

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

МАМАТКУЛОВА МОХИГУЛ ДЖАХАНГИРОВА

**СИГМОИДАЛ КОЛПОПОЭЗ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ
АРТИФИЦИАЛ ҚИН ПРОЛАПСИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Самарқанд - 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Маматкулова Мохигул Джахангировна

Сигмоидал колпопоз операциясидан кейинги артифициал

қин пролапси профилактикаси ва хирургик давони

оптималлаштириш 3

Маматкулова Мохигул Джахангировна

Оптимизация хирургического лечения пролапса артифициального

влагалища после сигмоидального кольпопоза и

его профилактика 29

Mamatkulova Mokhegul Jaxangirovna

Optimization of surgical treatment of artificial

vagina prolapse after sigmoid colpoiesis

and its prevention 55

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published scientific works

..... 59

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

МАМАТКУЛОВА МОХИГУЛ ДЖАХАНГИРОВА

**СИГМОИДАЛ КОЛПОПОЭЗ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ
АРТИФИЦИАЛ ҚИН ПРОЛАПСИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
ХИРУРГИК ДАВОНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PHD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.4.PhD/Tib1476 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.sammi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Негмаджанов Баходур Болтаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар

Закирова Нодира Исламовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Туксанова Дилбар Исмаиловна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий Тиббиёт маркази

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражалар берувчи PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023йил «_____» _____ кунни соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Самарқанд шаҳри, М.Улуғбек кўчаси, 70А-уй, СамДТИ 2-сон клиникаси (Кўп тармоқли ихтисослашган болалар хирургия маркази), Тел/факс: (366)-233-58-92,233-79-03, e-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ _____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Самарқанд ш., Амир Темур кўчаси 18. Тел./факс: (99866) 233 -07-66).

Диссертация автореферати 2023-йил «_____» _____ кунни тарқатилди.

(2023-йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.М. Шамсиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Г.З. Шодикулова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ж.О. Атакулов

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

КИРИШ (ДИССЕРТАЦИЯ АННОТАЦИЯСИ)

Диссертация мавзусининг долзарблиги. Дунё бўйича қин ва бачадон аплазияси болалар туғма касалликлари таркибида ахамиятли улушни ташкил қилади ва реконструктив жарроҳликнинг мураккаб бўлими бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...болаларнинг тахминан 5-7% да турли хил туғма хасталиклар, шу жумладан ривожланишнинг туғма нуқсонлари (РТН) учраши аниқланган бўлиб, бу перинатал ва неонатал ўлим ҳолатларининг тахминан 30% га сабаб бўлади...»¹. Қин ва бачадон аплазияси билан кечадиган касалликлар орасида асосий ўринни Майер-Рокитан-Кюстнер-Хаузер синдроми (МРКХС) эгаллайди. Синдромнинг частотаси 4500-5000 янги туғилган қизлардан 1 тасида учрайди. Бундай беморларни реабилитация қилиш мураккаб жараён бўлиб, унинг таркибий қисмларидан бири ички жинсий аъзоларни жарроҳлик йўли билан тузатиш, яъни қин пластик жарроҳлигидир. Бепуштлик ва нормал жинсий алоқанинг бўлмаслиги – ҳаёт сифатига энг катта таъсир кўрсатадиган омиллардир. Ташхис тасдиқланганда, ўсмирлар ва аёллар чуқур психологик стрессни бошдан кечиришади, ўз-ўзини ҳурмат қилиш пасаяди ва улар танасини қабул қилолмайди, натижада беморларнинг учдан бир қисми депрессиядан азият чекади². Айни пайтда қин пластик жарроҳлигидан кейин келиб чиққан қин пролапси асосан амалиётдан кейинги 2 йил давомида ривожланиши, касалликнинг оғир шаклларининг устунлиги ва уларнинг функцияси бузилиши билан жараёнга туташ органларнинг жалб қилинишини инобатга олган ҳолда даволашнинг энг мақбул жарроҳлик усулини танлаш, уларни қўллашнинг оптимал вақтини белгилаш ҳамда даволаш натижаларини баҳолаш гинекология амалиётида ечими топилиши зарур бўлган муаммо ҳисобланади.

Жаҳонда, ҳозирги кунда аёлларда учрайдиган қин ва бачадон аплазияси билан боғлиқ бўлган ҳолатларни эрта ташхислаш, энг мақбул даволаш усулларини ишлаб чиқиш, келтириб чиқарувчи хавф омилларини аниқлаш ва олдини олишга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада, қин пластик жарроҳлигидан кейин юзага келган қин пролапси, аёлларнинг сексуал ва социал функцияларини тўлақонли амалга ошира олиш нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолда, энг мақбул жарроҳлик даволаш усулини ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш муҳим ахамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда ҳозирги кунда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифати ва самарадорлиги ҳамда оммабоплигини тубдан оширишни таъминлайдиган соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этиш, жумладан қин ва бачадон аплазияси аниқланган аёлларни олиб бориш ва уларга

¹ World Health Organization. Congenital anomalies. fact sheet no. 24, World Health Organization website. 2016

² Facchin F. et al. Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis // Journal of Health Psychology. – 2021. – Т. 26. – №.1. С. 26-39.

ихтисослаштирилган тиббий хизмат курсатиш, касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилиб, муайян ижобий натижаларга эришилмоқда. Бу борада «...Оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматдан фойдаланишларини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгрок амалга ошириш»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, сигмасимон колпопоездан кейин артифициал қин пролапси ривожланишининг сабаблари ва учраш даражасини аниқлаш, сигмасимон колпопоездан кейин неовагинал пролапс даражаси POP-Q таснифи бўйича баҳолаш, артифициал қин пролапсини олдини олиш учун сигмоидал колпопоезнинг такомиллаштирилган жаррохлик амалиётини ишлаб чиқиш ва унинг самарадорлигини баҳолаш орқали хасталик асоратлари натижасида юзага келадиган ногиронлик кўрсаткичини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон “2022 — 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги фармонлари, 2021 йил 29 июлдаги ПК-5199-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда, мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда, ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон статистикасига кўра, репродуктив тизимнинг ривожланиш нуқсонлари шаклланишида ирсий омилларнинг ўрни 10 дан 25% гача. Ота-оналар катамнезида касбий хавфларнинг аҳамияти (кимёвий моддалар билан ишлаш, нурланиш), шунингдек, бачадон ва қин нуқсонларини камайтиришга қаратилган профилактика чораларини ишлаб чиқишга имкон бермайдиган тератоген омиллар ноаниқ бўлиб қолмоқда (Баран Н.М., Богданова Е.А., 2008; Барноқулов О.М., 2003). Бундай ривожланиш нуқсонларининг аксарияти, ўсмирлик даврида намоён бўлади ва ташхисланади. Қин аплазияси аниқланган беморларни даволашнинг муҳим клиник босқичи, бу нуқсонли қизларга тўлиқ жинсий ҳаёт имкониятини беришга қаратилган сунъий қин —

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022 — 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида” ги ПФ-60-сонли Фармони.

колпопозни (юнонча kolpos– vagina, poesis–яратиш) яратиш бўлиб қолмоқда. Даволашнинг 2 тури мавжуд: нооператив – колпоэлонгация (қонсиз колпопоз) ва оператив - қорин парда, тери, сигмасимон ичак, аллопластик ёки синтетик материаллардан қин яратиш. Шунини таъкидлаш керакки, фақат қин узунлиги даволаш ва унинг муваффақиятини аниқлайдиган ягона параметр бўлиши мумкин эмас. Худди шу нуқсон учраган ўсмирлар билан гуруҳда мулоқот қилиш психологик натижани яхшилади (Негмаджанов Б.Б., 1991; Кирпатовский И.Д., Угрюмова Л.Ю., Уварова Е.В., 2007; Кругляк Д.А., Буралкина Н.А., 2018). Шу муносабат билан, бутун ҳаёти давомида репродуктив муаммосини ҳал қилиш билан, бундай беморларни олиб боришда, жамоавий ёндашув ва етарли психоижтимоий ёрдамга эҳтиёж туғилади.

Психологик стресснинг ҳиссий оқибатларини (биологик она бўлиш имкониятининг йўқлиги, ногиронлик ҳисси, тенгдошлар билан бир хил эмаслиги) ва ташхисдан кейин бошқаларнинг ҳамдардлик билдиришини ҳисобга олган ҳолда, даволашнинг барча босқичларида профессионал психологик ёрдам кўрсатиш тиббий ёрдамнинг ажралмас қисми бўлиши керак, бу ҳам муваффақият кафолати бўлиб хизмат қилади (Уварова Е.В., Давтян Г.М., 2014). Шунинг учун, адекват маслаҳат бериш ва давони бошлаш учун, ёши ва психологик тайёргарликни ҳисобга олган ҳолда, индивидуал равишда танланган ва юмшоқ бўлиши керак бўлган қинни яратиш вақтини аниқлаш муҳимдир. Замонавий муаллифлар (Окулов А.Б., Поддубный И.В., 2007; Уварова Е.В., 2014; Neron M, Ferron G, 2017; Адамян Л. В., 2018, Faehnle-Schiegg I., 2021) ўзларининг модификацияларини, энг янги техник воситаларни фаол жорий этишмоқда, бу эса беморларнинг тиббий муассасадаги ётоқ кунларини сезиларли даражада қисқартиради, касалхона ва даволаниш харажатларини камайтиради. Неовагинани яратишда лапароскопия усулидан фойдаланиш, стационарда бўлиш муддатини сезиларли даражада қисқартириши, беморлар жисмоний фаоллигини эрта тиклаши, мукамал функционал ва косметик натижаларга эришишга имкон беради.

Сигмасимон ичакдан сунъий қинни яратиш танланган операция бўлиб, оралиқни анатомик тузилишининг ҳар қандай варианты учун ишлатилиши мумкин. Бироқ, турли муаллифлар сигмасимон колпопознинг неовагина пролапси каби кам учрайдиган асоратни маълум қиладилар Djordjevic ML et al. (2011), уларнинг қатор тадқиқотларида пролапс 8,1% учрайди. Neron M et al (2017) маълумотларига кўра, неовагина пролапсни учраши, тахминан 2,3% ни ташкил этади. Қайси вагинопластика амалга оширилганидан қатъий назар, таянч тузилмаларни реконструкция қилишни янада такомиллаштириш мумкин эмас. Неовагина яратиш учун, сигмасимон ичакдан фойдаланишда яхши неовагинал чуқурликни таъминлаш мумкин бўлсада, вагинопластикадан кейин ҳам беморларда артифициал қин пролапси, шу жумладан, шиллиқ қават ва гумбаз пролапси юзага келган (Parsons JK, Gearhart SL, 2002; Casey WJ, Tran NV, 2004; Imperato E, Alfei A 2007). Дунё

(Rajimwale A, Furness PD, 2004; Swenson CW, DeLancey JO, 2014; Yadav M., Hayashi T., 2021) ва Россия (Кругляк Д.А., Буралкина Н.А., 2018; Адамьян Л.В, Бобкова М.В., 2018) тадқиқотлар таҳлиliga кўра, юқорида айтиб ўтилган нуқсонга эга бўлган клиник ҳолатлар, артифициал қин пролапсини прогноз қилиш ва шахсийлаштирилган профилактика зарурати туфайли, кейинчалик пролапс даражасига қараб, жарроҳлик коррекцияни танлашга индивидуал ёндашувни таҳлил қилиш зарурлигини кўрсатади.

Мамлакатимизда етук олимлар томонидан қин ва бачадон аплазияси аниқланган аёлларни олиб бориш, ташхислаш ва даволаш (Негмаджанов Б.Б. 2020), тарқалишини ва функционал ташхислаш усулининг замонавий хусусиятлари (Худоярова Д.Р. 2017) борасидаги тадқиқотлари диққатга сазовордир, бироқ даволашнинг энг мақбул усулини танлаш, уларни кўллашнинг энг оптимал вақти ҳамда, кўрсатма ва қарши кўрсатмаларнинг асосий меъзонлари ишлаб чиқилмаган.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш, соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлган гинекология амалиётида қин ва бачадон аплазияси кузатилган аёлларни олиб бориш, уларга ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатишга ёрдам беради. Юқорида баён этилганлар, қин ва бачадон аплазияси кузатилган аёлларни ташхислаш ва даволаш тамойилларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларни амалга ошириш имконини беради.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий ўқув юртининг илмий-тадқиқот ишлари, режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ, № ПЗ-2018-090921394-сонли « Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилишнинг ташхисоти ва даволаш-профилактика чора-тадбирларининг ҳудудий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқиш» (2012-2020 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади артифициал қин деворлари пролапсини жарроҳлик даволаш усулини такомиллаштириш ва неовагина пролапсини олдини олиш чора тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

анъанавий сигмасимон колпопоздан кейинги асоратлар учраш даражасини таҳлил қилиш;

сигмасимон колпопоздан кейинги артифициал қин пролапси даражаси ва турларини аниқлаш;

артифициал қин пролапси даражасига қараб, жарроҳлик коррекцияси техникасини ишлаб чиқиш;

артифициал қин пролапси ривожланишининг олдини олиш учун такомиллаштирилган сигмоидал колпопоз усулини ишлаб чиқиш;

такомиллаштирилган колпопоз операциясининг яқин ва узоқ муддатли натижаларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Ўзбекистонда яшовчи Майер-Рокитан-Кюстнер-Хаузер синдроми (МРКХС) билан хасталанган 466

беморлар олинган, улардан 46 нафарига такомиллаштирилган сигмоидал колпопоз ва 420 нафар беморга анъанавий сигмоидал колпопоз операциялари ўтказилган.

Тадқиқотнинг предметини умумий клиник ва биохимик тадқиқотлар учун, беморнинг веноз қони ва унинг зардоби, шунингдек беморнинг пешоби ташкил этган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумклиник, лаборатор, гинекологик ва махсус текширув, инструментал, микробиологик, морфологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор сигмасимон колпопоздан кейин артифициал қин пролапси ривожланишининг сабаблари ва учраш даражаси (идеопатик-34%, оғир жисмоний зўриқишлар-29%, сурункали қабзият-26%, сурункали йўтал-11%) аниқланган;

сигмасимон колпопоздан кейин неовагинал пролапс даражаси POP-Q таснифи бўйича II даражаси 62,9% да, III даража 17,1% да ва IV даражаси 20% аёлларда учраши аниқланган;

қин ва бачадон аплазияси мавжуд аёлларда, артифициал қин пролапсини олдини олиш учун проксимал неовагинани промонториумга маҳкамлаш (промонтопексия) ва ўрта қисмини бачадоннинг рудиментар боғламларига бириктириш (лигаментопексия) орқали сигмоидал колпопоз операцияси такомиллаштирилган;

қин ва бачадон аплазияси мавжуд бўлган аёлларда такомиллаштирилган жаррохлик амалиётини қўллаш натижасида, асоратлар анъанавий жаррохликка нисбатан 5,5 баравар камайиши аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

сигмасимон колпопозли беморларда, неовагинал пролапс сабаблари аниқланган;

артифициал қин пролапси даражаси ва турига қараб, жаррохлик коррекция усуллари ишлаб чиқилган ва коррекция қилиш муддатлари аниқланган;

сигмасимон колпопоздан кейинги артифициал қин пролапсини олдини олиш усуллари ишлаб чиқилган ва тавсия этилган;

такомиллаштирилган сигмоидал колпопоз операциясини таҳлил қилиш ва операциядан кейинги узоқ муддатли натижалар асосида ривожланган сигмоидал колпопоз усулининг афзалликлари кўрсатилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар сони танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-лаборатор, инструментал, гинекологик ва статистик тадқиқот усуллари асосида, сигмасимон колпопозли беморларда неовагинал пролапс кузатилган аёлларни олиб боришга қаратилган чора тадбирларнинг ўзига хослиги, ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани,

хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти сигмасимон колпопоззли беморларда неовагинал пролапс ривожланишининг сабаблари ва учраш даражасини аниқлаш, неовагинал пролапс даражасини аниқлаштириш учун, ташхисга янги ёндашувларни ишлаб чиқиш, қин ва бачадон аплазияси мавжуд бўлганларда, артифициал қин пролапсини олдини олиш учун, промونتоексия ва ўрта лигаментоексия усулларини қўллаш орқали сигмоидал колпопоз операциясини такомиллаштириш натижасида хасталик кечишининг оғир даражасини ўз вақтида ташхислаш ва асоратларини олдини олиш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти неовагинал пролапс ташхисини яхшилаш ва артифициал қин пролапси даражасига қараб, жарроҳлик коррекция усулларини танлаш; сигмасимон колпопоздан кейинги неовагинал пролапснинг олдини олиш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш, оптималлаштирилган даволаш тактикаси юқори самарадорлиги, бевосита ва узоқ муддатли асоратлар, ҳамда ножўя таъсирларининг камайиши, касалликнинг қайталанишини олдини олиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Самарқанд вилоят Вилоят перинатал маркази бўйича 05.10.2022 йилдаги №118/1 сонли буйруқ ва Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-клиникаси бўйича 03.11.2022 йилдаги №121/1 сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган.

Артифициал қин пролапси даражаси ва турига қараб, жарроҳлик коррекция усулларини ишлаб чиқиш ва коррекция қилиш муддатларини белгилаш, жарроҳлик даволаш учун, оптималлаштирилган олиб бориш тактикаси таклиф этилган; беморларнинг ҳаёт сифати, психо-эмоционал ҳолати сезиларли даражада яхшиланганлиги, шунингдек, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда хасталикнинг асоратлари ва қайталаниши бўлмаганлиги, амалиётда кенг қўллашни тавсия қилиш учун асосдир. Қин пластик жарроҳлигидан кейин келиб чиққан қин пролапси мавжуд аёлларнинг сексуал ва социал функцияларини тўлақонли амалга ошириш имконини беради, асоратлар олдини олади, даволайди ва ҳолатлар сонини минималлаштиради; асоратлар даражасини камайтириш орқали беморларнинг жарроҳлик амалиётидан кейинги реабилитацияси тезлашади, ижтимоий ва меҳнат фаолияти тикланади; ушбу касалликга чалинган аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилайди.

Қин ва бачадон аплазияси бўлган аёлнинг амбулатор акушер-гинеколог куриги учун 26 000 сум миқдоридан маблағ сарфланди ва бошка қушимча текширувларни талаб қилинмаслиги ҳисобига давлат бюджети маблағлари иқтисод қилинган. 2) анкета суровномаси нафақат акушер-гинеколог, балки оилавий шифокор ва терапевтлар томонидан ҳам утказилиши мумкин, яъни унга махсус малака оширган шифокорларнинг кераги йўқлиги исботланиб,

ортиқча сарф харажатлар билан янги кадр тайёрлаш шарт эмаслиги ҳисобига давлат бюджети маблағларини иқтисод қилишга эришилган.

