

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ**

**НАЗАРОВ БЕҲЗОД БАХТИЕРОВИЧ**

**ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА  
ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИК ВА ОПЕРАЦИЯДАН  
КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШНИ  
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**

**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2024**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Назаров Беҳзод Бахтиерович**

Жинсий аъзолар пролапси мавжуд беморларда операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги беморларни олиб боришни оптималлаштириш ..... 3

**Назаров Беҳзод Бахтиерович**

Оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с пролапсом тазовых органов ..... 32

**Nazarov Bekhzod Baxtiyerovich**

Optimization of preoperative preparation and postoperative management of patients with pelvic organ prolaps ..... 60

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published papers ..... 64

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ**

**НАЗАРОВ БЕҲЗОД БАХТИЕРОВИЧ**

**ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПРОЛАПСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА  
ОПЕРАЦИЯДАН ОЛДИНГИ ТАЙЁРГАРЛИК ВА ОПЕРАЦИЯДАН  
КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШНИ  
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**

**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2024**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.1.PhD/Tib1611 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Ниязметов Раҳматулла Эрматович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:**

**Абдуллаева Лағия Мирзатуллаевна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Нигмаджанов Баҳодур Болтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Н.И.Пирогов номидаги Россия миллий тадқиқот тиббий университети**

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти хузуридаги DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23 уй. Тел / факс: (+998 65) 223-00-50, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 200118, Бухоро ш, 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувоний кўчаси, 23 уй. Тел / факс: (+998 65) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Д.Т. Ходжиева**

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

**Н.Ш. Ахмедова**

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

**Г.А. Ихтиярова**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жинсий аъзолар пролапси – ички жинсий аъзоларининг қин тешиги ёки унинг ташқарисигача пастга тушиши ва тўлиқ тушиши билан тавсифланувчи патологик жараён. Жинсий аъзолар пролапси ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келувчи тиббий - ижтимоий муаммо ҳисобланади. Ушбу патология ноқулайлик туғдиради, сийдик тута олмасликка, қабзиятга сабаб бўлади, либидо (майл, эҳтирос) нинг пасайишига олиб келади, жинсий аъзолар дисфункцияси билан боғлиқ муаммоларни юзага келтиради. «Генитал пролапсининг янада ўтказиб юборилган ҳолатларида қин ва бачадон бўйни олд деворининг шиллиқ қавати трофик яралари пайдо бўлади. Ушбу паталогиянинг долзарблигидан бири унинг кўп тарқалганлиги, қинда микробиоценознинг яққол бузилиши фонида юқумли – яллиғланиш касалликлари ва сийдик йўллари инфекциясининг юқори индекси, шунингдек, операциядан кейинги даврда қайталанишларнинг юқори даражаси билан боғлиқ»<sup>1</sup>.

Дунё миқёсида олиб борилган тадқиқотлар натижалари, сўнгги йилларда генитал пролапс мавжуд беморлар сони сезиларли даражада ошиб бораётганлигини кўрсатади. Бугунги кунда 6,5% дан 64,6 % гача аёллар ҳаётининг турли даврларида ва постменопаузада турли даражадаги жинсий аъзолар пролапсидан азият чекади. 2030 йилга келиб, дунё бўйича уларнинг сони 63 миллионга етиши мумкин. «Америка урологлар ассоциацияси (АУА) маълумотиغا кўра, умумий популяцияда ҳар тўққизинчи аёл генитал пролапс ёки стрессли сийдик ушлолмаслик бўйича жарроҳлик йўли билан даволанишга эҳтиёж сезади. Ҳар йили иқтисодий ривожланган АҚШда тахминан 400 минг нафар аёлда жинсий аъзолар пролапси сабаб жарроҳлик аралашуви ўтказилади, бироқ операциядан кейинги узоқ муддатли қайталанишлар частотаси 30 фоизгача, операциядан кейинги эрта йирингли-инфекцион асоратлар эса 4 фоиздан 9 фоизгачани ташкил этади, бу эса ушбу муаммони ҳал қилишнинг янги тадқиқотларини талаб қилади»<sup>2</sup>.

Мамлакатимизда ички аъзоларнинг пастга тушиши ва тўлиқ тушиши, 2-3 та ва ундан кўпроқ тукқан 45% аёлларда учрайди. Жарроҳлик коррекциясидан сўнг жинсий аъзоларнинг пастга тушиши ва тўлиқ тушиши 2 дан 10 фоизгача учраб туради. Жарроҳликнинг мавжуд усуллари доим ҳам паталогияни тубдан бартараф этмаслигини ҳисобга олган ҳолда, ёш, истиқболли олимлар томонидан синтетик материаллар ёрдамида бачадоннинг лигаментар аппаратини мустаҳкамлаш, қин чўлтоғини ва уретрал фасцияни кўтариш каби янги жарроҳлик усуллари ишлаб чиқилган (Курбанов Б.Б., 2018; Шомиров Д.А., 2021). Жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларда операциядан олдинги тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришлашни оптималлаштириш бўйича олиб борилаётган илмий тадқиқотлар замирида,

<sup>1</sup> Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токар Л.Р. ва ҳаммуаллифлар. Перинеология. Эстетическая гинекология. М, 2022-416 б.

<sup>2</sup> Ranee Thakar Manual of Urodynamics for Gynaecologists 1st Edition, Kindle Edition. 2020

замонавий инновацион технологияларни қўллаш ушбу патологияда интраоперацион, эрта, узок муддатли асоратлар ва рецидивларни камайтиради.

Мазкур илмий тадқиқот Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги “2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида” ги ПФ-60-сон Фармони, Ўзбекистон Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги ПҚ-6110-сон Фармони, Ўзбекистон Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги “Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги ПҚ-4887-сон қарори, Ўзбекистон Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги ПҚ-4891-сон қарори ҳамда ушбу фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур илмий иш Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг долзарб йўналиши: VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** «Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлиги мамлакатларида, жумладан Россияда жинсий аъзолар пролапси частотаси барча гинекологик касалликлар орасида 28–40% га етади. Россияда 50 ёшгача бўлган аёлларда ушбу патологиянинг улуши 40% гача етса, 60 ёшдан ошган аёлларда бу кўрсаткич янада юқори 50-60% ни ташкил қилади ва жинсий аъзолар пролапси касаллигининг энг кўп учраши эса 70-80 ёшли аёлларга тўғри келади. Катта ва кекса ёшли аёллар орасида жинсий аъзолар пролапси одатда 80% гача постменопауза давридаги эстроген етишмовчилиги фонида юзага келувчи турли урогенитал бузилишлар билан бирга кузатилади. Шунингдек, пролапсининг “ёшариб” боришига мойиллиги, унинг оғир шакллариининг устунлиги, жараёнга ёнма-ён органларнинг функциялари бузилиши кўшилиши ҳам қайд этилган. Ёшлиқда жинсий аъзолар тушишини асосий қўзғатувчи омили – табиий туғиш йўллари орқали туғрук ҳисобланади»<sup>3</sup>.

Хорижий олимлар ушбу патологияни кўпинча дизурия ва киннинг олдинга чиқиш каби белгиларни пайдо бўлишига олиб келувчи, сийдик-жинсий аъзолар диафрагмаси орқали тос аъзоларининг прогрессив чурраси сифатида тавсифлашади. Бугунги кунда кичик тос аъзолари пролапси билан

---

<sup>3</sup> Данилина О.А., Волков В.Г. Распространенность пролапса тазовых органов среди женщин репродуктивного возраста // Journal of new medical technologies, 2022 – vol. 29, №1 – p. 29-33.

боғлиқ жуда кўп муаммолар мавжуд. М.Р.Оразов (2019) илмий ишларида кўрсатганидек, тос аъзолари пролапси - идеал ечимга эга бўлмаган муаммо саналади. Ушбу патологияни яқуний ривожланиши механизми аниқ бўлмаганлиги сабабли, касаллик юзага келиш эҳтимолини камайтиришга кўмаклашадиган аниқ профилактика чоралари ишлаб чиқилмаган (Alka AB, 2019; Быченко В.В.,2021; Brown HW ва бошқалар,2022).

Кўп йиллар давомида бутун дунёда жинсий аъзолар пролапси этиопатогенези тўғрисида мунозаралар олиб борилади, лекин назарияларнинг ҳеч бири ушбу патологиянинг юзага келиши сабаби ва ривожланиш механизмини тўлиқ изоҳлаб бера олмайди. Тос аъзолари пролапси этиологияси кўп омилли ҳисобланади ва қуйидагилар жинсий аъзолар пролапси касаллиги ривожланишининг асосий сабабларидир: ёшга боғлиқ ўзгаришлар, пай аппаратлари таранглиги ва эластиклигининг пасайиши (50-55 ёшдан кейин); ўтирган ҳолда ва камҳаракат ҳаёт тарзи, айниқса семизлик ёндош бўлганда; тос органлари шикастлари; кичик тос органларида ўтказилган жарроҳлик аралашувлари; оғир жисмоний меҳнат; бириктирувчи тўқималар ва пай аппаратларининг туғма заифлиги, чекиш, доимий йўтал мушакларда зўриқишни оширади ҳамда пай аппаратини заифлаштиради; кўп маротаба табиий туғруқлар тос бўшлиғи ва бириктирувчи тўқималарнинг бевосита шикастланишига олиб келиши мумкин, натижада турли оғирлик даражасидаги жинсий аъзолар пролапси ривожланади. Ушбу патология кўп ҳолларда фертил ёшда ҳам учрайди ва менопауза бошланиши билан прогрессив табиатга эга (Vergeldt T.F., 2020; Данилина О.А.,2022; Akihiro Namuro, 2023).

Ҳозирги вақтда жинсий аъзолар пролапси билан боғлиқ яна бир муаммо - таснифлашнинг кўплаб турлари мавжудлигидир. Бироқ POP-Q(Pelvic Organ Prolapse Quantification) таснифи кўпроқ тарқалган бўлиб, уролог, гинекологларнинг кундалик амалиётида урогинекологик тармоғининг маҳаллий ва халқаро ташкилотлари, жумладан, Америка урогинекологлар жамияти, Гинеколог хирурглар жамияти ва сийдикни ушлаб туриш халқаро жамияти (International Continence Society, ICS) томонидан фойдаланишга тавсия этилган. POP-Q тизими бўйича стандартлаштириш бутун дунё, шунингдек, Ўзбекистонда амалиётчи акушер-гинекологлар томонидан қўлланилади (Blomquist J.L.,2019; American College of Obstetricians, 2019; Гафуров Ж.М., 2021).

Мазкур муаммони ўрганишнинг аҳамияти медикаментозли ва медикаментозсиз муолажа, диетотерапияни ўз ичига олган жинсий аъзолар пролапсини даволашдан иборат бўлиб, асосийси ушбу патологияни ривожлантирувчи сабабни топиш, уни бартараф этиш зарур. Бачадон тушишини консерватив даволаш жараён ривожланишини олдини олиш, нохуш аломатлар (оғрик, оғирликни ҳис қилиш ва ҳоказо) ни бартараф этиш ва асоратлар профилактикаси (бачадон тўлиқ тушиши, қин деворларининг трофик яраси, қон кетиши, инфекциян-яллиғланишли жараёнлар, сийдикни ушлолмаслик), медикаментоз даволаш (эстроген препаратлар билан гормонал муолажа), тос бўшлиғи мушакларини мустаҳкамлаш учун махсус машқларни

камраб олади. Касалликнинг дастлабки 1- ёки 2- босқчиларида жинсий аъзолар пролапси билан оғриган аксарият беморларга Кегел томонидан ишлаб чиқилган комплекс машқлар тавсия қилинади, ушбу машқлар жинсий аъзолар пролапси ривожланишини секинлаштиришга ёрдам беради, бу Cochraneнинг тизимли шарҳлар таҳлили бўйича тасдиқланган (2011). Чанок бўшлиғи мушаклари билан шуғулланиш машқларини қўллаш ижобий таъсир кўрсатади ва чанок бўшлиғи мушаклари дисфункцияси коррекцияси учун машқлар бажармаган гуруҳ билан таққослаганда 17 фоизга жинсий аъзолар пролапси клиник белгилари пайдо бўлишини камайтиради (Kuszka A., 2020; Giagio S., 2021; Смирнова А.В., 2022)

Генитал пролапсни жарроҳлик билан даволашнинг ечилмаган муаммоларидан бири операциядан кейинги рецидивларнинг юқори кўрсаткичини пасайтириш ҳисобланади. Гарчи жинсий аъзолар пролапсини 300 дан ортиқ жарроҳлик даволаш усули, шу жумладан, инновацион лапароскопик усулини қўллаш мавжуд бўлса-да, операциядан кейинги рецидивлар частотаси жуда юқори - 5,0% дан 30,0% гачани ташкил этади, бу эса муаммонинг долзарблигини кўрсатади (Оразов М.Р., 2021).

Шундай қилиб, адабиётлар маълумотларини ўрганиб ҳамда операциядан кейинги қайталанишлар билан боғлиқ ечилмаган вазифаларни таҳлил қилган ҳолда илмий тадқиқотнинг мақсадини белгиладик – қин санацияси ва декубитал яраларнинг турли шакллари даволашда кавитацияланган ультратовушли асептик эритмаларни тўқималар трофики учун табиий маҳаллий эстрогенни биргаликда қўллаш, шунингдек, юқори далиллар базаси ҳамда минимал ножўя таъсирга эга замонавий дори воситаларидан фойдаланиш билан сийдик чиқарувчи йўллар инфекциясини даволаш орқали операциядан олдинги тайёргарлик сифатини яхшилаш. Буларнинг барчаси жарроҳликни амалга ошириш, операция натижаларини яхшилайти, операциядан кейинги эрта ва узок муддатли асоратлар ҳамда рецидивларни камайтиради, бу эса бемор ҳаёт сифатини яхшилайти.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Ушбу диссертация иши Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот режасига мувофиқ (22/26.05.2022) « COVID - 19 кейинги даврда Бухоро минтақаси аҳолиси саломатлигига таъсир етувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташҳислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларини ишлаб чиқиш» мавзуси доирасида бажарилган(2022-2026 йй.).

