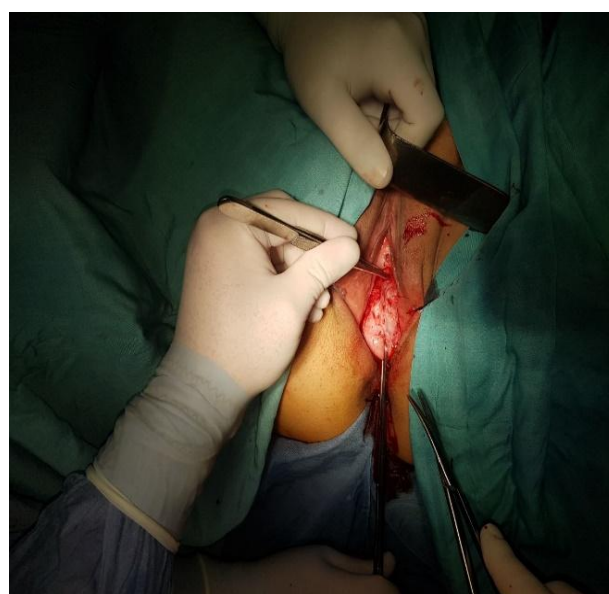
Диаграммадан кўриниб турибтики жинсий аъзолар пролапси рецидиви учраш частотаси асосан 2-гурухдаги беморларда юқори кўрсаткич қайт қилинганлиги жинсий аъзолар пролапси рецидив кўрилиши асосан 3 йилдан 5 йилгача кузатилиши кўпроқ учраши кузатилади.



**Расм 3.10.Бачадон “декубитус”
яраси**



Расм 3.11.Қин трофик яраси



Расм 3.12.Бачадон бўйни

элонгацияси

Жинсий азолар пролапси кейинги босқичларида III-IV даражасида урогенитал ва аноректал дисфункцияси оқибатида қин нормал топографияси ва биоценозининг бузилиши туфайли юзага келадиган жинсий азоларнинг пролапси ва пролапс билан боғлиқ бошқа қўшимча асоратлар: бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари (цервицит) қин девори ва бачадон трофик “декубитус”, яралари

Бундан ташқари бачадон бўйни элонгацияси, сурункали эндоцервицит ёки бу асоратларнинг икки ва ундан ортиги биргаликда келиши учрамоқда.

Тадқиқотимиз остидаги беморлар орасида жинсий азолар пролапси қўшимча асоратлари ўрганилганда асосий гуруҳда 19 (28,35%) бачадон "Декубитус" яраси, 21 нафарида (31,34%) да бачадон бўйни элонгацияси, 9(13,43%) да қин шиллиқ қавати яралари ва 17(25,37%) да бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари аниқланди. Амбулатор тайёргарлик босқичида бундай беморлар одатда турли хил малҳамлар ва антибиотик терапия ўтказилади. Шу муносабат билан операциядан олдин беморлар бир курс терапевтик даволаш ишлари олиб борилади.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ РЕЦИДИВИ ВА АСОРАТИДА ЎТКАЗИЛГАН ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ ЯҚИН ВА УЗОҚ НАТИЖАЛАРНИ БАХОЛАШ

Текширувимиз остидаги аёллар самарқанд шаҳар 3-сон туғруқ мажмуасида ва Самарқанд шаҳридаги «Самарқанд Доктор Шифо Бахт» хусусий клиникасида умумий клиник-лаборотор текширувлар ўтказилди, анестезиолог, терапевт ва кардиолог мутахасислар текширувидан сўнг беморлар «Самарқанд Доктор Шифо Бахт» клиникаси гинекология бўлимига ётқизилди. Беморлар ҳар иккала гуруҳ беморлари ёши, соматик даражаси, гинекологик касалликлари ва анамнези жихатдан қиёслана оладиган қилиб танлаб олинди.

Соматик даражаси, репродуктив анамнези гинекологик касалланиши, ўтказилган бирламчи жаррохлик амалиёти ва ундан кейинги даврнинг давомийлиги, жаррохлик амалиётидан кейинги маълумотлар ва уларнинг ўзига хослигига оид маълумотлар ўрганилди. Ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги даврда узоқ ва яқин натижалар, ишга лаёқатсизлик, шикоятлар, беморларнинг ҳаёт сифатини, шикоятларнинг кундалик ҳаётга таъсири ва жинсий ҳаёти индекси махсус анкеталар(PFDI-20, PFIQ-7 ва FSIF) ёрдамида 1 ойдан 3 йилгача бўлган даврларди ўтказилган гинекологик текширишлар орқали маълумотлар ўрганилди.

§ 4.1. Жаррохлик амалиёти даври ва ундан кейинги яқин муддатли натижаларнинг хусусиятлари.

Беморлар ёши 46 ёшдан 68 ёшгача ташкил қилади. I-гурухда 67 нафар беморларнинг ёш курсаткичлари 45-49 ёшгача 29,9%, 50-54ёшгача 23,9%, 55-59 ёшгача 26,7%, 60 ёш ва ундан юқорисини 19,5%ни ташкил қилган бўлса, II-гурух беморларимизда 45-49 ёшгача 9,6%ни, 50-54ёшгача 22,6%, 55-59 ёшгача 29,4%, 60 ёш ва ундан юқориси 38,7% ни ташкил қилади. Асосий гуруҳда ўртача ёш кўрсаткичи 52 ± 3 ёш, таққослаш гуруҳида 56 ± 4 ёшни ташкил қилади.

Тадқиқот остидаги аёлларимизнинг ҳаммаси ягона стандарт асосида текширувлар ўтказилди, булар анамнез маълумотларини йиғиш, умумий текширувлар ўтказиш, гинекологик текширувлар, бирламчи жаррохлик амалиёти ҳажми, рецидив учраш даврининг давомийлиги, кузатилган қушимча асоратлар, бимануал қин орқали текширишда қин шиллик кавати ҳолати, гименал халқа нисбатан бачадон буйнининг ўрни, унинг шакли, ҳаракатчанлиги, бачадон ҳолати, қўллар билан пайпаслаб кўрилганда оғриқлилиги даражаси ўрганилди.

Жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратларини бартараф этишда биз таклиф қилган усулда жаррохлик амалиёти давомийлиги 45мин дан 60 минутгача бўлган вақт оралиғини ташкил қилади яни ўртача $52,5 \pm 1,5$ дақиқани ташкил қилади. Абдоминал ёки қин орқали гистерэктомия

анъанавий усулида бу кўрсаткич 80 дақиқадан 100-110 дақиқагача бўлган вақтни ўз ичига олади, ўртача 95 ± 2.5 дақиқа. Шуниси этиборлики жинсий аъзолар пролапси рецидивини бартараф этишда асосан катта ёшдаги беморлар эканлигини ҳисобга олсак жаррохлик амалиёти столида беморларимиз таққослаш гуруҳига нисбатан деярли тенг ярим вақт давомийликда буладилар ва бу эса ўз навбатида йўқотилган қон миқдори ва беморлар психико-эмотционал ҳолатига ижобий таъсир кўрсатади. Жаррохлик амалиёти вақти қисқалиги ва беморлар билан жаррохлик амалиётида доимий мулоқат сақланиши беморлар психо-эмотциянал ҳолати яхшиланади. Айниқса бу гистерэктомия абдоминал йули билан ўтказилганга қараганда жаррохлик амалиёти трансвагинал усул билан ўтказилишида яққол намоён булади, беморлар эрта ўрнидан туриши ва оғриқлар кўрсаткичи анча пастлиги билан намоён бўлади.

Жаррохлик амалиётида қон йўқотиш ҳажми асосий гуруҳда 200-300мл гача бу ўртача 250 ± 10 мл гача демакдир. Қон миқдори сезиларли даражада йўқотиш назорат гуруҳида кузатилади 400-500мл гача бу ўртача 300 ± 50 мл гача дегани.

Интраоперацион (жаррохлик амалиёти) давомида қушимча асоратлар ва оғирлашишлар асосий гуруҳда кузатилмади. Назорат гуруҳида 2 нафар беморда 6,45%да сийдик йули жароҳати ҳолати кузатилди. Бундан ташқари абдоминал кириш йули билан гистерэктомия ўтказилганда 3 (9,6%) нафар беморла қунгил айланиш ва қайт қилиш ҳолатлар кузатилди.

Жинсий аъзолар пролапсида ўтказиладиган анъанавий абдоминал ва трансвагинал гистерэктомияда қин чултоғи пролапси олдини олиш мақсадида такомиллаштирилган усул самарадорлигини тасдиқлаш учун биз жаррохлик амалиётидан кейинги эрта давр кечиши хусусиятларини турли тавсифларининг таҳлилини ўтказдик. Операция давомийлиги, қон кетиш ҳажми, тана ҳарорати маҳсимал кутарилиши, туқималар тикланиши, соҳада дренаж хусусияти, култит ва инфильтрат пайдо бўлган аёллар сони, жаррохлик

амалиётидан кейинги шифохонада ётиш кунлари ва жавоб бериш вақти таққосланди. (жадвал 4..2)

Жадвал 4.2.

Кўрсаткичлар	Гурухлар	Кўрсаткич	Натижа
Тўқималар тикланиши ва озиқланиши	Асосий гурух(б=67)	88,1%	ижобий
	Таққослаш гурухи(б=31)	41,9%	ижобий
Культит, инфильтрат	Асосий гурух(б=67)	-	кузатилмайди
	Таққослаш гурухи(б=31)	29,3%	кузатилди
Психо- эмоционал холоат	Асосий гурух(б=67)	90%	Яхши
	Таққослаш гурухи(б=31)	43%	Яхши
Жавоб бериш	Асосий гурух(б=67)	4-5	
	Таққослаш гурухи(б=31)	7-10	
Сохада дренаж хусусияти	Асосий гурух(б=67)	суний дренаж	Асоратсиз
	Таққослаш гурухи(б=31)	19%	Эксудат
Қин чўлтоғи рецидив	Асосий гурух(б=67)	-	
	Таққослаш гурухи(б=31)	29%	кузатилади

Жадвалдан кўриниб турганидек биз таклиф қилган усулда тўқималар

тикланиши ва озиқланиши яхшиланади ва бу ўз навбатида жароҳат жойини тез фурсатда тикланиши ва беморлар эрта оёқга туришга ва тўқималарда культит ва инфильтрат ҳосил бўлишини бутунлай олди олинади. Асосий гуруҳ беморларда 88,1% да тўқималар репаратцияси яхшиланган бу таққослаш гуруҳидан дейарли ярим баробарга куп дегани. Бундан ташқари бизнинг усулнинг самарадорлиги яна шундан иборатки тўқималар озиқланиши ва тикланиши яхшиланади ва жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврларда культит ва инфильтрат ҳосил бўлишини олди олинади. Операциядан кейинги даврда таққослаш гуруҳида 9 нафар (29,3%) беморда культит, инфильтрат ҳосил бўлиши кузатилди ва бу ўз навбатида беморларнинг шифоханада ётиш кунини яна узайишиги сабаб бўлади.

Жадвал 4.3.

№	Динамикада узгаришлар	Асосий гуруҳ 67 нафар			Таққослаш гуруҳ 31 нафар		
		Операциядан кейин			Операциядан кейин		
		abs	М(%)	М	abs	М(%)	m
1	Тўқималар тикланиши ва озиқланиши	59	88,1	6,0	13	41,9	6,0
2	Культит, инфильтрат	0	0,0	0,0	9	29,0	5,1
3	Психологик-эмоционал ҳолат	61	91,0	6,0	13	41,9	6,0
4	Жавоб бериш (кун)	4,5	6,7	2,5	8,5	27,4	5,0
5	Соҳада дренаж хусусияти	0	0,0	0,0	6	19,4	4,3

6	Қин чўлтоғи рецидиви	0	0,0	0,0	9	29,0	5,1
---	----------------------	---	-----	-----	---	------	-----

Изоҳ: * – назорат гуруҳи билан солиштирганда фарқлар ишончилиги (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001)

Жаррохлик амалиёти техникаси, хажми ва оғриқсизлантиришга доир қарор умумий консилиум тамонидан ҳар бир аёлга индивидуал қабул қилинди. Оғриқсизлантириш бел анестезиясидан фойдаланилди. Жинсий аъзолар рецидиви асоратини бартараф этишда жаррохлик амалиёти хажмидан келиб чиқган ҳолда беморлар профилактика асосида жаррохлик амалиётидан олдин 1 курс терапевтик даво муолажалар қўлланилди.