Сунъий қин пролапси ривожланишининг олдини олиш учун, сигмасимон колпопознинг такомиллаштирилган усули ишлаб чиқилган: бу проксимал неовагинани промоториумга маҳкамлаш, ўрта бачадон боғламларининг лигаментопексия амалиётини ўтказилишидир. Ушбу усулларнинг самарадорлиги 1 ойдан кейин неовагина узунлиги, нуқтанинг олд деворидаги жойлашуви ва ораликнинг пай марказининг анъанавий жарроҳлик билан солиштирганда, статистик жиҳатдан сезиларли яхшиланиши аниқланган.

Ушбу профилактика чораларига риоя қилиш, асоратлар хавфини камайтиради, реабилитация даврини қисқартиради ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Беморнинг шифохонада қолиш муддатини 8 кундан 6 кунгача (2 кунга) қисқартиртириб, шифохонада қолишни, ҳамда, тўлов миқдори ўртача 120 000 сўмга камайган (ВПМнинг прејскурантига кўра, шифохонада 1 кун қолиш ўртача 60 000 сўмни ташкил қилади). Юқоридагиларга кўра, 1 нафар бемор учун, жами ўртача 852 000 сўм иқтисод қилиш имконига эришилади, йиллик иқтисодий самарадорлик эса, умумий 46 та беморнинг 20% қисми, яъни 9 нафар бемор учун ўртача 7 668 000 сўмни ташкил этади.

“Сигмоидал колпопоз операциясидан кейинги артифициал қин пролапси профилактикаси ва хирургик давони оптималлаштириш” мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Самарқанд давлат тиббиёт университети проректори томонидан 2021 йил 1 ноябрдаги №3282-сонли хати юборилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 6 майдаги 8н-з/217-сон маълумотномаси).

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 10 та илмий конференцияларда, жумладан 4 та республика ва 6 та халқаро илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги Диссертация мавзуси бўйича жами 23 та илмий иш, жумладан, Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсад ва вазифалари, объекти ва предметлари аниқланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялар тараққиётининг устивор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш рўйхати, ишнинг апробация натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби "**Артифициал қин пролапси муаммосининг ҳозирги ҳолати**"да МРКХ синдроми, қин ва бачадон аплазиясини жарроҳлик йўли билан тузатиш турлари, дунёдаги сигмасимон колпопоздан кейин артифициал қин пролапси муаммолари ҳақида маълумотлар келтирилган, бундан ташқари, неовагинал жарроҳлик коррекцияси тўғрисидаги маълумотлар генитал пролапсни даволаш усуллари бўйича хорижий ва маҳаллий адабиётларини муҳокамалари келтирилган.

Диссертациянинг "**Текширилган беморларни клиник хусусиятлари ва тадқиқот усуллари**" номланган иккинчи бобида 3-сонли туғруқхона гинекология бўлимида ва Самарқанд шаҳридаги "Шифо-бахт " хусусий клиникаларида тадқиқот ўтказдик. 1996-2020 йиллар давомида режалаштирилган ишлар доирасида МРКХС аниқланган 466 нафар бемор текширилди ва операция қилинди. Барча беморлар ихтиёрий равишда хабардор қилинган розиликни имзоладилар, унда операциянинг фойдалари ва хатарлари уларга тушунтирилди.

Тадқиқот мақсади ва вазифаларига мувофиқ, қуйидаги клиник гуруҳлар аниқланди:

* 1-гуруҳ (проспектив) (n=46) – такомиллаштирилган сигмоидал колпопозли беморлар.

* 2-гуруҳ (ретроспектив) (n=420) – анъанавий сигмасимон колпопозли беморлар.

Тадқиқотга киритилган операция қилинган беморлар ёшига қараб тақсимланган ва 1-жадвалда келтирилган. Қиз ва аёлларнинг ўртача ёши - $30 \pm 1,68$ бўлиб, бу ерда асосан, 21 ёшдан 30 ёшгача бўлган беморлар 57,3% - 267 бемор, 20 ёшгача ва 31 ёшдан кейин бу кўрсаткичлар пасайган.

1-Жадвал

СМРКХ бўлган беморларнинг ёши

Ёши	Беморлар сони		
	Abs	M(%)	m
20 ёшгача	178	38,2	1,89
21-30 ёш	267	57,3	1,91
31-40 ёш	21	4,5	0,68
Умумий	466	100	0,00

Вазифаларимиздан келиб чиқиб, ретроспектив гуруҳдаги асоратларнинг учраш даражаси ўрганилди. Бизнинг тадқиқотимизда жарроҳлик даволашдан сўнг, 420 беморда 11,91% ҳолларда операциядан кейинги эрта ва кеч даврининг турли хил асоратлари аниқланган ва буларнинг барчаси 2-жадвалда акс эттирилган.

2-жадвал

Сигмасимон ичакдан вагинопластика амалиётидан кейинги асоратлар

Турлари	Асоратлар учраш даражаси			P
	abs	M(%)	m	
Неовагина пролапси	35	8,33	0,85	$\chi^2 = 2804,131$; p = 0,0005
Неовагина стенози	10	2,38	0,47	
Ректонеовагинал оқма	2	0,48	0,21	
Неовагина пастки шиллик қаватининг 1/3 қисмини кўчиши	1	0,24	0,15	
Яратилган туннелдан қон кетиши	2	0,48	0,21	
Жами	50	11,91	1,01	

Асоратларнинг умумий қабул қилинган тамойилларини ҳисобга олган ҳолда, улар эрта ва кечга бўлинган. Бизнинг тадқиқотимизда операциядан кейинги эрта юзага келган асоратлар: яратилган туннелдан қон кетиши - 0,48% бўлиб, бу операция давомида кузатилган; неовагинанинг пастки учдан бир қисмини шиллик қаватини кўчиши - 0,24% 5-кунида; ректовагинал оқма - 0,48% 16-кунида кузатилди. Кечки асоратга, неовагинал пролапси, асосан беморларда дастлабки 2 йил ичида кузатилди ва сигмасимон колпопоз учун операциядан кейинги биринчи йилда неовагинал стеноз кузатилди.

Шундай қилиб, энг кўп учрайдиган асоратлар, бу пролапс (35 та ҳолат) ва неовагинал стеноз (10 та ҳолат). Неовагинанинг пастки учдан бир қисмини шиллик қаватининг кўчиши 1 ҳолатда қайд этилди. Ректовагинал оқмалар ва яратилган туннелдан қон кетиши 4 (0,96%) ҳолатда кузатилди.

Биз қин орқали текширув усули билан қиз ва аёлларнинг умумий ва гинекологик ҳолатини баҳолашни амалга оширдик. Пролапс даражаси 1996 йилда ISC (International Continence Society) томонидан таклиф қилинган POP-Q тизими ёрдамида ҳам ўрганилди [Рыжков С.В., Остопенко А.В. 2011; Vump RC, Mattiasson A., 1996; Moghadam A.R. et al. 2019]. Ва 2002 йилда терминологияни стандартлаштириш кўмитаси соддалаштирилган тизимни ишлаб чиқди. Унда ўлчов параметрлари сони 4 та аниқлаш нуқтасига қисқартирилади, бу ерда тизим ўлчамларини сантиметрда қатъий ўлчаш ўрнига, ҳамма нарса тахминан кўз билан баҳоланади.

Неовагинал пролапси диагностикаси стандартларига кўра, биз тос аъзоларини пролапси POP-Q учун ушбу таснифлаш тизимига мувофиқ, 5 нуқтанинг жойлашишини аниқладик, бу ерда ўлчовлар неовагина апикал қисмдан қизлик пардаси ҳалқаси текислигигача сантиметрда олинган. Бу жараён ушбу тоифадаги беморларни зўриқиш фонидида амалга оширилади. Нуқталарнинг жойлашишига кўра, биз сунъий қин деворларини пролапсини

(+) ва (-) белгилари билан аниқладик, неовагинал деворнинг қизлик пардаси устида жойлашгани минус, пастда эса плюс.

Сўров натижасида олинган маълумотларимиз, пролапснинг II даражаси кузатилган беморлар - 22 (62,86%); III даражали - 6 (17,14%) ва IV даражали - 7 (20%) ҳолатларда аниқланди. Пролапс тури бўйича - сунъий қин шиллик қаватининг пролапси 28 (80%) беморда ва апикал пролапс - 7 (20%) аёлда кузатилди.

Неовагинал пролапси кузатилган беморларда, пролапснинг турига қараб, тушган шиллик қаватни кесиш ва промونتоексия жарроҳлик амалиётни амалга оширдик.

Бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатдики, жарроҳлик тузатишдан кейин сунъий қин пролапси ривожланиши билан қин ва бачадон аплазиясини ташхислаш ва даволашнинг мураккаблигини асосий нуқталарини ҳисобга олиш керак.

Беморларнинг тиббий маълумотларини таҳлил қилиб, биз энг кўп учрайдиган асоратни аниқладик, бу - неовагинал пролапс. 2017 йилдан буён, биз 46 нафар беморда ўтказилган сигмасимон коллопоэзнинг такомиллаштирилган усулидан фойдаланмоқдамиз.

Неовагинал пролапснинг олдини олиш учун такомиллаштирилган йўғон ичак сегментидан сунъий қинни ясашдан кейин бевосита натижаларини таҳлил қилганда, 95,66% операциядан кейинги эрта даврда ижобий таъсирга эришилди. Узоқ муддатли даврда фақат 1 (2,17%) ҳолатда неовагинал стеноз шаклида асорати кузатилди.

Бизнинг тадқиқотимизда аъзолар ва тизимлар ҳолатини, шу жумладан гинекологик ҳолатни баҳолаш, умумий стандарт схема бўйича амалга оширилди: шикоятларни аниқлаш, ҳаёт ва касаллик анамнезини тўплаш, клиник-лаборатория параметрлари ва инструментал усулларини ўтказилди.

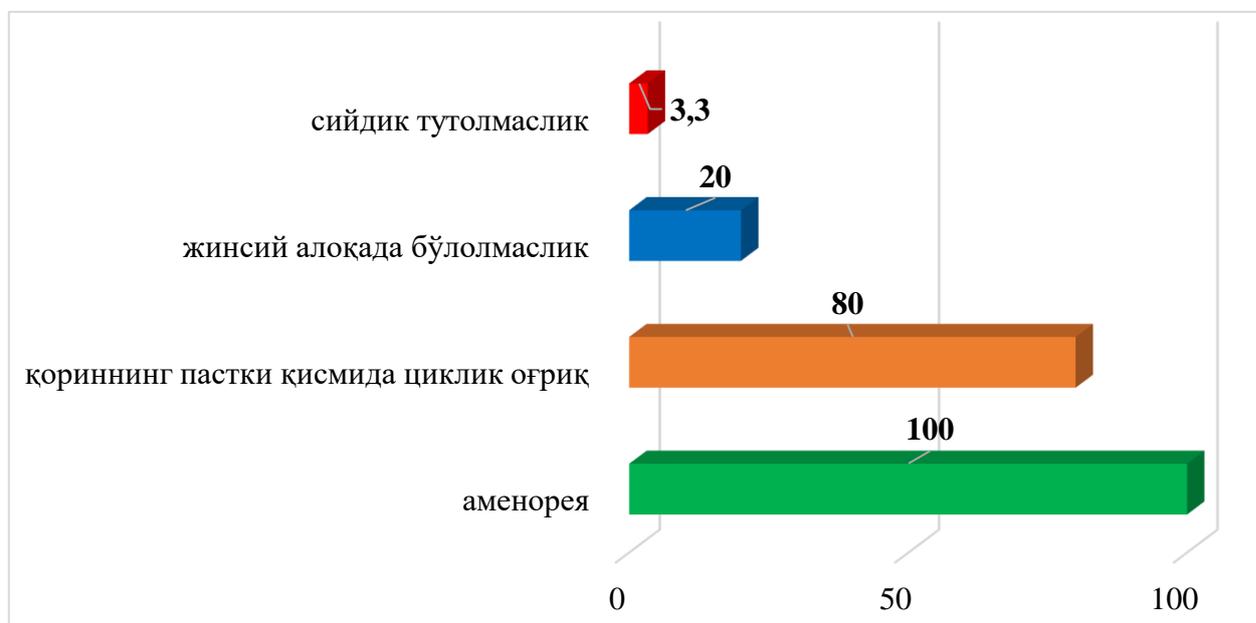
Жарроҳлик даволашдан олдин ва кейин ҳаёт сифатини (ижтимоий ва жинсий ҳолатини) ўрганиш учун пролапс ва сийдик тутолмаслик билан оғриган беморларда жинсий функциянинг махсус сўровномасидан фойдаландик PISQ-31 (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire). Битта савол бешта жавобдан иборат бўлиб, сўровнома натижалари балл билан баҳоланди, максимал 48 балл бўлиб, бу яхши жинсий функцияни кўрсатади. Тадқиқотимизда жарроҳлик даволашдан олдин ва сўнг, неовагинал пролапси кузатилган беморлар томонидан анкета тўлдирилди, бу ерда 68,6% беморлар саволларга тўлиқ жавоб беришди; беморларнинг 14,3% номаълум сабабларга кўра тўлдиришдан бош тортган, беморларнинг 17,1% жинсий алоқада бўлмагани учун сўровномани тўлдиришга ҳожат бўлмади. Анкета натижалари умумий балларни жамлаш орқали баҳоланди: 0 дан 10 баллгача - ёмон натижа, 11 дан 20 баллгача - ўзгариш йўқ, 21 дан 30 баллгача - ижобий томонга ўзгаришлар, 31 дан 40 баллгача - ижобий натижа ва 41 дан 48 баллгача - яхши жинсий функция.

Диссертациянинг учинчи бобида “**МРКХС билан хасталанган беморларни ўрганиш натижалари**” юқоридаги мақсад ва вазифаларга эришиш учун, МРКХС аниқланган 466 нафар беморни клиник кўриқдан ўтказиб, жарроҳлик амалиёти бажарилди. 35 беморда сигмасимон коллопоэздан сўнг II-III-IV- даражали сунъий қин пролапси ва 46 нафар беморда сигмасимон вагинопластика ўтказилган.

Қин ва бачадон аплазияси бўйича жарроҳлик кўпинча 30 ёшда, кеч даволаниш туфайли амалга оширилиши аниқланди. Бу эса аҳолимизнинг тиббий маданияти пастлигидан, бирламчи тиббий-санитария ёрдами етарли даражада ишламаётганидан далолат беради, чунки ота-оналар ҳам, қизларнинг ўзлари ҳам, ҳайз кўрмагани ҳақида шифокорга мурожаат этмасалар ҳам, кўп ҳолларда бунинг имкони йўқлиги сабабли фақат турмуш қургандан кейин жинсий алоқани иложи бўлмагандан сўнг, мурожаат қилишади.

466 нафар беморда қин ва бачадон аплазияси аниқланди. Ушбу нуқсон МРКХС деб номланади. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, синдром ирсий ва генетик жиҳатдан аниқланади. Касаллик одатда балоғат ёшида, ҳайз кўришнинг йўқлиги ҳақидаги шикоятлар билан боғлиқ ҳолда ташхис қилинади. Баъзида беморлар қориннинг пастки қисмида ёки бел соҳасида циклик, ҳар ой такрорланадиган оғриқдан шикоят қиладилар.

МРКХС аниқланган барча беморларда ҳайз кўрмаслигидан, айрим ҳолатларда қориннинг пастки қисмида ёки бел соҳасида циклик, ҳар ой кузатиладиган тортувчи оғриқ (80%); жинсий алоқа қила олмасликдан (20%) ва бошқа шикоятлар (1-расм).

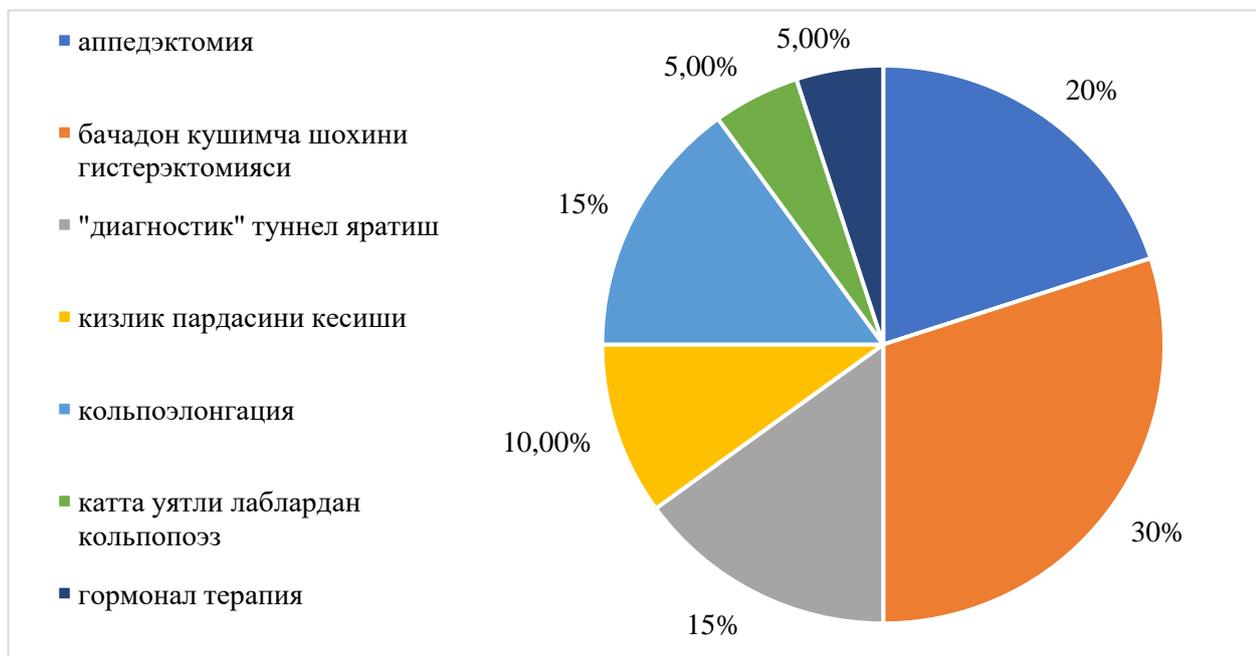


1-Расм. СМРК билан оғриган беморлар шикояти.

Оилавий ҳолатига кўра, беморларнинг 168 нафари (36%) турмуш қурган. 298 (64%) ҳолатда никоҳ бўлмаган - бу беморларнинг эрта мурожаати билан боғлиқ ва 70 (15%) ҳолатда эр-хотинларнинг ажрашишига ушбу хасталик сабаб бўлган.

СК (ретро- ва проспектив гуруҳлар) билан оғриган беморларнинг касалликлар тарихини ўрганишда, ўтмишда ўтказилган "БЕХУДА" терапевтик чоралар мавжуд бўлиб, бу 10,7% ни ташкил этди (2-расм).