**Тадқиқотнинг мақсади** жинсий аъзолар пролапсининг III–IV даражаси бўлган беморларда инновацион технологияларни дори воситалар билан комплекс қўллаган ҳолда жарроҳлик амалиётидан олдинги тайергарлик ва кейинги давони оптималлаштириш натижасида жарроҳликдан сўнги асоратлар ва рецидивларни камайтириш.



### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

Қишлоқ шароитида яшовчи аёллари орасида жинсий аъзолар пролапсини учраш частотасини ва уни келтириб чиқарадиган омилларини ўрганиш(Бухоро вилояти мисолида);

жинсий аъзоларининг III даража пролапси мавжуд беморларни жарроҳликдан амалиётдан олдин тайёрлаш ва амалиётдан кейинги олиб бориш самарадорлигини ретро ва проспектив гуруҳларда қиёсий жиҳатдан баҳолаш;

жинсий аъзолар IV даражали пролапси мавжуд бўлган беморларда такомиллаштирилган жарроҳлик амалиётдан олдинги ва кейинги олиб бориш усулининг самарадорлигини аниқлаш;

жинсий аъзоларнинг III–IV даражаси пролапси билан оғриган аёлларда жарроҳлик амалиётдан кейинги асорат ва рецидивларни камайтириш учун такомиллаштирилган усулини таклиф қилиш;

**Тадқиқотнинг объектини** жарроҳлик билан даволанган, чаноқ аъзолари пролапси билан оғриган 263 нафар аёл ташкил этди, уларнинг 217 нафаридан III даража, 46 нафар беморда IV даража ташхисланган. Материалларни тўплаш, тос аъзолари пролапси бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришlash натижаларини таҳлил қилиш ва баҳолаш 2014-2022 йилларда Бухоро тумани туғруқхонасининг гинекология бўлими ва Бухоро вилоятидаги «Лорастом» хусусий клиникаси, ва Тошкент шаҳридаги 2-туғруқхонанинг гинекология бўлими асосида амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг предметини** амбулатор карталар, жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларнинг касаллик тарихи, жисмоний текширув маълумотлари, клиник-лаборатор маълумотлар гемостазиограмма, кўрсатмалар варақаси, наркоз картаси ва инструментал текширув маълумотлари ташкил этган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда умумий клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари билан фойдаланилди.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

қишлоқ шароитида яшовчи аёлларда жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси юқори бўлиб, хавф омиллар ичида оғир жисмоний меҳнат, ҳамда анамнезидаги уч ва ундан ортиқ туғруқлар мавжудлиги аҳамиятли эканлиги исботланган;

жинсий аъзоларнинг III- IV даражали пролапсини жарроҳлик усулида даволашдан олдин ва кейинги йирингли асоратларни камайтиришда, стандарт даво билан бир пайтда инновацион ультратовуш кавитация усули ёрдамида хлоргексидиннинг 0,05% сувли эритмаси қўлланилиш самарадорлиги аниқланган;

жинсий аъзоларнинг III-IV даражали пролапси аниқланган беморларда инновацион ультратовуш кавитация такомиллаштирилган усулни қўллаш, кин микробиоценозини меъёрлаштириш, декубитал яраларни кичрайтириш, пролапс рецидивни 4,75 бараваргача камайтиришга олиб келиши исботланган;

жинсий аъзолар пролапсини эрта даражаларида аниқлаш ва хавф омилларини бартараф этиш, жарроҳлик амалиёти талаб қилинганда даво самарадорлигини ошириш ва асоратларни камайтиришнинг босқичма-босқич амалга ошириш дастури ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

Қишлоқ шароитида яшовчи аёллар орасида жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси ва унга олиб келувчи омиллар аниқланган, бу эса профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқишда ёрдам беради;

Кавитацияланган паст частотали, ультра товушли 0,05% ли 200-300 мл миқдордаги хлоргексидин эритмаси таъсирида тўқималарнинг йирингли, патологик яралар чуқур тозаланиши, микроорганизмлар ҳосил қилган “биопленкалар” 4-6 кунда парчаланиши, ҳамда яра юзасини дезинфекциялаш анъанавий тайёрлаш усулига (10-14 кун) нисбатан 2,5 баравар тезлиги, стационар даво даврининг қисқариши билан асосланган;

Операция олди тайёргарликда табиий конъюгирланган эстроген қўллаш самарадорлиги исботланган, анъанавий усулга нисбатан таққослаганда у қин микробиоценозини нормаллаштирган ва айниқса декубитал яраларда тўқималар трофикасини яхшилаган, бу операцияни амалга ошириш техникасини яхшилаган, травматизмни камайтирган, интраоперацион қон йўқотишни ва жарроҳлик амалга ошириш вақтини камайтирган;

Жинсий аъзолар пролапсининг учинчи ва тўртинчи даражасида операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги парваришланишнинг такомиллаштирилган вариантнинг тиббий, иқтисодий, ижтимоий ва реабилитацион самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** илмий тадқиқотда назарий ва амалий ёндашувларни қўллаш, генитал пролапсининг учинчи ва тўртинчи даражадаси билан оғриган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқот натижаларини хорижий ва маҳаллий тадқиқотчилар маълумотлари билан клиник-лабораториявий таққослаш, хулоса ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан маъқуллангани билан тасдиқланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти қишлоқ жойларида жинсий аъзолар пролапсининг учинчи ва тўртинчи даражалари пайдо бўлиш сабабларини ўрганиш, ҳамда ривожланиш патогенезини аниқлашдан иборат. Шунингдек инновацион ультратовушли кавитацияланган хлоргексидин сувли эритмаси микроорганизмлар “биопленка” парчалаши ва табиий конъюгирланган эстрогенни қўллашнинг самарадорлиги илмий жиҳатдан исботланган.

Жинсий аъзолар пролапсининг учинчи ва тўртинчи даражаси билан оғриган аёлларни такомиллаштирилган жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳликдан кейинги даволашнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, бу жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳлик аралашуви вақтини ишончли қисқартирган, интраоперацион қон йўқотиш, жарроҳликдан кейинги даврда эрта йирингли-септик ҳамда узоқ муддатли асоратлар, 2 йилдан кейинги рецидивларни 2,8 бараварга камайтирган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:** Олинган илмий натижалар асосида қишлоқ шароитида яшовчи аёллар орасида жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси ва унга олиб келувчи хавф омиллар аниқланган бўлиб, бу ўз навбатида беморларнинг барчасида асоратларнинг олдини олиниши даволаш натижаларини яхшилашга кўмаклашиб, кузатилиши мумкин бўлган асоратларни камайтириб, шифо жараёнини тезлаштиради. Қишлоқ шароитида яшовчи аёллар орасида жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси ва унга олиб келувчи хавф омиллар аниқланганлигини инобатга олиниб даволашнинг замонавий технологияларидан фойдаланиш, операциядан кейинги асоратларини олдини олишга ҳамда рецидивларни камайтириш ҳисобидан сарфланадиган харажатларини камайтиришга эришилган:

Жинсий аъзоларнинг III даражали пролапсида анъанавий давога нисбатан инновацион ультратовуш кавитация усули ёрдамида хлоргексидиннинг 0,05% сувли эритмаси фойдаланганда, тўқималарда микроциркуляцияни яхшилаш, фагоцитоз ва бактерицид эффекти ҳисобига, қин шиллиқ қавати йирингли-бактериал ажралмалардан тозаланди, биоценоз ва қин тозалиги даражаси яхшиланиши натижасида жарроҳлик амалиётдан кейинги йирингли-септик асоратлар 2.4 ва рецидивни 2.8 марта камайишга эришилган:

Жинсий аъзоларнинг IV даражали пролапсида жарроҳлик амалиётдан олдин сувда эрийдиган конюгирланган эстерогендан фойдаланиш, анъанавий давога нисбатан қин шиллиқ қавати базал қисмида трофика ва репаратив-регенератив хусусиятлар яхшиланишига ёрдам берди, бу ўз навбатида жарроҳлик амалиёти техникаси яхшиланиши, интраоперацион қон кетишларни  $190 \pm 35,0$  мл камайишига, амалиёт давомийлигини  $33 \pm 2,5$  дақиқага қисқариши ва рецидивларни 4,75 бараваргача камайтиришга эришилган. Сувда эрийдиган конюгирланган эстерогендан фойдаланиш, анъанавий давога нисбатан қин шиллиқ қавати базал қисмида трофика ва репаратив-регенератив хусусиятлар яхшиланиши, беморларда операциядан сўнги ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг камайтириш ҳисобига тўшак кунларни 6 кунга қисқаришига олиб келган:

жинсий аъзоларнинг III - IV даражали пролапсида жарроҳлик амалиётдан олдинги давода ўсимликлардан тайёрланган фитопрепаратлар ва жарроҳлик амалиётдан кейин даврда уч компонентли қин шамчаларни қўллаш, анъанавий усулга нисбатан тиббий-иктисодий, ижтимоий ва реабилитацион самарадорлиги илмий жиҳатдан исботланган, бу ўз навбатида, асоратлар ривожланиш омилини камайтириб, шифо жараёнини тезлаштиради. Шунинг ҳисобига жарроҳлик амалиёти техникаси яхшиланиши, интраоперацион қон кетишларни камайиши, амалиёт давомийлигини қисқариши ва рецидивларни камайишга эришилган ҳолда, беморларни шифохонада бўлишини 6 кунгача қисқартиришга эришилган:

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 9 та илмий конференцияда, шу жумладан, 2 та жаҳон конгресси, 5 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияда муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича 22 та илмий иш, шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациясининг асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та илмий мақола, жумладан, 9 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация мундарижа, кириш, асосий қисм (5та боб), хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати, шартли белгилар ва атамалар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 134 саҳифани ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, мақсад ва вазифалари, шунингдек тадқиқотнинг объект ва предмети шакллантирилган, тадқиқот ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқотнинг амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг **“Аёлларда чаноқ аъзолари пролапсининг замонавий тушунчалари: этиопатогенез, клиника, ташхислаш ва даволаш”** деб номланган биринчи бобида маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг илмий тадқиқот ишлари шарҳи келтирилган. Асосий эътибор жинсий аъзолар пролапси этиопатогенези, клиникаси, ташхислаш ва даволаш муаммоларига қаратилган. Мазкур бобда тос аъзолари пролапсининг таснифи ва клиник кўринишлари ҳамда тос аъзолари пролапси билан боғлиқ ҳал этилмаган муаммолар баён қилинган. Ҳар йили, дунёда ва республикамизда ҳам кўплаб жарроҳлик даволашлари амалга оширилади, бироқ операциядан кейинги қайталанишлар частотаси 30% гачани ташкил этади, улардан 4 фоиздан 9% гача ҳолатлар туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратлар шаклида учрайди, бу эса ушбу муаммо ечимининг янги тадқиқотларини талаб қилади. Жарроҳликдан кейинги рецидивлар билан боғлиқ адабиётлар маълумотларини ўрганишда ва ҳал этилмаган масалаларни таҳлил қилишда илмий тадқиқотнинг мақсади – қин санацияси ва декубитал яраларни даволаш мақсадида кавитацияланган ультратовушли асептик эритмаларни тўқималар трофикларини яхшилаш учун табиий маҳаллий эстроген билан биргаликда қўллаган ҳолда операция олди тайёргарлик сифатини яхшилаш, шунингдек, сийдик йўли инфекциясини юқори далиллар асоси ва минимал ножўя таъсирга эга замонавий дори воситаларидан фойдаланиш билан даволаш белгиланган.

Диссертациянинг иккинчи боби “**Клиник материалларнинг умумий тавсифи, жинсий аъзолар пролапси бўлган беморларни тадқиқ қилиш усуллари**” деб номланган бўлиб, материалларни тўплаш, илмий тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш ва баҳолаш 3 босқичда амалга оширилган.

**Биринчи босқичда** – 2019 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда Бухоро вилояти Бухоро тумани қишлоқ аҳолисида POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) таснифи бўйича генитал пролапсининг I- ва IV- даражалари ривожланишига олиб келувчи омиллар ва учраш частотаси ўрганилган.

**Иккинчи босқичда** чанок аъзолари пролапси бўлган 263 нафар аёл тадқиқот объекти бўлди, улардан 217 нафари III даражали ва 46 нафари IV даражали бўлиб, барчасида жарроҳлик аралашуви амалга оширилган. Материалларни тўплаш, чанок аъзолари пролапси бўлган беморларни операциядан олдин тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришlash натижаларини таҳлил қилиш ва баҳолаш 2014-2022 йилларда Бухоро тумани туғруқхонасининг гинекология бўлими ва Бухоро вилоятидаги «Лорастом» хусусий клиникаси ва Тошкент шаҳридаги 2-туғруқхонанинг гинекология бўлими асосида амалга оширилган.

**Учинчи босқичда** узок муддатли натижалар, яъни операция олди тайёргарлик ва операциядан кейинги парваришlashнинг такомиллаштирилган усули фониди 1-2 йилдан кейинги қайталанишлар ўрганилган.

Илмий тадқиқотнинг биринчи вазифасини бажаришда қишлоқ аҳолисида жинсий аъзолар пролапси ривожланишига олиб келувчи омиллар ва частотасини ўрганиш мақсадида қуйидаги мезонлар киритилган: тос аъзолар пролапси I-IV даражасининг клиник ва объектив кўриниши белгилари мавжудлиги ёки 19 ёшдан 80 ёшгача таххислашнинг функционал усули.