Шуни қайд этиш керакки, таққослаш гуруҳида қин чўлтоғи анъанавий усул билан мустаҳкамланганда 6 нафар беморда (19,35%) сохада экссудат тупланганлиги аниқланди. Биз таклиф этган қин чултоғини мустаҳкамлаш усулимизда табиий “дренаж” яни қин чўлтоғи 2,5-3 см очиқ қолдириш операциядан кейинги даврда экссудат тўпланишини бартараф этилиши ва культитнинг бирорта ҳолати қайд этилмайди. Жинсий аъзолар пролапси бартараф этишда биз таклиф қилган усул, яни қин чултоғини узлукли Х-симон чоклар билан мустаҳкамлаш жаррохлик амалиётидан кейинги узоқ муддатларда қин чултоғи ва қин деворлари пролапси рецидивини олди олинади.

Жаррохлик амалиётидан кейинги шифохона назоратида асосий гуруҳда 14 нафар (20,9%) да тана ҳарорати 37,3°C гача 2-3 кун сақланиб қолганлиги кузатилди. Анъанавий усулда жаррохлик амалиёти ўтказилган беморларда бу кўрсаткич бир мунча юқори эканлиги яни 23 нафарида (74,2%) беморларда 37°Cдан 38-38,5°C тана ҳарорати кўтарилиши кузатилди. Айниқса беморларимиз ёши ҳисобга олган ҳолда абдоминал гистерэктомияда бу кўрсаткич 39°C гача кўтарилиши ва ўз навбатида антибактериал терапия кунлари узайиши ҳолатлари кузатилди.

Ишлаб чиқилган усул яни жаррохлик амалиётидан кейинги эрта асоратлар йўқлиги ва беморлар эрта оёқга туриши, аксарият беморларимиз яни- 60 нафари (89,5%) операциядан кейинги стационарда 4-5 сутка қолганлар. Анъанавий усул билан ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги стационарда беморлар 8-10 суткада, агар жаррохлик амалиёти абдоминал йули билан содир булса 10 суткадан ортиқроқ муддатга стационарда бўлишади. Бу асосий гуруҳдаги беморларимиздан деярли тенг ярими деганидир. Хулоса қилиб айтадиган булсак беморлар ёши ва анамнези ҳисобга олинса асосий гуруҳ беморларимиз стационарда эртароқ чиқиши бу уларнинг психо-эмоционал ҳолатига яхши таъсир кўрсатади.

Жинсий аъзолар рецидиви ва асоратларини бартараф этишда қўлланилган қин чўлтоғини мустаҳкамлашнинг такомиллаштирилган усулини жорий қилиш оператив аралашувни давомийлигини, йўқотилган қон миқдорини, жаррохлик амалиётидан кейинги учрайдиган асоратларни ҳамда беморлар ётоқ-ўрин кунини сезиларли даражада камайтиришга имкон яратади. Айниқса генитал пролапс билан такроран жаррохлик амалиёти ўтказётган беморларда кассалик рецидивланиш ҳавотирини йўқотишга ва психо-эмоционал ҳолатини сезиларли даражада яхшилашга хизмат қилади.

§ 4.2. Жаррохлик амалиётидан кейинги узок муддатли натижаларни баҳолаш

Беморларда ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги даврда яни беморларнинг стационардан чиқиб кетганларидан 6 ой, 12 ой, 24 ой ўтгач ўрганилди. Такомиллаштирилган усул билан жаррохлик амалиёти ўтказган аёлларимиз деярли барчаси операция натижаларидан қониқиш ҳосил қилдилар. Беморлар тамонидан жаррохлик амалиётидан кейинги даврда чаноқ аъзолари дисфункцияси, ҳаёт сифати ва жинсий функцияси билан боғлиқ шикоятлар сураб-суриштириш ва кўрик вақтида аниқланмади. Такомиллаштирилган услуб билан ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги қорин бўшлиғи аъзолари чандиқланиш жараёнинг клиник белгилари,

ёндош аъзолар фаолиятининг бузулиши, жинсий фаолиятнинг бузулишлари аниқланмади.

Беморларда чанок аъзолари дисфункцияси, хаёт сифати ва жинсий функцияси билан боғлиқ шикоятлар махсус анкеталар ёрдамида аниқланди. Булар: **PFDI-20**(PelvicFloorDistressInventory) - Чанок туби аъзолар дисфункциясини бузилувчанликни баҳолаш кўрсаткичи.

PFIQ-7(PelvicFloorImpactQuestionnaire) - Чанок туби дисфункцияси хаёт сифатининг психологик ва ижтимоий ҳаётига таъсирини баҳолаш.

Хаёт сифатини ва шикоятларнинг кундалик ҳаётга таъсирини аниқлаш анкетаси.

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) Савол-жавоб.

Қуйдаги савол- жавоб шифокор тамонидан бериладиган саволларга анкетага қўйилган стандарт жавоблар, ХА ва ЙЎҚ жавоблар билан баҳоланилади. Агар симптомлар умуман кузатилмаса ЙЎҚ 0-балл агар Ха жавоб берилса “безовта қилмайди” 1-балл, “базан” 2-балл, “кўпинча” 3-балл, “тез-тез” 4-балл билан баҳоланилади. Шундай қилиб 0-4 баллгача баҳоланилади. Агар бемор саволга аниқ жавобни билмаса ёки иккиланса ўзига ўз фикридан келиб чиққан ҳолда жавобга яқинроқ жавобларни ишлатади.

Жадвал 4.4.

Саволлар.

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory)		
Қўлланма: Илтимос саволларга жавоб беринг. Охириги 3 ой ичида безовта қилган симптомлардан қайси бири сизда кузатилади. Агар симптомлар умуман кузатилмаса ЙЎҚ 0-балл агар Ха жавоб берилса “безовта қилмайди” 1-балл “базан” 2-балл “кўпинча” 3-балл “тез-тез” 4-балл билан баҳоланилади. Шундай қилиб 0-4 баллгача баҳоланилади. Раҳмат.		
Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6)	ЙЎқ	Ха

1 Одатда қориннинг пастки қисмида босим ҳисси пайдо бўладими?	0	1	2	3	4
2 Одатда тос суяги соҳасида оғирликни бошдан кечирасизми?	0	1	2	3	4
3 Сизнинг қинингиздан сиз сезадиган ёки кўрадиган нарса тушадими?	0	1	2	3	4
4 Ичакни тўлиқ бўшатиш учун қинни ёки ректумнинг бир қисмини тўғирлашингиз керакми?	0	1	2	3	4
5 Одатда сийдик пуфагини тўлиқ бўшамаганлиги ҳисси пайдо бўладими?	0	1	2	3	4
6 Сийдик чиқаришни бошлаш ёки сийдик пуфагини тўлиқ бўшатиш учун қинни қўлингиз билан тўғирлаш керак бўлганми?	0	1	2	3	4
Colorectal-Anal Distress Inventory 9 (CRAD-8)	Йўқ	Ха			
7 Ичакни бўшатиш учун кучли зўриқишга еҳтиёж сезасизми?	0	1	2	3	4
8 Дефекациядан кейин сизда тўлиқ ичак бўшамаганлиги ҳисси борми?	0	1	2	3	4
9 Нормада нажас тутиб тураолмаслик ҳолатлари бўлганми?	0	1	2	3	4
10 Нормада нажас тутиб тураолмаслик ҳолатлари бўлганми масалан ич кетганда?	0	1	2	3	4
11 Газ ушлаб қолаолмаслик ҳолатлари борми?	0	1	2	3	4
12 Дефикация кейинги оғриқлар кузатилганми?	0	1	2	3	4
13 Сизда дефекация қилиш учун чидаб бўлмас даражада кучли истак борми?	0	1	2	3	4

14 Сизда ректумнинг бир қисми анус орқали тушганми?	0	1	2	3	4
Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)	Йўқ	Ҳа			
15 Сизда тез-тез сийиш борми?	0	1	2	3	4
16 Сийдик чиқаришга бўлган кучли иштиёқ туфайли сийдикни тутаолмаслик борми?	0	1	2	3	4
17 Йўталганда, аксирганда ёки кулганда сийдик тутаолмаслик борми?	0	1	2	3	4
18 Сийдикни оз миқдорда йўқотасизми (томчи томчи)?	0	1	2	3	4
19 Қовуқни бўшатишда қийналяпсизми?	0	1	2	3	4
20 Қориннинг пастки қисмида ёки жинсий аъзоларда оғриқ ёки ноқулайлик сезасизми?	0	1	2	3	4

Ҳисоблаш: ҳар бир савол гуруҳидаги арифметик ўртача ҳисобланади (0 дан 4 гача тарқалади), қиймат 25 кўпайтирилади, кўрсаткичларнинг тарқалиши еса 0-100 балл.

Куйдаги анкета савол жавоб чанок аъзолари дисфункциясини баҳолашда 3 босқични ўз ичига олади. 1-босқичда жинсий аъзоларга боғлиқ шикоятлар, 2-босқичда ошқозон-ичак трактига боғлиқ шикоятлар ва 3-босқичда сийдик ажратиш тизимидаги шикоятлар ўрганилади.

Тадқиқот остидаги беморларимиз орасида PFDI-20 бўйича савол жавоб ўтказилганда. Асосий гуруҳ беморлар жинсий аъзолар билан боғлиқ шикоятлар 28 нафар (41,79%) ни ошқозон-ичак тракти бўйича шикоятлар 20 нафари 29,85%, сийдик ажратиш тизим бўйича шикоятлар 19 нафари (28,35%) ташкил қилган булса, жаррохлик амалиётидан кейин 6 ойдан сўнг бу курсаткичлар сезиларли даражада пасайганлиги ва 24 ойдан сўнг шикоятлар деярли учрамаслигини кўриш мумкин. Таққослаш гуруҳида жинсий аъзолар билан боғлиқ шикоятлар 13(41,9%)ни ошқозон-ичак тракти бўйича шикоятлар 7(22,5%) сийдик ажратиш тизим бўйича шикоятлар 11(35,48%) ташкил қилган

булса, бу курсатгич кейинги давирларда шикоятлар сақланиб қолганлиги ёки сезиларли даража кутарилганлигини кўриш мумкин. (Жадвал 4.5.)

Савол-жавоб анкетасида баллик тизим бўйича ҳисобланганида такомиллаштирилган жаррохлик амалиётидан кейинги даврда беморлар чанок туби дисфункцияси ўрганилганда сезиларли ижобий натижаларга эришилди.

Жадвал 4.5.

	Асосий гуруҳ n= 67				таққослаш гуруҳ n=31			
PEDI-20	Операц олдин	Операц. 6 ойдан сунг	Операц. 12 ойдан сунг	Операц. 24 ойдан сунг	Операц. олдин	Операц. 6 ойдан сунг	Операц. 12 ойдан сунг	Операц. 24 ойдан сунг
(POPDI-6)	28(41,7 9%)	9(32,1 4%)	3(10,7 1%)	0	13(41,9 %)	3(23,0 7%)	2(15,3 8%)	4(30,7 6%)
(CRAD-8)	20(29,8 5%)	4(20%)	1(5%)	0	7(22,5%)	2(28,5 7%)	4(57,1 4%)	1(14,2 8%)
(UDI-6)	19(28,3 5%)	6(31,5 7%)	4(21,0 5%)	1(5,26 %%)	11(35,4 8%)	3(27,2 %)	4(36,7 %)	2(18,1 9%)

Изоҳ: * - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқланиш ишончли (*P<0,05)

Бунга кўра жаррохлик амалиётидан олдин беморларнинг 1-босқич саволларга жавоблари 91 баллни ташкил қилган булса 24 ойдан сўнг бу кўрсатгич 4,1балл ни ташкил қилди. 2-босқич саволларга 80 балл тўпланган

бўлса 24 ойдан сўнг бу кўрсаткич 3,12 баллни ташкил қилади. 3-босқич саволларга даставал 77 балл тўплаган бўлса кейинги вақтларда бу кўрсаткич 2 баллни ташкил қилади. Назорат гуруҳидаги беморларнинг кўрсаткичи жадвалда кўриш мумкинки бази бир шикоятлар сақланиб қолганлигига базан жаррохлик амалиётидан кейинги даврда бу шикоятларнинг кўпайганлигига гувоҳ бўлиш мумкин. (Жадвал 4.6.)