Агар МРКХС билан хасталанган беморларни вариант турига қараб ажраткан, у ҳолда I вариант (оддий ёки изоляция қилинган) 85%, II вариант (атипик ёки мураккаб) 15% ни ташкил этади.

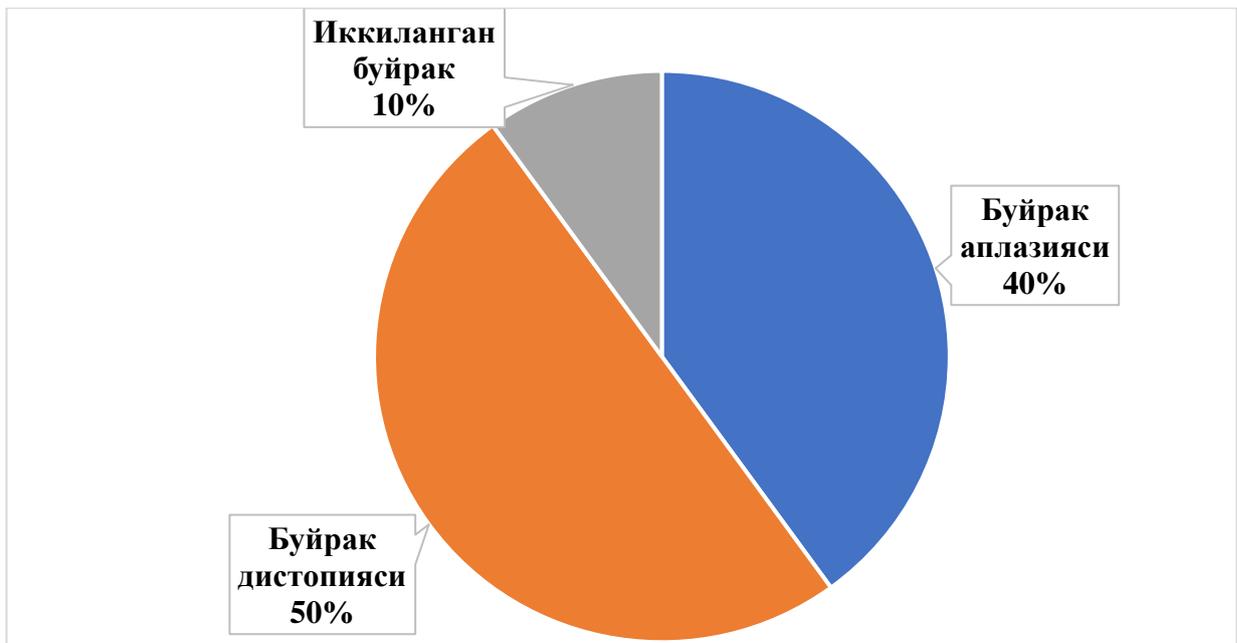


2-Расм.. Ўтказилган терапевтик чоралар, (%).

42 (9,01%) нафар беморда соматик хасталик аниқланди ва текширилган аёлларнинг 4 (0,86%) нафариди ушбу касалликларнинг комбинацияси аниқланди: варикоз томирлар кенгайиши – 8 (10%) нафар беморда, киндик чурраси-7 (4%) беморда, нафас олиш йўллари касалликлари-9 (4%) беморда ва ошқозон-ичак тракти касалликлари – 18 (27,7%) беморда. Баъзи муаллифлар буни бириктирувчи тўқималарнинг тизимли етишмовчилиги билан боғлашади (Клеменов А. В., 2005; Утц И.А., Городкова Е. Н., 2008). Герниопластика ва тонзилэктомия ўтказган беморларнинг мавжудлиги МРКХС билан оғриган қиз ва аёлларда бириктирувчи тўқималарнинг тизимли қобилиятсизлигининг намоён бўлишини кўрсатади.

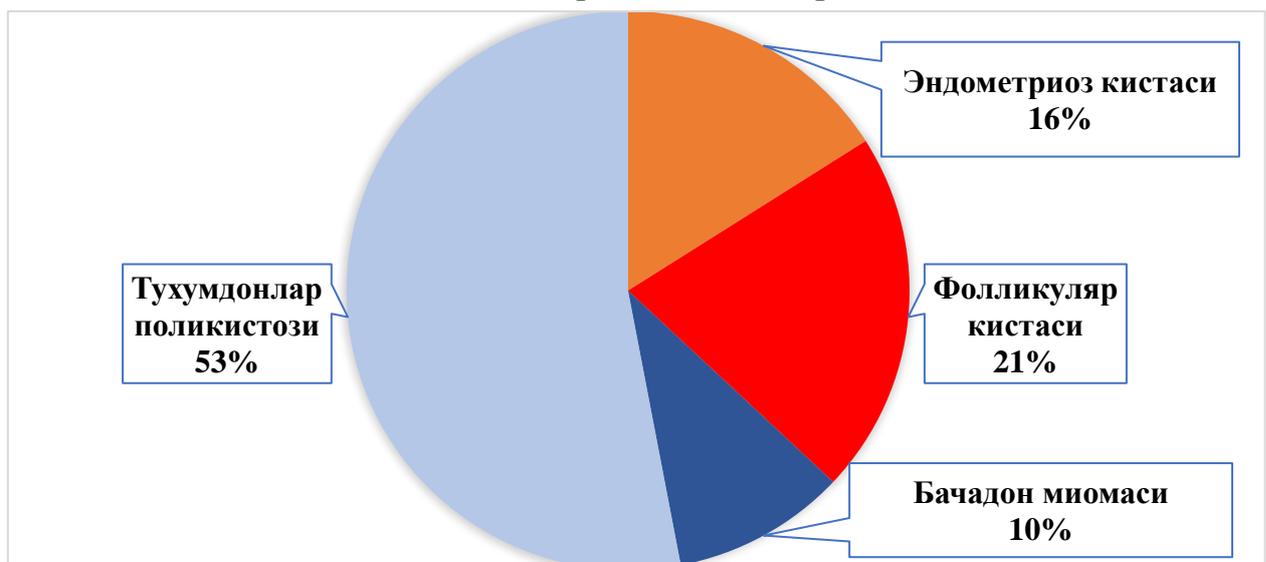
Сийдик тизими ва ички жинсий аъзолар органларининг эмбрионал келиб чиқиши ва органогенез даврларининг умумийлиги, бизни ички жинсий аъзолар нуқсонлари бўлган беморларнинг сийдик тизимини анатомик ва функционал ҳолатига алоҳида эътибор беришга ундади.

МРКХС аниқланган беморларда, буйрақларни УТТ текширувида 60 (12,9%) нафар аёлларда сийдик ажратиш тизимида қуйидаги нуқсонлар аниқланди: буйрақлар аплазияси – 24 (40%), буйрақлар дистопияси – 30 (50%) ва буйрақларнинг иккиланиши – 6 (10%) беморларда (3-расм).



3-Расм. МРКХС билан текширилган аёлларда урологик хасталикнинг тuzилиши (n=60).

Қин ва бачадон аплазиясидан ташқари, 19 (4,1%) нафар беморда турли хил ёндош гинекологик касалликлар аниқланди 4-расм.



4-Расм. Текширилган беморлардаги гинекологик касалликлар (n=19).

Бачадон ва қин аплазияси билан барча ҳолатларда, бачадон рудиментларининг ривожланиш даражасидан қатъий назар, нормал ўлчамдаги фаллоп найлари ва тухумдонлар мавжуд. Камдан кам ҳолларда, қўшимча рудиментар бачадон билан фаол эндометрий бўлиши мумкин, у яхши эстрогенизация ҳолатида фаоллашади. Адабиётда миома камдан-кам ҳолларда оддий дисфункционал бачадонда ривожланиши қайд этилган (Rawat K. S. et al., 2013; Wehbe GS, Bitar R, 2016; Sun F. Q. et al., 2020).

Беморларимизда гинекологик ҳолатни баҳолаш учун, трансректал усул қўлланилди, натижада биз ҳамма беморларда ҳам, бачадонни аниқлай олмадик, аммо ректоабдоминал текширувида, 34,8% да горизонтал “шнур”

сифатида бачадон палпация қилинди ва 17,4% эластик шаклланиш аниқланди ва у рудиментга ўхшарди.

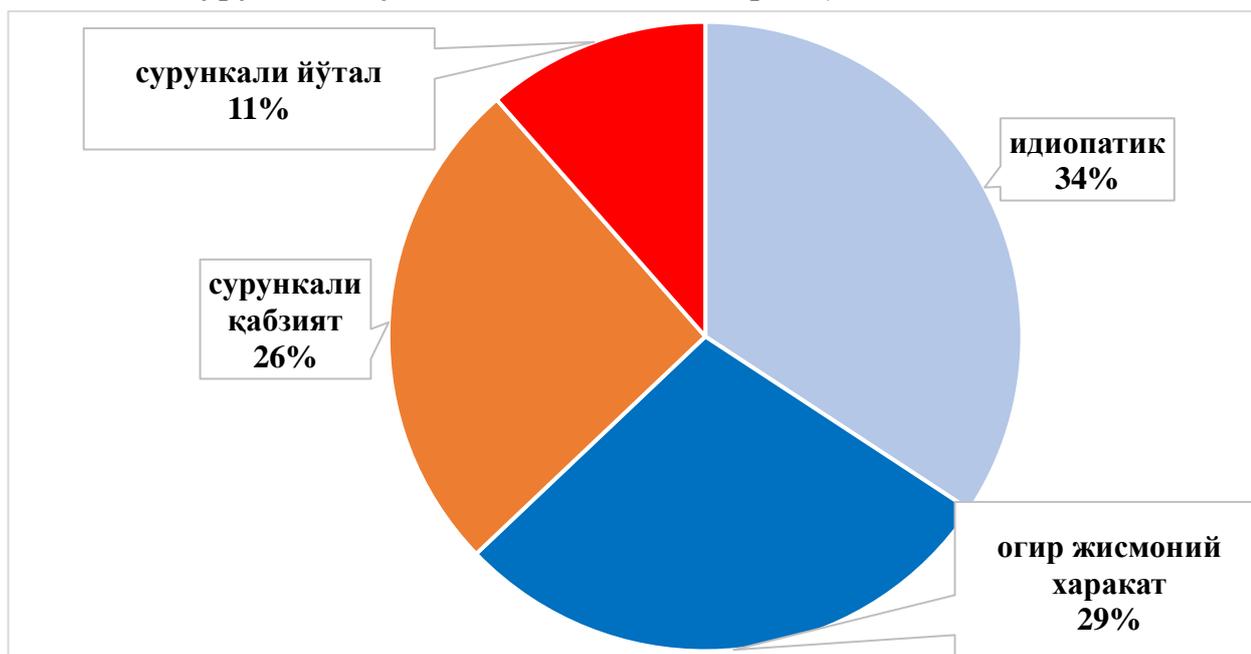
Неовагина пролапси билан қабул қилинган 35 беморда ёт жисм ҳисси ва ноқулайлик ҳисси қайд этилган. Шиллиқ қават ва апикал пролапсида шикоятлар кўпчилик беморларда бир хил бўлган. Диспареуния 10 (28,57%) да содир бўлган; 6 (17,1%) да кўп миқдорда шиллиқли оқма; 28 (80%) ва 11 (31,43%) ҳоллатларда қориннинг пастки қисмида оғирлик шикоятлари бор эди. Апикал пролапс бўлган беморларда жинсий алоқа пайтида оғрик кўпроқ учрайди, неовагина шиллиқ қават пролапси бўлган беморларда қараганда. Бу ҳолат беморларнинг камроқ даражада жинсий ҳаёт кечиришлиги билан боғлиқ эди. Беморлар сурункали ич қотишидан ҳам шикоят қилишди. Беморларнинг шикоятларининг табиати 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Неовагина пролапсида шикоятларнинг табиати

Беморларнинг шикояти	Беморлар сони			Пирсон- χ^2	
	abs	M (%)	m	c2	P
Дискомфортлик ҳисси	35	100,00	0,00	НВ	
Ёт жисм ҳисси	28	80,00	6,76	12,600	0,000
Қорин пастки қисмида оғирлик ҳисси	11	31,43	7,85	4,829	0,028
Диспареуния	10	28,57	7,64	6,429	0,011
Кўп миқдордаги шиллиқли оқмалар	6	17,14	6,37	15,114	0,0001

Текширилаётган беморларда сунъий қин пролапсининг этиологик жиҳатдан аҳамиятли сабаблари: 12 тасида (34%) идиопатик, 10 тасида (29%) ҳозирги ёки ўтмишдаги оғир жисмоний фаоллик, 9 тасида (26%) сурункали ич қотиши ва сурункали йўтал 5 тасида (11%) (5-расм).



5-Расм. Неовагина пролапси юзага келиш сабаблари (n=35), %.

СК дан кейин касалликнинг намоён бўлиши бир неча ойдан 10 йилгача кузатилган, пролапснинг босқичи клиник белгиларга мутаносиб ва касалликнинг давомийлигига тескари пропорционалдир (4-жадвал).

4-жадвал

Неовагина пролапси аниқланган беморларда хасталикнинг давомийлиги (n=35).

Хасталик давомийлиги	Беморлар сони			P
	Abs	M (%)	m	
2 йилгача	18	51,43	8,45	$\chi^2 = 6,229;$ $p = 0,044$
2-5 йил	11	31,43	7,85	
> 5 йилдан	6	17,14	6,37	
Жами	35	100,00	0,00	

Жарроҳликдан олдин POP-Q тизими неовагинал пролапс даражасини аниқлашнинг асосий усулларида бири еди (5-жадвал).

5-жадвал

Операциядан олдин POP-Q тизимининг кўрсаткичлари

Кўрсаткич POP-Q, см	Me [Q25%–Q75%]	Q25%	Q75%
Aa	1,6±0,12	1,2	2,0
Ba	2,0	1,5	2,5
Ap	-0,8	-1,1	-0,4
Bp	-0,4	-0,6	-0,2
C	-1,2	-1,7	-0,6
Tvl	7,8	6,5	9,0
Gh	3,8	3,1	4,5
Pb	2,4	2,1	2,8

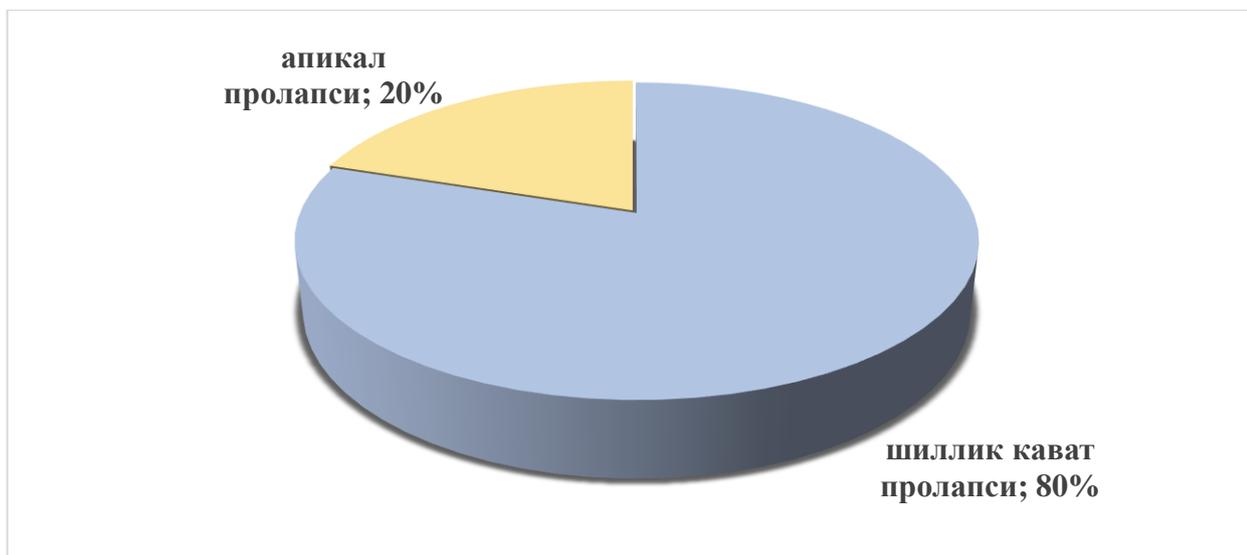
Жадвалдан кўришиб турибдики, қабул пайтида неовагинал пролапс даражаси II даражадан IV даражагача ўзгарган (6-жадвал).

6-жадвал

POP-Q тизимида мувофиқ артифициал қин пролапс даражаси (n=35).

Артифициал қин пролапси	Abs	M (%)	m	P
II даража	22	62,86	8,17	$\chi^2 = 13,771;$ $p = 0,001$
III даража	6	17,14	6,37	
IV даража	7	20,00	6,76	
Жами	35	100,00	0,00	

Ўтказилган тадқиқотларга кўра, пролапсни 2 тури аниқланди: 28 (80%) беморда неовагина шиллик қавати пролапси ва 7 (20%) беморда апикал неовагинал пролапс (6-расм).



6-Расм. Неовагина пролапси турлари ($n=35$), %.

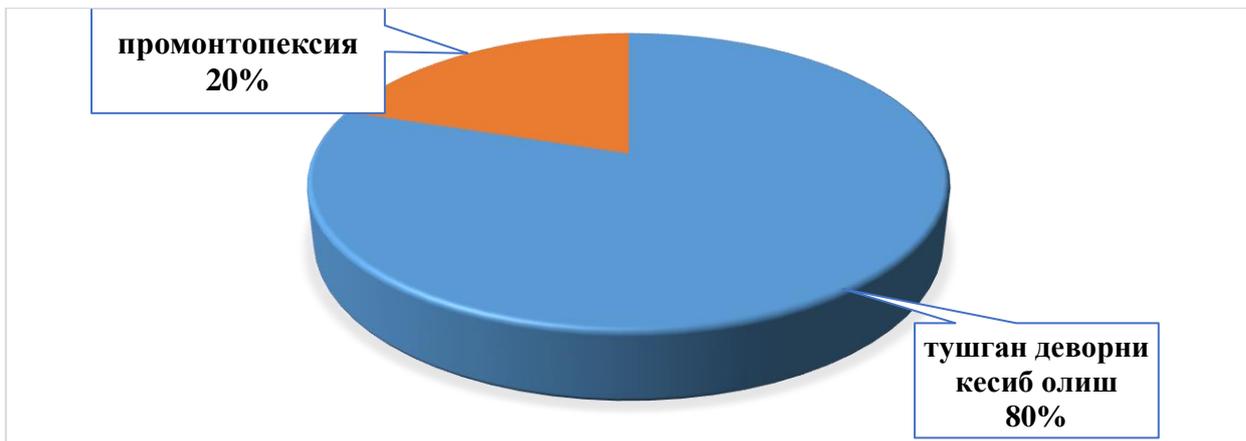
Неовагина пролапсини даволаш ва ташхис қўйиш вақтидан жарроҳлик амалиётигача бўлган касалликнинг давомийлиги кўрсатилган, шунинг учун 21 (60%) нафар беморда 5 йилдан кўп бўлмаган ва 14 (40%) беморда жарроҳлик даволаш учун мурожаат 10 йилгача бўлган муддатни ташкил этган. Булар асосан, репродуктив ёшдаги аёллар, шунингдек, диспареуния ва неовагинадан кўп миқдордаги шиллик оқмадан шикоят қилган аёллар эди (7-расм).