Иккинчи ва учинчи вазифаларни бажариш учун жинсий аъзолар пролапси III-IV даражаси бўлган беморларни операция олди тайёрлаш ва операциядан кейинги парваришlash самарадорлиги баҳоланиб, қуйидаги мезонлар белгиланган: POP-Q таснифи бўйича жинсий аъзолар пролапси III-IV даражаси мавжудлиги, мазкур илмий тадқиқотда иштирок этишга, операция олди тайёрлаш, жарроҳлик билан даволаш, икки йил давомида операциядан кейинги кузатувларга розилик берган 35 дан 80 ёшгача ва ундан юқори ёшли беморлар. Қуйидагилар мезон сифатида киритилмаган: режали ҳомиладорлик, туғруқдан кейинги 6 ойлик давр; хатарли оғир соматик, бронхиал астма, ревматоид артрит, склеродермия, Паркинсон касаллиги, ўткир вирусли гепатит, шунингдек, кичик тос органининг ўткир яллиғланиш касалликлари.

**Натижаларни статистик қайта ишлаш** “Statistica 10.0” дастурий таъминот тўплами ёрдамида, ўртача арифметик қийматни (M), ўртача арифметик қиймат хатолари (m), Стъюдент мезони (t) ва умумий фарқлар тенглиги (F –Фишер мезони) ҳисоблаш билан амалга оширилган. Статистик муҳим ўзгаришлар учун  $P < 0,05$  ишончлилиқ даражаси қўлланилган.

Диссертациянинг “**Ўрганилаётган ҳудудда генитал пролапс учраш частотаси ва ривожланишига олиб келадиган омиллар**” деб номланган учинчи бобида Бухоро вилояти Бухоро туманининг қишлоқ аҳолисида генитал пролапс ривожланишига олиб келувчи частота ва омиллар қиёсий баҳоланган.

Беморларнинг ёши 19-80 ёш ва ундан юқори бўлиб, ўртача  $52,5 \pm 3,6$  ёшни ташкил этди. 2019 йилда Бухоро туманининг умумий аҳолиси сони 174 824 кишини ташкил этган бўлиб, ундан 87 671 (50,1%) нафари аёллар бўлган. 19 ёшдан 80 ёшгача ва ундан юқори ёшли аёллар 60 977 (69,5 %) нафарни ташкил қилган. Ўртача статистик маълумотлар олинган бўлиб, жами 60 977 нафар аёлдан юқорида келтирилган ёшда жинсий аъзолар пролапси 21 547 (35,3%) нафарида учраган  $p < 0,05$ . Шундай қилиб, Бухоро вилояти Бухоро туманида жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси 19 ёшдан 80 ёшгача бўлган аёлларнинг 35,3%ни ташкил этган. Агар Г.А.Субанова (2022) томонидан Қирғизистоннинг Бишкек ва Ўш шаҳарларида олиб борилган тадқиқот билан таққослайдиган бўлсак, жинсий аъзолар пролапси мамлакатимизга қараганда 1,4 барабар кўпроқ учраган, Россияда эса 30 фозидан 40 фозигача аёлларда учраган.

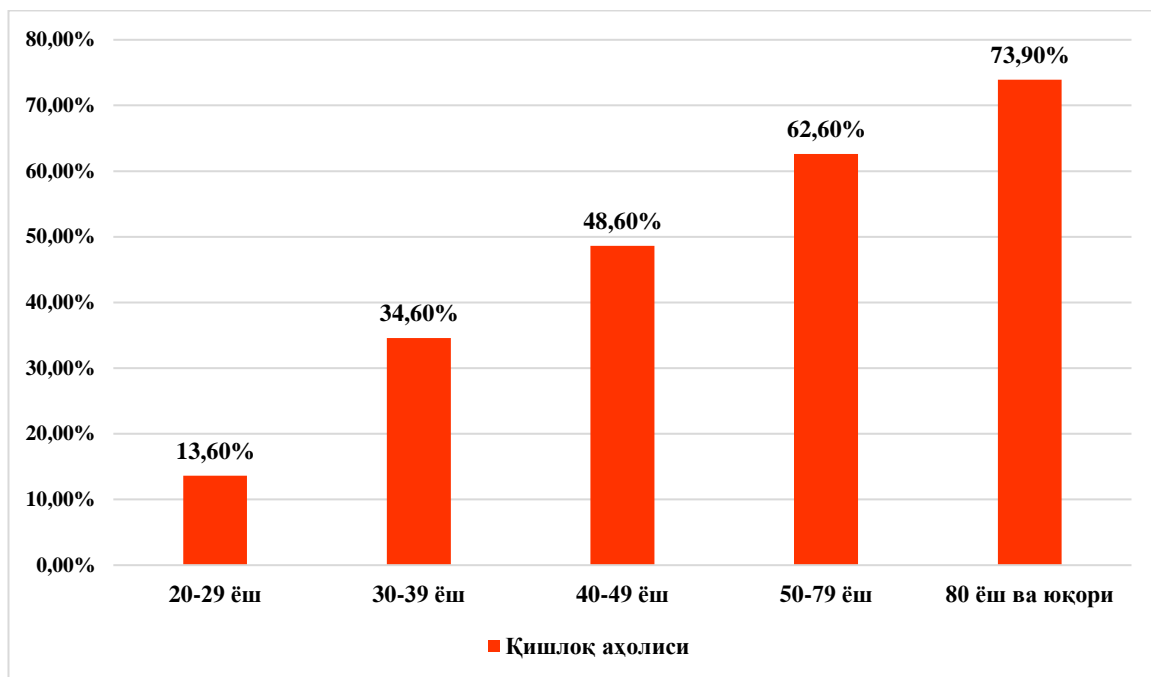
Жинсий аъзолар пролапси ривожланиш хавфи омиллари сифатида қиёсий жиҳатдан ёш, паритет, касби, шу жумладан, ноқулай иш шароити, метаболик синдром пайдо бўлиши, менопауз бошланиши ва ёндош соматик касалликлар таҳлил қилинган. Жинсий аъзолар пролапсининг учраш частотаси қиёсий жиҳатдан қишлоқ аҳолиси ёшига қараб 1-расмда акс этирилган. 1-расмда кўрсатилганидек, 20 ёшдан 29 ёшгача - 1516 (13,6%); 30 ёшдан 39 ёшгача - 3867 (34,6%) ҳолатда; 40 ёшдан 49 ёшгача - 5418 (48,6%); 50 ёшдан 79 ёшгача - 6892 (62,6%) ҳолатда ва 80 ёшдан юқори - 336 (73,9%) ҳолатда мос равишда тос аъзолари пролапси учраган.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, аёлларнинг умр кўриш давомийлиги ошиши аксарият мамлакатларда 77-82 ёшни ташкил этмоқда, мос равишда жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси ҳам ошиб бормоқда. Сўнгги вақтларда бизнинг туманда ҳам жинсий аъзолар пролапси “ёшаришига” мойиллик кузатилмоқда ва ушбу патология асосан енгил ва ўрта даражада ҳамда туғруқдан кейинги даврларда учрамоқда. Жараён эрта туғиш ёшидан бошланган ҳамда қишлоқ жойларда аҳоли асосан қишлоқ хўжалиги маҳсулотлари ва пахта етиштириш билан шуғулланишган.

Гуруҳимиздаги 1516 нафар ёш аёллардан 1248 нафари (82,3%) ушбу меҳнат фаолияти билан шуғулланган. Ёш ошиши билан соматик касалликлар, метаболик синдром учраш салмоғи ошади ва эстроген гормони ишлаб чиқаришнинг камайиши, бу жинсий аъзолар пролапси юзага келишига сабаб бўлган.

Тадқиқотлар натижаси 1-жадвалда жинсий аъзолар пролапси ривожланишининг асосий ва кўп учровчи омиллари сифатида оғир жисмоний меҳнат аниқланган. Жадвалга эътибор қаратадиган бўлсак, қишлоқ шароитида яшовчи аёллар 9357 (43,4%) нафари оғир қишлоқ хўжалиги ишлари билан шуғулланишган, шундан 7364(79,4,%) нафари - пахта ва гуруч экиб, ўстиришган, 1267(13,6%) нафари - пахта, 503(5,4%) нафари - гуруч етиштирган бўлса, 1,3% бошқа қишлоқ маҳсулотлари: картошка, пиёз, қовун, тарвуз ва кулупнай экишган, суғоришган ва йиғишган. Шуни таъкидлаш керакки ушбу категориядаги аёллар анамнезида ўртача  $3 \pm 0,5$  туғруқ бўлиб, ўртача ёши  $39 \pm 1,9$  ёшни ташкил қилган. Оғир жисмоний меҳнат қорин ички

босимини узок муддатли ошиши билан кечиб, бунинг ўзи жинсий аъзолар пролапси ривожланиш хавфини кескин оширган.



**1- расм Бухоро вилояти қишлоқ аҳолиси ёшига кўра қиёсий жиҳатдан жинсий аъзолар пролапси учраш частотаси**

Уй бекалари 9619(44.6%) нафарида ҳам жинсий аъзолар пролапси учраган. Шунини таъкидлаш керакки ушбу категориядаги аёлларда келтириб чиқарувчи асосий омил сифатида туғруқлар бўлиб, анамнезида ўртача  $4.2 \pm 1.2$  туғруқ, ўртача ёши  $46 \pm 2.6$  ёшни ташкил қилган. Шу билан бир қаторда жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда аксарият ҳолларда ортикча вазн, семизлик, юрак-қон томир тизими касалликлари (гипертоник касаллик), сийдик йўллари ва ўпка тизимининг сурункали яллиғланиш касалликлари (цистит, сурункали бронхит), шунингдек, тос аъзолари функциялари бузилиши (қабзият, геморрой, сийдик тутта олмаслик) аниқланган.

Савдо соҳасида ишловчи аёлларида жинсий аъзолар пролапси 1666 (7.7%) нафарида учраб, буларда ҳам туғруқлар сони, кечиши, касби ва ёшига боғлиқлиги кузатилган. Кўпгина ҳолатларда 8674 (48,1%) нафар аёллар  $p < 0,05$  бошланғич симптомларга эътибор қаратишмаган, касаллик ёки патология  $2,5 \pm 0,5$  йил давомида симптомсиз кечган  $p < 0,05$  ва биз ўтказган тиббий кўриклар вақтида аниқланган.

**Бухоро вилояти Бухоро тумани қишлоқ аҳолиси орасида жинсий  
аъзолар пролапси бўлган беморлар касблари**

Касб	Жинсий аъзолар пролапси мавжуд беморлар (n=21547)	
	Абс	%
Уй бекалари	9619	44.6
Ўқитувчи	238	1.1
Болалар боғчаси тарбиячилари	163	0.75
Қишлоқ хўжалиги ишлари	9357	43.4
Ишчилар	64	0.3
Савдо тизими	1666	7.7
Талабалар	38	0.17
Тиббиёт ишчилари	402	1.86

Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда аксарият ҳолларда ортиқча вазн, семизлик, юрак-қон томир тизими касалликлари (гипертоник касаллик), сийдик йўллари ва ўпка тизимининг сурункали яллиғланиш касалликлари (цистит, сурункали бронхит), шунингдек, тос аъзолари функциялари бузилиши (қабзият, геморрой, сийдик тута олмаслик) аниқланган. Ушбу соматик касалликларнинг барчаси жинсий аъзолар пролапси юзага келишида муҳим рол ўйнаган. Бошқа тарафдан, бу соматик патологиялар, айниқса сийдик йўллари инфекцияси тос аъзолари пролапсининг асоратлари ҳисобланган. Беморларда синовдан ўтказилган ихтисослаштирилган сўровномадан фойдаланилган, уни бирламчи бўғин шифокорларига ва туман аҳолисини тиббий кўрикдан ўтказиш вақтида тарқатилган. Соматик касалликларнинг, айниқса, нейроэндокрин патология – семириш, доимий йўтални келтириб чиқарувчи ва қорин бўшлиғи босимини оширувчи бронх-ўпка тизими сурункали патологиясининг кенг тарқалиши кичик тос аъзолари тўқималарининг функционал ҳолатини ёмонлаштирган, гипоксия трофикларни бузилишига сабаб бўлган, буларнинг барчаси жинсий аъзолар пролапси ривожланишига олиб келган. Ўз навбатида жинсий аъзолар пролапси сийдик йўли инфекциялари, айниқса сурункали цистит ва сурункали пиелонефритни келтириб чиқарган. Бундай асоратлар жинсий аъзолар пролапси бўлган қишлоқ шароитида яшовчи аёлларда 35.3% да учраган. Энг кўп учрайдиган асорат сийдик тута олмаслик бўлиб, жинсий аъзолар пролапси



бўлган беморларнинг 10909 (50.9%) нафарида учраган, таъкидлаш лозимки, бу аёллар асосан шифокорга сийдик тута олмаслик билан муружаат қилишган.

Шундай қилиб, жинсий аъзолар пролапси ташхисланган ушбу беморларда бевосита ушбу патологиянинг юзага келишида иштирок этувчи соматик патология учраган ва уларнинг аксарияти ушбу патологиянинг асорати сифатида юзага келган. Сўнги 7-8 йилда олиб борилган тадқиқот ва адабиётлар таҳлили туғруқлар сони ва туғруқ вақтидаги шикастлар жинсий аъзолар пролапси ривожланишига сабаб бўлувчи энг кучли омил ҳисобланган. A.Leijonhufvud ва бошқалар (2015) маълумотларига кўра, туғмаган аёллар билан таққослаганда битта туққан аёлда генитал пролапс пайдо бўлиш эҳтимоли 4 барвар, иккита туққан аёлда эса 8,4 баравар юқори, демак туғруқлар қайталанишининг омили ҳисобланган. Алоҳида таъкидлаш керакки, чаноқ аъзолари пролапси учраши эҳтимоллиги кейинги туғруқларда ошган, туғруқлар сони ортиши ушбу патология юзага келиш хавфи оширади. Юқорида келтирилганларни маълумотларни, 2-жадвалдаги далиллар тасдиқлади, яъни жинсий аъзолар пролапси учинчи туғруқдан сўнг 73% кўпроқ учраган,  $p < 0,05$ . Текширувчи гуруҳ аёлларида VII туғруқ 18 та ҳолатда қайд этилган. Еттинчи туғруқ асосан фақат бир хил жинсдаги фарзанди мавжуд 16 та аёлда кузатилган. Вагинал туғруқлар, айниқса шикастлар билан атроф тўқималар, фасция, мушаклар, кичик тос аъзолари пайлари, тос бўшлиғи яллиғланишида муҳим рол ўйнаган ва натижада жинсий аъзолар пролапси ва унинг рецидивлари ривожланишига сабаб бўлган.