Жадвал 4.6.

	Асосий гуруҳ n= 67				таққослаш гуруҳ n=31			
PEDI-20	Операц. олдин	Операц. 6 ойдан сунг	Операц. 12 ойдан сунг	Операц. 24 ойдан сунг	Операц. олдин	Операц. 6 ойдан сунг	Операц. 12 ойдан сунг	Операц. 24 ойдан сунг
(POPDI-6)	91 балл	20,8 балл	8,33 балл	4,1 балл	98 балл	25 балл	36,4 балл	30,9 балл
(CRAD-8)	80 балл	15,4 балл	5,4 балл	3,12 балл	45 балл	18 балл	26,5 балл	17,5 балл
(UDI-6)	77 балл	23,4 балл	6 балл	2 балл	74 балл	24 балл	38,4 балл	25,7 балл

Изоҳ: * - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқланиш ишончли (*P<0,05)

PFIQ-7(PelvicFloorImpactQuestionnaire) - Чанок туби дисфункцияси хаёт сифатининг психологик ва ижтимоий хаётига тасирини баҳолашда қўлланилган анкета савол жавобимизда жаррохлик амалиётидан олдин куйдаги натижалар олинди.

Жадвал 4.8.

PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire)				
Қўлланма: Баъзи аёллар сийдик пуфаги, ичак ёки бачадон пролапси билан боғлиқ аломатлар уларнинг кундалик фаолияти, муносабатлари ва ҳиссиётларига таъсир қилади, деб ҳисоблашади. Сўнгги 3 ой ичида кузатилган аломатларни тавсифловчи енг мос жавоб ёнига "X" қўйинг. Илтимос, ҳар бир савол олдида барча 3 устунни белгилаганингизга ишонч ҳосил қилинг				
	Билан боғлиқ аломатлар қанчалик тез-тез -- сизга тасир қилиши	"сийдик пуфаги ёки сийдик"	"Ичак ёки тўғри ичак"	"Бачадон ёки чанок аъзолари
1	Уй ишларини бажариш қобилияти (овқат пишириш, уйни тозалаш, ювиш)?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
2	Юриш, сузиш ёки машқ қилиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
3	Кинотеатрлар, концертларга қатнашиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез

4	Автомобил, автобус уйдан 30 дан ортиқ дақиқа саёҳат қилиш қобилияти?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
5	Уйдан ташқаридаги ижтимоий тадбирларда иштирок етиш?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
6	Эмоционал ҳолатк (асабийлашиш, депрессия ва бошқалар.)?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез
7	Нимадандир кўнгил тулмаслик хисси ?	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез	-Хеч қачон -Базан -Кўпинча -Тез-тез

Ҳисоблаш: барча саволлар қуйидаги балл шкаласига мос келади: ҳеч қачон - 0; базан - 1; кўпинча-2; тез-тез-3. "сийдик пуфаги ёки сийдик"устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. "Ичак ёки тўғри ичак" устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. "Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши" устунидаги 7 та савол учун баллар йиғиндиси. Олинган натижани ўртача арифметикани ҳисоблаш керак (0 дан 3 гача бўлган тарқалиш қиймати), кейин бу сонни 100 га кўпайтиринг ва 3 га бўлиниб, 0 дан 100 гача қиймат олинг.

Асосий гуруҳда операциядан олдин беморлар орасида ўтказилган савол жавобда 67 нафар беморда 37 нафарида 55,2%да "сийдик пуфаги ёки сийдик" системасида муаммолар борлиги, 28 нафарида 41,49% да "Ичак ёки тўғри ичак" тизимида, 41 нафарида 61,19% да "Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши" оид турли хил шикоятлар аниқланди. Таққослаш гуруҳида операциядан олдин

"Бачадон ёки чанок аъзолари тушиши" 14 нафарида (45,16%) шикоятлар аниқланган бўлса, "Ичак ёки тўғри ичак" 9 (29,03%), "сийдик пуфаги ёки сийдик" 8 (25,80%) ни ташкил қилади.

Жадвал 4.9.

Жаррохлик амалиётидан олдинги шикоятлар				
таснифланиши		"сийдик пуфаги ёки сийдик"	"Ичак ёки тўғри ичак"	"Бачадон ёки чанок аъзолари тушиши"
RFIQ-7	Асосий гуруҳ	37 (55,2%)	28(41,49%)	41 (61,19%)
	Таққослаш гуруҳ	8 (25,80%)	9 (29,03%)	14 (45,16%)

Бу кўрсаткичлар жаррохлик амалиётидан кейинги сўровнома анкетамиз тўлдирилганда жаррохлик амалиётидан кейинни иккала гуруҳ беморларда янги такаммилаштирилган услубнинг узоқ муддатли натижалари яққол устуворлиги аниқланди.

Олинган узоқ муддатли натижалар тахлил қилинганда тадқиқотимиз остидаги жаррохлик амалиётидан кейинги даврда савол-жавоб анкетамизда асосий гуруҳ беморларимиз операциядан олдин "сийдик пуфаги ёки сийдик" тизимида 37 (55,2%) нафар бемор шикоят қилган бўлса жаррохлик амалиётидан кейинги 12 ойдан сўнг 3 (4,47%) нафарида, 24 ойдан сўнг 1

Жадвал 4.10.

Жаррохлик амалиётидан узоқ муддатли натижалари						
таснифланиши	"сийдик пуфаги ёки сийдик"		"Ичак ёки тўғри ичак"		"Бачадон ёки чанок аъзолари тушиши"	
Узоқ натижалар	12 ой	24 ой	12 ой	24 ой	12 ой	24 ой

PFIQ-7	Асосий гуруҳ 67 нафар	3 (4,47%)	1 (1,49%)	1 (1,49%)	0	0	0
	Таққослаш гуруҳ 31 нафар	4 (12,90%)	6 (19,35%)	2 (6,45%)	1 (3,22%)	8 (25,80%)	7 (22,58%)

* изоҳ- касаллар сони частотаси бази бир касалликларнинг қўшилиб келиш сабабли мос келмайди

Изоҳ: * - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқланиш ишончли (*P<0,05) (1,49%) нафарида шикоят сақланиб турганлиги аниқланди. Ва бу беморимиз бирламчи жаррохлик амалиётида сийдик қопи травмаси кузатилганлиги ва қўпол чандиқланиш ҳисобига таққамиллаштирилган услубда сийдик пуфаги чандиқлар тўлиқ олиб ташланганлиги ҳисобга олинган ҳолда ижобий натижа ҳисобланади. "Ичак ёки тўғри ичак" ва "Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши" бўйича шикоятлар бир мунча яхши натижаларни намоён қилди. Даставал ошқозон ичак тракти бўйича шикоятлар 28(41,49%) ташкил қилган бўлса, узоқ муддатли текширишларда бу кўрсаткич 1(1,49%) нафар беморда кузатилган бўлса кейинчалик, иккала тизимда ҳам шикоятлар йўқлиги танланган услубнинг яна бир усувор эканлигини кўрсатади. Таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич операциядан олдин "сийдик пуфаги ёки сийдик" тизимида 8 (25,80%) нафар беморда, "Ичак ёки тўғри ичак" 9 (29,03%) нафарда, "Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши" 14 (45,16%) нафарида анкета суровномасида шикоятлар қайд этилган бўлса, жаррохлик амалиётидан кейинги шикоятлар САТ да 12 ойдан сўнг 4 (12,9%) 24 ойдан сўнг 6 (19,35%) ташкил қилган бўлса ОИТ тизимида шикоятлар 2 (6,45%) га 1(3,22%) нисбатда қолмоқда. ЧАТ да бу кўрсаткичлар бир мунча юқори кўрсаткичлар сақланган яни жаррохлик амалиётидан олдин 14 (45,16%) нафар беморда шикоятлар аниқланган бўлса, 12 ойдан сўнг 8 (25,80%) нафар бемор 7(22,58%) 24 ойдан сўнг ўз шикоятлари билан анкета суровномамизда иштирок этишди.

Жадвал 4.11.

Жаррохлик амалиётидан узоқ муддатли натижалари								
таснифланиши			"сийдик пуфаги ёки сийдик"		"Ичак ёки тўғри ичак"		"Бачадон ёки чанокъ аъзолари тушиши"	
Узоқ натижалар		Опер. олдин	12 ой	24 ой	12 ой	24 ой	12 ой	24 ой
PFIQ-7	Асосий гурух 67 нафар	88,9 балл	14,2 балл	4,76 балл	4,76 балл	0	0	0
	Таққослаш гурух 31 нафар	69,5 балл	22,85 балл	16,7 балл	14,1 балл	4,76 балл	29,9 балл	25,8 балл

Шундай қилиб, аломатларнинг субъектив оғирлиги, уларнинг ҳаёт сифатининг функционал, психологик ва ижтимоий таркибий қисмларига таъсири баҳоланди. PFDI-20 ва PFIQ-7 сўровномасида жинсий аъзолар пролапси туфайли келиб чиқадиган аломатлар оғирлигини баҳолаш, пастки ошқозон-ичак дисфункцияси ва сийиш бузилиши белгиларининг оғирлигини субъектив баҳолаш киритилган.

Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиб, PFDI-20 ва PFIQ-7 сўровномалари ишончли ва асосли эканлиги ва тос аъзолари пролапсаси бўлган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш учун, шунингдек жаррохлик даволашнинг субъектив самарадорлигини баҳолаш учун юқоридаги патологиялар бўйича операция қилинган беморларда қўлланилиши мумкинлиги аниқланди.

Шуни такидлаш керакки назорат гуруҳидаги аёлларимизнинг 13 нафари (51,61%) деярли ярими ўз ахволини кониқарли деб баҳолашдилар, 11 нафари (35,48%) ўз саломатликларини яхши деб баҳолашган бўлишса 7 нафар бемор (12,90%) ўз саломатлигидан ва ўтказилган жаррохлик амалиётидан қониқмаганликларини ўзида учрайдиган турли хил шикоятлар билан намоён

қилишди. Асосий гурухимиздаги беморларнинг 67 нафар беморлар билан сухбат ўтказилганда 100 % аёлларимиз операциядан олдинги шикоятлар ва кейинги шикоятларга қараганда умумий саломатликлари анча яхшиланганлигини қайд қилишди. Айниқса беморларимиз асосан ЖАП рецидиви биланлигини ҳисобга олганда беморларда касаллик такрорланиш ҳавотири бутунлай йўқолганлигини қайд қилишди.

Беморлар орасида назорат гуруҳида жаррохлик амалиётидан кейинги даврда даврда олдинги меҳнаи фаолиятларини 16 нафар 51,61% ўзгартиришган бўлса, асосий гурухимиздаги беморлар таккомиллаштирилган мустаҳкам каркас ҳисобига 100 % беморлар олдинги меҳнат фаолиятини давом этириш мумкин бўлади.

Бундан ташқари асосий гуруҳ беморлар орасида 46 (68,65%) нафари жинсий ҳаёт олиб боришаётган булсалар, ўтказилган жаррохлик амалиёти яни қин чўлтоғини мустаҳкамлаш ва ишончли каркас ҳисобига жинсий ҳаёт давомида оғриқлар йўқлиги айтиб ўтишди. Ваҳоланки назорат гуруҳидаги беморлар нафақат қин чўлтоғи пролапси, бундан ташқари жинсий ҳаётни бутунлай 21 нафари 21 (67,74%) тарқ этишганликларини қайд қилишди. Бунга сабаб турли хил оғриқлар, аноргазмия, ва кўркув борлиги билан ифодалаб беришди.