7-Расм. Сигмасимон колпопоздан кейинги неовагинал шиллик қаватни пролапси.

Беморларга тиббий ёрдам олишнинг кечикиши неовагинал пролапсини самарали жарроҳлик даволаш бўйича маълумотларнинг етишмаслиги билан боғлиқ. Шунингдек, ушбу муаммо бўйича беморларнинг яшаш жойларида мутахассисларнинг етишмаслигидир.

Бизнинг маълумотларимизга кўра, 35 нафар беморнинг 80% да сунъий қин шиллик қаватини пролапси аниқланган. Бу тоифадаги беморларда ортиқча тўқималар олиб ташланган. Ушбу гуруҳдаги лапаротомия промонтопексияси ўтказилган беморларнинг 20% да неовагинал апикал пролапси аниқланган (8-расм). Ва бу тоифадаги беморларда биз операциядан кейинги асоратларни кузатмадик.



8-Расм. Сунъий қин пролапсини жарроҳлик даволаш турлари ($n=35$), %.

Шундай қилиб, МРКХСни даволашда такомиллаштирилган сигмасимон колпопоздан фойдаланиш нафақат операция вақтини узайтормади (проспектив гуруҳда $160,5$ дақиқа $\pm 5,5$ дақиқага нисбатан $160,3$ дақиқа $\pm 4,9$ дақиқага), интраоператив қон йўқотиш ($230,5 \pm 20,5$ мл) кўпаймади ретроспектив гуруҳида $220,7 \pm 30,9$ мл га нисбатан), аммо операциядан кейинги даврга таъсир кўрсатмади. Маълум даражада, операциядан кейинги даврнинг биринчи кунда оғриқли реакция кучайди, бу эса оғриқ қолдирувчи воситаларни қўшимча талаб қилди. Бироқ, операциядан кейинги даврнинг учинчи кунда, проспектив гуруҳдаги беморларнинг умумий оғриқ реакцияси ретроспектив гуруҳдаги беморларнинг реакциясидан фарқ қилмади.

Натижалар Microsoft Excel 2016 дастурларини таҳлил қилиш пакети ва Statistic 10 иловалар пакетидан фойдаланган ҳолда, Microsoft Windows XP Professional операцион муҳитида Intel Pentium (R) 4 CPU 2,00 MGts шахсий компютерида статистик қайта ишланди.

Ишнинг ушбу бўлими қуйидагича ишлаб чиқилган: "Сигмасимон колпопоздан кейин сунъий қин пролапси кузатилган беморларни даволаш тактикасини аниқлаш учун дастурлар". Сертификат 26/01/2021 DGU 10060 да олинган (9-расм).



9-расм. Компютер дастурининг давлат рўйхатидан ўтказилганлиги тўғрисидаги гувоҳнома ЭВМ № DGU 10060 Сунъий қин пролапси кузатилган беморларни таххислаш ва бошқариш тактикасини танлаш дастури.

Диссертациянинг “Сигмасимон колпопоздан кейинги сунъий қин пролапсини коррекциялаш усуллари ва унинг олдини олиш” деб номланган тўртинчи бобда коррекциянинг жарроҳлик усуллари батафсил ёритилган. 2-бобда таъкидланганидек, сигмасимон колпопоздан кейин, ретроспектив гуруҳда 35 та ҳолатда пролапс кузатилди. Улардан 80% неовагинал шиллиқ қавати пролапси ва 20% СК дан кейин апикал пролапси кузатилди. СК дан кейинги неовагинал пролапслар орасида апикал пролапс 20% ҳолларда ташхис қўйилган. Қабул пайтидаги ташқи жинсий аъзоларни кўриниши 10-расм (Бемор Р., к/т № 75).



10-Расм. Сигмасимон колпопоздан кейинги апикал пролапс. Бемор Р., к/т №75.

Неовагинал пролапс кузатилган беморларни даволаш усулини танлашда, сунъий қин анатомияси, узунлиги ва кенглиги, шунингдек, беморнинг кундалик ҳаётда ва жинсий алоқада бўладиган эҳтиёжларини ҳисобга олиш керак. Турли хил даволаш усуллари натижалари ва хавфсизлигини баҳолаш учун, яхши режалаштирилган тадқиқотлар ва клиник ҳолатлар тўғрисидаги қўшимча маълумотлар керак. Хулоса қилиб айтишимиз мумкинки, адабиётларга кўра, ҳозирда пролапсни жарроҳлик йўли билан тузатиш стандартлари мавжуд эмас. Шу муносабат билан, СМРКХ кузатилган беморларда сигмасимон колпопоз операцияси пайтида неовагинал пролапсни олдини олиш йўллари ишлаб чиқиш зарурати мавжуд.

Ретроспектив СКдан кейин энг кўп учрайдиган асорат, 35 (8,33%) нафар беморда аниқланган неовагинал пролапси бўлди, шунинг учун биз, промونتопексия ва лигаментопексияни киритиш билан СК техникасини такомиллаштирдик. Такомиллаштирилган СК СМРКХ кузатилган 46 нафар беморда ўтказилди.

Жарроҳлик техникаси: Жарроҳлик соҳасига ишлов берилгандан сўнг, сийдик пуфагига “Foley” катетери киритилади, тўғри ичакга малҳамли тампон қўйилади.

I. Оралик томондан, "юмалоқ" кесма билан "тўмтоқ" тугаган, рудиментар қин шиллиқ қавати кесилади (11а-расм). Ректо-везикал тўқимасида туннел

ҳосил қилинади (11б-расм). Гемостаз таъминлангандан сўнг, туннелга малҳамли тампон қўйилади.

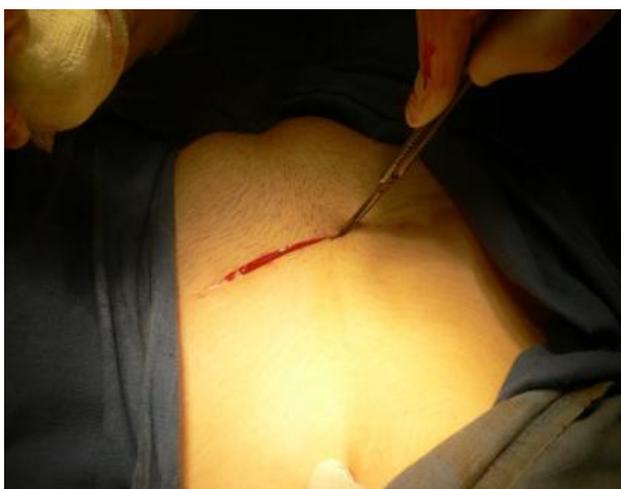


11а-Расм



11б-Расм

II. Лапаротомия (кўндаланг ёки бўйлама) амалга оширилади (12а-расм). Қорин бўшлиғи ва тос аъзолари ревизиясидан кейин, 14-15см узунликда сигмасимон ичакнинг бир сегменти ажратиб олинади (12б-расм). Сегментнинг учлари маҳкам тикилади. Ичакнинг ўтказувчанлиги "учи-учига" туридаги икки қаторли анастомозни қўллаш орқали тикланади.



12а-Расм.



12б-Расм.

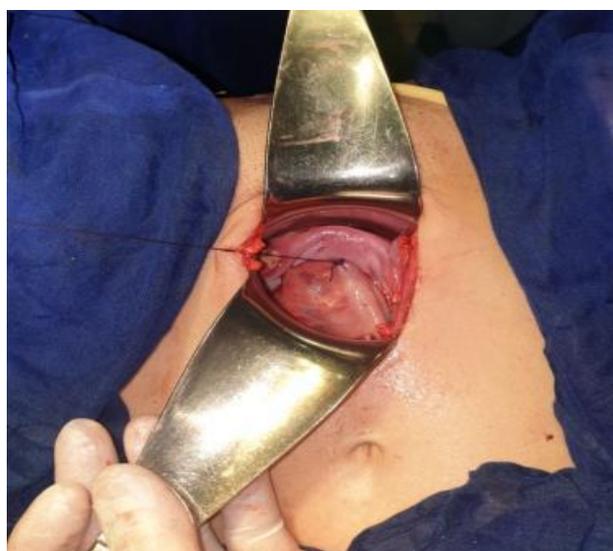
Ажратилган сегмент мобилизацияси амалга оширилади. Иккинчиси (изоперисталтик ёки антиперисталтик) тайёрланган туннелга туширилади (13а-расм). Артифициал қиннинг проксимал учи тугунли чок билан промоториумга ўрнатилади – промونتопексия босқичи (13 б-расм). Неовагинани ўрта учдан бир қисми рудиментар бачадонни боғлайдиган лигаментга ўрнатилади– лигаментопексия босқичи (13 в-расм). Схематик тасвир (14-расм). Ушбу чора-тадбирлар артифициал қинни апикал пролапсини олдини олишга қаратилган. Гемостаз текширувидан сўнг, тосда алоҳида тешик орқали хавфсизлик дренаж трубкаси қолдирилади. Қорин олд девори тикланади. Терига чоклар қўйилади. Жароҳат майдонига ишлов берилади. Асептик боғлам.



13 а-Расм.



13 б-Расм.



13 в-Расм.

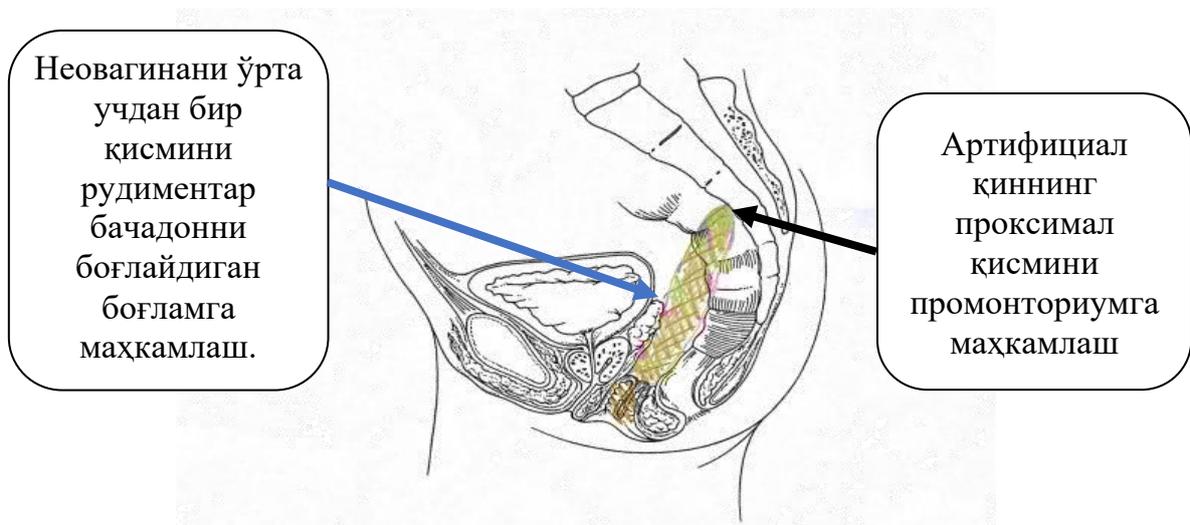


13 г-Расм.

III. Оралиқга кириш орқали сунъий қинга киришнинг торайишини олдини олиш учун интроитопластика амалга оширилади. Неовагина бўшлиғи ва перинеум ювилади. Оралиқга боғлам қўйилади. Тампон тўғри ичакдан олиб ташланади (13 г-расм).

Неовагина пролапсини аниқлаш учун, POP-Q тизимидан фойдаланганда биз, жарроҳлик амалиётидан 1 ой ўтгач, ижобий динамикани кузатдик, барча кўрсаткичлар нормал ҳолатга қайтди ва ижобий натижага эришилди, бу жарроҳлик амалиёти тўғри танланганини кўрсатди. Бундан ташқари, 6 ва 12 ойдан кейин такрорий текширув, беморлар орасида статистик жиҳатдан ўзгармади.

Бундан келиб чиқадики, POP-Q тизимини жарроҳлик даволашдан олдин ва кейин қўллаш сигмасимон колпопоздан кейин беморларда неовагинал пролапсни объектив баҳолаш усули эканлигини кўрсатди. Операциядан кейинги аҳволдан қониқиш билан бир қаторда, беморлар ўзларини яхши ҳис қилишди, шикоятлар йўқ эди ва ҳаёт сифати яхшиланганини қайд етдилар.



14-Расм. Неовагина пролапсининг олдини олишнинг схематик тасвири.

Неовагинанинг пайдо бўлиши жарроҳлик йўли билан тузатилганидан сўнг, 46 бемор қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 2 (4,34%) беморда содир бўлди. Бу неовагинал даҳлизини гематомаси ва ичак анастомозининг етишмаслиги шаклида асоратлар. Йўғон ичак сегментидан сунъий қинни такомиллаштирилган яратилиши натижалари таҳлили операция қилинган беморларнинг 95,7% да операциядан кейинги давр хавфсиз ўтганлигини кўрсатди.

Биз 466 нафар беморда анъанавий ва яхшиланган сигмасимон колпопоздаги асоратларни баҳоладик (7-жадвал).

7-Жадвал

СК натижаларини қиёсий баҳолаш

Асоратлар		Анъанавий СК		Такомиллаштирилган СК		P
		n	%	N	%	
Эрта	Неовагина даҳлизи гематомаси	-		1	2,17	0,001
	Яратилган туннелдан қон кетиши	2	0,48	-	-	0,001
	Неовагина шиллиқ қавати пастки 1/3 нинг тушиши	1	0,24	-	-	0,001
	Ичак анастомозининг етишмаслиги	-	-	1	2,17	0,001
	Ректовагинал оқма	2	0,48	-	-	0,001
Кечги	Неовагинал стеноз	10	2,38	1	2,17	0,001
	Неовагинал пролапси	35	8,33	-		0,001
Жами		50	11,91	3	6,54	

Такомиллаштирилган техника бўйича операция қилинган текширилган беморларнинг умумий сонидан 1 нафариди (2,17%) узоқ муддатли даврда қинга киришнинг стенози кузатилган, бу чандиқ тўқимасини кесиш ва қарама-қарши лоскутлар билан интраитопластика орқали бартараф этилган.

Ривожланган сигмасимон колпопознинг қониқарли функционал ва косметик натижалари 45 нафар (97,83%) беморда аксарият ҳолларда қайд этилган. Операция қилинган беморларни 2 йил давомида кузатдик.

Операциядан кейинги даврда беморларни операциядан кейинги яранинг ҳолати, неовагинани чуқурлиги, микрофлоранинг табиати ва сунъий қинни рН қийматини ўз ичига олиб фаол равишда кузатилди (15-расм). Жинсий алоқада бўлган беморларда интим ҳаётнинг табиати ҳам аниқланди. Ошқозон-ичак тракти шикоятларига, ахлатнинг табиатига (ич қотиши) эътибор қаратилди.

Шундай қилиб, операциядан кейинги асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва тuzатишга қаратилган режалаштирилган кейинги кузатув вагинопластикадан кейин беморларни даволашни яхшилаш ва шу билан уларнинг тўлиқ реабилитациясига ҳисса қўшиш имконини берди.



15-Расм. Зонд бўйича қин узунлиги (12см). Бемор Ф., к/т №254

Майер-Рокитан-Кюстнер синдромида йўғон ичак сегментидан яхшилانган қин пластикаси натижалари 46 нафар беморда ўрганилди, уларнинг барчасида косметик ва функционал натижалар ижобий деб баҳоланди. Рақамли текширувда сунъий қин табиийдан деярли фарқ қилмади. Кузатув натижалари шуни кўрсатдики, ёши билан беморларнинг жинсий мослашуви қониқарли. Жинсий ҳаёт кечириш ва оргазм борлигига эътибор бериш 14 беморда қайд этилди. Шу билан бирга, беморга ҳам, уларнинг жинсий шерикларига ҳам ҳеч қандай ноқулайлик туғдирмади.

Бемор уйига жавоб берилгандан сўнг, ташқи жинсий аъзоларини таҳорати ва операциядан 2 ҳафта ўтгач, 2-3 ой давомида неовагинал бўшлиқ даҳлизини етарли ҳажмда бўлишини ва стенознинг олдини олиш мақсадида, неовагинани бужлаш кераклиги каби тавсиялар берилди. Шунингдек, операциядан кейинги 3 йил давомида, ҳар ойда назорат текширувларини ўтказиш мажбурийдир, бу операциядан кейинги узок муддатли асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш имконини беради.

Ушбу профилактика чораларига риоя қилиш, асоратлар хавфини камайтиради, реабилитация даврини қисқартиради ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилади.

Биз тўплаган жарроҳлик тажрибаси нафақат бажарилган операциялар техникасининг мақбуллигини таҳлил қилиш, балки операциядан кейинги асоратларнинг кенг доирасини объектив баҳолаш имконини берди.

Хулоса қилиб шуни таъкидлашни истардикки, беморларнинг ушбу гуруҳини жарроҳлик йўли билан даволаш, жиддий техник муаммо бўлиб, унинг натижаси беморларни жисмоний ва психологик саломатлигига таъсир қилади. Идеал реконструктив амалиёт мос узунликдаги қинни таъминлаши ва минимал, агар мавжуд бўлса, кенгайтиришни талаб қилиши керак. Вагинопластика чандиқ, стеноз ёки пролапс каби асоратларни қолдирмаслиги керак, операция яхши косметик натижага эга бўлиши лозим. Шундай қилиб, тавсия этилган усуллар бўйича амалга оширилган такомиллаштирилган сигмасимон колпопознинг эрта ва узоқ муддатли ижобий натижалари танланган тактиканинг тўғрилигини тасдиқлайди ва уларни гинекологик ва жарроҳлик амалиётига жорий этиш зарурлигига ишонч ҳосил қилади.

ХУЛОСАЛАР

"Сигмоидал колпопоз операциясидан кейинги артифициал қин пролапси профилактикаси ва хирургик давони оптималлаштириш" мавзусидаги диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқот натижаларига кўра қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. Анъанавий сигмасимон колпопоздан кейин, асоратларнинг учраш даражаси 11,91% ни ташкил этди, шундан энг кўп учрагани 8,3% неовагинал пролапс эди.