**2-жадвал**

**Бухоро вилояти Бухоро туманидаги жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларда табиий туғруқлар сони**

Туғруқлар сони	Жинсий аъзолар пролапси мавжуд беморлар (n=21547)	
	Абс	%
I туғруқ	103	0.47
II туғруқ	1254	5.8
III туғруқ	15742	73.05
IV туғруқ	3432	15.9
V туғруқ	837	3.9
VI туғруқ	161	0.7
VII туғруқ	18	0.08

Аксарият ҳолатларда иккинчи туғруқ вақтида тос бўшлиғи шикастланган, бироқ жинсий аъзолар пролапси йиллар ўтгандан сўнг юзага келган. Тос бўшлиғи мушакларининг қаттиқ чўзилиши билан кузатиладиган туғруқча ва

туғруқдан кейинги “кенгайиш” феномени жинсий аъзолар пролапси ривожланишида сезиларли рол ўйнаган ва кўплаб илмий тадқиқотларда исботланган.

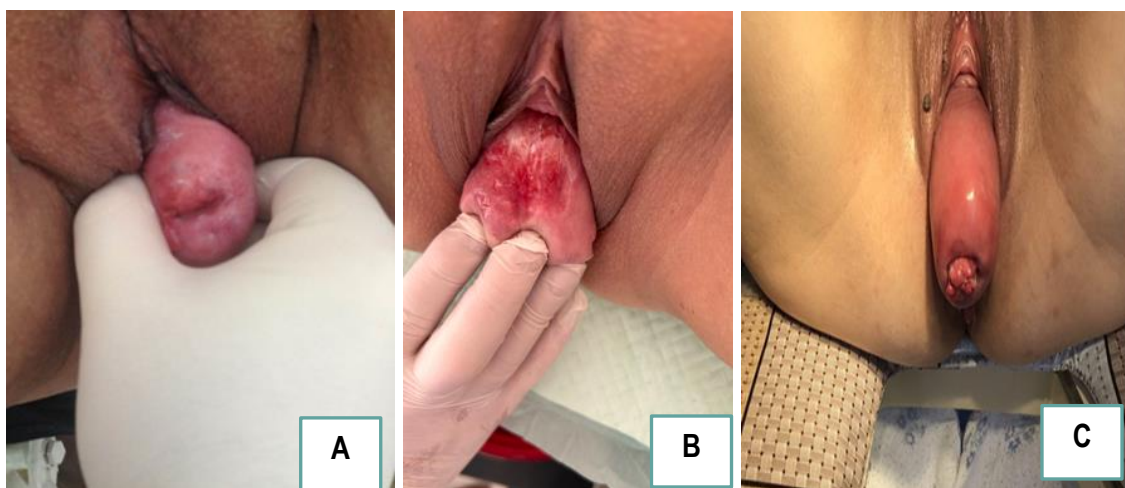
Шундай қилиб, оғир жисмоний меҳнат, ёш, соматик патология, айниқса, семизлик, сурункали ўпка патологиялари узоқ вақт қорин бўшлиғи босимининг ошишига, тос бўшлиғи мушаклари функциясининг декомпенсациясига, кичик тос аъзолари функциялари бузилишига олиб келган, туғруқлар сони ва асоратли кечишлар эса жинсий аъзолар пролапси юзага келиш жараёнларини кучайтирган.

Диссертациянинг тўртинчи боби **“Ретро ва проспектив гуруҳлардаги жинсий аъзолари пролапсининг III даражаси билан оғриган беморларни жарроҳлик олди тайёрлаш ва жарроҳликдан кейинги парваришlash самарадорлигини баҳолаш”** деб номланган.

Ретро ва проспектив гуруҳлардаги тос аъзолари пролапсининг III даражаси билан оғриган беморларни жарроҳлик олди тайёрлаш ва жарроҳликдан кейинги парваришlash самарадорлигини баҳолаш учун 217 нафар аёл тадқиқот объекти бўлган. Жинсий аъзолар пролапси III даражаси бўлган жами 217 нафар бемор жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳликдан кейинги парваришlash усулидан келиб чиқиб 2 гуруҳга бўлинган.

Биринчи А гуруҳ (1А) – (ретроспектив-назорат) – 107 нафар жинсий аъзолар пролапси III даражаси ташхисланган аёлда анъанавий жарроҳлик олди тайёрлаш жараёнида  $10 \pm 1,5$  кун давомида 1%ли хлорофиллипт спиртли эритма билан қин санацияси, Левомикол ва Овестин билан мазли томпон (микронизацияланган эстриол 0,5 мг, кечкурун 1 та суппозиторал вагинал шамча) амалга оширилган. Сийдик йўллари инфекцияси, қайталанувчи ва ўткир цистит мавжудлигида  $7,0 \pm 2$  кун  $1,0 \times 2$  маротаба Цефтираксон антибиотик қилинган. Кўшимча гинекологик ва соматик касалликлар муолажа қилинган.

Биринчи В гуруҳ (1В) – (проспектив) – 110 нафар жинсий аъзолар пролапси III даражаси ташхисланган аёлда жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳликдан кейинги даволашнинг такомиллаштирилган усули қўлланилган. Жарроҳликдан олдинги тайёргарликда 200,0 мл миқдорида хлоргексидиннинг 0.05% сувли эритмаси кавитацияланган паст частотали ультратовушли «ФОТЕК АК 101» аппарати ёрдамида 4 мартагача фойдаланилган, ультратовушли тебранишлар сони 50 маротабагача ва таъсир кўрсатиш давомийлиги 3 дақиқани ташкил этган. 8 соатдан сўнг 1,0 г конъюгирланган эстроген креми (фемистрон) қин ва бачадоннинг пролапси кузатилган шиллиқ қавати юзасига  $4,0 \pm 0,5$  кун бир маротабадан сурилган. Жарроҳликдан кейинги даврда уч компонентли препарат (Метостил 1тадан кечга 5 кун давомида қинга) қўлланилган. Сийдик йўллари инфекцияси, ўткир цистит мавжудлигида бир марта фосфомицин триметабол 3,0 грамм ичишга, рецидив шаклларида фитопрепарат (Канефрон Н)  $14,5 \pm 2,5$  кунга тавсия қилинган (2-расм, А,В,С).



**2-расм. Жинсий аъзолар пролапси - III даражасининг клиник кўриниши.(А- Қин биоценози бузилишининг;В- Бачадон бўйни яллиғланиш жараёнлари;С- Бачадон бўйни декубитал яра)**

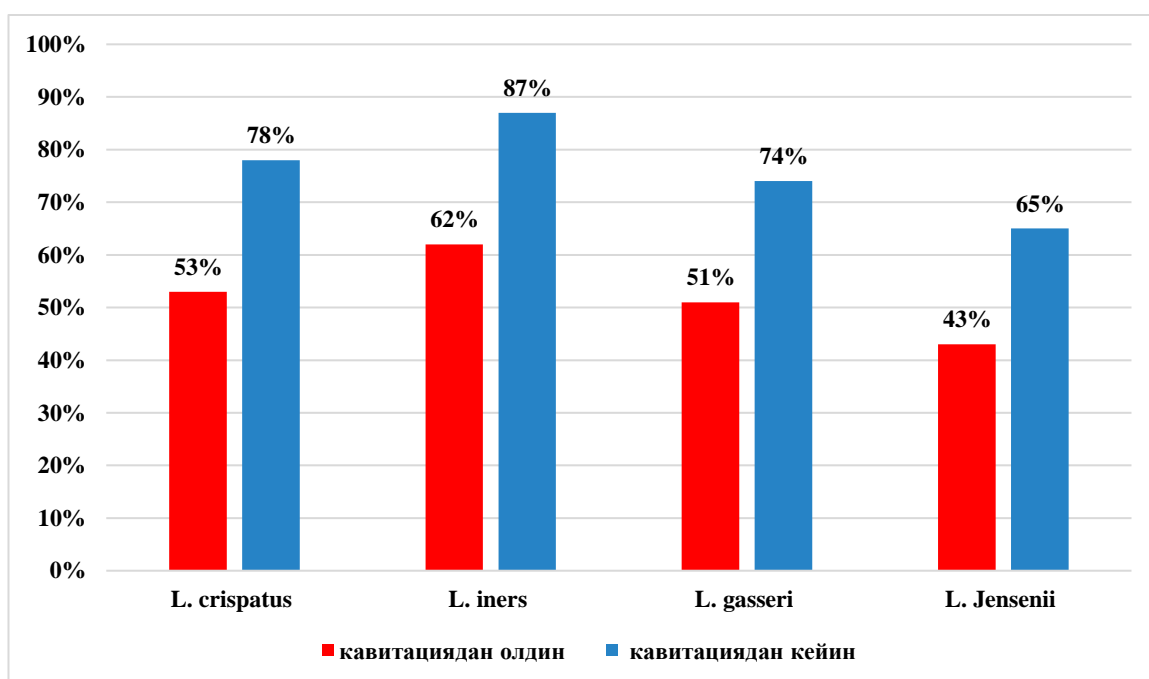
Жинсий аъзолар пролапси бошланиши ва чаноқ аъзоларининг тушиши дарҳол содир бўлмайди, ушбу патология секин ривожланади, беморлар айниқса сийдик йўлларида клиник бегилар пайдо бўлганидан кейин эътибор қаратишни бошлашади. Ретроспектив гуруҳда биринчи клиник белгилар 3,5 йилдан кейин бошланган, яъни жинсий аъзолар пролапси III даражаси давомийлиги 3,5 йилдан 9 йилгача ўртача  $6,5 \pm 0,5$  йилни  $p < 0,05$ , проспектив гуруҳда эса 4 йилдан 10 йилгача ўртача  $7,0 \pm 0,7$  йилни ташкил этади  $p < 0,05$ . Қин биоценози бузилишининг асосий сабаби, оралик ёки қиндаги акушерлик травматизми туфайли узоқ вақт давомида жинсий тешикнинг ёпилишидаги нуқсон ҳисобланади (2-расм А). Бачадон бўйни канали биоценозининг ўзгариши яллиғланиш жараёнлари, вагиноз ва маҳалий иммунитетнинг пасайиши билан кечиб, кейинчалик эса декубитал яра ҳосил бўлишига олиб келган (2-расм В, С) ва буларнинг барчаси жарроҳликдан олдинги пухта тайёргарликни талаб этади. Проспектив гуруҳдаги жинсий аъзолар пролапси III даражаси мавжуд 34 (31,7%) нафар беморда қин олд девори ва бачадон бўйни шиллик қаватининг трофик яраси билан асоратланган. Санация бошлашдан олдин яра ўлчами 2,0 см дан 6,0 см гача бўлиб, хира шишасимон грануляциялар ва суст эпителизация, ярадан ажралиб турадиган йирингли ажралма, инфекцияли қирралар билан тавсифланган. Сурункали қин яллиғланиш жараёнлари, дисплазия ривожланиши ва биоценоздаги қайтланувчи ўзгаришлар жарроҳлик амалиёти техникасига жуда салбий таъсир кўрсатиб, битиш жараёни қийинчилиги, операциядан кейинги эрта ва узоқ муддатли рецидивлар частотасини оширган.

Юқорида таъкидланганидек, такомиллаштирилган жарроҳлик олди тайёргарликда қинни кавитацияланган паст частотали ультратовушли 0,05% ли хлоргексидин сувли эритмаси билан қиннинг II даражали тозалигида 2 та сеанс, III–IV даражада 3 та сеанс ва декубитал яраларда 4-6 сеанс тозалаш амалга оширилган. Илмий тадқиқотимиз ўтказиш вақтида вагинал биотоплар текшириб борилган. Ва олинган маълумотлар 2012 йилда “Инсон микробиоми” (Human Microbiome Project) лойиҳасида олинган

маълумотларини тўлиқ тасдиқлади, унга кўра қинда бактериал жамоаларининг 5 та асосий синфи мавжуд бўлиб, улардан 4 таси лактобактериялар (*L. iners*, *L. crispatus*, *L. gasseri* или *L. jensenii*) ва яна биттаси облигат анаэроблар бўлиб, улар қин тозалигини белгилайди.

Икки ва уч сеансдан сўнг вагинал микробиоценоз ҳолати яхшиланди, такрор таҳлилларда лактобацилл турларидан *L. Crispatus* улуши 53% дан 78%га; *L. Iners* 62% дан 87% ҳолатга ва мос равишда *L. gasseri* 51% дан 74% ҳолатга, *L. Jensenii* 43% дан 65% ҳолатга яхшиланди. Тўртта сеансдан сўнг декубитал яра ўлчами 2,1 баравар, 3,0 дан 1.0 см<sup>2</sup> кичрайган, бу операцияни ўтказиш учун қулай шароит яратди. Таъкидлаш лозимки, фақат бир нафар беморда декубитал яра ўлчами 10%гача кичрайди, чунки бу беморда қандли диабет яширин шакли ёндош бўлган.