Шу тариқда операция ўтказилган аёлларда сўровнома тахлили олинганда, такоммиллаштирилган услуб бўйича операция ўтказилган аёлларнинг қарийиб уч баробори 2,9 марта кўп сони ўз саломатликларини мутлоқ яхшиланганлигини, уларнинг ҳеч бири ўз саломатликларини яқин ва узоқ муддатли даврда ёмонлашганлигини қайд этишмади. Афсуски бачадон трансвагинал ва абдоминал гистерэктомиясида ўтказиладиган жаррохлик амалиёти ананавий усулда ҳар тўртинчи аёлда ЖАП бўйича у ёки бу шикоятлар борлиги, беморларнинг 8 (25,80%) нафарида қин чўлтоғи рецидиви кузатилганлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтилганда бизнинг жаррохлик амалиётимиздан кейинги даврда қин чўлтоғини мустаҳкам каркас ҳосил қилиш йўли билан

такомиллаштирилган усулда утказилган трансвагинал гистерэктомия беморларнинг хаёт сифатига, жинсий хаётига яқин ва узоқ муддат давларида салбий тасир кўрсатмади. Хаёт сифатини беморлар психо-эмотционал ҳолатига сезиларли даражада яхшиланганлигини, жаррохлик амалиётидан кейинги даврда, асоратлар ва касаллик рецидиви кузатилмаганлиги ушбу такомиллаштирилган кин чўлтоғи мустахкам каркас ёрдамида мустахкамловчи трасвагинал гистерэктомия усулини амалиётда кенг қўллашга тавсия қилишга асос бўлади.

Олинган натижалар муҳокамаси

Ҳозирги кунда аёлларда учрайдиган жинсий аъзолар пролапси муаммосининг долзарблиги шундан иборатки унинг кенг тарқалганлиги, клиник белгиларининг ерта намоён бўлиши ва кўп ҳолларда касалликнинг жаррохлик амалиётидан сўнг такроран қайталаниши билан боғлиқ бўлиб, касалликнинг статистикада камайишга мойил эмаслиги ҳозирги кунда акушер-гинекологлар олдидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Гинекологик касалликлар таркибида жинсий аъзолар пролапси 28% дан 39% гача ташкил қилиб, 15% хирургик давога муҳтож. Айниқса касалликнинг юқори кўрсаткичлари 50 ёшдан ошган ёшда юзага келади ва ҳозирги вақтда чанок мушакларининг етишмовчилигининг клиник манзараси бўлган репродуктив ёшдаги беморлар сонини ошишига сабаб бўлмоқда [Walters M.D.. 2013] Сўнги вақтларда жинсий аъзолар пролапси "ёшарганлиги", касалликнинг оғир шакллариининг устунлиги ва уларнинг функцияси бузилиши билан жараёнга туташ органларнинг жалб қилиниши кузатилмоқда. Жараённинг кейинги босқичларида III-IV даражасида урогенитал ва аноректал дисфункцияси оқибатида қин нормал анатомияси ва биоценозининг бузилиши туфайли юзага келадиган жинсий аъзоларнинг пролапси ва пролапс билан боғлиқ бошқа асоратлар: қин яллиғланиш касалликлари (колпит, бактериал вагиноз) ва бачадон бўйни (цервицит) қин девори трофик яралари “ декубитус”, бачадон буйни элонгацияси, сурункали эндоцервицит ёки бу

асоратларнинг икки ва ундан ортиги биргаликда келиши учрамоқда. бўлмоқда [40; 85-87 б.]. 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 тушишини 300 дан ортиқ жарроҳлик даволаш усуллари мавжуд, лекин таклиф этилган усулларнинг самарадорлиги етарли эмас ва касалликнинг қайталаниш даражаси 25-30% га етади. [31; 774 б.]. Генитал пролапсда ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари 7 грухга булинади (В.И. Краснопольский (1999).

1-гурух- Чаноқ тубини мустахкамловчи жарроҳлик амалиёти. 2гурух- қин йулини ёки қин дахлизини торайтиришга қаратилган жарроҳлик амалиётлари (А.Лехардту бўйича кольпоперинеоклейзис.: халқасимон қинни суний қисқартириш Х. Роттер ва А.Белову. Ўрта кольпоррафия Ф.Л. Нейгебауэром ва Л.К. Лефором. Бу гуруҳдаги жарроҳлик амалиётида касаллик рецидиви 15%-23% холларда кузатилади. 3.гурух- Бачадон бойламларини қисқартириш ёки мустахкамлаш орқали ўтказиладиган амалиётлар. Александер-Адамса юмолоқ бойламни чов каналига мустахкамлаш. Кохер бўйича Ветрофиксация. (Глебова Н. Н. 1983 рецидив рецидив кўрсаткич 29,9%)

4-гурух- Турли хил аллопластик материаллар ёрдамида бачадон ёки апикал проларсни мустахкамлаш. Dandolu V. 2017 1,9 дан 6,6% рецидив бериши аниқланган. 5 грух- бачадони (бачадон –сакрум, кардинал боғлам) мустахкамлашга қаратилган жарроҳлик амалиётлари. Манчестер жарроҳлик амалиёти. Ищенко А. И.- 2016 9% дан 22% гача рецидивлар учрайди. 6-гурух- пролапсга учраган аъзоларни чаноқ деворларига мустахкамлаш. Maher C. 2013 20% гача рецидив бериши адабиётларда келтирилган. 7 гурух- радикал операциялар яни гистерэктомия(абдоминал ёки трансвагинал)(Ищенко А. И. Снегирева. – 2021 рецидив кўрсаткичи- 33% ни ташкил қилади.)

Юқорида кўрсатилган жарроҳлик амалиётлари ва уларда учраши мумкин бўлган рецидивлар нафақат ноадекват жарроҳлик усулини танлаш билан, балки беморларни жарроҳлик амалиётидан олдин тайёрлаш ва

амалиётдан кейин олиб бориш сифатига ҳам боғлиқ. Пролапс гениталий жарроҳлик амалиёти коррекциясининг бир қанча тамойиллари бор: чанок аъзоларининг нормал топографиясини тиклаш, функционал касалликлар коррекцияси, касалликнинг жуда паст курсаткичли кайталаниши билан бир қаторда юқори сифатли натижаларга эришиш учун комбинирланган жарроҳлик техникаларидан фойдаланиш. Жинсий аъзолар пролапсини жарроҳлик йўли билан даволашда қийинчиликлар беморларнинг ёши ва хусусий соматик касаллик тарихи билан боғлиқ. Операциядан кейинги учрайдиган куп рецидивлар бу муаммони ҳал қилиш учун янги ёндашувлар излашни талаб қилади.

Жинсий аъзолар пролапси билан касалланган аёлларнинг ҳақиқий сонини аниқлаш бир мунча қийинчилик туғдиради сабаби аёллар сони статистик маълумотлари, қоида тариқасида, фақат гинеколог ташриф ва ЖАПсида утказилган жарроҳлик амалиётлари сонига қараб аниқланади ва бу ўз навбатида [85; 449-452 б.] касалланиш ҳақида аниқ маълумот йўқлиги ва кўпинча касалланишнинг оғир босқичларида аниқланишига олиб келади. Шу билан бирга, шифокор ёрдамига мурожаат қилмайдиган ёки жуда кеч мурожат қилган кўплаб потенциал беморлар мавжуд, шунинг учун маҳаллий ва хорижий адабиётлардан турли босқичлар ва турларнинг ГП тарқалиши бўйича маълумотлар кенг тарқалган - 3 дан 94% [3; 133 б, 86; 105-115 б, 87; 293-303 б, 14; 256 б, 89; 213-216 б.].

Генитал пролапс клиник белгилари турли хил ва нафақат чанок аъзолари анатомиясининг бузилишининг бевосита намоиши, балки қовуқ ва ичакнинг патологияси билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Чанок аъзолари пролапси билан аёллар томонидан амалда енг кенг тарқалган шикоят қинда ёд жисимнинг бўлиши хисобланади. Шикоятларни батафсил таҳлил қилиш генитал пролапс бўлган беморларда уларнинг хилма-хиллигини кўрсатади. Касаллик белгилари жуда секин ривожланади, бироқ касалликнинг II-IV даражали оғирлигига эришилганда аёлларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада пасаяди. Чанок аъзолари пролапси нафақат қин ва бачадон тушиши

билан боғлиқ шикоятлар балки у билан бтрга кечадиган кўшни аъзолар (сийдик пуфаги, уретра, тўғри ичак) ҳам киради, улар ҳаракатланишга мажбур бўлади, анатомик ва функционал бузилишларга дучор бўлади [69; 789-798 б.]. Мисол учун, А. Роров (2000) чанок пролапси билан беморларнинг 85% кўшни органлар функционал бузилишларини аниқлаган [65; 52-54 б.]. Ва бу патология уз навбатида урологлар ва проктологларнинг ҳам диққат марказида бўлиб қолмоқда.

генитал пролапсидан келиб чиққан барча клиник кўринишларни бир неча гуруҳга бўлиш мумкин:

- Чанок аъзоларидан аломатлар: сезиларли ноқулайлик, қин ва ундан ташқарида ёд нарсанинг ҳисси, ноқулайлик, юриш пайтида ёқимсиз ва тез-тез оғриқли ҳислар [41; 85-87 б, 61; 756 б, 21; 22 б, 18; 22 б, 42; 24 б.];

- сийдик йўллариининг белгилари: Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, сийдик тутиб тураолмаслик кўпинчатаси 10 дан 58% гача кузатилади. [94; 1021-1028 б, 95; 90-97 б, 67; 46-55 б, 4; 81-87 б, 17; 51-56 б, 26; 3-5 б.], ;

- меъда-ичак йўли белгилари: 31-41% аёлларда кузатиладиган қабзият [96; 15-107 б.]. Газлар ёки ахлатни ушлаб туриш қийинлашиши, ичакни тўлиқ бўшатиш каби аломатлар кузатилади [97; 41-49 б, 98; 41-49 б, 52; 66-71 б, 73; 1-4 б.]

- жинсий заифлик: 24-50% жинсий фаол аёллар тўлиқ жинсий ҳаётдан қониқмаслиги, алоқа пайтида оғриқ, жинсий истаги камайиши кузатилади [83; 796-806 б.]. Жинсий ноқулайлик, одатда, сийдик ёки ичак белгилари туфайли келиб чиққан анатомик ёки ҳиссий касалликлар туфайли юзага келади.

Оптимал даволаш тактикасини танлаш генитал пролапснинг аниқ ва ўз вақтида ташхислаш, генитал пролапснинг даражасини ва клиник кўринишларига асосланиб, бу кўпинча нафақат гинекологларнинг, балки тегишли мутахассисликларнинг шифокорлари - урологлар, колопроктологлар олдидаги долзарб вазифа бўлиб қолмоқда. [56; 8-10 б.].

Шу сабали бизнинг тадқиқотимиздан мақсад, асоратланган ва рецидивланган жинсий аъзолар пролапси кузатилган аёлларни жаррохлик

амалиётини такомиллаштириш ва ҳаёт сифатига таъсирини аниқлашдан иборат.

Белгиланган мақсадимизни амалга ошириш мақсадида олдимизга қуйдаги вазифаларни қўйдик.

- Аёллар жинсий аъзолари пролапси рецидиви ва уни оператив йўл билан даволаш турларини учраш даражасини ўрганиш.
- Жинсий аъзолар пролапси рецидивини хирургик даволаш йулини ишлаб чиқиш.
- Асоратланган ва рецидивланган жинсий аъзолар пролапсида ўз тўқималарининг ёрдамида генитал пролапсни бартараф етишда трансвагинал жарроҳлик амалиёти таъсирини баҳолаш.
- Асоратланган ва рецидивланган жинсий аъзолар пролапсида ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги узоқ ва яқин натижаларни баҳолаш.

Биз ўз тадқиқотларимизни Самарқанд шаҳар 3-сон туғруқ мажмуаси ва Самарқанд шаҳар «Самарқанд Доктор Шифо Бахт» хусусий клиникаси гинекология бўлимига мурожат қилиб келган жинсий аъзолар пролапси асорати ва рецидиви билан 98 нафар беморлар анамнези ўрганишдан бошланди. Текширувларимиз даври 2015 йилдан 2022 йилгача 7 йилни ташкил қилди. Беморларнинг ёш кўрсаткичи 46 дан 68 ёшгача бўлган кўламни ўз ичига олди, ўртача 55 ёш. Тадқиқот ўтказиладиган барча беморларимиз II гуруҳга ажратилди. I-гуруҳ (асосий) беморларимиз 67 (68,4%) нафар беморларимиз, генитал пролапсининг турли хил асоратлари ва бирламчи жарроҳлик амалиётидан кейинги рецидивлари билан беморларда қин чўлтоғини мустаҳкамлашнинг такомиллаштирилган модификацияси бўйича трансвагинал кириш йўли билан бачадоннинг экстирпация операцияси ўтказилган беморлар. II-гуруҳ (таққослаш) 31 (31,6%) нафар беморларимиз жинсий аъзолар пролапси оғир даражаларида анъанавий усулда абдоминал ва трансвагинал бачадон экстирпацияси жарроҳлик амалиёти ўтказилган.