2. Неовагинал пролапси кузатилган 35 нафар беморда анъанавий сигмасимон колпопоздан сўнг, II даражали пролапс 22 (62,9%), III даражали 6 (17,1%) та аёлда ва IV даража 7 (20%) нафар аёлда POP-Q шкаласи бўйича кўп учради; шу билан бирга, неовагинал шиллик қават пролапси ҳам кузатилди 28 (80%) ва апикал пролапс - 7 (20%) беморларда.

3. Неовагинал шиллик қаватнинг пролапси учун ишлаб чиқилган жарроҳлик амалиёти, сунъий қин пролапси деворини кесишдан иборат (қинга кириш); апикал пролапс билан - неовагинал промونتопексия (лапаротомик кириш).

4. Сунъий қин пролапси ривожланишининг олдини олиш учун, сигмасимон колпопознинг такомиллаштирилган усули ишлаб чиқилди: проксимал неовагинани промонториумга мустаҳкамлаш, ўрта бачадон боғламларининг лигаментопексияси. Ушбу усулларнинг самарадорлиги I ойдан кейин неовагина узунлиги, нуқтанинг олд деворидаги жойлашуви ва ораликни пай марказининг анъанавий жарроҳлик усули билан солиштирганда, статистик жиҳатдан сезиларли ($p < 0,05$) яхшиланишидан иборат бўлди.

5. Такومиллаштирилган сигмоидал колпопоз техникасини қўлланилганидан сўнг, асоратлар учраш даражаси анъанавий жарроҳликка нисбатан, 5,5 баравар камайди ва неовагинал пролапс текисланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
PhD.04/30.12.2019.Tib/102/01 ПРИ САМАРКАНДСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

МАМАТКУЛОВА МОХИГУЛ ДЖАХАНГИРОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА
АРТИФИЦИАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО
КОЛЬПОПОЭЗА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени доктора философии
(PhD) по медицинским наукам**

Самарканд– 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан B2020.4.PhD/Tib1476.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.sammi.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель	Негмаджанов Баходур Болтаевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты	Закирова Надира Исламовна доктор медицинских наук, профессор Туксанова Дилбар Исмаевна доктор медицинских наук, профессор
Ведущее учреждение	Республиканский специализированный и научно-практический медицинский центр

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2023 года в _____ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней PhD.04/30.12.2019.Tib 102 01 при Самаркандском государственном медицинском институте (ул. М.Улугбек № 70, 2-я клиника СамГМИ (Областной многопрофильный центр детской хирургии), Тел/факс: (366)-233-58-92,233-79-03, E-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского института (зарегистрирована за № _____). (Адрес: 140100, г. Самарканд, ул. Амир Темур 18. Тел./факс: (99866) 233 -07-66).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2023 года (реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2023 года).

А.М. Шамсиев

Председатель Ученого совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Г.З. Шодикулова

Секретарь Ученого совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.О. Атакулов

Председатель научного семинара при Ученом совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (АННОТАЦИЯ ДИССЕРТАЦИИ)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Аплазия влагалища и матки составляет незначительную часть детских врожденных заболеваний во всем мире и остается сложной частью реконструктивной хирургии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...около 5-7% детей имеют различные врожденные патологии, в том числе врожденные пороки развития, которые являются причиной около 30% перинатальной и неонатальной смертности...»¹. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера (СМРКХ) занимает основное место среди заболеваний, сопровождающихся аплазией влагалища и матки, при этом с нормальным кариотипом (46, XX) и функционирующими яичниками. Частота синдрома составляет 1 на 4500–5000 новорожденных девочек. Реабилитация таких больных – сложный процесс, одним из составляющих которого является хирургическая коррекция внутренних гениталий, то есть пластика влагалища. Бесплодие и невозможность нормального полового акта – это факторы, которые, имеют наибольшее влияние на качество жизни. При подтверждении диагноза подростки и женщины получают глубокий психологический стресс, падает самооценка и отсутствует принятие своего тела, в результате треть пациенток страдают депрессией². В настоящее время выпадение влагалища, вызванное пластикой влагалища, в основном развивается в течение 2 лет после операции, с учетом преобладания тяжелых форм заболевания и вовлечения в процесс смежных органов, определяя оптимальные сроки их использования и оценка результатов лечения – проблема, требующая решения в гинекологической практике.

Сегодня в мире проводится ряд научных исследований, направленных на раннюю диагностику, разработку оптимальных методов лечения, выявление факторов риска и профилактику заболеваний, связанных с аплазией влагалища и матки у женщин. В связи с этим актуальным является проведение научных исследований, направленных на разработку наиболее оптимального метода оперативного лечения женщин с опущением влагалища после вагинальной пластики, с точки зрения возможности полноценно реализовать свои половые и социальные функции.

В настоящее время в нашей стране организация системы здравоохранения, обеспечивающая коренное повышение качества, эффективности и популярности медицинской помощи населению, в том числе прием женщин с аплазией влагалища и матки и оказание им специализированной медицинской помощи, комплексные меры, направленные на раннюю диагностику заболеваний и снижение их

¹ World Health Organization. Congenital anomalies. fact sheet no. 24, World Health Organization website. 2016

² Facchin F. et al. Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis // Journal of Health Psychology. – 2021. – Т. 26. – №1. С. 26-39.

осложнений, достигнуты определенные положительные результаты. В связи с этим определены такие задачи, как «...расширение использования качественных медицинских услуг для матерей и детей, оказание им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, более широкое осуществление комплексных мер по снижению младенческой и детской смертности»³. Исходя из этих задач, необходимо определить причины и частоту искусственного выпадения влагалища после сигмовидного кольпопоза, оценить степень неовлагалищного пролапса после сигмовидного кольпопоза по классификации POP-Q, разработать усовершенствованную хирургическую практику сигмовидного кольпопоза для профилактики искусственного опущения влагалища и оценить его эффективность позволяет снизить частоту инвалидности, обусловленной осложнениями.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан за № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы» и за № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлением Президента Республики Узбекистан за № ПП- 5199 от 28 июля 2021 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения», а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. По данным мировой статистики роль генетических факторов в формировании пороков развития репродуктивной системы составляет от 10 до 25%. Остается невыясненным значение профессиональных рисков (контакт с химическими веществами, облучением) в катамнезе родителей, а также тератогенных факторов, не позволяющих разработать профилактические мероприятия, направленные на минимизацию дефектов матки и влагалища (Барнокулов О.М., 2003; Баран Н.М., Богданова Е.А., 2008). Большинство из этих пороков развития проявляются и диагностируются в подростковом возрасте. Важным клиническим этапом лечения пациенток с вагинальной аплазией является создание искусственного влагалища - кольпопоза (от греч. kolpos - влагалище, poesis - создание), направленного на предоставление таким девушкам возможности вести полноценную половую жизнь. Различают 2 вида лечения: неоперативное - кольпоэлонгация (кольпопоз без крови) и оперативное - создание влагалища из брюшины, кожи, сигмовидной кишки, аллопластических или синтетических материалов. Следует понимать, что длина влагалища не может

³ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы».

быть единственным параметром, определяющим лечение и его успех. Общение в группе с подростками с таким же заболеванием улучшает психологический исход (Негмаджанов Б.Б., 1991; Кирпатовский И.Д., Угрюмова Л.Ю., Уварова Е.В., 2007; Кругляк Д.А., Буралкина Н.А., 2018). В связи с этим возникает необходимость командного подхода и адекватной психосоциальной поддержки в ведении таких больных с решением репродуктивных проблем на протяжении всей жизни.

С учетом эмоциональных последствий психологического стресса (утрата возможности быть биологической матерью, чувство неполноценности, отсутствие равенства со сверстниками) и сочувствия, окружающих после постановки диагноза профессиональная психологическая поддержка на всех этапах лечения должна быть обязательной и неотъемлемой частью медицинской помощи, которая также служит залогом успеха (Уварова Е. В., Давтян Г. М., 2014). Поэтому важно определить время создания влагалища, которое должно быть индивидуально подобрано и мягкое с учетом возраста и психологической готовности, дать адекватную консультацию и начать терапию. Современные авторы (Окулов А.Б., Поддубный И.В., 2007; Уварова Е.В., 2014; Neron M, Ferron G, 2017; Адамян Л. В., 2018, Faehnle-Schiegg I., 2021) активно внедряют свои модификации, новейшие технические средства, значительно сокращающие дни лечения больных в лечебном учреждении. учреждение снижает расходы на госпитализацию и лечение. Использование лапароскопического метода при создании неовагины значительно сокращает сроки госпитализации, позволяет пациенткам рано вернуться к физической активности, добиться отличных функциональных и косметических результатов.

Создание искусственного влагалища из сигмовидной кишки является плановой операцией и может применяться при любом варианте анатомического строения интервала. Однако различные авторы сообщают о редком осложнении неовлагалищного выпадения сигмовидной кишки кольпопоза Djordjevic ML et all. (2011), в их серии исследований пролапс возникал в 8,1%. По данным Neron M et al (2017), частота выпадения неовлагалища составляет около 2,3%. Вне зависимости от того, какая вагинопластика выполнена, дальнейшее улучшение реконструкции опорных структур невозможно. Хотя при использовании сигмовидной кишки для создания неовагины можно достичь хорошей глубины неовлагалища, у пациенток после вагинопластики возникал искусственный вагинальный пролапс, включая выпадение слизистой оболочки и купола (Parsons JK, Gearhart SL, 2002; Casey WJ, Tran NV, 2004; Imparato E, Alfei A 2007). Мир (Rajimwale A, Furness PD, 2004; Swenson CW, DeLancey JO, 2014; Yadav M., Hayashi T., 2021) и Россия (Кругляк Д.А., Буралкина Н.А., 2018; Адамян Л.В., Бобкова М.В., 2018) анализ исследований показывает необходимость анализа клинических случаев с указанной патологией, необходимости прогнозирования опущения искусственного влагалища и необходимости персонализированной профилактики, а затем анализа индивидуального

подхода к выбору хирургической коррекции в зависимости от степени опущения.

В нашей стране заслуживают внимания исследования по диагностике и лечению женщин с аплазией влагалища и матки опытными учеными (Негмаджанов Б.Б. 2021), распространение и современные особенности метода функциональной диагностики (Худоярова Д.Р. 2017), но выбор наиболее оптимального метода лечения, оптимальные сроки их применения и основные критерии показаний и противопоказаний не разработаны.

Решение этих проблем поможет женщинам с аплазией влагалища и матки в гинекологической практике, что является одной из основных задач здравоохранения, в оказании им специализированных медицинских услуг. Вышеизложенное позволяет проводить научные исследования, направленные на совершенствование принципов диагностики и лечения женщин с аплазией влагалища и матки.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование в соответствии с планом НИР Самаркандского государственного медицинского университета № ПЗ-2018-090921394 «Разработка диагностики и лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка с учетом региональных особенностей» (2012-2020 гг.) выполнено в рамках темы.

Цель исследования усовершенствование хирургического лечения пролапса стенок искусственного влагалища и разработка способа профилактики выпадения неовагины.

Задачи исследования:

проанализировать частоту осложнений после традиционного сигмоидального кольпопоза;

определить степень и виды пролапса искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза;

разработать технику хирургической коррекции в зависимости от степени пролапса искусственного влагалища;

разработать способ профилактики развития пролапса искусственного влагалища – усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз;

изучить ближайшие и отдаленные результаты операции усовершенствованного кольпопоза.

Объектом исследования Обследовано 466 пациентов с диагнозом синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера (СМРКХ), проживающих по всей Республике, из них 46 больным проведено усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз и 420 больным с традиционным сигмовидным кольпопозом.

Предметом исследования для общеклинических и биохимических исследований брали венозную кровь и сыворотку больного, а также мочу больного.

Методы исследования. В исследовании использовались общеклинические, лабораторные, гинекологические и специальные методы

обследования, инструментальные, микробиологические, морфологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые установлены причины (идиопатические - 34%, тяжелые физические нагрузки - 29%, хронические запоры - 26%, хронический кашель - 11%), и частота развития выпадения искусственного влагалища после кольпопоза сигмовидной кишки;

установлено, что после сигмоидального кольпопоза по классификации POP-Q II степень пролапса неовагины выявлено у 62,9%, III степень у 17,1%, IV степень у 20% женщин;

оптимизирована операция сигмоидального кольпопоза путем фиксации проксимального отдела неовагины к мысу (промонтопексия) и прикрепления средней части к рудиментарным связкам матки (лигаментопексия) для предотвращения искусственного пролапса неовлагалища у женщин с аплазией матки и влагалища;

выявлено, что у женщин с аплазией влагалища и матки в результате применения усовершенствованной хирургической коррекции частота осложнений уменьшилось в 5,5 раза по сравнению с традиционным хирургическим вмешательством.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определены причины возникновения пролапса неовагины у пациенток с сигмоидальным кольпопозом;

разработаны методы хирургической коррекции в зависимости от степени и вида пролапса артифициального влагалища и определены сроки выполнения этой коррекции;

рекомендованы и внедрены способы профилактики пролапса артифициального влагалища после сигмоидального кольпопоза;

на основе анализа методики и отдаленных послеоперационных результатов показаны преимущества метода, усовершенствованного сигмоидального кольпопоза.

Достоверность результатов исследования исходя из теоретических подходов и методов, использованных в исследовании, методологической правильности проведенного исследования, отбора достаточного количества пациентов, современности используемых методов, один из которых дополняет другой клиничко-лабораторный, инструментальный, гинекологические и статистические методы исследования, направленные на ведение женщин с пролапсом артифициального влагалища у больных после сигмоидального кольпопоза, основаны на уникальности проводимых мероприятий, сопоставлении с международным и отечественным опытом, заключение, полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования для определения причин и степени развития неовлагалищного пролапса у больных с сигмовидным кольпопозом, разработки новых подходов к диагностике для уточнения степени неовлагалищного пролапса, профилактики искусственного выпадения

влагалища после сигмоидального кольпопоза при аплазии влагалища и матки, с применением методов промونتопексии и срединной лигаментопексии. В результате совершенствования операции тяжесть заболевания объясняется своевременной диагностикой и профилактикой осложнений.

Практическая значимость результатов исследования заключается в совершенствовании диагностики пролапса искусственного влагалища и выборе хирургических методов коррекции в зависимости от степени пролапса искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза; разработка мероприятий по профилактике пролапса искусственного влагалища, оптимизированная тактика лечения объясняется высокой эффективностью, снижением ближайших и отдаленных осложнений и побочных эффектов, профилактикой рецидивов заболевания.

Внедрение результатов исследования. Результаты научного исследования внедрены в практическую деятельность Самаркандского областного перинатального центра по приказу №118/1 от 05.10.2022 года и 1-клинику Самаркандского городского медицинского университета по приказу №121/1 03.11.2022 года.

В зависимости от степени и вида пролапса искусственного влагалища в качестве оптимизированной стратегии хирургического лечения предлагается разработка методов хирургической коррекции и определение сроков коррекции; что достигается существенным улучшением качества жизни, психоэмоциональным состоянием больных, а также отсутствие осложнений и рецидивов заболевания в послеоперационном периоде, что является основанием для рекомендации его широкого применения в практике. Пролапс неовагины, вызванный вагинальной пластикой, позволяет женщинам в полной мере осуществлять свои сексуальные и социальные функции, предотвращает осложнения, лечит и минимизирует количество случаев; за счет снижения частоты осложнений ускоряется и реабилитация таких больных после операции; восстанавливается социальная и трудовая деятельность; улучшается качество жизни женщин с этим заболеванием.

На амбулаторный гинекологический осмотр женщины с аплазией влагалища и матки затрачено 26 000 сумов, а средства государственного бюджета сэкономлены за счет того, что не потребовались другие дополнительные обследования. 2) анкету могут заполнять не только акушеры-гинекологи, но и семейные врачи и терапевты, то есть доказано отсутствие необходимости во врачах специальной квалификации, а также возможность экономии средств государственного бюджета за счет того, что нет необходимости обучать новый персонал с чрезмерными затратами.

Для предупреждения развития пролапса неовагины разработан усовершенствованный метод кольпопоза сигмовидной кишки, который заключается в фиксации проксимального отдела неовагины к мысу и лигаментопексии средних маточных связок. Эффективность этих методов заключалась в статистически значимом улучшении параметров как длины

неовагины, расположении точки на передней стенке и сухожильного центра промежности через 1 мес по сравнению с традиционной операцией.

Соблюдение этих профилактических мероприятий снижает риск осложнений, сокращает реабилитационный период и улучшает качество жизни больных.

За счет сокращения пребывания в стационаре 1 пациента с 8 дней до 6 дней (2 дня) стоимость пребывания в стационаре уменьшилась в среднем на 120 000 сум (согласно прейскуранту ВПМ, 1 день пребывания в стационаре составляет в среднем 60 000 сумов). Согласно вышеизложенному можно сэкономить в среднем 852 000 сум на 1 больной, а годовая экономическая эффективность составляет 20% от общего количества 46 больных, то есть в среднем на 9 больных – 7 668 000 сум.

Для внедрения научной новизны на тему “Оптимизации хирургического лечения пролапса артифициального кольпопоза после сигмоидального кольпопоза, и его профилактика” в другие лечебно-профилактические учреждения здравоохранения было отправлено письмо в Министерство здравоохранения с Самаркандского государственного медицинского университета от 1 ноября 2021 года под №3282 (Заключение Министерства здравоохранения №8 н-з/217 от 6 мая 2022 г).

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 10 научно-практических конференциях, в том числе 6 международных и 4 республиканских с международным участием.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 23 научных работ, в том числе 9 – статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций 7 республиканских и 2 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 стр.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, а также объект и предмет исследования, соответствии исследования приоритетам развития науки и техники в Республике Узбекистан, широко освещается его теоретическая и практическая значимость, изложены научная новизна, также представлены сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение.

В первой главе диссертации «**Современное состояние проблемы пролапса артифициального влагалища**», представлены сведения о синдроме МРКХ, виды хирургической коррекции аплазии влагалища и матки, проблемы пролапса артифициального влагалища после сигмоидального кольпопозза в мире, кроме того, приведены данные хирургической коррекции пролапса неовагины, обсуждения зарубежной и отечественной литературы о методах лечения пролапса гениталий.

Во второй главе диссертации "**Клиническая характеристика обследованных пациенток и методы исследования**" мы провели исследование на базе родильного дома №3 в гинекологическом отделении и в частной фирме Доктор «Шифо-Бахт» г. Самарканда. В рамках запланированной работы за периоды 1996-2020 гг. были обследованы и прооперированы 466 пациенток с СМРКХ. Все пациентки добровольно подписали информированное согласие, в котором им были разъяснены преимущества и риски операции.