Конъюгирланган эстроген (фемистрона) препаратини қўллаш тўқималар трофикасини яхшилаши ҳисобига, жарроҳлик амалиёти бажариш техникасини яхшилаб, интероперацион қон йўқотишни 2,0 бараварга камайтирди  $p < 0,05$ , травматизмни камайтириб, жарроҳлик аралашуви вақтини  $37,0 \pm 6,5$  дақиқага қисқартирди  $p < 0,05$ . Фемистрон препарати пери- ва постменопауздаги қин эпителийси атрофик ўзгаришларда нормал қин эпителийсини тиклашга ёрдам беради, шу билан бир қаторда қин микрофлорасини нормаллаштириб, қин эпителийсининг инфекция ва яллиғланиш жараёнларига чидамлилигини оширади. Операциянинг яхши натижалари фонида стационарда даволаниш вақтини ретроспектив гуруҳдаги ўртача 7 кундан проспектив гуруҳда 4 кунгача, яъни 1,7 бараварга қисқарган (3-расм).

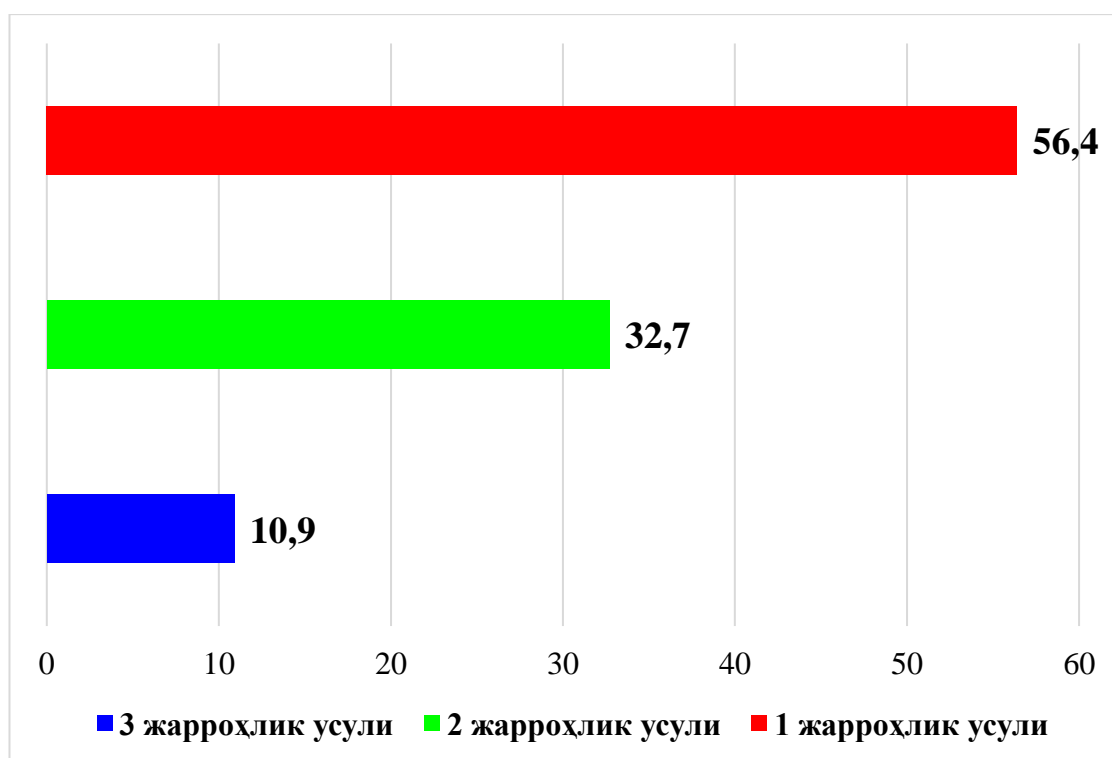


**3-расм. Жинсий аъзолар пролапси III даражали беморларни хлоргексидин билан кавитацияланган тозалашдан сўнг вагинал биотоп ўзгаришлари**

Проспектив гуруҳда 48 (43,6%) ҳолатда, ўткир циститда жарроҳлик олди тайёрлаш мақсадида бир марта фосфомицин триметабол, сурункали ва

рецидив сийдик йўли инфекцияларида ўсимликлар асосидаги Канефрон Н дори воситасини тайинланган. Ушбу препарат таркибига учта компонент – тиллабош ўти, любисток ва розмарин мавжуд. У мутлақо табиий ва самарадорлиги тасдиқланган базага эга. Барча беморларга операциягача ва операциядан кейин 10 кун мобайнида 2 та таблеткадан 3 мартаба кунда тайинланган. Шу сабабли 48 нафар беморнинг ҳеч бирида жарроҳликдан кейинги эрта даврда ва биринчи уч ойликда сийдик йўли инфекциялари рецидиви кузатилмаган. Бундан ташқари, ичак дисбактериози антибактериал муолажа олган ретроспектив гуруҳ билан таққослаганда 15 барабар пасайган ва 2 та (1,8%) ҳолатни ташкил этган. Шундай қилиб, табиий ўсимликларга асосланган КанефронН препаратини тайинлаш самарали ва хавфсиз ҳисобланади.

Жарроҳлик олди тайёргарликдан сўнг проспектив гуруҳдаги барча 110 нафар беморга жарроҳлик амалиёти ўтказилган: олд ва орқа кольпоррафияси перинеолеваторопластика билан 62 (56,3%) нафарида; олд ва орқа кольпорафия перинеолеваторопластика ва ветрофиксация билан 36 (32,7%) нафарида; олд ва орқа кольпорграфия перинеолеваторопластика ва бачадон бўйни ампутацияси билан 12 (10,9%) ҳолатда  $p < 0,05$  (4-расм).



**4-расм. Жинсий аъзолар пролапси III даражани жарроҳлик билан даволаш ҳажми**

Изоҳ: 1-жарроҳлик усули: Орқа -олд колпорафия перинеолеваторопластика билан.

2-жарроҳлик усули: Орқа -олд колпорафия перинеолеваторопластика ветрофиксация билан.

3-жарроҳлик усули: Орқа-олд колпорафия перинеолеваторопластик ва бачадон бўйни ампутацияси билан.

Жарроҳликдан кейинги даврда барча беморлар уч компонентли препарат қабул қилишган (Метостил 1 та шамчадан қинга кечқурун 5 кун давомида). Метостил – вагинал суппозитор шаклидаги антибактериал, яллиғланиш ва замбуруғларга қарши дори воситаси. Метостилни генитал пролапсининг III даражасида қинда жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан кейинги даврда қўллаш тўқималарнинг регенерациясининг тезлашишига ва жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларда жарроҳлик амалиёти самарадорлигини оширган. Метостилдан жарроҳлик олди тайёргарликда комплекс фойдаланиш даволаш муддатини 1,7 баравар, ҳамда чоклар инфилтрациясини 2 бараварга камайтиришга имконини берган. Жарроҳликдан кейинги даврда барча беморлар уч компонентли препарат қабул қилишган (Метостил 1 та шамчадан қинга кечқурун 5 кун давомида).

Метостил – вагинал суппозитор шаклидаги антибактериал, яллиғланиш ва замбуруғларга қарши дори воситаси. Битта суппозиторий таркиби: 200 мг метронидазол, 160 мг клотримазол ва 8 мг хлоргексидин. Метостилни генитал пролапсининг III даражасида қинда жарроҳлик аралашуви ўтказилгандан кейинги даврда қўллаш тўқималарнинг регенерациясини тезлашга ёрдам берган ва жинсий аъзолар пролапси билан оғриган беморларни жарроҳлик билан даволаш самарадорлиги кўрсаткичларини яхшилаган. Метостилдан жарроҳлик олди тайёргарликда комплекс фойдаланиш ретроспектив гуруҳга караганда даволаш муддатини 1,7 баравар ҳамда чоклар инфилтрациясини 2 бараварга қисқартириш имконини берган. Жарроҳлик олди тайёргарлик, жарроҳлик билан даволаш ва реабилитация самарадорлигини қиёсий баҳолаш 3-жадвалда акс эттирилган.

### 3-жадвал

**Жинсий аъзолар пролапси III даражада жарроҳлик олди тайёргарлик, жарроҳлик билан даволаш ва реабилитация самарадорлигини қиёсий баҳолаш.**

Мезонлар	Жинсий аъзолар пролапси III даражаси билан оғриган беморлар			
	Ретроспектив гуруҳ (n=107)		Проспектив гуруҳ (n=110)	
	Абс	%	Абс	%
Жарроҳлик амалиёти давомийлиги, дақиқа	105± 7,2 дақ*		68± 5,5 дақ*	
Ўртача қон йўқотиш мл.	350± 60,0мл*		170± 35,0мл*	
Тананинг 38 <sup>0</sup> гача ҳарорат ошиши	11	10,2*	4	3,6*
Операциядан кейинги инфилтрат чок	7	6,5*	3	2,7*

Операциядан кейин сийдик йўли инфекцияси кучайиши	13	12,1*	4	3,6*
Ўртача операциядан кейин ўрин кун	7± 0,5 кун		4± 0,5 кун	
Операциядан кейинги қайталаниш 1 йилдан кейин	12	11,2*	5	4,5*
Операциядан кейинги қайталаниш 2 йилдан кейин	19	17,7*	7	6,3*

**Изоҳ:** Статистик ишоччилик\*  $p < 0,05$ .

Шундай қилиб, жинсий аъзолар пролапси III даражаси билан оғриган беморларни жарроҳлик олди тайёрлашнинг такомиллаштирилган усули жарроҳлик олди тайёргарлик кунларини  $6,0 \pm 0,5$  кунга, интраоперацион қон йўқотишни 2,0 бараварга ( $180,0 \pm 32,0$  мл) қисқартириш имконини берган, ушбу усул операция давомийлиги  $37,0 \pm 6,35$  дақиқага, стационарда даволанишни ўртача  $3,5 \pm 0,5$  кунга қисқартирган, жарроҳликдан кейинги эрта йирингли-инфекцион асоратларни 2,1 бараварга ва жарроҳликдан кейинги узоқ муддатли қайталанишларни 1 йилдан сўнг 2,4 баравар, 2 йилдан сўнг 2,8 баравар камайтирган, беморлар ҳаёт сифати яхшиланган. Тавсия қилинган жарроҳлик олди тайёргарлик усулининг иқтисодий самарадорлиги – 72,1% ва жарроҳликдан кейинги – 40,6%ни ташкил этган  $p < 0,05$ .

Диссертациянинг **“Жинсий аъзолари пролапсининг IV даражаси билан оғриган беморларни жарроҳлик олди тайёрлаш ва жарроҳликдан кейин парваришлашнинг такомиллаштирилган усули”** деб номланган бешинчи бобида ретро ва проспектив гуруҳлардаги тос аъзолари пролапсининг IV даражаси билан оғриган беморларни жарроҳлик олди тайёрлаш ва жарроҳликдан кейин парваришлаш самарадорлиги баҳоланган. Пролапсининг IV даражаси ташхисланган 46 нафар аёл тадқиқот объекти бўлди ва улар гуруҳларга бўлинган.

Иккинчи А гуруҳ (2А) (ретроспектив-назорат) 1А гуруҳи каби анъанавий жарроҳлик олди тайёргарлик амалга оширилган, жинсий аъзолар пролапси IV даражаси бўлган 21 нафар аёл қамраб олинган, жарроҳлик олди тайёргарлик давомийлиги ўртача  $14 \pm 1$  кунни ташкил этган. жинсий аъзолар пролапси IV даражаси ташхисланган беморлар ёши 42 ёшдан 74 ёшгача бўлган, ўртача  $59,2 \pm 2,8$  ёшни ташкил этган.

Иккинчи В гуруҳ (2В) (проспектив) жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳликдан кейинги даволашнинг такомиллаштирилган усули қўлланилган ва жинсий аъзолар пролапси IV даражаси бўлган 25 нафар беморни қамраб олган. Ушбу гуруҳда кавитацияланган паст частотали ультратовушли 0,05% ли сувли хлоргексидин эритмаси 300 мл миқдорда 6 та сеанс амалга оширилган, ультратовушлар тебраниши миқдори 50 маротаба ва таъсир давомийлиги – 4 дақиқа, 8 соатдан сўнг, 1,5 граммдан 2,0 граммгача конъюгирланган эстроген кремнини (фемистрона)  $6 \pm 0,5$  кун давомида кунига бир маҳал қин ва бачадон шиллик қаватининг бутун тушган юзасига сурилган.