Оператив даволашга кўрсатмалар сифатида- бачадон ва қин деворлари тушиши I-II даражаси билан 17 нафари (17,34%) ни бачадон тушиши ва чиқиб қолиши III-IV даражаси билан 46 нафар (46,93%). Жинсий аъзолар пролапси ва кўшни аъзолар асоратлари билан 23 нафар (23,46%), 10 нафари (10,2%) нафари эса генитал пролап асоратлари (яллиғланиш белгилар) билан мурожат қилганлар курсатма сифатида хизмат қилади.

Биз тамондон тадқиқотимиз остидаги иккита гуруҳда ҳам касалликнинг рецидивланиши яни бирламчи жаррохлик амалиётидан кейинги жинсий аъзолар пролапси рецидив кўриниши учраш вақт оралиғи таҳлил қилинди.

Биз касаллик рецидиви учраш вақтини 3 та гуруҳга ажратдик яни унга кўра 1-гуруҳ касалликнинг рецидиви 1 йилдан 3 йилгача бўлган оралик ва клиник белгиларнинг “эрта” намоён бўлиши. 2-гуруҳ касаллик рецидиви 3 йилдан 5 йилгача булган оралик ва клиник белгиларнинг “секин” намоён бўлиши. 3-гуруҳ касаллик қайталаниши 5 йилдан кўп бўлган вақт ва клиник белгиларнинг “кеч” намоён бўлиши. Унга кўра беморлар орасида 1-гуруҳда 22 нафарида (21,56%) да касаллик белгилари эрта намоён булса, 2-гуруҳ беморларимизда бу кўрсаткич 45 нафарида (44,1%) касаллик белгилари секин намоён булиши кузатилди. Қолган 31 (30,38%) нафар беморда касаллик рецидив куриниши кеч намоён булганлигини кўриш мумкин.

Соматик касалликлар характери ва чостатаси иккала гуруҳда қиёсий таҳлил қилинганда гуруҳда ҳам болаликдаги касалликлар ва ЎРВИ касалликлари бошқа гинекологик касалликлар сингари куп учраши кузатилган бўлса, аммо жинсий аъзолар пролапсида асосий олиб келувчи хавф омилларидан бўлган нафас йўллари касалликлари (асосий гуруҳда 41(61,2%)) таққослаш гуруҳида (14(45,2%)) ни, Ошқозон-ичак тракти касалликлари (асосий гуруҳда 43(64,2%)) таққослаш гуруҳида (17(54,8%)) ташкил қилади. Бундан ташқари оёқ веналари кенгайиши (асосий гуруҳда 41(61,2%)) таққослаш гуруҳида (12(38,7%)) ташкил қилади.

Беморлар акушерлик анамнези таҳлили ўрганилганда ЖАП келиб чиқишига хавф омили бўлган кўп хомилалик, ва кайта туғувчилар I-гуруҳда

40 (59,70%), II-гурух 14 (45,20%), хомила макросомияси билан туққанлар I-гурух 24 (35,8%) II-гурух 8 (25,80%) Хомила чаноқ билан келиши I-гурух 5 (7,46%) II-гурух 2 (6,45%) ни ташкил қилса, I-гурух 16 (22,88) II-гурух 9 (29,03%) беморлар анамнезида турли хил кўрсатмалар билан туғруқ кесарча кесиш йули билан амалга оширилган.

Туғруқларнинг кечиш характери таҳлил қилиб, шуни ишонч билан айтиш мумкунки 60,2% ҳолларда туғруқ пайтида акушерлик ёрдами талаб қилинган ёки асоратлар пайдо бўлган, бу кейинчалик ички жинсий аъзолар тушиши ва чиқиши сабабларидан бирига айланган деб айтиш мумкин. Туғруқ жараёнида кузатилган асоратлар таҳлилида, беморлардан асосий гуруҳда 15 (22,70%), таққослаш гуруҳида 10 (32,20%) да эпизиотомия ва перинетомия ўтказилган бўлса, I- гуруҳ 11 (16,40%), II-гурух 14 (21,2%) ораликнинг турли хил даражада йиртилиши кузатилган. Бундан ташқари I- гуруҳ 6 (8,80%), II-гурух 4 (12,90%) да бачадон бўйни йиртилиши кузатилган.

Жинсий азолар пролапси кейинги босқичларида III-IV даражасида урогенитал ва аноректал дисфункцияси оқибатида қин нормал топографияси ва биоценозининг бузилиши туфайли юзага келадиган жинсий аъзоларнинг пролапси ва пролапс билан боғлиқ бошқа қўшимча асоратлар: бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари (цервицит) қин девори ва бачадон трофик “декубитус”, яралари учраш даражаси ўрганилганда, тадқиқотимиз остидаги беморлар орасида асосий гуруҳда 19 (28,35%) бачадон "Декубитус" яраси, 21 нафарида (31,34%) да бачадон бўйни элонгацияси, 9(13,43%) да қин шиллик қавати яралари ва 17 (25,37%) да бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари аниқланди. Амбулатор тайёргарлик босқичида бундай беморлар одатда турли хил малҳамлар ва антибиотик терапия ўтказилади. Шу муносабат билан операциядан олдин беморлар бир курс терапевтик даволаш ишлари олиб борилади.

Жинсий аъзолар пролапси POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) ICS (International Continence Society) тамонидан таклиф қилинган тасниф буйича беморлар жинсий аъзолар характери таҳлил қилинганда асосий гуруҳ

беморлар орасида бачадон тушиши I ва II -даражаси 16 (23,88%) ни ташкил қилса таққослаш гуруҳида бу курсатгич 11 (34,37%) ташкил қилади. Бачадон чиқиб қолиши III ва IV даражаси асосий гуруҳда 35 нафар (52,23%) ташкил қилса, таққослаш гуруҳида бу курсатгич 15 (48,38%) ташкил қилади. Бундан ташқари қушни аъзолар тушиши цистоцеле ва ректоцеле асосий гуруҳда 26 нафари (38,80%) ва 9 (29,03%) ни ташкил қилса, таққослаш гуруҳида 8 (25,80%) ва 4 (12,90%) ни ташкил қилади. Қин олд ва орқа девори тушиши асосий гуруҳда 28 нафар (41,79%) ва 18 (26,86%) ни ташкил қилса таққослаш гуруҳида бу курсатгич 11 (38,70%) ва 6 (19,35%) ташкил қилади.

Тадқиқотларимизда олинган натижалар яни беморларнинг анамнези, ўтказилган бирламчи жаррохлик амалиётидан кейинги рецидивлар ҳолатлари, жинсий аъзолар пролапсидан кузатиш ва кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сабабли, биз жинсий аъзолар пролапси, рецидиви ва асоратларини ҳисобга олган ҳолда ўзимизнинг жаррохлик модификациямизни ишлаб чиқдик.

Етти йиллик иш жараёнимизда 3-сон туғруқ мажмуаси ва Самарканд шаҳар «Самарканд Доктор Шифо Бахт» хусусий клиникаси гинекология бўлимида жинсий аъзолар пролапси рецидива ва асоратларини айниқса қин чўлтоғи пролапси рецидивини олдини олиш учун янги модификация ишлаб чиқилди. Ушбу усулнинг хажми:

- 5) Бачадон қин орқали гистерэктомияси
- 6) Қин чўлтоғини ўз тўқималари ёрдамида такомиллаштирилган модификация ёрдамида мустаҳкамлаш.
- 7) Олдинги кольпоррафия
- 8) Орқа кольпоперинеолеваторопластика

Техникаси: Оғриқсизлантириш- спинальный анестезия

Операция этаплари: 1-этап. Бемор жаррохлик столига литотомик ҳолатда йотқизилади (оёқлар очилган ҳолда, махсус ушлаб турувчи воситалар қўйилади). Ташқи жинсий аъзолар ва қин 70% этил спирти ва 2%ёд эритмаси билан ишлов берилади. Жаррохлик майдонига махсус стерилланган

ёпинчиқлар ёпилади. Қин кўзгулар ёрдамида очилади ва бачадон бўйни Дуайен щипциси билан фиксация қилиниб олдинга ва пастга бироз тортилади. Қин олдинги девори скапел ёрдамида учбурчаксимон лоскут кесилади, сийдик пуфаги бачадон бўйнидан ажратилади ва симфиз тагига ўтказилади. Шундан сўнг бир вақтинг ўзида аниқланган бачадон-сийдик қопининг қорин пардаси Микулич қисқичлари билан ушланади ва очилади. 2-этап. Бачадон ўнг қўлнинг курсатгич бармоғи билан қорин бўшлиғидан чиқарилиб, унинг танасининг ичак юзаси остидаги қорин парда тешигидан олиб келиниб Мюзо щипцисига фиксация қилинади. Чап тамондан бачадон найчаси, тухумдон хусусий бойламлари ва бачадон юмолоқ бойлами Кохер қисқичларига олиниб кесилади. Бачадоннинг танаси унг тарафга тортилади ва бачадон чап қирраси бўйлаб чўзилган бачадон томирлари Кохер қисқичига олиниб кесилади. Худди шу усуллар қарама-қарши тамонда ҳам ўтказилади. Туғри ичак-бачадон бўшлиғининг қорин парда чуқурчаси ажратилиб туғри ичак- бачадон бойламлари Кохер ёрдамида(хар-бири алохида) ушланади ва кесилади.

Бачадонни хали ҳам ушлаб турган қин орқа қисми скапел ёрдамида кесилиб қисқичлар лигатураларга алмаштирилади. Қовуқни юқорига кутариш амалга оширилади. Қин чўлтоғини мустахкамлаб тикиш ичкаридан ташқари тамондан амалга оширилади. Ушбу усулнинг мохияти тикиш ичкаридан бошланиб, қорин парда, юмолоқ ва думғаза-бачадон бойламлари чултоғи, ва қин деворлари биргаликда “Х” симон чоклар ёрдамида тикилади. Бу эса ўз навбатида оператив жараёнини бирлаштириб, жаррохлик амалиётини вақтини қисқаришига ҳамда қон йўқотиш хажмини камайтиришга ёрдам беради. Жами 6-8 та “Х” симон чоклар алохида-алохида қўйилади. Натижада “ бублик ” шаклидаги горизантал ҳолатда мустахкам каркас ҳосил бўлади. Каркас ўртасида диаметри 2,5-3,5смли суний тешик ҳосил бўлиб, перитонизация ўтказилмайди. Жараённинг кейинги этаплари (3-4этап) Олдинги кольпоррафиява орқа кольпоперинеолеваторопластика жаррохлик амалиёти билан тугалланилади.

Биз таклиф қилган жаррохлик амалиётининг устунликлари.

1. Туқималарнинг тикланиши ва озиқланиши яхшиланади. 2. Қин чўлтоғини тикишда узлукли “Х” симон чоклар ҳисобига туқималар орасидаги яра суюқлиги оқими яхшиланиши ҳисобига умумий қин оркали гистерэктомия ўтказилган бошқа узлуксиз чоклардан фарқли ўлароқ туқималарда культит, инфилтрат ва бошқа асоратлар кузатилмайди. 3. Жаррохлик амалиёти психологик томондан яхши қабул қилинади ва ўз навбатида жаррохлик амалиёти давомида анестезия ҳисобига бемор-шифокор контакт алоқа бўлади. 4. Сийдик ажратиш тизми яхшиланади, дизуритик белгилари ва сийдик ушлаб тураолмаслик ҳолатлар кузатилмайди. 5. Беморлар эрта ўрнидан туради ва 4-5 суткада уйга жавоб берилади. 6. Ҳосил бўлган суний қин дахлизи проксимал қисмида жойлашган мустаҳкам “бублик” симон каркас ҳисобига рецидив ва унинг асоратлари кузатилмайди, ва уз навбатда энтероцеле ҳосил бўлиши олди олинади. Бундан ташқари Х симон чоклар ва суний дренаж ҳисобига туқималар орасидаги яра суюқлиги оқими яхшиланади ва бу операциядан кейинги жароҳатнинг тез битишига олиб келади. 7. Эски чандиқлар олиб ташлаш ҳисобига жароҳат жойига яхши доступ очилади ва эски ҳаракатсиз чандиқлар йуқлиги регенерацияни яхшилайдди.