В соответствии с целью исследования и поставленными задачами были выделены следующие клинические группы:

- группа 1 (проспективная) (n=46) - пациентки с усовершенствованным сигмоидальным кольпопоззом.
- группа 2 (ретроспективная) (n=420) – пациентки с традиционным сигмоидальным кольпопоззом.

Оперированные пациентки, которые были включены в исследование были распределены по возрасту, что представлено в табл. 1. и средний возраст девушек и женщин составил 30 лет±1,68, где основную большую часть составили больные в возрасте от 21 года до 30 лет 57,3%– это 267 пациенток, до 20 и после 31 года эти показатели были в убывающем порядке.

Таблица 1.

Возраст пациентов с СМРКХ

Возраст	Количество		
	abs	M(%)	m
До 20 лет	178	38,2	1,89
21-30 лет	267	57,3	1,91
31-40 лет	21	4,5	0,68
Всего	466	100	0,00

В связи поставленной задачей была изучена частота осложнений в ретроспективной группе. В наших исследованиях у 420 больных после оперативного лечения, в 11,91% случаях были выявлены различные осложнения раннего и позднего периода после операции, все это отражено в таблице 2.

Таблица 2.

Виды осложнений после вагинопластики из сигмовидной кишки

Виды	Частота осложнений			р
	abs	М (%)	m	
Пролапс неовагины	35	8,33	0,85	Хи квадрат = 2804,131; р = 0,0005
Стеноз неовагины	10	2,38	0,47	
Ректонеовагинальный свищ	2	0,48	0,21	
Отторжение слизистой оболочки нижней трети неовагины	1	0,24	0,15	
Кровотечение из созданного туннеля	2	0,48	0,21	
Всего	50	11,91	1,01	

Учитывая общепринятые принципы осложнения: были разделены на ближайшие и отдаленные. В наших исследованиях ближайшими после операционными осложнениями были: кровотечение из созданного туннеля – 0,48%, которое наблюдалось интраоперационно; отторжение слизистой оболочки нижней трети неовагины – 0,24% развилось на 5-сутки; ректовагинальный свищ – 0,48% наблюдался на 16-е сутки. Поздними осложнениями был пролапс неовагины, который наблюдался первые 2 года у большинства пациенток и стеноз неовагины наблюдался в первый год после операции сигмоидального кольпопоза.

Таким образом, наиболее частыми осложнениями были пролапс (35 наблюдений) и стеноз неовагины (10 наблюдений). Отторжение слизистой оболочки нижней трети неовагины зафиксировано в 1 случае. Ректовагинальные свищи и кровотечение из созданного туннеля имело место в 4 (0,96%) случаях.

Оценка общего и гинекологического статуса девушек и женщин проведено методом вагинального осмотра. Также изучали степень пролапса с помощью системы POP-Q которое предложено ISC (International Continence Society) в 1996 г. [Рыжков С.В., Остопенко А.В. 2011; Bump RC, Mattiasson A., 1996; Moghadam A.R. et al. 2019]. А в 2002 г. Standartization of Terminology Committee разработал более симплифицированную систему, в которой количество параметров измерения уменьшено до 4 точек, где вместо строгого измерения размеров системы в сантиметрах все оценивается приблизительно на глаз.

В соответствии с международными стандартами диагностики пролапса неовагины, мы определяли расположение 5-ти точек по системе классификации пролапса тазовых органов POP-Q. При этом измерение производилось в сантиметрах от культи неовагины до плоскости гименального

кольца, в процессе чего пациентки данной категории выполняли натуживание. Расположение точек позволяло нам выявлять опущение стенок искусственного влагалища, которое отмечалось знаками (+) и (-), где (+) указывало на расположение стенки неовагины выше девственной плевы, а (-) - ниже.

Наши данные, полученные в результате обследования больных – со II степенью пролапса было – 22 (62,86%) наблюдений; III степенью – 6 (17,14%) наблюдений и с IV степенью – 7 (20,00%) наблюдений. А по виду пролапса – пролапс слизистой артифициального влагалища имело место у 28 (80%) пациенток и апикальный пролапс – у 7 (20%) женщин.

Пациентам с пролапсом неовагины, мы проводили хирургическую коррекцию в виде иссечения пролабирующей слизистой неовагины и промونتопексию в зависимости от вида пролапса.

Наше исследование показало, что при развитии пролапса искусственного влагалища после хирургической коррекции необходимо иметь ввиду основные моменты сложности диагностики и лечения аплазии влагалища и матки.

Анализируя истории болезни пациентов, обнаружили самое частое осложнение – пролапс неовагины. С 2017 года нами используется усовершенствованный нами метод сигмоидального кольпопоза, выполненный 46 пациентам.

Анализ непосредственных результатов усовершенствованного создания артифициального влагалища из сегмента толстой кишки для коррекции аплазии влагалища и матки, заключающегося в модификации метода профилактики пролапса неовагины, в результате, которого было достигнуто у 95,66% положительный эффект в раннем послеоперационном периоде. В отдаленном периоде, только в 1 (2,17%) случае наблюдалось осложнение в виде стеноза неовагины.

В наших исследованиях оценка состояния органов и систем, в том числе гинекологический статус проводилось по общей стандартной схеме: выявление жалоб, сбор анамнеза жизни и болезни, клиничко-лабораторные показатели и инструментальные методы исследования. Также было проведено оценка качества жизни: социального и сексуального статусов, до и после оперативного лечения. Для этого мы применяли специализированный опросник сексуальной функции у больных с пролапсом и недержанием мочи PISQ-31 (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire). Опросник состоит из вопросов, который содержит пять вариантов ответов, результаты опросника оценивается в баллах, максимальный равен 48 баллам, это говорит о хорошей сексуальной функции. В наших исследованиях опросник заполняли пациентки с пролапсом до и после, где мы выявили, что 68,6% больных учли нужным отвечать на вопросы; 14,3% больных отказались заполнить из-за этических мотивов, 17,1% больных не вели половую жизнь и не нуждались в заполнении опросника.

Результаты опросника оценивались за счет суммирование общих баллов, так от 0 до 10 баллов – плохой результат, от 11 до 20 баллов - без изменений,

от 21 до 30 баллов – изменений в положительную сторону, от 31 до 40 баллов – положительный результат и от 41 до 48 баллов – хорошая половая функция.

В третьей главе диссертации, «**Результаты исследования пациенток СМРКХ**». Для достижения вышеуказанных целей и задач, нами было проведено клиническое обследование и оперативное лечение 466 больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера, из которых 35 больных имели пролапс искусственного влагалища II-III-IV степени после сигмоидального кольпопоза (СК) и 46 пациенток, которым была выполнена усовершенствованная вагинопластика из сигмовидной кишки.

Установлено, что операция по поводу аплазии влагалища и матки проводится чаще всего в возрасте около 30 лет по причине позднего обращения. Это свидетельствует о низкой медицинской культуре нашего населения и недостаточной работе первичного звена здравоохранения, когда ни родители, ни сами девочки не обращаются к врачу по поводу отсутствия менструации, а обращаются в большинстве наблюдений только после замужества в связи с невозможностью сексуальных отношений.

Аплазия влагалища и матки диагностирована у 466 пациенток. Это заболевание известно, как СМРКХ. По мнению некоторых исследователей, синдром имеет наследственный характер и генетически обусловлен. Заболевание диагностируют обычно в пубертатном возрасте, в связи с жалобами на отсутствие менструации. Иногда пациентки отмечают циклические, ежемесячно тянущие боли внизу живота или в пояснице.

Всех пациенток с СМРКХ беспокоило отсутствие менструаций, реже – циклические, ежемесячно тянущие боли внизу живота или в пояснице (80%); невозможность половой жизни (20%) и другие (рисунок 1).

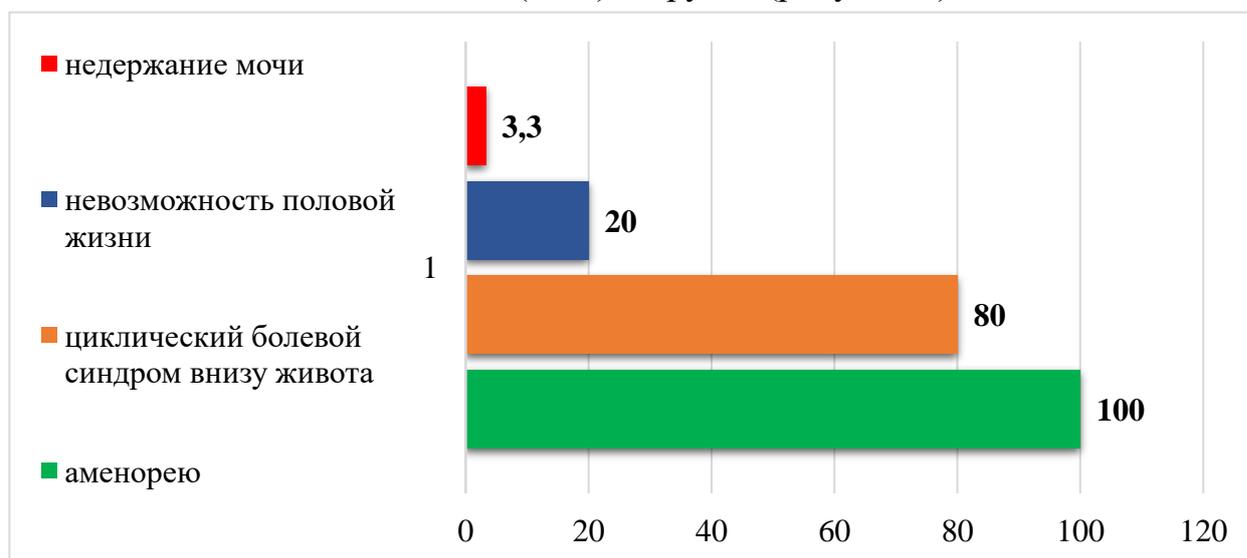


Рисунок 1. Жалобы пациенток с СМРКХ.

По семейному положению замужем были 168 (36%) пациенток. В 298 (64%) случаев были вне брака – это связано с ранним возрастом и обращаемостью пациенток, а также в 70 (15%) причиной развода супругов послужила выявленная патология.

При изучении истории болезней пациентов с СК (ретро- и проспективная группы) были перенесенные в прошлом «Напрасные» лечебные мероприятия, что составило 10,7% (рисунок 2).

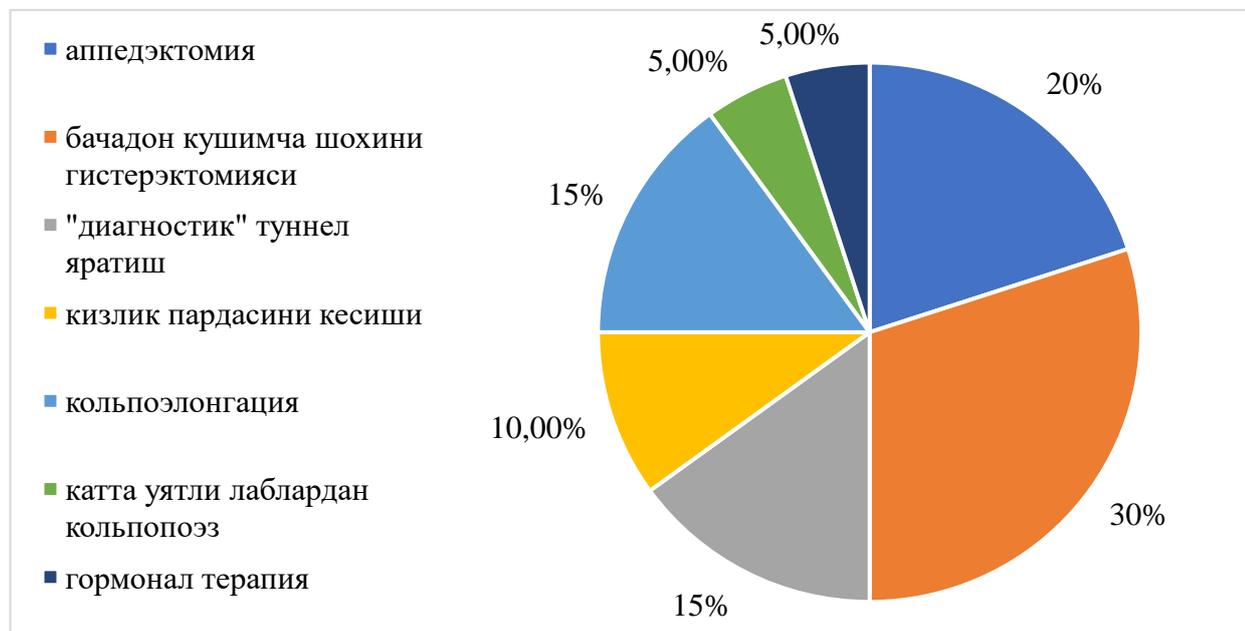


Рисунок 2. Перенесенные лечебные мероприятия, (%).

Если разделить пациенток с СМРКХ по типу варианта, то I вариант (простой или изолированный) составил 85%, а II вариант (атипичный или сложный) составил 15%.

Соматическая патология выявлена у 42 (9,01%) пациенток, причем сочетание этих заболеваний выявлено у 4 (0,86%) обследованных женщин: варикозная болезнь – у 8 (10%) пациенток, пупочная грыжа – у 7 (4%) пациенток, заболевания органов дыхания – у 9 (4%) пациенток и заболевания желудочно-кишечного тракта – у 18 (27,7%) пациенток. Некоторые авторы это связывают с системной несостоятельностью соединительной ткани (Клеменов А.В., 2005; Утц И.А, Городкова Е.Н., 2008). Наличие пациенток перенесшие герниопластику и удаление гланд, свидетельствуют о проявлении системной несостоятельности соединительной ткани у девушек и женщин с СМРКХ.

Общность эмбрионального происхождения и сходные сроки органогенеза органов мочевыделительной системы и внутренних половых органов, побудили нас обратить особое внимание на анатомо-функциональное состояние мочевыделительной системы пациенток с пороками внутренних половых органов. Исследование органов мочевыделительной системы у пациенток СМРКХ показало, что при УЗИ почек у 60 (12,9%) женщин обнаружено: аплазия почки – у 24 (40%), дистопия почек – у 30 (50%) и удвоение почки – у 6 (10%) пациенток (рис. 3).

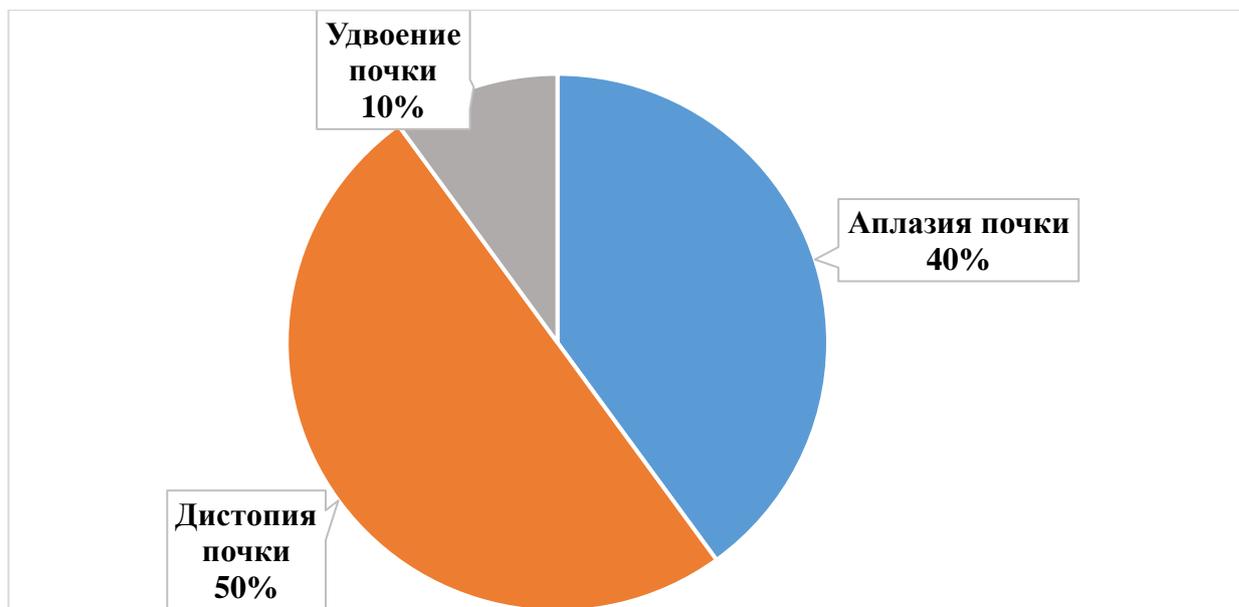


Рисунок 3. Структура урологической патологии у обследованных женщин с СМРКХ (n=60).

Помимо аплазии влагалища и матки у обследуемых 19 (4,1%) пациентов были выявлены различные сопутствующие гинекологические заболевания (рис. 4).

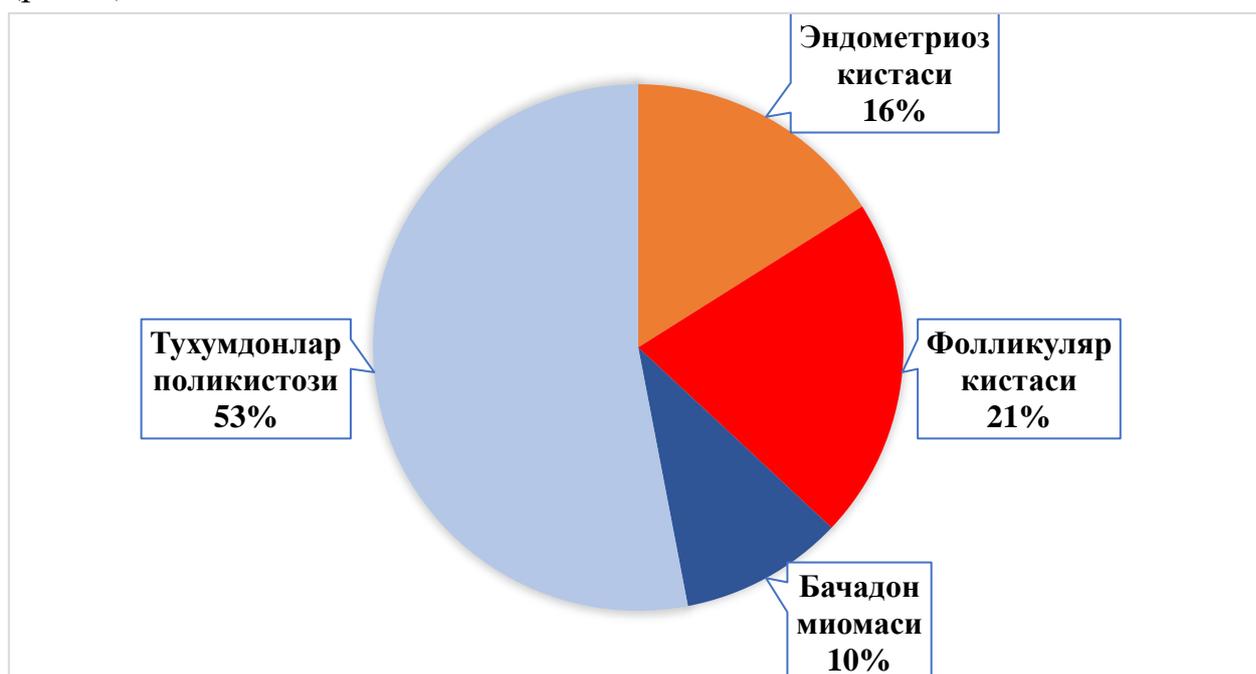


Рис.4. Гинекологические заболевания у обследованных пациенток (n=466).