Сийдик йўли инфекцияси мавжуд беморлар бир мартаба фосфомицин триметабола қабул қилган ва сурункали шаклларида 2 ҳафта давомида фито препарат қабул қилинган. Жинсий аъзолари пролапси IV даражаси ташхисланган беморлар ёши 45 ёшдан 79 ёшгача бўлган ва ўртача  $62,2 \pm 2,5$  ёшни ташкил этган. Кейинги босқичда 1-2 йилдан сўнг узоқ муддатли натижалар, яъни жарроҳлик олди тайёргарлик ва жарроҳликдан кейинги парваришлаш фонида қайталанишлар ўрганилган. (4-жадвал)

Эътибор қаратиш лозим бўлган жиҳат, жинсий аъзолар пролапси IV даражаси клиник кўринишининг биринчи белгилари пайдо бўлган вақтдан гинеколог шифокорга мурожаат қилгунга қадар узоқ муддат ўтган: ретроспектив гуруҳда 3 йилдан 5 йилгача – 7 (33,3%) нафар аёлда, 5 йилдан 10 йилгача – 9 (42,8%), 10 йилдан кўпроқ – 5 (23,8%) нафар аёлда қайд этилган. Проспектив гуруҳда ушбу кўрсаткичлар 3 йилдан 5 йилгача – 3 нафар (12,0%) аёлда, 5 йилдан 10 йилгача – 4 та ҳолатда (16,0%), 10 йилдан кўпроқ – 18 нафар (72,0%)  $p < 0,05$  аёлда қайд этилган ва жинсий аъзолар пролапси IV даража бўлган барча беморларда клиник кўриниш секин ривожланган. Ретроспектив гуруҳда жинсий аъзолар пролапси IV даража давом этиши ўртача  $7,2 \pm 0,7$  йилни  $p < 0,05$ , проспектив гуруҳда ўртача  $10,5 \pm 0,7$  йилни ташкил этган  $p < 0,05$ . Беморлар мурожаат қилишининг энг узоқ даври 15 ва 17 йил бўлган. М. исмли бемор жинсий аъзолар пролапси IV даражаси билан 15 йил давомида азият чеккан, унда I типдаги қандли диабет ва II босқич гипертоник касаллиги (5 а-расм) бўлган, 17 йил давомида азият чеккан беморда ҳам (5 в-расм) жарроҳлик олди тайёрлаш ва даволаш амалга оширилган. Проспектив гуруҳга киритилган 25 нафар бемор орасида фақат 4 тасида (16%)  $p < 0,05$  пролапс консерватив даволанган (пессарий, суртмали тампон, гимнастика), бу ҳолатни бир оз яхшиланиб, жараён ривожланишини секинлаштирган. Жинсий аъзолар пролапси IV даражасида, жинсий аъзоларнинг тўлиқ тушишида кўпинча урологик, проктологик асоратларни келтириб чиқариб, тегишли тор мутахассисларга мурожаат қилиш заруратини юзага келтирган.

Проспектив гуруҳдаги барча жинсий аъзолар пролапси IV даражаси билан оғриган 25 нафар (100%) беморда оғирлик ҳисси ва жисмоний зўриқишда қорин пастиди, белда, думғазада оғриқ пайдо бўлган. Тушган аъзоларда қон ва лимфанинг кучли димланиши сабаб шиллик қават цианози ва тегишли тўқималар шиши келиб чиққан. Тўлиқ тушган қин ва бачадон шиллик қавати қотиб қолган, ёриқлар, чандиқ ва яралар билан қуруқлашган (5 а,в,с-расм).

Жинсий аъзолар пролапси IV даражаси бўлган беморларда қин санациясига қадар қин тозаллиги II даражаси 5(20%)да, III даражаси 9(36%)да, IV даража қин тозаллиги 11(44%)да, ҳамда турли ўлчамдаги декубитал яралар мавжудлиги 13 (52%) нафар ҳолатда аниқланган. Шунинг учун юқорида тасвирланганидек, кавитацияланган паст частотали ультратовушли 0,05%ли сувли хлоргексидин эритмаси 300 мл миқдорда 6 та сеанс амалга оширилган, ва таъсир давомийлиги – 4 дақиқани ташкил этган.





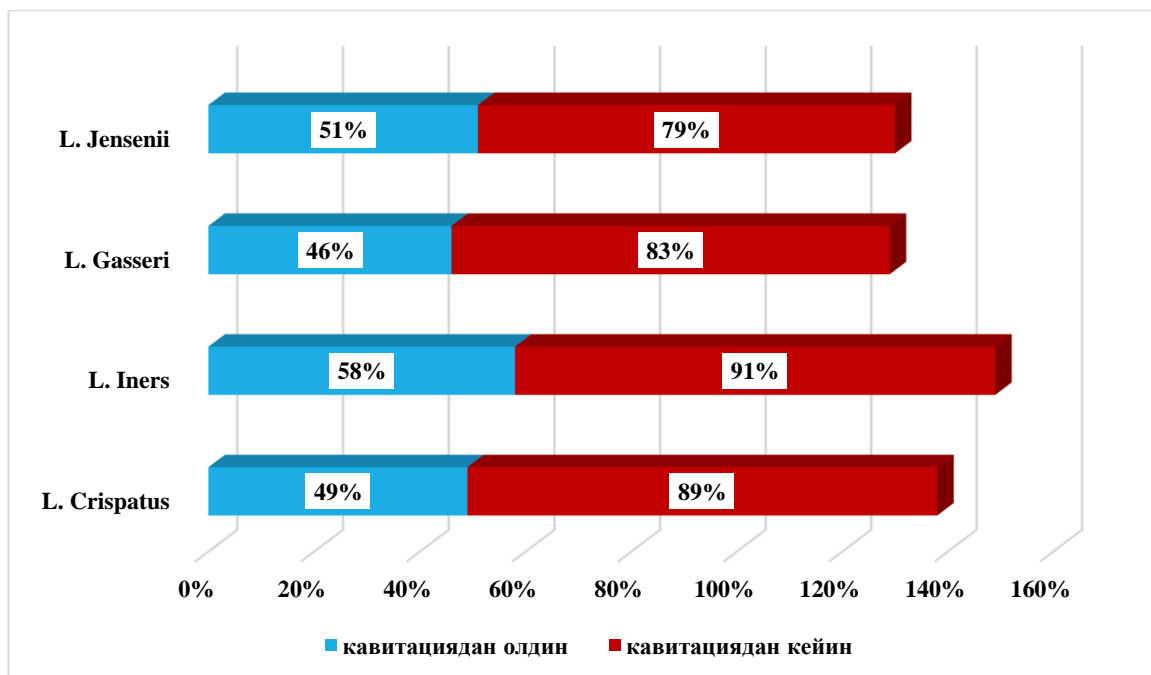
**5-расм. Проспектив гурухдаги жинсий аъзолар пролапси - IV даражаси ташхисланган беморлар(А- Тўлиқ тушган қин ва бачадон шиллик қавати яралар; В- қотиб қолган чандиқ ва ёриқлар; С- Тушган аъзоларда қон ва лимфанинг кучли димланиши).**

Қин санациясига қадар қин тозалиги I даражаси аниқланмаган бўлса, қиннинг такомиллаштирилган усул ёрдамида санациясидан сўнг I даража 13(52%) нафарида, II даражаси 11(44%)тасида, III даражаси 1(4%)тасида кузатилган. Кавитацияланган паст частотали ультратовушли 0,05%ли сувли хлоргексидин эритмаси самарадорлиги туфайли IV даража қин тозалиги кузатилмаган. Бу жарроҳлик амалиётидан кейинги йирингли-яллиғланиш асоратларни камайитиришга ёрдам берди.

Кавитацияланган паст частотали ультратовушли 0,05%ли сувли хлоргексидин эритмаси билан даволашнинг 6 та сеансидан сўнг микробиоценоз ҳолати кескин яхшиланган.

Жарроҳлик олди тайёргарликгача ва кейин лактобацилл кўрсаткичларини текширишда қуйидаги натижалар олинган: *L. Crispatus* даволашдан олдин 49% дан даволашдан кейин 89% гача ошган; *L. Iners* 58% дан 91% гача, *L. Jensenii* 51% дан 79% гача, *L. Gasserii* кўрсаткичлари эса 46% дан 83% гача, яъни ўртача 40% яхшиланган, жарроҳликдан олдин тайёргарлик фонида декубитал яра ўлчами 1,8 баравар кичрайган, бу жарроҳлик амалиёти учун қулай шароит яратти. Жинсий аъзолар пролапси – IV даражаси билан оғриган беморларни хлоргексидин билан кавитацияланган тозалашдан сўнг вагинал биотоп ўзгариши 6-расмда келтирилган.

Шундай қилиб, таъкидлаш лозимки, жинсий аъзолар пролапси IV даража ташхисланган проспектив гуруҳда кавитацияланган паст частотали ультратовушли сувда эритилган 0,05%ли хлоргексидин эритмаси таъсирида қин шиллик қавати чуқур тозаланди, қин шиллик қаватининг тозалиги 2-5 баравар яхшиланди ва декубитал яралар ўлчами жарроҳликка тайёрлашгача бўлган ҳолатдан 1,8 бараварга кичрайган, бу эса танланган усулнинг самарадорлигини исботлайди.



**6-расм. Жинсий аъзолари пролапси IV даража билан оғриган беморларни хлоргексидин билан кавитацияланган тозалашдан сўнг вагинал биотопнинг ўзгариши.**

Жинсий аъзолар пролапси IV даражаси мавжуд бўлган проспектив гуруҳдаги барча беморларда хлоргексидин билан тозалашдан 8 соатдан кейин қин шиллиқ қавати ва бутун тушган бачадон юзасига 2,0 конъюгирланган эстроген (фемистроном)  $6 \pm 0,5$  кун давомида кунига бир маротаба қўлланилган. Конъюгирланган ҳайвон эстрогени ва хлоргексидин билан қин санациясини бирга фойдаланиш қин тозалигини нормаллаштирган, ын биоценозини яхшилаган, айниқса конъюгирланган эстрогени қўллагандан сўнг тўқималар трофикасини яхшиланиши ҳисобига, бачадон экстирпацияси амалиётини техник бажариш анча осонлашган, бу ўз навбатида амалиёт травматизмини камайиши, интраоперацион қон йўқотишни камайишига, жарроҳлик амалиёт вақтини  $33,0 \pm 4,7$  дақиқага қисқаришига  $p < 0,05$  олиб келган. Операциянинг ижобий натижаси фонида жарроҳликдан кейинги стационарда бўлиш вақти ретроспектив гуруҳда 8 кундан проспектив гуруҳда 5 кунгача қисқарган.

Жарроҳлик олди тайёргарликнинг такомиллаштирилган усулидан сўнг проспектив гуруҳдаги тўлиқ бачадон тушиши бўлган барча 25 нафар бемор ва ретроспектив гуруҳдаги 21 нафар беморда вагинал бачадон экстирпацияси жарроҳлик аралашуви амалга оширилган.

## 4-жадвал

**Жинсий аъзолар пролапси IV даражаси билан оғриган беморларда жарроҳликдан олдин тайёрлаш, жарроҳлик амалиёти ва реабилитация самарадорлигини баҳолаш**

Мезонлар	Жинсий аъзолар пролапси IV даражаси бўлган беморлар			
	Ретроспектив гуруҳ (n=21)		Проспектив Гуруҳ (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Операция олди тайёргарлик давомийлиги	14±1,5 кун*		6±0,5 кун*	
Операция давомийлиги, дақиқа	118± 4,0 дақ*		85± 5,1 дақ*	
Ўртача қон йўқотиш мл.	620± 30,0мл*		430± 35,0мл*	
Тананинг 38 <sup>0</sup> даражагача ҳарорати ошиши	4	19,0*	1	4,0*
Операциядан кейинги инфилтрат чок	2	9,5*	0	0*
Операциядан кейин сийдик йўли инфекцияси кучайиши	3	14,2*	1	4,0*
Операциядан кейинги ўртача. ўрин кун	8± 0,5 кун		5± 0,5 кун	
Операциядан кейинги рецидив 1 йилдан сўнг	4	19,0*	1	4,0*
Операциядан кейинги рецидив 2 йилдан сўнг	6	28,5*	3	12,0*
1 йилдан сўнг такрор операция	1	4,7*	0	0*
2 йилдан сўнг такрор операция	3	14,2*	2	8,0*

**Изоҳ:** Статистик ишочилилик\* p<0,05.

Жинсий аъзолар пролапси IV даражасида такомиллаштирилган усулнинг амалиёт олди тайёргарлик, жарроҳлик амалиёти ва реабилитация самарадорлиги 4-жадвалда акс эттирилган. Жарроҳликдан кейинги даврда барча беморларда уч компонентли препарат –Метостил шамчаси қинга қўйилган, 7 кун давомида. Жарроҳликдан олдин тайёргарликда метостилдан комплекс даво сифатида фойдаланиш стационарда даволанишни 3 кунга қисқартириш имконини берган ва жарроҳликдан кейинги чоклар инфилтратцияси проспектив гуруҳда кузатилмаган.

Шундай қилиб, жинсий аъзолар пролапси IV даража билан оғриган беморларни жарроҳликдан олдин тайёрлашнинг такомиллаштирилган усули жарроҳликдан олдинги тайёргарлик кунини 14±1,5 кундан 6±0,5 кунгача, яъни

ўртача  $8,0 \pm 1,0$  кунга қисқартирган  $p < 0,05$ ; интраоперацион қон йўқотиш ўртача  $190 \pm 32,0$  мл га камайтирган  $p < 0,05$ , жарроҳлик аралашувини амалга ошириш вақти  $33,0 \pm 4,7$  дақиқага қисқартирган  $p < 0,05$ , стационарда даволаниш 3 кунга қисқартирган, бир йилдан сўнг операциядан кейинги рецидивлар 4,75 баравар, икки йилдан сўнг 2,3 бараварга камайтирган, бу анъанавий тайёргарлик ва парваришлашга қараганда таклиф қилинган такомиллаштирилган усулнинг юқори самарадорлигини кўрсатади. Тавсия этилган такомиллаштирилган усулнинг жарроҳлик олди тайёргарлик иқтисодий самарадорлиги – 26,7% ва жарроҳликдан кейин – 27,1% ни ташкил этган  $p < 0,05$ .

## ХУЛОСА

1. Қишлоқ шароитида яшовчи 19 ёшдан 80 ёшгача бўлган аёлларда жинсий аъзолар пролапси билан касалланиш ўртача 35.3% ташкил этади. Ушбу патологияни ривожланишида туғилишлар сони (3 ва ундан ортиқ-73%); аёллар ёши (40–49 ёш-48.6%); соматик касалликлар – 162% (семизликнинг ўрта-оғир даражаси, сурункали бронхит, қабзият, гипертоник касалликнинг ўрта оғирлик даражаси) ва шубҳасиз ушбу ҳудудда яшовчи аёлларнинг (43.3%)  $p < 0,05$  жисмоний оғир меҳнат қилиши аниқланган. Буларнинг барчаси қорин бўшлиғи босимнинг узоқ муддатли ошишига, чаноқ диафрагмаси мушакларининг декомпенсацияси ва чаноқ органлар пролапсига сабаб бўлади.