Таклиф қилинган жаррохлик амалиёти жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратини нафақат даволашда балки гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоғи тушишини ва турли даражадаги стационарда операциядан кейинги эрта ва кечки асоратларни юзага келишини олдини олишни таминлайди.

Ишлаб чиқилган услубнинг самарадорлигини ўрганиш мақсадида, жаррохлик амалиёти кечиши, операциядан кейинги эрта давр, ҳамда келгусидаги узоқ натижаларни қиёсий тадқиқоти ўтказилди.

Жаррохлик амалиёти техникаси, ҳажми ва оғриқсизлантиришга доир қарор умумий консилиум тамонидан ҳар бир аёлга индивидуал қабул қилинди. Оғриқсизлантириш бел анестезиясидан фойдаланилди. Жинсий аъзолар рецидиви асоратини бартараф этишда жаррохлик амалиёти ҳажмидан келиб

чиқган холда беморлар профилактика асосида жаррохлик амалиётидан олдин 1 курс терапевтик даво муолажалар қўлланилди.

Жинсий аъзолар пролапсида ўтказиладиган анъанавий абдоминал ва трансвагинал гистерэктомия билан қин чултоғи пролапси олдини олиш мақсадида такомиллаштирилган усул самарадорлигини тасдиқлаш учун биз жаррохлик амалиётидан кейинги эрта давр кечиши хусусиятларин турли тавсифларининг тахлилини ўтказдик. Операция давомийлиги, қон кетиш ҳажми, тана ҳарорати махсимал кутарилиши, туқималар тикланиши, соҳада дренаж хусусияти, култит ва инфилтрат пайдо бўлган аёллар сони, жаррохлик амалиётидан кейинги шифохонада ётиш кунлари ва жавоб бериш вақти таққосланди. Жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратларини бартараф этишда биз таклиф қилган усулда жаррохлик амалиёти давомийлиги 45мин дан 60 минутгача бўлган вақт оралиғини ташкил қилади яни ўртача $52,5 \pm 1,5$ дақиқани ташкил қилади. Бу кўрсаткич жаррохлик амалиётида бир нечта амалларни бир вақта бажарилиш ҳисобига эришилади. Абдоминал ёки қин орқали гистерэктомия анъанавий усулида бу кўрсаткич 80 дақиқадан 100-110 дақиқাগача бўлган вақтни ўз ичига олади, ўртача $95 \pm 2,5$ дақиқа. Шуниси этиборлики жинсий аъзолар пролапси рецидивини бартараф этишда асосан катта ёшдаги беморлар эканлигини ҳисобга олсак жаррохлик амалиёти столида беморларимиз таққослаш гуруҳига нисбатан деярли тенг ярим вақт давомийликда буладилар ва бу эса ўз навбатида йўқотилган қон миқдори ва беморлар психико-эмотционал ҳолатига ижобий тасир кўрсатади. Жаррохлик амалиёти вақти қисқалиги ва беморлар билан жаррохлик амалиётида доимий мулоқат сақланиши беморлар психо-эмотциянал ҳолати яхшиланади.

Жаррохлик амалиётида қон йўқотиш ҳажми асосий гуруҳда 200-300мл гача бу ўртача 250 ± 10 мл гача демакдир. Қон миқдори сезиларли даражада йўқотиш назорат гуруҳида кузатилади 400-500мл гача бу ўртача 300 ± 50 мл гача дегани.

Интраоперацион (жаррохлик амалиёти) давомида қушимча асоратлар ва оғирлашишлар асосий гуруҳда кузатилмади. Назорат гуруҳида 2 нафар

беморда 6,45%да сийдик йули жарохати ҳолати кузатилди. Бундан ташқари абдоминал кириш йули билан гистерэктомия ўтказилганда 3 (9,6%) нафар беморла кунгил айланиш ва қайт қилиш ҳолатлар кузатилди.

Биз таклиф қилган усулда тўқималар тикланиши ва озиқланиши яхшиланади ва бу ўз навбатида жароҳат жойини тез фурсатда тикланиши ва беморлар эрта оёқга туришга ва тўқималарда культит ва инфилтрат ҳосил бўлишини бутунлай олди олинади. Асосий гуруҳ беморларда 88,1% да тўқималар репаратцияси яхшиланган бу таққослаш гуруҳидан дейарли ярим баробарга куп дегани. Бундан ташқари бизнинг усулнинг самарадорлиги яна шундан иборатки тўқималар озиқланиши ва тикланиши тез фурсатда яхшиланиши жаррохлик амалиётидан кейинги эрта даврларда культит ва инфилтрат ҳосил бўлишини олди олинади. Операциядан кейинги даврда таққослаш гуруҳида 9 нафар (29,3%) беморда культит, инфилтрат ҳосил бўлиши кузатилган бўлса, бу ўз навбатида беморларнинг шифохонада ётиш кунини яна узайишига сабаб бўлади.

Шуни қайд этиш керакки, таққослаш гуруҳида қин чўлтоғи анъанавий усул билан мустаҳкамланганда 6 нафар беморда (19,35%) соҳада экссудат тупланганлиги аниқланди. Биз таклиф этган қин чултоғини мустаҳкамлаш усулимизда табиий “дренаж” яни қин чўлтоғи 2,5-3 см очиқ қолдириш операциядан кейинги даврда экссудат тўпланишини бартараф этилиши ва культит ҳосил бўлиши олди олинади. Жинсий аъзолар пролапси бартараф этишда такоммиллаштирилган усул, яни қин чултоғини узлукли Х-симон чоклар билан мустаҳкамлаш ва ишончли “бублик” симон каркас жаррохлик амалиётидан кейинги узоқ муддатларда қин чултоғи ва қин деворлари пролапси рецидивини олди олинади.

Жаррохлик амалиётидан кейинги шифохона назоратида асосий гуруҳда 14 нафар (20,9%) да тана ҳарорати $37,3^{\circ}\text{C}$ гача 2-3 кун сақланиб қолганлиги кузатилди. Анъанавий усулда жаррохлик амалиёти ўтказилган беморларда бу кўрсаткич бир мунча юқори эканлиги яни 23 нафарида (74,2%) беморларда 37°C дан $38-38,5^{\circ}\text{C}$ тана ҳарорати кўтарилиши кузатилди. Айниқса

беморларимиз ёши ҳисобга олган ҳолда абдоминал гистерэктомияда бу курсатгич 39°C гача кўтарилиши ва ўз навбатида антибактериал терапия кунлари узайиши ҳолатлари кузатилди.

Ишлаб чиқилган усул яни жаррохлик амалиётидан кейинги эрта асоратлар йўқлиги ва беморлар эрта оёқга туриши, аксарият беморларимиз яни- 60 нафари (89,5%) операциядан кейинги стационарда 4-5 сутка қолганлар. Анъанавий усул билан ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги стационарда беморлар 8-10 суткада, агар жаррохлик амалиёти абдоминал йули билан содир булса 10 суткадан ортиқроқ муддатга стационарда бўлишади. Бу асосий гуруҳдаги беморларимиздан деярли тенг ярими деганидир. Хулоса қилиб айтадиган булсак беморлар ёши ва анамнези ҳисобга олинса асосий гуруҳ беморларимиз стационарда эртароқ чиқиши бу уларнинг психо-эмоционал ҳолатига яхши тасир кўрсатади.

Беморларда ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги даврда яни беморларнинг стационардан чиқиб кетганларидан 6 ой, 12 ой, 24 ой ўтгач ўрганилди. Такмиллаштирилган усул билан жаррохлик амалиёти ўтказган аёлларимиз деярли барчаси операция натижаларидан қониқиш ҳосил қилдилар. Беморлар тамонидан жаррохлик амалиётидан кейинги даврда чаноқ аъзолари дисфункцияси, хаёт сифати билан боғлиқ шикоятлар сураб-суриштириш ва кўрик вақтида аниқланмади. Такмиллаштирилган услуб билан ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги қорин бўшлиғи аъзолари чандиқланиш жараёнинг клиник белгилари, ёндош аъзолар фаолиятининг бузулиши, жинсий фаолиятнинг бузулишлари аниқланмади.

Беморларда чаноқ аъзолари дисфункцияси, **PFDI-20** (PelvicFloorDistressInventory) махсус анкеталар ёрдамида аниқланганда, асосий гуруҳ беморлар жинсий аъзолар билан боғлиқ шикоятлар 28 нафар (41,79%) ни ошқозон-ичак тракти бўйича шикоятлар 20 нафари 29,85%, сийдик ажратиш тизим бўйича шикоятлар 19 нафари (28,35%) ташкил қилган булса, жаррохлик амалиётидан кейин 6 ойдан сўнг бу курсатгичлар сезиларли даражада пасайганлиги ва 24 ойдан сўнг шикоятлар деярли учрамаслигини

кўриш мумкин. Таққослаш гуруҳида жинсий аъзолар билан боғлиқ шикоятлар 13(41,9%)ни ошқозон-ичак тракти бўйича шикоятлар 7(22,5%) сийдик ажратиш тизим бўйича шикоятлар 11(35,48%) ташкил қилган бўлса, бу курсатгич кейинги давирларда шикоятлар сақланиб қолганлиги ёки сезиларли даража кутарилганлигини кўриш мумкин.

Такомиллаштирилган жаррохлик амалиётидан кейинги даврда беморлар чаноқ туби дисфункцияси ўрганилганда сезиларли ижобий натижаларга эришилди.

Бунга кўра жаррохлик амалиётидан олдин беморларнинг 1-босқич саволларга жавоблари 91 баллни ташкил қилган бўлса 24 ойдан сўнг бу кўрсатгич 4,1балл ни ташкил қилди. 2-босқич саволларга 80 балл тўпланган бўлса 24 ойдан сўнг бу кўрсатгич 3,12 баллни ташкил қилади. 3-босқич саволларга даставал 77 балл тўплаган бўлса кейинги вақтларда бу кўрсатгич 2 баллни ташкил қилади. Назорат гуруҳидаги беморларнинг кўрсатгичи жадвалда кўриш мумкинки бази бир шикоятлар сақланиб қолганлигига базан жаррохлик амалиётидан кейинги даврда бу шикоятларнинг кўпайганлигига гувоҳ бўлиш мумкин.

Тадқиқотимиз остидаги беморларнинг ҳаёт сифати **PFIQ-7**(PelvicFloorImpactQuestionnaire) анкетаси ёрдамида аниқланганда, асосий гуруҳда операциядан олдин беморлар орасида ўтказилган савол жавобда 67 нафар беморда 37 нафарида 55,2%да "сийдик пуфаги ёки сийдик" системасида муаммолар борлиги, 28 нафарида 41,49% да "Ичак ёки тўғри ичак" тизимида, 41 нафарида 61,19% да "Бачадон ёки чаноқ аъзолари тушиши" оид турли хил шикоятлар аниқланди. Таққослаш гуруҳида операциядан олдин "Бачадон ёки чаноқ аъзолари тушиши" 14 нафарида (45,16%) шикоятлар аниқланган бўлса, "Ичак ёки тўғри ичак" 9 (29,03%), "сийдик пуфаги ёки сийдик" 8 (25,80%) ни ташкил қилади.