Во всех случаях при аплазии матки и влагалища, независимо от степени развития рудиментов матки, имелись маточные трубы и яичники нормальных размеров. В редких случаях может существовать активный эндометрий с аналогом рудиментарной матки, который становится активным в присутствии хорошо эстрогенизированного состояния. В литературе упоминается, что миома редко развивается в рудиментарной нефункциональной матке (Rawat K. S. et al., 2013; Wehbe GS, Bitar R, 2016; Sun F. Q. et al., 2020).

Для оценки гинекологического статуса у наших больных был применен трансректальный метод исследования, в результате чего мы не смогли определить матку у всех больных, но у 34,8% по передней стенке rectuma, прощупывался горизонтальный тяж, а у 17,4% определлось упругое образование, и он напоминал рудимент.

При поступлении с пролапсом неовагины 35 пациенток отмечали чувство инородного тела и ощущение дискомфорта. Как при пролапсе слизистой так и при апикальном пролапсе у большинства пациенток жалобы были одинаковы. Диспареуния встречалась в 10 (28,57%); обильные слизистые выделения в 6 (17,1%); чувство инородного тела в 28 (80%) и в 11 (31,43%) случаях были жалобы на тяжесть внизу живота. Боль при половом акте отмечали в основном больные с апикальным пролапсом, в отличие больные с пролапсом слизистой. Это состояние было связано с тем, что пациенты в меньшей степени не живут половой жизнью. Также пациенты жаловались на хронические запоры. Характер жалоб пациенток представлены на табл. 3.

Таблица 3.

Характер жалоб при пролапсе неовагины

Жалобы пациентов	abs	М (%)	m
Ощущение дискомфорта	35	100,00	0,00
Чувство инородного тела	28	80,00	6,76
Чувство тяжести внизу живота	11	31,43	7,85
Диспареуния	10	28,57	7,64
Обильные слизистые выделения	6	17,14	6,37

Этиологически значимые причины пролапса артифициального влагалища среди обследованных пациенток: идиопатический у 12 (34%), большие физические нагрузки в настоящее время или в прошлом у 10 (29%), хронические запоры у 9 (26%) и хронический кашель у 5 (11%) (рисунок 5).

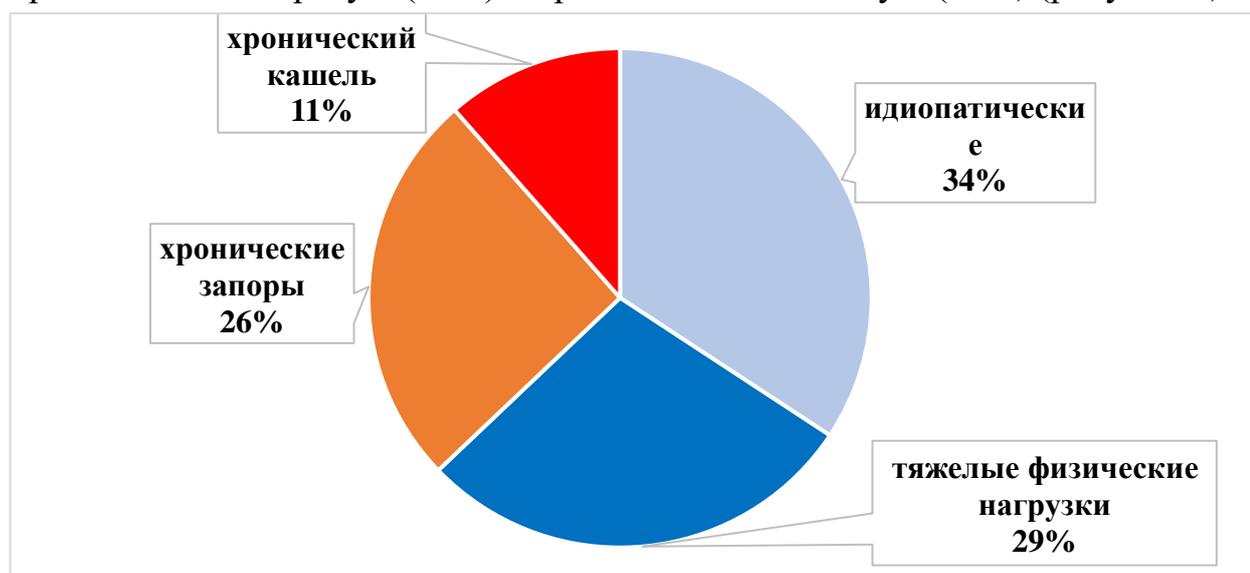


Рисунок 5. Причины возникновения пролапса неовагины (n=35), %.

Начало проявлений заболевания после СК отмечали от нескольких месяцев до 10 лет, при этом стадия пролапса пропорциональна клиническим признакам и обратно продолжительности заболевания (таб. 4).

Таблица 4.

Давность заболевания у пациенток с пролапсом неовагины (n=35).

Давность заболевания	Abs	M (%)	m	P Хи-квадрат = 6,229; p = 0,044
До 2 лет	18	51,43	8,45	
2-5 лет	11	31,43	7,85	
> 5 лет	6	17,14	6,37	
Всего	35	100,00	0,00	

Одним из основных методов определения степени пролапса неовагины до хирургической коррекции была система POP-Q (табл. 5).

Таблица 5.

Значение по системе POP-Q до операции

Показатель POP-Q, см	Me [Q25%–Q75%]	Q25%	Q75%
Aa	1,6±0,12	1,2	2,0
Ba	2,0	1,5	2,5
Ap	-0,8	-1,1	-0,4
Bp	-0,4	-0,6	-0,2
C	-1,2	-1,7	-0,6
Tv1	7,8	6,5	9,0
Gh	3,8	3,1	4,5
Pb	2,4	2,1	2,8

Из таблицы следует, что степени пролапса неовагины при поступлении варьировали от II до IV степени (табл. 6).

Таблица 6.

Степени пролапса искусственного влагалища по системе POP-Q (n=35).

Пролапс искусственного влагалища	abs	M (%)	m	P Хи-квадрат = 13,771; p =
II степень	22	62,86	8,17	
III степень	6	17,14	6,37	
IV степень	7	20,00	6,76	
Всего	35	100,00	0,00	

В соответствии с проведенными исследованиями были установлены 2 вида пролапса: пролапс слизистой неовагины у 28 (80%) пациенток и апикальный пролапс неовагины у 7 (20%) пациенток (рисунок 6).

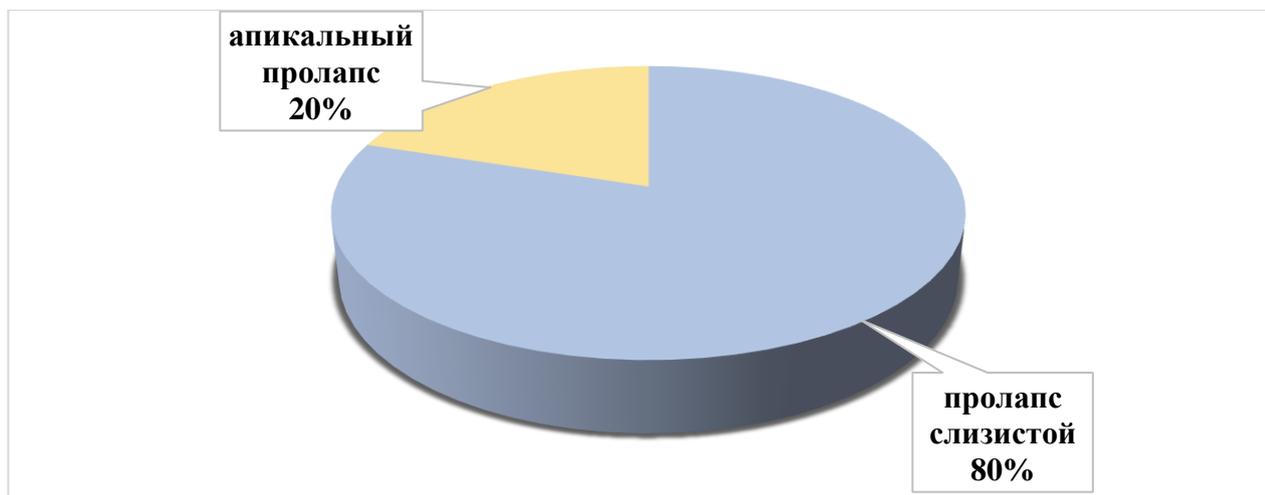


Рисунок 6. Виды пролапса неовагины (n=35), %.

Следует отметить, что 60% пациенток (21 женщина) обратились за оперативным лечением пролапса неовагины в течение не более 5 лет с момента обращения и диагностики, в то время как 40% (14 женщин) обратились за лечением в течение 10 лет. В основном, это были женщины репродуктивного возраста, а также женщины, которые испытывали диспареунию и имели обильные слизистые выделения из неовлагалища (рис. 7).



Рис. 7. Пролапс слизистой неовагины после сигмоидального кольпопоза.

Поздняя обращаемость за медицинской помощью пациенток связано с отсутствием данных об эффективном оперативном лечении пролапса неовагины. Также отсутствия специалистов по данной проблеме и в местах проживания пациенток.

По нашим данным из 35 больных у 80% обнаружен пролапс слизистой искусственного влагалища, этой категории больным произведено удаление лишней слизистой ткани. У 20% больных этой группы определяли пролапс свода неовлагалища, которым выполнена промونتопексия лапаротомно (рис. 8). И занимательным явилось то, что в этой категории больных мы не наблюдали послеоперационных осложнений.

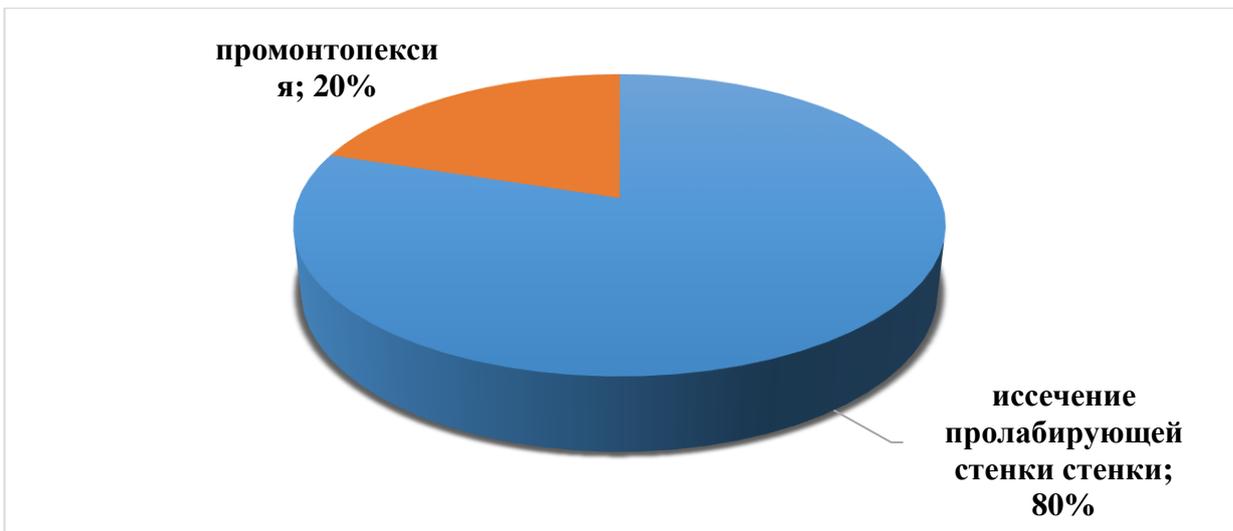


Рисунок 8. Виды хирургического лечения пролапса искусственного влагляица (n=35), %.

Таким образом, использование усовершенствованного сигмоидального кольпопоза при лечении СМРКХ не только не удлинял время операции (160,3 мин ±4,9 мин против 160,5 мин ±5,5 мин в проспективной группе), не увеличивал интраоперационную кровопотерю (230,5 ± 20,5 мл против 220,7 ± 30,9 мл в контрольной группе), но и не имел нежелательных эффектов на течение послеоперационного периода. В некоторой степени имело значение усиление болевой реакции в первых сутках послеоперационного периода, что требовало дополнительного назначения обезболивающих препаратов. Однако, к третьим суткам послеоперационного периода общая болевая реакция пациенток проспективной группы не отличалась от болевой реакции пациенток ретроспективной группы.

Результаты были статистически обработаны на персональном компьютере Intel Pentium (R) 4 CPU 2,00 MHz в операционной среде Microsoft Windows XP Professional с помощью пакета анализа приложения Microsoft Excel 2016 и пакета прикладных программ Statistic 10.



Рисунок 9. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 10060 Программа для диагностики и выбора тактики ведения пациенток с пролапсом искусственного влагляица.

Этот раздел работы оформлен в виде: “Программы для определения тактики ведения пациенток с пролапсом искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза”. Получено свидетельство от 26/01/2021 DGU 10060 (рис. 9).

В четвертой главе диссертации, оглавленной «Способы коррекции пролапса искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза и его профилактика», подробно описаны хирургические методы коррекции. Как было указано в главе 2, после проведенного сигмоидального кольпопоза в ретроспективной группе в 35 случаях наблюдался пролапс неовагины. Из них у 80% наблюдался пролапс слизистой неовагины и у 20% апикальный пролапс после СК. Вид наружных половых органов при поступлении рис. 10 (Пациентка Р., и/б №75).

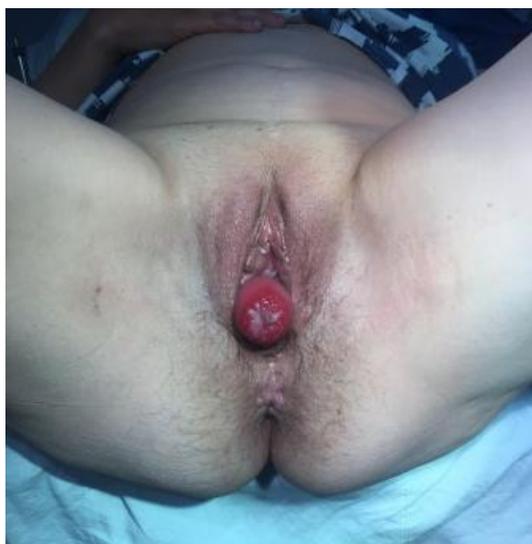


Рис. 10. Апикальный пролапс после сигмоидального кольпопоза. Пациентка Р., и/б №75.

Таким образом, при выборе метода лечения пациенток с пролапсом неовагины необходимо учитывать анатомию, длину и ширину искусственного влагалища, а также потребности пациенток в повседневной жизни и в половой жизни. Чтобы оценить результаты и безопасность различных методов лечения, необходимы хорошо спланированные исследования и дополнительные сведения о клинических случаях. Подводя итоги, мы можем сказать, что по данным литературы на сегодняшний день не существует стандартов техники хирургической коррекции пролапса. В связи с этим возникает необходимость в разработке путей профилактики пролапса неовагины во время операции сигмоидального кольпопоза у пациенток с СМРКХ.

Самым частым осложнением после ретроспективного СК был пролапс неовагины выявленный у 35 (8,33%) пациенток, ввиду чего нами была усовершенствована техника СК с внедрением промонта- и лигаментопексии. Усовершенствованный СК был выполнен 46 пациенткам с СМРКХ.

Техника операции: После обработки операционного поля в мочевого пузырь введен катетер “Foley”, в прямую кишку введен мазевой тампон.

I. Со стороны промежности «циркулярным» разрезом иссечена слизистая оболочка «слепо» заканчивающегося, рудиментарного влагалища (рис. 11 а). Выполнена тоннелизация ректо-везикальной клетчатки (рис. 11 б). После обеспечения гемостаза, введён мазевой тампон в тоннель.



Рисунок 11 а



Рисунок 11 б

II. Выполнена лапаротомия (поперечная или продольная) рис. 12 а. После ревизии органов брюшной полости и малого таза выделен сегмент сигмовидной кишки длиной 14-15см (рис. 12 б). Концы сегмента защищены наглухо. Пройодимость кишки восстановлено наложением двухрядного анастомоза по типу «конец в конец».



Рисунок 12 а



Рисунок 12 б

Выполнена мобилизация изолированного сегмента. Последний низведен (изоперистальтически или антиперистальтически) в предуготовленный тоннель (рис. 13 а). Проксимальный конец искусственного влагалища фиксировали к мысу (promontorium) узловым швом – этап промонтапексии (рис. 13 б). Среднюю треть неовлагалища фиксировали к связке – этап лигаментопексии (рис. 13 в), которая соединяет рудиментарные матки. Схематическое изображение (рис. 14). Эти меры направлены для профилактики апикального пролапса искусственного влагалища. После проведения контроля на гемостаз, в малый таз оставлена страховочная дренажная трубка через отдельный прокол. Рана передней брюшной стенки

ушита наглухо. Наложены швы на кожу. Обработка поля. Наклейка асептическая.



Рисунок 13 а.



Рисунок 13 б



Рисунок 13 в



Рисунок 13 г

III. Из промежностного доступа выполнена интроитопластика для профилактики сужения входа в искусственное влагалище. Промыта полость неовагины и туалет промежности. Промежностная наклейка. Тампон удален из прямой кишки (рис. 13 г).

При оценке пролапса неовагины по системе POP-Q, мы обнаружили положительную динамику уже через 1 месяц после оперативного лечения. Все показатели пришли в норму и имели положительный результат, который говорил о правильной тактике оперативного лечения. Далее повторный осмотр через 6, 12 и более месяцев показал, что данные системы POP-Q статистически не изменялись.

Из этого следует, что применение системы POP-Q до и после оперативного лечения, показала себя как оценочный объективный метод при пролапсе неовагины у пациенток после сигмоидального кольпопоза. Кроме удовлетворения состоянием после операции, пациентки чувствовали себя

хорошо, отсутствовали какие-либо жалобы и отмечали улучшение качества жизни.