2. Жинсий аъзоларнинг III даражали пролапси бўлган проспектив гуруҳда жарроҳлик амалиётидан олдин такомиллаштирилган усулни қўллаш натижасида, жарроҳлик амалиётига тайёргарлик муддатини ўртача  $6,0 \pm 0,5$  кунга, амалиётни бажаришга кетган вақтни ўртача  $37,0 \pm 6,35$  дақиқага  $p < 0,05$ , амалиёт пайтида кетган қон миқдорини 2 баробарга, ҳамда жарроҳлик амалиётдан кейинги йирингли-септик асоратларни 2,4 ва рецидивни 2,8 баравар ретроспектив гуруҳга нисбатан камайишига эришилган.

3. Таклиф қилинган такомиллаштирилган усулни қўллаш натижасида жинсий аъзоларнинг IV даражали пролапси бўлган проспектив гуруҳда, қин микробиоценозини ўртача 40% гача яхшилашга, декубитал яраларни 1,8 баробарга кичрайтиришга, қин тозаллигини 2дан 5 баробарга яхшилашга, жарроҳлик амалиёти пайтида шикастланишни камайтиришга, ҳамда ҳамда узоқ муддатли асоратларни - рецидивни 4,75 бараваргача камайтиришга эришилиб, таклиф қилган усулнинг юқори самарадорлигини кўрсатган.

4. Анъанавий усулга нисбатан, жинсий аъзоларнинг III - даражали пролапси бўлган беморларда жарроҳлик амалиётидан олдин тайёрлаш ва жарроҳлик амалиётидан кейин олиб боришнинг такомиллаштирилган усулни қўллаш натижасида, иқтисодий самарадорлиги яъни қилинган сарф харажатлар, жарроҳлик амалиётидан олдин 72,1% га ва жарроҳлик амалиётидан кейин 40,6% камайишига эришилган  $p < 0,05$  ва ижтимоий самарадорлигини белгиловчи турмуш тарзи яхшиланиши жарроҳлик амалиётидан сўнг эса икки йил давомида 97.2% да яхшиланганлиги аниқланган. Ушбу кўрсаткичлар жинсий аъзоларнинг IV даражаси бўлган беморларда эса – 26.7%; 27.1% ва 88% ни ташкил қилган  $p < 0,05$ .

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНА**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНА**

**НАЗАРОВ БЕХЗОД БАХТИЕРОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

**14.00.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**БУХАРА – 2024**

**Тема докторской диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан № В2021.1.PhD/Tib1611.**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Ниязметов Рахматулла Эрматович</b> доктор медицинских наук
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Нигмаджанов Баходур Болтаевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова</b>

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Гиждуван 23. Тел / факс: (+998 65) 223-00-50, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

С диссертацией доктора философии (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № \_\_\_). Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Гиждуван 23. Тел / факс: (+998 65) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года.  
(Реестр протокола рассылки № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года).

**Д.Т. Ходжиева**  
Председатель научного совета по  
присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**Н.Ш. Ахмедова**  
Ученый секретарь научного совета по  
присуждению учёных степеней,  
доктор медицинских наук, доцент

**Г.А. Ихтиярова**  
Председатель научного семинара при  
научном совете по присуждению  
учёных степеней, доктор медицинских  
наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Пролапс гениталий – это патологический процесс, характеризующийся опущением и выпадением внутренних половых органов до влагалищного входа или за его пределы. Пролапс гениталий представляет собой как медицинскую, так и социальную проблему, приводящий к снижению качества жизни. Данная патология создает дискомфорт, становится причиной недержания мочи, запоров, приводит к снижению либидо, т.е. возникают проблемы, связанные с половыми дисфункциями. «В более запущенных случаях пролапса гениталий появляются трофические язвы слизистой передней стенки влагалища и шейки матки. Одна из актуальностей данной патологии обусловлена его высокой распространенностью, высоким индексом инфекционно-воспалительных заболеваний на фоне выраженного нарушения микробиоценоза во влагалище и инфекцией мочевыводящих путей, а также высокой частотой рецидивов в послеоперационном периоде»<sup>4</sup>.

Во всем мире отмечается значительный рост числа пациенток, страдающих пролапсом гениталий. На сегодняшний день от 6,5% до 64,6 % женщин страдают пролапсом гениталий различной степени тяжести в разных периодах жизни и в постменопаузе, и их численность в мире к 2030 году может достигать до 63 млн. «По данным Американской ассоциации урологов (AUA), в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина в общей популяции. Ежегодно приблизительно 400 000 женщин в США в экономически развитом государстве подвергаются хирургическим операциям по поводу пролапса гениталий, однако, частота отдаленных послеоперационных рецидивов составляет до 30%, а ранние послеоперационные гнойно-инфекционные осложнения от 4 до 9%, что требует новых поисков решения данной проблемы»<sup>5</sup>.

В нашей республике, опущение и выпадение органов малого таза встречается у 45% женщин, имевших 2-3 родов и более. Частота рецидивов опущения и выпадения половых органов после хирургической коррекции варьирует от 2 до 10%. Учитывая существующие методы операции не всегда радикально устраняют патологию, в связи с чем нашими молодыми, перспективными учеными разработаны новые методы операции с использованием синтетических материалов для укрепления связочного аппарата матки, подвешивания культи влагалища, уретральные фасции (Курбанов Б.Б., 2018; Шомиров Д.А., 2021). Проводимое научное исследование оптимизации предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных пролапсом гениталий, применения современных инновационных технологий снижает интраоперационные, ранние, отдалённые осложнения и рецидивы при данной патологии.

---

<sup>4</sup> Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токар Л.Р. и соавт. Перинеология. Эстетическая гинекология. М, 2022-416с.

<sup>5</sup> Ranee Thakar Manual of Urodynamics for Gynaecologists 1st Edition, Kindle Edition. 2020

Данное диссертационное исследование в определенной степени способствует выполнению задач, обозначенных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы» от 28 января 2022 года, № УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» от 12 ноября 2020 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» от 10 ноября 2020 года, № ПП-4891 «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности медико-профилактической работы» от 12 ноября 2020 года, а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере деятельности.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Настоящая работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В Странах Независимых Государств, частично в России частота пролапса гениталий достигает 28–40% среди всех гинекологических заболеваний. В России удельный вес данной патологии у женщин к 50 годам, достигает до 40%, у женщин старше 60 лет этот показатель еще выше и составляет 50–60%, а пик заболеваемости пролапса гениталий приходится на возраст женщины 70–80 лет. Среди женщин пожилого и старческого возраста высокая частота как правило сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита. Отмечается тенденция к «омолаживанию» пролапса, преобладанию его тяжелых форм, вовлечению в процесс смежных органов с нарушением их функций. Главным провоцирующим фактором опущения половых органов в молодом возрасте являются роды через естественные родовые пути<sup>6</sup>.

Ученые за рубежом данную патологию описывают как прогрессирующую грыжу тазовых органов через мочеполовую диафрагму, которая чаще всего приводит к появлению симптомов дизурии и влагалищного выпячивания. На сегодняшний день достаточно много проблем связанных с пролапсом органов малого таза. Как указал в своих научных трудах М.Р.Оразов (2019) пролапс тазовых органов – проблема, не имеющая идеального решения. Не разработаны конкретные меры профилактики пролапса гениталий, которые будут способствовать уменьшению вероятности возникновения заболевания, так как не знаем окончательного механизма развития данной патологии (Быченко В.В.,2021; Alka AB, 2019; Brown HW et al.,2022).

---

<sup>6</sup> Данилина О.А., Волков В.Г. Распространенность пролапса тазовых органов среди женщин репродуктивного возраста // Journal of new medical technologies, 2022 – vol. 29, №1 – p. 29-33.



На протяжении многих лет во всем мире ведутся дискуссии об этиопатогенезе пролапса гениталий, и ни одна из множества теорий не может полностью объяснить причину возникновения и механизм развития данной патологии. Этиология пролапса тазовых органов является многофакторной и основными причинами развития заболевания пролапса гениталий становятся: возрастные изменения, снижение упругости и эластичности связочного аппарата (после 50–55 лет); сидячий, малоподвижный образ жизни, особенно в сочетании с ожирением; травмы органов таза; перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза; тяжелый физический труд; врожденная слабость соединительной ткани и связочного аппарата, курение, постоянный кашель увеличивают нагрузку на мышцы и ослабляют связочный аппарат, многократные естественные роды; которые могут привести к прямому повреждению мышц тазового дна и соединительной ткани, вследствие чего развивается пролапс гениталий различной степени тяжести. Данная патология часто манифестирует еще в фертильном возрасте и носит прогрессирующий характер, проявляя себя с наступлением менопаузы (Vergeldt T.F., 2020; Данилина О.А., 2022; Akihiro Hamuro, 2023).

На сегодняшний день ещё одна проблема связана с пролапсом тазовых органов – наличие многих разновидностей классификации. Однако классификация POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) получила наибольшее распространение и была рекомендована к использованию в повседневной практике врача-уролога, врача-гинеколога основными национальными и международными организациями урогинекологического профиля, включая Американское урогинекологическое общество, Общество гинекологических хирургов и Международное общество по удержанию мочи (International Continence Society, ICS). Стадирование по системе POP-Q используется многими практическими врачами акушер-гинекологами всего мира и у нас в Узбекистане тоже (Blomquist J.L., 2019; American College of Obstetricians, 2019; Гафуров Ж.М., 2021).

Важность изучения данной проблемы заключается в лечении пролапса тазовых органов, включающая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, самое главное надо найти причину, способствующую развитию данной патологии, которую необходимо устранить. Консервативное лечение опущения матки направлено на предотвращение прогрессирования процесса, устранению неприятных симптомов (боль, ощущение тяжести и т.п.) и профилактику осложнений (выпадение матки, трофические язвы стенок влагалища, кровотечения, инфекционно-воспалительные процессы, недержание мочи), медикаментозное лечение (гормональная терапия эстрогенными препаратами), специальные упражнения для укрепления мышц тазового дна. Большинству пациенток с пролапсом тазовых органов в начальной 1-й или 2-й стадии заболевания рекомендуется использование комплекса упражнений, предложенного Кегелем, данное упражнение способствует замедлению прогрессирования пролапса тазовых органов, что

подтверждается по данным анализа систематического обзора Cochrane, (2011). Применение упражнений по тренировке мышц тазового дна оказывает положительный эффект и уменьшает проявления клинических симптомов пролапса тазовых органов на 17% по сравнению с группой, которая не получала упражнения для коррекции дисфункции мышц тазового дна (Kuszka A., 2020; Giagio S., 2021; Смирнова А.В., 2022)

Одной из нерешенных проблем хирургического лечения пролапса гениталий, является снижение высокой частоты послеоперационных рецидивов. Хотя имеется свыше 300 способов хирургического лечения пролапса гениталий, в том числе применения инновационных лапароскопических методов, частота послеоперационных рецидивов остается очень высоким от 5,0% до 30,0%, что свидетельствует об актуальности проблемы (Оразов М.Р., 2021).

Таким образом, изучив данные литературы и проанализировав нерешенные задачи, связанные с послеоперационным рецидивом, обозначили цель своего научного исследования – улучшить качество предоперационной подготовки, принимая кавитированный ультразвуковой асептический раствор для санации влагалища и для лечения различных форм декубитальных язв, в сочетании с натуральным местным эстрогеном для улучшения трофики тканей, а также лечить инфекции мочевыводящих путей принимая современные лекарственные средства, которые имеют высокие доказательные базы и минимальные побочные явления. Все это улучшает технику выполнения операции, исхода операции, снижает ранние и отдалённые послеоперационные осложнения, и рецидивы, что улучшает качество жизни пациентов.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Данная диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сины (22/26.05.2022) «Раннее выявление, диагностика и разработка новых методов лечения и профилактики патологических факторов, влияющих на здоровье человека населения Бухарской области в период после COVID-19». выполнено в рамках темы (2022-2026 гг.).

**Цель исследования** усовершенствовать предоперационную подготовку и послеоперационное ведение больных с пролапсом тазовых органов III–IV степени, применяя современную инновационную технологию в комплексе с лекарственными средствами для снижения послеоперационных осложнений и рецидивов.

**Задачи исследования:**

Изучить частоту выпадения половых органов среди женщин, проживающих в сельской местности, и факторы, вызывающие его (на примере Бухарской области);

оценить в сравнительном аспекте эффективность предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов III-й степени ретро- и проспективной группы;

выявить преимущество усовершенствованного метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов IV-й степени;

предложить усовершенствованный метод предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов III–IV степени для снижения послеоперационных осложнений и рецидивов.

**Объектом исследования** явились 263 женщин с пролапсом тазовых органов, из них 217 пациенток с III степенью и 46 пациенток с IV степенью, подвергшихся хирургическому лечению. Сбор материалов, анализ и оценка результатов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов в сравнительном аспекте проведен в период с 2014 по 2022 гг. на базе гинекологического отделения Бухарского районного роддома, областного перинатального центра и частной клиники «Лорастом» Бухарской области, а также в частной клинике «GatlingMed» и в гинекологическом отделении 2 роддома города Ташкента.

**Предметом исследования** явились амбулаторные карты, история болезни пациентки с пролапсом тазовых органов, данные физикального обследования, клинико-лабораторные данные, гемостазиограмма, лист назначения, наркозная карта и данные инструментальных исследований.