Олинган узоқ муддатли натижалар таҳлил қилинганда тадқиқотимиз остидаги жаррохлик амалиётидан кейинги даврда савол-жавоб анкетамизда асосий гуруҳ беморларимиз операциядан олдин "сийдик пуфаги ёки сийдик"

тизимида 37 (55,2%) нафар бемор шикоят қилган бўлса жаррохлик амалиётидан кейинги 12 ойдан сўнг 3 (4,47%) нафарида, 24 ойдан сўнг 1(1,49%) нафарида шикоят сақланиб турганлиги аниқланди. Ва бу беморимиз бирламчи жаррохлик амалиётида сийдик қопи травмаси кузатилганлиги ва кўпол чандиқланиш ҳисобига такомиллаштирилган услубда сийдик пуфаги чандиқлар тўлиқ олиб ташланганлиги ҳисобга олинган ҳолда ижобий натижа ҳисобланади. "Ичак ёки тўғри ичак" ва "Бачадон ёки чаноқ аъзолари тушиши" бўйича шикоятлар бир мунча яхши натижаларни намоён қилди. Даставал ошқозон ичак тракти бўйича шикоятлар 28(41,49%) ташкил қилган бўлса, узоқ муддатли текширишларда бу кўрсаткич 1(1,49%) нафар беморда кузатилган бўлса кейинчалик, иккала тизимда ҳам шикоятлар йўқлиги танланган услубнинг яна бир усувор эканлигини кўрсатади. Таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич операциядан олдин "сийдик пуфаги ёки сийдик" тизимида 8 (25,80%) нафар беморда, "Ичак ёки тўғри ичак" 9 (29,03%) нафарда, "Бачадон ёки чаноқ аъзолари тушиши" 14 (45,16%) нафарида анкета суровномасида шикоятлар қайд этилган бўлса, жаррохлик амалиётидан кейинги шикоятлар САТ да 12 ойдан сўнг 9 (29,03%) 24 ойдан сўнг 6 (19,35%) ташкил қилган бўлса ОИТ тизимида шикоятлар 2 (6,45%) га 1(3,22%) нисбатда қолмоқда. ЧАТ да бу кўрсаткичлар бир мунча юқори кўрсаткичлар сақланган яни жаррохлик амалиётидан олдин 14 (45,16%) нафар беморда шикоятлар аниқланган бўлса, 12 ойдан сўнг 8 (25,80%) нафар бемор 7(22,58%) 24 ойдан сўнг ўз шикоятлари билан анкета суровномамизда иштирок этишди.

Шу таризда операция ўтказилган аёлларда сўровнома тахлили олинганда, такоммилаштирилган услуб бўйича операция ўтказилган аёлларнинг қарийиб уч баробори 2,9 марта кўп сони ўз саломатликларини мутлоқ яхшиланганлигини, уларнинг ҳеч бири ўз саломатликларини яқин ва узоқ муддатли даврда ёмонлашганлигини қайд этишмади. Афсуски бачадон трансвагинал ва абдоминал гистерэктомиясида ўтказиладиган жаррохлик амалиёти ананавий усулда ҳар тўртинчи аёлда ЖАП бўйича у ёки бу

шикоятлар борлиги, беморларнинг 8 (25,80%) нафарида қин чўлтоғи рецидиви кузатилганлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтилганда бизнинг жаррохлик амалиётимиздан кейинги даврда қин чўлтоғини мустахкам каркас ҳосил қилиш йўли билан такомиллаштирилган усулда ўтказилган трансвагинал гистерэктомия беморларнинг ҳаёт сифатига, жинсий ҳаётига яқин ва узоқ муддат давларида салбий таъсир кўрсатмади. Ҳаёт сифатини беморлар психо-эмоционал ҳолатига сезиларли даражада яхшиланганлигини, жаррохлик амалиётидан кейинги даврда, асоратлар ва касаллик рецидиви кузатилмаганлиги ушбу такомиллаштирилган қин чўлтоғини “Х” симон чоклар ёрдамида мустахкам каркас ҳосил қилиб мустахкамловчи трансвагинал гистерэктомия усулини амалиётда кенг қўллашга тавсия қилишга асос бўлади.

ХУЛОСАЛАР

« Жинсий аъзолар пролапси асорати ва рецидиви кузатилган аёлларда жаррохлик даволашни оптималлаштириш » мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация бўйича тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар берилди:

1.Жинсий аъзолар пролапси кузатилган аёлларда касалликнинг рецидив кўрсаткичи 68,4%, шу жумладан абдоминал ёки трансвагинал гистерэктомия жаррохлик амалиётидан кейинги қин чўлтоғининг пролапси 24,3% ни ташкил этиши жинсий аъзолар пролапси оғир даражаларида ва гистерэктомиядан кейинги қин чўлтоқи пролапсини даволашда янги хирургик даво усуллари ишлаб чиқиш ва тадбиқ этишни англатади.

2.Жинсий аъзолар пролапси асорати ва рецидивини даволашда ишлаб чиқилган услуб, яни маҳаллий тўқималари ёрдамида трансвагинал гистерэктомиянинг такомиллаштирилган техникасида қин чўлтоғини “Х-симон” узликли чоклар ёрдамида мустахкамлаш тўқималарда регенерацияси яхшиланишига, яра оқимининг тезлашиши ҳисобига инфилтрат тўпланиши ва культит ривожланиши олди олинади, бундан ташқари мустахкам “бублик” симон каркас ҳисобига гистерэктомиядан кейинги апикал пролапсни олдини олинишга ёрдам беради.

3.Ишлаб чиқилган усул самарадорлиги шундан иборатки, бир қанча жаррохлик амалиётини бир вақтда бажариш ҳисобига операция вақтини 1,5 баровар қисқартиришга, қон йўқотиш ҳажмини сезиларли даражада камайишига, жаррохлик амалиётидан кейинги даврда беморларнинг стационарда бўлиш вақтини 2 баробар камайишига ёрдам беради. Бундан ташқари соҳадаги суний "дренаж" тўқималар орасидаги яра суюқлиги оқими яхшилашга ва бу операциядан кейинги жароҳатнинг тез битишига олиб келиб экссудат тўпланиши олди олинади.

4.Биз тамонимиздан ишлаб чиқилган трасвагинал гистерэктомияни тулдурувчи услуб, беморларда яқин ва узоқ муддатларда кузатилиши мумкин

бўлган асоратлар ва касаллик рецидивини махсус анкета савол-жавоб (PFDI-20: $30,9 \pm 9,8$, $17,5 \pm 4,2$, $25,7 \pm 6,7$, га қарши $4,1 \pm 2,1$, $3,12 \pm 1,3$, $2,0 \pm 1,2$ ва PFIQ-7: $16,7 \pm 4,8$, $25,86 \pm 0,6$ га қарш $4,76 \pm 1,2$, $1 \pm 0,8$) асосида мутлоқо бартараф этишга ёрдам бериб, беморлар ҳаёт сифатини ва ижтимоий ҳаётда яшаш тарзини яхшилашга хизмат қилади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратини барча аёлларни ишлаб чиқилган янги оптималлаштирилган трансвагинал гистерэктомия техникаси бўйича суний дренаж ҳосил қилган ҳолда қин чўлтоғини “Х” симон узлукли чоклар ёрдамида мустахкамлаш керак, бу эса ўз навбатида чуқур қин ҳосил бўлишига, мустахкам “бублик” симон ишончли каркас ёрдамида беморлар ҳаёт сифати яхшиланиши ва касаллик рецидиви тўлиқ олди олинади.

2. Жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратларида жаррохлик амалиётини оптималлаштирилган трансвагинал гистерэктомия усули орқали даволашни бир қанча устун тамонлари борлиги ва янги услубнинг самарадорлигига фақатгина марказий шифохоналарда етакчи мутахасис ёрдамидагина эришилади. Бундан ташқари жаррохлик амалиёти учун махсус жихозлар ва моддий харажатлар талаб этилмаслиги сабабли республикамиз исталган жойида амалга ошириш имконини яратиш ва ислох қилиш керак.

3. Бачадон экстропациясини трансвагинал йули билан биз таклиф қилган такомиллаштирилган техникаси барча ёши катта аёллар, генитал пролапсининг оғир даражаларида, жинсий аъзолар пролапси рецидиви ва асоратларида, бачадон миомасида ўтказиладиган трансвагинал гистерэктомия тавсия этилади.

Шартли қисқартмалар рўйхати:

- БДҚ – Бачадондан дисфункционал қон қетиши
БЖССТ – Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЖАП – Жинсий аъзолар пролапси
ЖФ – Жисмоний фаолият
ЖХ – Жисмоний ҳолат
ИЖАТ – Ички жинсий аъзоларнинг тушиши
ИФ – Ижтимоий фаолият
ОИТ – Ошқозон-ичак тракти
РЖФ – Ролли жисмоний фаолият
РХФ – Ролли ҳиссий фаолият
СП – Сийдик пуфаги
СТО – Сийдик тута олмаслик
СУХ – Соғлиқнинг умумий ҳолати
ЎРВИ – Ўткир респиратор вирус инфекцияси
ХС – Ҳаёт сифати
ЭГК – Экстрагенитал касалликлар
ЭКГ – Электрокардиография
ЯҚ – Яшаш қобиляти

ФОЙДАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абрамян К.Н современные представления о патогенезе, диагностике и способах коррекции пролапса гениталий и его осложнений. Патогенез.-2014-№4 С-4-9.
2. Аполихина И. А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И. А. Аполихина, Г. Б. Дикке, Д. М. Кочев // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 10. - С. 104-110.
3. Аполихина И.А Малоинвазивные инновационные лазерные технологии в гинекологической практике. Горбунова Е.А Одинакова-2015год №3-4 С.-133.
4. Балан В. Е. Урогенитальные расстройства в климактерии, особенности лечения / В. Е. Балан, Л. А. Ковалева // Гинекология. - 2014. - № 1. - С. 81-84.
5. Баринаева М. Н. Магнитно-резонансная томография (МРТ) при пролапсе тазовых органов / М. Н. Баринаева, А. Е. Солопова, Н. В. Тупикина [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2014. - № 1. - С. 37-46.
6. Баринаева М. Н. Магнитно-резонансная томография при стрессовом недержании мочи / М. Н. Баринаева, А. Е. Солопова, М. Ю. Гвоздев [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2014. - С. 12-17.
7. Беженарь В. Ф. Методы хирургического лечения ректоцеле у женщин при опущении и выпадении внутренних половых органов / В. Ф. Беженарь, Е. В. Богатырева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Т. LVIII, № 2. - С.16-22.
8. Беженарь В. Ф. Сравнительная оценка качества жизни больных после коррекции генитального пролапса различными синтетическими имплантатами. / В. Ф. Беженарь, Е. С. Гусева, А. А. Цыпурдеева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - № 5. - С. 15-28
9. Бреусенко В. Г. Гинекология / В. Г. Бреусенко, Г. М. Савельева. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2012. - С. 348-350.

10. Буянова С. Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С. Н. Буянова, С. В. Савельев, В. Л. Гришин [и др.] // Акуш. и гинек. - 2001. - № 3. - С. 39-43.
11. Буянова С. Н. Пролапс гениталий / С. Н. Буянова, Н. А. Щукина, Е. С. Зубова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2017. - № 1. - С. 3745.
12. Буянова С. Н. Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий / С. Н. Буянова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008 Спецвыпуск. - С. 8-11.==013
13. В.Н Куликовский. Генитал пролапс у женщин: руководство для врачей. Н.В Олейник. ГЕОТАР-Медиа 2008 год. 256с.
14. Гвоздев М. Ю. Синтетические материалы в урогинекологии / М. Ю. Гвоздев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - № 2. - С. 43-18.
15. Гвоздев М. Ю. Синтетические материалы в урогинекологии / М. Ю. Гвоздев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - № 2. - С. 43-50.
16. Глебова Н. Н. Хирургическое лечение выпадений матки / Н. Н. Глебова, Т. Г. Корниенко, Н. Г. Мухаметшина, В. О. Вехновский // Современные методы оперативного лечения в акушерстве и гинекологии. Сборник научных трудов (республиканский). - М., 1983. - С. 51-56.
17. Горбенко О. Ю. Новые подходы к оперативному лечению опущения и выпадения внутренних половых органов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Горбенко Оксана Юрьевна. - М., 2008. - 22 с.
18. дис д-ра мед. наук : 24.00.01 / Чечнева Марина Александровна. - М., 2011.
19. Жуковский В. А. Полимерные эндопротезы для герниопластики / В. А. Жуковский. - СПб. : Эскулап, 2011. - 104 с.
20. Журавлева А. С. Принципы выбора хирургических технологий для коррекции осложненных форм пролапса гениталий и оценка их эффективности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Журавлева Анна Сергеевна. - М., 2009. - 22 с.

21. Ильина И. Ю. Клинические проявления дисплазии соединительной ткани / И. Ю. Ильина, О. В. Самсонова, А. Г. Тагирова // Материалы 6-й совместной научно-практической конференции / под ред. В. Н. Нагаева. - 2012. - С.104-105.