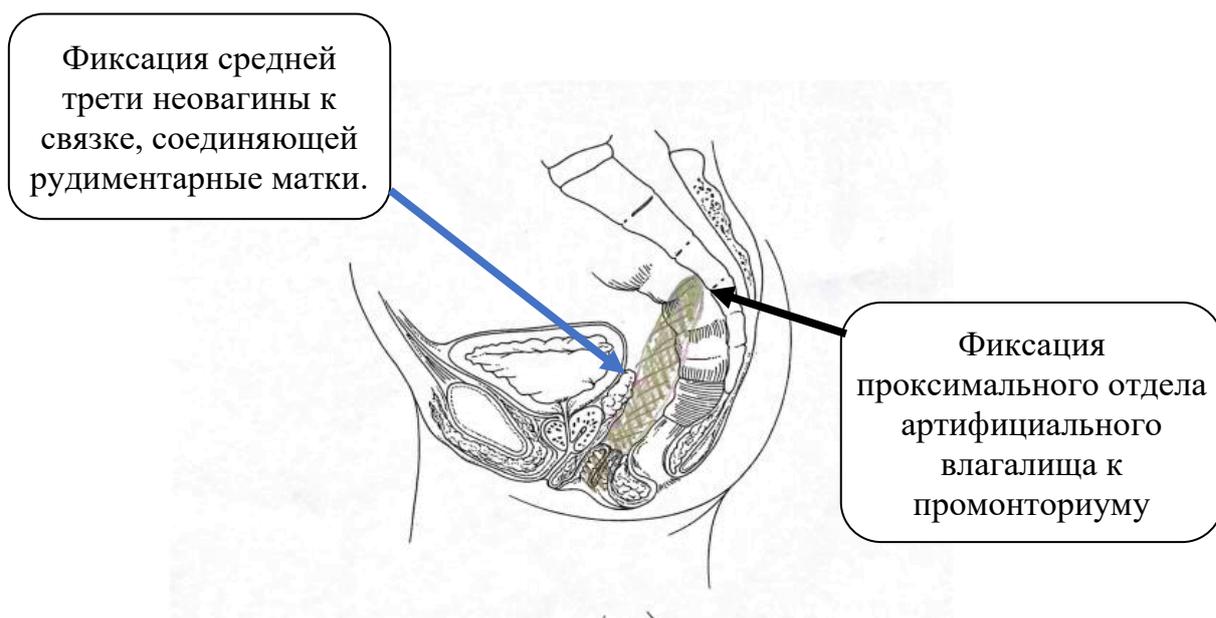


Рисунок 14. Схематическое изображение профилактики пролапса неовагины.

После проведенной хирургической коррекции создания неовагины, 46 пациенток были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 2 (4,34%) больных. В виде гематомы преддверия неовагины и несостоятельности кишечного анастомоза. Анализ результатов усовершенствованного создания искусственного влагалища из сегмента толстой кишки показал, что ближайший послеоперационный период протекал, благополучно у большинства 95,7% оперированных больных.

Нами оценены осложнения при традиционном и усовершенствованном сигмоидальном кольпопозе у 466 пациенток (табл. 7).

Таблица 7.

Сравнительная оценка результатов СК

Осложнение		Традиционный СК		Усовершенствованный СК		P
		N	%	n	%	
Ближайшие	Гематома преддверия неовагины	-		1	2,17	0,001
	Кровотечение из созданного тунеля	2	0,48	-	-	0,001
	Отторжение слизистой нижней трети неовагины	1	0,24	-	-	0,001
	Несостоятельность кишечного анастомоза	-	-	1	2,17	0,001
	Ректовагинальный свищ	2	0,48	-	-	0,001
Отдаленные	Стеноз неовагины	10	2,38	1	2,17	0,001
	Пролапс неовагины	35	8,33	-		0,001
ИТОГО		50	11,91	3	6,54	

Из общего количества прооперированных по усовершенствованной методике обследованных больных у 1 (2,17%) отмечен стеноз входа во влагалище в отдаленном периоде, который ликвидирован иссечением рубцовых тканей и интроитопластикой встречными лоскутами.

Удовлетворительные функциональные и косметические результаты разработанного усовершенствованного сигмоидального кольпопоза зафиксированы в подавляющем числе наблюдений у 45 (97,83%) больных. Оперированные больные наблюдались нами в течение 2 лет.

В послеоперационном периоде велось активное наблюдение за больными, включающее в себя состояние послеоперационной раны, глубину неовагины, характер микрофлоры и рН искусственного влагалища (рис. 15). Также выясняли характер интимной жизни у пациенток, живущих половой жизнью. Обращали внимание на жалобы со стороны ЖКТ характер стула (запоры).

Таким образом, плановое катamnестическое наблюдение, преследующее цель своевременного обнаружения и коррекции послеоперационных осложнений, позволило улучшить лечение больных после вагинопластики и тем самым способствовать их полноценной реабилитации.

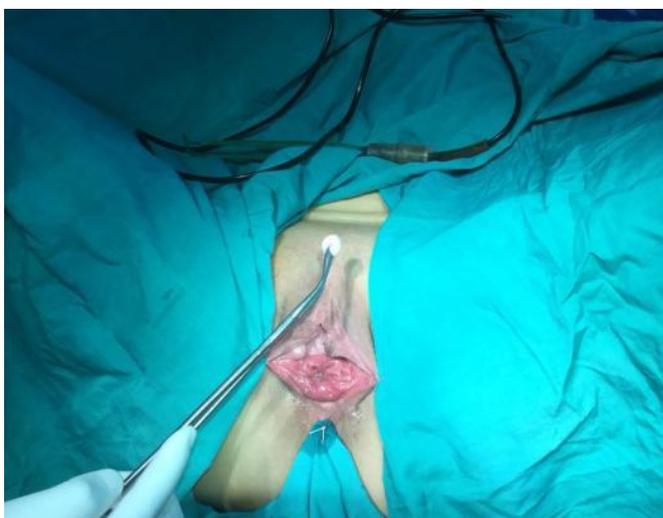


Рисунок 15. Длина влагалища по зонду (12см). Пациентка Ф., и/б №254

Результаты усовершенствованной пластики влагалища из сегмента толстой кишки при синдроме Майера-Рокитанского-Кюстнера изучены у 46 пациенток, у всех пациенток косметические и функциональные результаты расценены как положительные. При пальцевом исследовании искусственное влагалище мало отличалось от естественного. Катamnестические наблюдения показали, что половая адаптация пациенток с возрастом проходит удовлетворительно. Живут половой жизнью и отмечают наличие оргазма 14 пациенток. При этом ни пациентки, ни их партнеры не испытывают неудобств.

После выписки из стационара пациент получает рекомендации, который необходимо выполнять в обязательном порядке, такие, как тщательный туалет наружных половых органов и начало бужирования неовагины не ранее, чем через 2 недели после операции, в течение 2-3 месяцев для поддержания достаточного объема входа в неовлагалище и профилактики стеноза. Также в обязательном порядке проведение контрольных осмотров каждые 3 месяца в течение 1 года после операции, что позволяет вовремя выявить и устранить отдаленные послеоперационные осложнения.

Соблюдения данного комплекса профилактических мероприятий позволяет снизить риск возникновения осложнений, сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни пациенток.

Накопленный нами хирургический опыт позволил провести не только анализ приемлемости методик выполненных операций, но, что не менее важно провести объективную оценку широкого спектра послеоперационных осложнений.

В заключение, хотелось бы отметить, что хирургическое лечение этой группы пациенток представляет собой серьезную техническую проблему, результат которой влияет как на физическое, так и на психосоциальное здоровье пациенток. Идеальная реконструктивная процедура должна обеспечивать влагалище подходящей длины и требовать минимального расширения, если оно вообще требуется. При вагинопластике не должны оставаться рубцы, возникать стенозы или пролапс, операция должна иметь хороший косметический результат. Таким образом, благоприятные ближайшие и отдаленные результаты усовершенствованного сигмоидального кольпопоза, выполненные по предлагаемым методикам, подтверждают правильность избранной тактики и убеждают в необходимости их внедрения в гинекологическую и хирургическую практику.

ВЫВОДЫ

На основании результатов исследования, проведенного по диссертации доктора философии (PhD) на тему **"Оптимизация хирургического лечения пролапса искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза и его профилактика"**, были сделаны следующие выводы:

1. Частота осложнений после традиционного сигмоидального кольпопоза составил 11,91%, из них наиболее часто наблюдался пролапс неовагины 8,3%.

2. После традиционного сигмоидального кольпопоза у 35 пациенток с пролапсом неовагины, наиболее часто встречался пролапс II степени – у 22 (62,9%), у 6 (17,1%) женщин - III степени и у 7 (20%) - IV степени по шкале POP-Q; в то же время пролапс слизистой неовагины наблюдался у 28 (80%), а апикальный пролапс - у 7 (20%) пациенток.

3. Разработанная хирургическая коррекция при пролапсе слизистой неовагины заключалась в иссечении пролабирующей стенки искусственного влагалища (вагинальным доступом); при апикальном пролапсе – промонтопексия неовагины (лапаротомным доступом).

4. С целью профилактики развития пролапса искусственного влагалища разработан усовершенствованный метод сигмоидального кольпопоза: фиксация проксимального отдела неовагины к промонториуму, лигаментопексия среднего отдела маточных связок. Эффективность данных методик заключалась в статистически значимом ($p < 0,05$) улучшении показателей длины неовагины, расположения точки на передней стенке и сухожильного центра промежности через 1 мес. по сравнению с традиционной методикой операции.

5. После применения техники усовершенствованного сигмоидального кольпопоза частота осложнений уменьшилась в 5,5 раза по сравнению с традиционной операцией, а пролапс неовагины - был нивелирован.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING SCIENTIFIC DEGREES
PhD.04/30.12.2019.Tib/102/01 UNDER SAMARKAND MEDICAL
UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

MAMATKULOVA MOKHEGUL JAXANGIROVNA

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF ARTIFICIAL
VAGINA PROLAPSE AFTER SIGMOID COLPOIESIS AND ITS
PREVENTION**

14.00.01 - Obstetrics and gynecology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

Samarkand – 2023

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan B2020.4.PhD/Tib1476.

The dissertation was completed at the Samarkand State Medical Institute.

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.samm.uz) and the Information and Educational Portal "ZiyoNet" (www.ziyo.net).

Academic Supervisors

Negmadjanov Bakhodir Boltaevich
doctor of medical sciences, professor

Official Opponents

Zokirova Nodira Islamovna
doctor of medical sciences, professor

Tuksanova Dilbar Ismatovna
doctor of medical sciences, professor

Lead institution

**Republican Specialized and Scientific and Practical
Medical Center**

The defense of the dissertation will take place on " _____ " _____ 2023 at _____ hours at a meeting of the Scientific Council for the award of academic degrees PhD.04 / 12/30/2019.Tib 102 01 at the Samarkand State Medical Institute (M.Ulugbek street No. 70, 2nd clinic of SamSMI (Regional Multidisciplinary Center for Pediatric Surgery) Phone/fax: (366)-233-58-92,233-79-03, E-mail: shodikulovagulandom@mail.ru).

The dissertation can be found at the Information and Resource Center of the Samarkand State Medical Institute (registered under No. ____). (Address: 140100, Samarkand, Amir Temur st. 18. Tel./fax: (99866) 233-07-66).

The abstract of the dissertation was sent out " _____ " _____ 2023 (registry of the mailing protocol No. _____ dated " _____ " _____ 2023).

A.M. Shamsiev

Chairman of the Academic Council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

G.Z. Shodikulova

Secretary of the Academic Council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

D.O. Atakulov

Chairman of the scientific seminar at the Academic Council for the award of academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy (PhD) dissertation)

The purpose of the study was to improve the surgical treatment of prolapse of the walls of the artificial vagina and to develop a method for preventing neovaginal prolapse.

Object of the study were 466 patients with Mayer-Rokitansky-Kustner-Hauser syndrome (MRKS): 46 of them with improved sigmoid colpoptosis (prospective group) and 420 patients with traditional sigmoid colpoptosis (retrospective group). From a retrospective group of 35 patients with artificial vaginal prolapse after sigmoidal colpoptosis.

Scientific novelty of the research.

for the first time, the causes (idiopathic - 34%, heavy physical exertion - 29%, chronic constipation - 26%, chronic cough - 11%) and incidence of prolapse of the artificial vagina after colpoptosis of the sigmoid colon were established;

after sigmoid colpoptosis according to the POP-Q classification, grade II neovaginal prolapse was found in 62.9%, grade III in 17.1%, grade IV in 20% of women;

improved surgery for sigmoid colpoptosis by fixing the proximal neovagina to the promontory (promontopexy) and attaching the middle part to the vestigial uterine ligaments (ligamentopexy) to prevent artificial neovaginal prolapse in women with vaginal and uterine aplasia;

in women with aplasia of the vagina and uterus, as a result of the use of advanced surgical correction, a 5.5-fold reduction in the incidence of complications was found compared with traditional surgical intervention.

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results on the improvement of diagnostic, prognostic and therapeutic measures: methodological recommendations "The problem of prolapse of the artificial vagina and its classification" have been developed, which are implemented in practical healthcare (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan "No. 8n-d / 217 dated May 6, 2022). The guidelines describe the relevance of the problem of neovaginal prolapse after sigmoid colpoptosis and its classification.

Methodological recommendations "Surgical treatment of neovaginal prolapse and prevention of its prolapse" were developed and implemented in practical healthcare (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 217 dated May 6, 2022). These guidelines make it possible to diagnose the degree of neovaginal prolapse and determine the surgical tactics, as well as the prevention of its prolapse; a computer program "Program for determining the tactics of managing patients with artificial vaginal prolapse after sigmoid colpoptosis" was developed. Certificate received on 26/01/2021 DGU 10060.

The results of diagnostic and therapeutic measures have been introduced into practical healthcare in the maternity complex No. 3, the Regional Perinatal Center and in the 1st clinic of the SamMU, the gynecological department of Samarkand. The use of the POP-Q classification made it possible to determine the degree of neovaginal prolapse and thus to choose the correct tactics of surgical correction; the

use of improved sigmoid colpopoiesis contributed to the leveling of neovaginal prolapse.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion and a list of references. The volume of the dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

1 бўлим (1 часть; I part)

1. Негмаджанов Б.Б., Останакулова Ф.Б., Маматкулова М.Д. Операции образования искусственного влагалища // Журнал: Проблема биологии и медицины №4 (113) 2019, С.247-250
2. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ким В.О. Аномалии развития мюллеровых протоков у детей и подростков // Журнал теоретической и клинической медицины, 2019, №5. С. 124-125.
3. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. Пропалс искусственного влагалища при функционирующей матке // Журнал: Тиббиётда янги кун №4 (34) 2020, С.249-252.
4. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И., Арзиева Г.Б., Шопулатов Э.Х. Treatment of the prolapse of a neovaginal after sigmoidal colporrhesis // American Journal of Medicine Sciences 2021, 11(9); 623-625.
5. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И., Арзиева Г.Б., Шопулатов Э.Х. Prolapse of neovaginal after sigmoid colporrhesis.// Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(3) 2021, 18016-18018 (SCOPUS).
6. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Арзиева Г.Б. Пропалс искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза.// Журнал: Проблема биологии и медицины №1 (126) 2021, С.187-188.
7. Маматкулова М.Д. Хирургическое лечение пролапса искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза.// Журнал: Тиббиётда янги кун №6 (38/1) 2021, С.602-604.
8. Маматкулова М.Д. Оперативное лечение пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза.// Журнал: вестник Ташкентской медицинской академии №3 2022, С.133-135.
9. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. Пропалс неовлагалища после сигмоидального кольпопоза.// Журнал: Вестник врача №2.1 (103) 2022, С.116-119.

II бўлим (II часть; Part II)

10. Негмаджанов Б.Б., Останакулова Ф.Б., Маматкулова М.Д. Усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз у пациенток с синдромом Майера-Рокитанского // Ежемесячный научно-методический журнал Достижения науки и образования №5 (59) 2020, С. 56-60.
11. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. Оперативное лечение пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза.// Журнал: Проблемы современной науки и образования №2 (171) 2022, С.48-52.
12. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И. Фибромиома рудиментарной матки у пациентки с синдромом Майера-Рокитанского-

Кюстнера-Хаузера. // Международная научно-практическая конференция Инновационное развитие науки и образования, 2020 Казахстан С.88-89

13. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И., Арзиева Г.Б., Шопулатов Э.Х. Neovaginal prolapse in Mayer-Rokitansky-Kuster syndrome: a case report. // International Engineering Journal for research and development Vol.6 Issue 4 2021, С.1-3

14. Маматкулова М.Д., Останакулова Ф.Б. «Сигмоидальный кольпопоз как метод лечения аплазии влагалища» Инновации в медицине, 2019, С. 503 Андижан/

15. Маматкулова М.Д., Останакулова Ф.Б. «Усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз у пациенток с аплазией матки и влагалища» 74-ая международная научно-практическая онлайн конференция студентов-медиков и молодых ученых. Проблемы биологии и медицины 2020, №1.1. С.333.

16. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. «Пролапс искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза» Сборник материалов: "Фундаментальная наука в современной медицине" к 90 летию СамГМИ./Самарканд-2020 С.276-277.

17. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. «Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера» XV Международный конгресс по репродуктивной медицине. Москва, 2021 С.192-193/

18. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. «Оперативное лечение пролапса неовлагалища после сигмоидального кольпопоза» XXII Всероссийский научно-образовательный форум Мать и Дитя- Москва 2021 С.79/

19. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. «Пролапс неовлагалища после сигмоидального кольпопоза» XXII Всероссийский научно-образовательный форум Мать и Дитя- Москва 2021 С.156-157.

20. Маматкулова М.Д., Файзиева З. «Выпадение искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза» Journal of Reproductive health and uro-nephrology research, Самарканд № SI-1 2022 С.28.

21. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Шопулатов Э.Х. «Хирургическое лечение пролапса неовлагалища и профилактика его выпадения» методические рекомендации, Ташкент 2022.

22. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И. «Проблема пролапса искусственного влагалища и его классификация» методические рекомендации, Ташкент 2022.

23. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Ганиев Ф.И., Арзиева Г.Б., Шопулатов Э.Х. "Программа для определения тактики ведения пациентов с пролапсом искусственного влагалища после сигмоидального кольпопоза". Получено свидетельство от 26/01/2021 DGU 10060.

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тиллари (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Ўтпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.
г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.
Подписано в печать 06.02.2023 — Формат 60x84⁺¹⁶.
Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,49
Тираж: 60 экз. Заказ № 20-2023
Тел/факс: +998 93 199 82 72. e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com**