22. Ильина И. Ю. Особенности экстрагенитального статуса у женщин с пролапсом гениталий в сочетании с дисплазией соединительной ткани / И. Ю. Ильина // Вестник РГМУ. - 2012. - №3 - С. 25-28.

23. Иоселиани М. Н., Куликов В. Ф. // Вестник Российской ассоциации акушеров- гинекологов. - 1998. - № 1. - С. 64-66.

24. Ищенко А. И. Влагалищная экстирпация матки с использованием имплантатов из титанового шелка для профилактики рецидива заболевания / А. И. Ищенко, Т. В. Гаврилова, А. А. Ищенко [и др.] // Архив Акушерства и Гинекологии им. В. Ф. Снегирева. - 2021. - Т. 8, № 2. - С. 101-108.

25. Ищенко А. И. К вопросу о патогенезе тазовой дисфункции / А. И. Ищенко, Т. В. Гаврилова, Л. С. Александров [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2016. - № 5. - С. 3-5.

26. Ищенко А. И. Трансвагинальная хирургическая профилактика постгистерэктомического пролапса купола влагалища у пациенток с полным выпадением матки / А. И. Ищенко, Т.В. Гаврилова, Л. С. Александров [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2017. - Т. 16, № 3. - С. 4346.

27. Ищенко А. И. Усовершенствованный хирургический подход к лечению пациенток с полным выпадением матки / А. И. Ищенко, Т.В. Гаврилова, А. А. Ищенко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2020. - Т. 19, № 1. - С. 32-39.

28. Камоева С. В. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин / С. В. Камоева, Т. Н. Савченко, А. В. Иванова, Х. А. Абаева // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2013. - Т. 13, № 1. - С. 17-21.

29. Колпаков А. А. Сравнительный анализ результатов применения протезов «титановый шелк» и полипропилена у больных с

послеоперационными вентральными грыжами / А. А. Колпаков, А. А. Казанцев // РМЖ. - 13.07.2015. - № 13. - С. 774.

30. Колпаков А. А. Сравнительный анализ результатов применения протезов «титановый шелк» и полипропилена у больных с послеоперационными вентральными грыжами / А. А. Колпаков, А. А. Казанцев // РМЖ. - 13.07.2015. - № 13. - С. 774.

31. Краснопольская И. В. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий после гистерэктомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Краснопольская Ирина Владиславовна. - М., 2004. - 23 с.

32. Краснопольский В. И. Профилактика рецидивов выпадения влагалища после влагалищной гистерэктомии. / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова,

33. Краснопольский В. И. Реконструктивные операции при опущениях и выпадениях половых органов, выбор тактики и профилактика осложнений / В. И. Краснопольский // Акушерство и гинекология. - 1993. - № 5. - С. 46-48.

34. Краснопольский В. И. Современные аспекты хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов женщин / В. И. Краснопольский, М. Н. Иоселиани, И. Д. Рижинашвили, А. И. Слободянюк // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 8. - С. 58-61.

35. Краснопольский В. И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2006. - Т. 6, № 4. - С. 66-71.

36. Кулаков В. И. Гинекология: Национальное руководство / В. И. Кулаков, И. Б. Манухина, Г. М. Савельева. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

37. Кулаков В. И. Гинекология: Национальное руководство / В. И. Кулаков, И. Б. Манухина, Г. М. Савельева. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

38. Кулаков В. И. Здоровье женщины и гистерэктомия / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, С. И. Аскольская // Мат. междунар. конгресса «Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней». - М., 2000. - С. 224-237.
39. Лисица В. Проблема генитального пролапса у женщин. Майстер-клас «Пропалс 2014» / В. Лисица // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2015. - № 1 (87). - С. 85-87.
40. Лисица В. Проблема генитального пролапса у женщин. Пропалс 2014. Медицинские аспекты здоровья женщин. 2015 год №1 с 85-87.
41. Лобода Т. И. Дифференцированный подход в лечении пролапса гениталий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Лобода Татьяна Ивановна. - М., 2016. - 24 с
42. М.А Чечнева Ультразвуковая диагностика пролапса гениталий и недержания мочи у женщин. С.Н Буянова А.А Папов. Медпресс-инфо 2016год 4-38с.
43. Малхасян В. А. Эпидемиология, патогенез и факторы риска пролапса гениталий у женщин: обзор зарубежной литературы / В. А. Малхасян, К. Н. Абрамян // Pacific. Med. J. - 2010. - № 1. - С. 9-13.
44. Мамаева А. В. Причина постгистерэктомического пролапса гениталий / А. В. Мамаева, А. Г. Ящук // Мать и дитя в Кузбассе. - 2005. - № 4. - С. 8-11.
45. Маматова Н. Э. Оптимизация хирургической коррекции пролапса органов малого таза у женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Маматова Назира Эркинбековна. - Бишкек, 2008. - 39 с.
46. Марченко Т. Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста : дис. . канд. мед. наук : 14.01.01 / Марченко Тимофей Борисович. - М., 2015. - С 12-22.
47. Мгелиашвили М. В. Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте / М.

В. Мгелиашвили, С. Н. Буянова, Т. Б. Марченко, И. Д. Рижинашвили // Альманах клинической медицины. - М., 2015. - № 37. - С. 118-122.

48. Мусин И. И. Принцип выбора хирургических технологий в коррекции пролапса гениталий в различных возрастных группах / И. И. Мусин, А. Г. Ящук, Р. М. Зайнуллина [и др.] // Практическая медицина. - 2017. - С. 112-113.

49. Оразов М. Р. Миниинвазивная коррекция вульво-вагинальной зоны у женщин репродуктивного возраста / М. Р. Оразов, О. М. Ирицян // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. - 2014. - № 3. - С. 60

50. Попов А. А. Применение малоинвазивных технологий в лечении осложненных форм пролапса гениталий / А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, Г. Г. Шагинян // Акушерство и гинекология. - 2004. - № 3. - С. 32-34.

51. Попов А. А. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии / А. А. Попов, Е. А. Кашина, С. Н. Буянова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2006. - № 4. - С. 66-71.

52. Радзинский В. Е. Осложнения лечения пролапса тазовых органов с использованием истомы Prolift / В. Е. Радзинский, Л. Я. Салимова, Д. Н. Субботин, А. Н. Овчинникова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Спецвыпуск. - С. 66.

53. Радзинский В. Е. Осложнения лечения пролапса тазовых органов с использованием истомы Prolift / В. Е. Радзинский, Л. Я. Салимова, Д. Н. Субботин, А. Н. Овчинникова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Спецвыпуск. - С. 66.

54. Роузвина С. К. Гинекология / С. К. Роузвина ; пер. с англ. под ред. Э. К. Айламазяна. - М. : МЕДпресс-информ, 2004. - 520 с.

55. Сейкина В. А. Пролапс тазовых органов у женщин. Современные методы коррекции / В. А. Сейкина, Н. А. Жаркие, Н. А. Бурова, С. А. Прохватило // Вестник ВолгГМУ. - 2017. - С. 8-10.

56. Сейкина В. А. Пролапс тазовых органов у женщин. Современные

методы коррекции / В. А. Сейкина, Н. А. Жаркие, Н. А. Бурова, С. А. Прохватило // Вестник ВолгГМУ. - 2017. - С. 8-10.

57. Солуянов М. Ю. Ошибки и осложнений хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов / М. Ю. Солуянов, М. С. Любарский, Е. Г. Королева [и др.] // Успехи современного естествознания. - 2012. - № 10. - С. 48-52.

58. Сухих Г. Е. Поиск этиологических факторов пролапса гениталий / Г. Е. Сухих, А. Ю. Данилов, Д. А. Боташева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 10, №5. - С. 28-32.

59. Тарасов Н. И. Коррекция функции мочевых путей при пролапсе тазовых органов у женщин / Н. И. Тарасов, А. С. Шульгин // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - № 2. - С. 152-156.

60. Хирш Х. А. Оперативная гинекология. Атлас / Х. А. Хирш, О. Кемер, Ф. А. Икле; пер. с англ. под ред. В. И. Кулакова, И. В. Федорова. - М. : ГЕОТАР- Медиа, 2007. - 756 с.

61. Чечнева М. А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой дисценции и мочевого инконтиненцией автореф.

62. Чечнева М. А. Современные представления о патогенезе, диагностике и способах коррекции пролапса гениталий и его осложнений (обзор литературы) / М. А. Чечнева, Р. А. Барто, Т. С. Бурыкина [и др.] // Обзоры. Патогенез. - 2014. - Т. 12, №4. - С. 4-9.

63. Шалаев О. Н. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки и генитального пролапса с использованием влагалищного оперативного доступа : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / Шалаев Олег Николаевич. - М., 2004. С. 6-14.

64. Шалаев О. Н. Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки и генитального пролапса с использованием влагалищного оперативного доступа : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / Шалаев Олег Николаевич. - М., 2004.

65. Шкарупа Д. Д. Основные проблемы, ассоциированные с

применением синтетических сетчатых эндопротезов во влагалищной хирургии едержания мочи и тазового пролапса на современном этапе / Д. Д. Шкарупа, Е. С. Шпилея, Н. Д. Кубин // Медицинский вестник Башкортастана. - 2013. - Т. 8, № 3. - С. 172175.

66. Шкарупа Д. Д. Реконструкция купола влагалища и апикальный слинг в хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса тазовых органов / Д. Д. Шкарупа, А. А. Безменко, Н. Д. Кубин // Журнал акушерства и женских болезней. - 2017. - № 1 - С. 46-55.

67. Ящук А. Г. Причины развития постгистерэктомического пролапса гениталий / А. Г. Ящук, А. В. Мамаева // Казанский мед. ж. - 2008. - Т. 89, № 4. - С.492-495.

68. Abed H. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review / H. Abed, D. D. Rahn, L. Lowenstein [et al.] // International urogynecology journal. - 2011. - Vol. 22, №7. - P. 789-798.

69. Altman D. Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence / D. Altman, I. Milsom, R. Cartwright [et al.] // Incontinence 5th International Consultation on Incontinence [eds. C. 6-14.

70. Berglund A. L. Some sexological characteristics of stress incontinent women / A. L. Berglund, K. S. Fugl-Meyer // Scand. J. Urol. Nephrol. - 1996. -Vol. 30. - P. 207-212.

71. Braekken I. H. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded randomized controlled trial / I. H. Braekken, M. Majida, E. M. Ellstrom, K. Bq // American journal of obstetrics and gynecology. - 2010. - Vol. 203, № 2. - P. 170-177.

72. Brubaker L. The pessary: an important gynecological option / L. Brubaker // Menopausal management. - 1994. - Vol. 2. - P. 1-4.

73. Cardoso L. Textbook of female urology and urogynaecology / L.

Cardoso, D. Staskin. - London : ISIS Medical Media, 2001. - 1077 p.

74. Carry R. Laparoscopic hysterectomy - definitions and indications II / R. Carry, H. Reich, C. Y. Liu // Gynecol. Endosc. - 1994. - № 3. - P. 136.

75. Chan C. M. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and post-hysterectomy prolapse: anatomical and functional outcomes / C. M. Chan, A. H. Liang, W. W. Go [et al.] // Hong Kong Med. J. - 2011. - № 17 (4). - P. 301-305

76. Cheneb. Anatomical and functional results of Mc. Call culdoplasty in the prevention of enteroceles and vaginae vault prolapse after vaginal hysterectomy / Cheneb, A. S. Tazdieu, D. Savary [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. - 2008 - Vol. 19, № 7. - P. 1007-1011.

77. Chow D. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse / D. Chow,

78. Clarc A. L. Estrogen increases collagen I and III mRNA expression in the pelvic support tissue of the rhesus macaque / A. L. Clarc, O. D. Slayden, H. Hettrich, R.

79. DeLancey J. O. The Hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment / J. O. DeLancey // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol. 192 (5). - P. 1488-1495.

80. Elmer C. Trocarguided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse / C. Elmer, D. Altman, M. Engh // Obstet. Gynecology. - 2009. - № 113 (1). - P. 117— 126.

81. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence / J. E. Jelovsek, M. D. Barber, M. F. R. Paraiso [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol. 193. - P. 2105-2111.