**Методы исследования.** В исследовании были использованы общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

высока частота выпадения половых органов у женщин, проживающих в сельской местности, доказано, что тяжелый физический труд и три и более родов в анамнезе являются значимыми факторами риска;

в уменьшении гнойных осложнений до и после хирургического лечения пролапса гениталий III-IV степени определена эффективность применения 0,05% водного раствора хлоргексидина инновационным методом ультразвуковой кавитации наряду со стандартным лечением;

Доказано, что применение инновационного метода ультразвуковой кавитации улучшает состояние больных с пролапсом половых органов III-IV степени, нормализацию микробиоценоза влагалища, уменьшение пролежней, уменьшение рецидивов выпадения до 4,75 раз;

Разработана программа поэтапного внедрения, позволяющая выявить пролапс гениталий на ранних стадиях и устранить факторы риска, повысить эффективность лечения при необходимости оперативного вмешательства и снизить осложнения.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определена частота выпадения половых органов среди женщин, проживающих в сельской местности и факторы приводящие к нему, что поможет в разработке профилактических мероприятий;

доказано, что под воздействием кавитированного низкочастотного ультразвукового водного 0,05% раствора хлоргексидина в количестве 200–300 мл происходит глубокая очистка ткани от гнойного, патологического налета и созданные микроорганизмами «биопленки» разрушаются на 4-6 день, т.е. в 2,5 раза быстрее, чем от традиционного метода подготовки и дезинфекции раневой поверхности – 10–14 дней  $p \leq 0,05$ ;

доказана эффективность натурального конъюгированного эстрогена в предоперационной подготовке, который нормализовал микробиоценоз влагалища и улучшил трофику тканей особенно при декубитальных язвах, технику выполнения операции, снизил травматичность, интраоперационную кровопотерю, время выполнения оперативного вмешательства по сравнению с традиционным методом подготовки и лечении данной патологии;

доказана медицинская, экономическая, социальная и реабилитационная эффективность усовершенствованного варианта предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, с пролапсом гениталий третьей и четвертой степени.

**Достоверность результатов исследования** подтверждается применением в научном исследовании теоретических и практических подходов и методов с использованием достаточного количества больных с пролапсом гениталий третьей и четвертой степени, клинико-лабораторных, сопоставлением результатов исследования с данными зарубежных и отечественных исследователей, подтверждением выводов и полученных результатов полномочными структурами.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в изучении и выявлении причин возникновения и патогенеза развития пролапса гениталий третьей и четвертой степени в сельской местности, а также научно доказана эффективность применения инновационного метода ультразвукового кавитированного водного раствора хлоргексидина для разрушения «биопленки» микроорганизмов, с локальным применением натурального конъюгированного эстрогена.

Практическая значимость усовершенствованной предоперационной и послеоперационной подготовки женщин с пролапсом гениталий третьей и четвертой степени, которая привела к достоверному сокращению времени предоперационной подготовки и оперативного вмешательства, снижению интраоперационной кровопотери, ранних гнойно септических осложнений в послеоперационном периоде и отдаленные осложнения, рецидивов в 2,8 раза в течение 2 х лет.

#### **Внедрение результатов исследований:**

На основании полученных научных результатов определена частота пролапса половых органов среди женщин, проживающих в сельской местности, и факторы риска, приводящие к нему, что в свою очередь предупреждает осложнения у всех пациенток, способствует улучшению результатов лечения, снижает наблюдаемых осложнений и ускоряет процесс заживления. Принимая во внимание частоту встречаемости пролапса половых

органов среди женщин, проживающих в сельской местности, и выявление факторов риска, приводящих к нему, использование современных технологий лечения, профилактика послеоперационных осложнений и снижение затрат за счет уменьшения рецидивов. были достигнуты:

По сравнению с традиционным лечением при использовании 0,05% водного раствора хлоргексидина с помощью инновационного метода ультразвуковой кавитации при выпадении половых органов III степени произошло очищение слизистой оболочки влагалища от гнойно-бактериального секрета за счет улучшения тканевой микроциркуляции, фагоцитоза. и бактерицидный эффект, в результате улучшения уровня биоценоза и чистоты влагалища, устранено хирургическое вмешательство, в 2,4 раза достигнуто уменьшение последующих гнойно-септических осложнений и в 2,8 раза уменьшение рецидивов:

Применение водорастворимых конъюгированных эстрогенов перед операцией при пролапсе половых органов IV степени способствовало улучшению трофических и репаративно-регенеративных свойств базального отдела слизистой влагалища по сравнению с традиционным лечением, что в свою очередь улучшило хирургическую технику, снизило интраоперационные кровотечения на  $190 \pm 35,0$  мл, достигнуто сокращение продолжительности операции на  $33 \pm 2,5$  минуты и уменьшение рецидивов до 4,75 раза. Использование водорастворимых конъюгированных эстрогенов, улучшение трофических и репаративно-восстановительных свойств в базальном отделе слизистой оболочки влагалища по сравнению с традиционным лечением, уменьшение осложнений, которые могут развиваться у пациенток после операции, привело к сокращению койко-дней до 6 дней:

Применение фитопрепаратов на основе растений и трехкомпонентных вагинальных суппозиторий в период после операции при пролапсе половых органов III-IV степени по сравнению с традиционным методом научно обосновано с медицинской, экономической, социальной и реабилитационной эффективностью; что, в свою очередь, снижает фактор развития осложнений и ускоряет процесс излечения. Благодаря этому удалось улучшить технику хирургической практики, уменьшить интраоперационную кровотечение, сократить продолжительность операции и уменьшить рецидивы, сократив сроки пребывания больных в стационаре до 6 дней:

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследований обсуждались на 9 научных конференциях, в том числе 2 всемирных, 5 международных и 2 национальных научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 22 научных работ, из них: 11 журнальных статей, в том числе 9 в республиканских и 2 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из оглавления, введения, основной части (пяти глав), заключения, списка использованной

литературы, списка условных обозначений и терминов. Объем диссертации составляет 134 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, охарактеризованы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления пролапса тазовых органов у женщин: этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение»** изложен обзор научно-исследовательских работ отечественных и зарубежных исследователей. Особое внимание уделяется проблеме этиопатогенезу, клинике, диагностике и лечению пролапса гениталий. В этой главе отражена классификация и клиническое проявление пролапса тазовых органов и не решенных проблем, связанные с пролапсом тазовых органов. Ежегодно, во всем мире и в нашей республике тоже выполняется достаточно много оперативного лечения, однако частота послеоперационных рецидивов, составляет до 30%, из них от 4 до 9% встречаются послеродовые гнойно-септические осложнения, что требует новых поисков решения данной проблемы. Изучив данные литературы и анализируя не решенные проблемы, связанные с послеоперационным рецидивом обозначили цель своего научного исследования – улучшить качество предоперационной подготовки принимая кавитированный ультразвуковой асептический раствор для санации влагалища и для лечения различных форм декубитальных язв, в сочетании с натуральным местным эстрогеном для улучшения трофики ткани, а также лечение инфекции мочевыводящих путей принимая современные лекарственные средства, которые имеют высокую доказательную базу и минимальные побочные явления.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала, методы исследования пациентов с пролапсом гениталий»**.

Сбор материалов, анализ и оценка результатов научного исследования проведено в 3-х этапах.

**На первом этапе** – изучены в сравнительном аспекте частота встречаемости и факторы, приводящие к развитию пролапса гениталий I-й и IV-й степени согласно по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) у сельского населения Бухарского района Бухарской области с 2019 по 2022 гг.

**На втором этапе** объектом исследования явились 263 женщин с пролапсом тазовых органов, из них 217 пациенток с III степенью и 46

пациенток с IV степенью, подвергшихся хирургическому лечению. Сбор материалов, анализ и оценка результатов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов в сравнительном аспекте проведен тоже в период с 2019 по 2022 гг. на базе гинекологического отделения Бухарского районного роддома, областного перинатального центра и частной клиники «Лорастом», а также в гинекологическом отделении 2 роддома города Ташкента.

**На третьем этапе** изучены отдаленные результаты, т.е. рецидивы через 1-2 года на фоне усовершенствованного метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

При выполнении первой задачи научного исследования, для изучения в сравнительном аспекте частоты и факторов, приводящих к развитию пролапса гениталий в сельских населенных пунктах, критериями включения были: наличие симптомов клинического и объективного проявления пролапса тазовых органов I-IV или функциональным методом диагностики в возрасте от 19 до 80 лет.

Для выполнения второй и третьей задачи оценки эффективности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом гениталий III-IV степени критериями включения были: наличие пролапса тазовых органов III-IV степени по классификации POP-Q, возраст от 35 до 80 лет и выше у пациенток, давшие согласие на участие в данном научном исследовании, предоперационной подготовки, оперативного лечения, послеоперационного наблюдения в течение 2 лет. Критериями невключения были: планируемая беременность, послеродовой период до 6 месяцев; тяжелые соматические заболевания злокачественные, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, склеродермия, болезнь Паркинсона, острый вирусный гепатит, а также острые воспалительные заболевания органов малого таза.

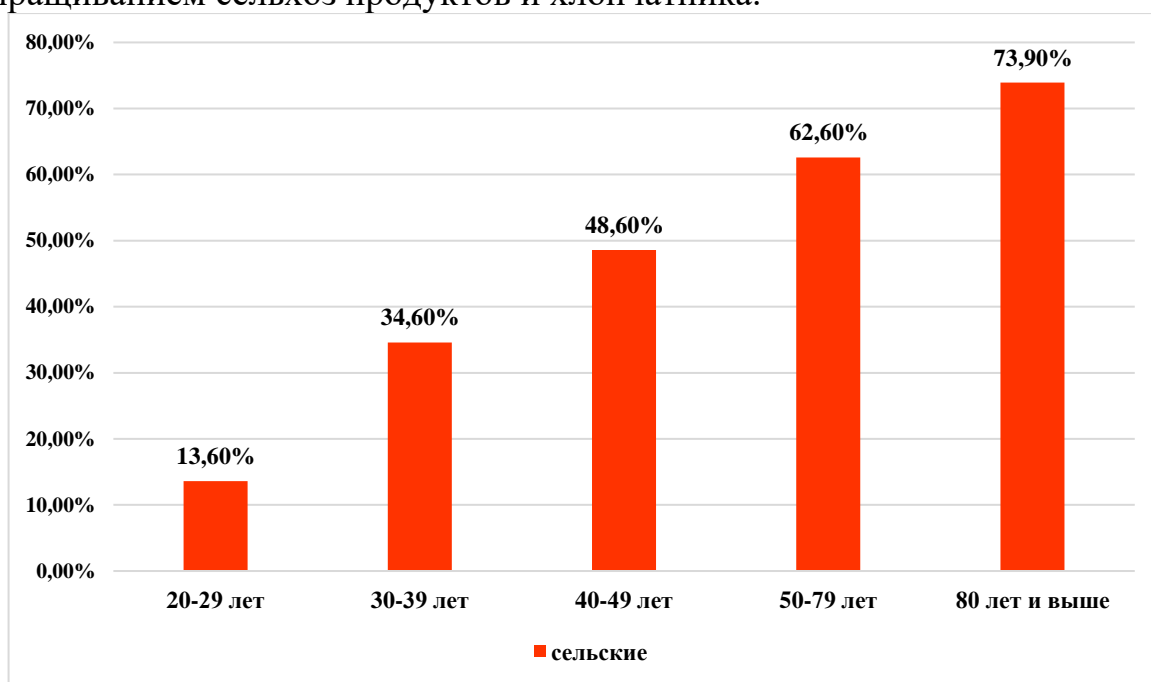
**Статистическая обработка** результатов проводилась с помощью пакета программы “Statistica 10.0”, с вычислением среднего арифметического значения (M), ошибки среднего арифметического значения (m), критерия Стьюдента (t) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера). За статистические значимые изменения принимали уровень достоверности  $P < 0,05$ .

В третьей главе диссертации **«Частота встречаемости и факторы, приводящие к развитию пролапса гениталий в исследуемом регионе»** проведена оценка частот и факторов, приводящие к развитию пролапса гениталий в сельских населенных пунктах Бухарского района Бухарской области. Возраст пациенток варьировал в диапазоне от 19 до 80 лет и выше, в среднем  $52,5 \pm 3,6$  лет. Общее количество населения Бухарского района в 2019 году составляло 174 824 человек, из них женского 87 671 (50,1%). В возрасте от 19 до 80 и выше были 60 977 (69,5 %) женщин. Если взять средние статистические данные, пролапс гениталий встречался из общего количества 60 977 женщин вышеуказанном возрасте у 21 547 (35,3%)  $p < 0,05$ . Таким образом, частота встречаемости пролапса гениталий в Бухарском районе, Бухарской области

составила 35,3% женщин в возрасте от 19 до 80 лет. Если сравнить проведенные исследования Г.А.Субановой (2022) в городах Бишкек и Ош республики Киргизстан, то пролапс тазовых органов в 1,4 раза чаще встречалось, чем у нас, а в России встречается от 30 до 40% женщин.

В сравнительном аспекте в качестве предполагаемых факторов риска развития пролапса тазовых органов были проанализированы возраст, паритет, профессия в том числе неблагоприятные условия труда, проявление метаболического синдрома, наступление менопаузы и сопутствующие соматические заболевания. Выявлены различные степени ПТО, в зависимости от возраста у жителей села. В возрасте от 20 до 29 лет – в 1516 (13,6%); от 30 до 39 лет – в 3867 (34,6%); от 40 до 49 лет – в 5418 (48,6%); от 50 до 79 лет – в 6892 (62,6%) и выше 80 лет – в 336 (73,9%) встречался пролапс тазовых органов.

С увеличением продолжительности жизни женского населения по данным Всемирной Организации Здравоохранения в большинстве стран она составляет 77–82 года, увеличивается частота встречаемости пролапса тазовых органов. В последнее время в нашем районе также отмечается тенденция к «омолаживанию» пролапса тазовых органов, и в основном данная патология встречается в легкой и средней степени в основном в послеродовом периоде. Процесс начинается в раннем детородном возрасте и это закономерно, так как в сельских местностях они в основном занимаются выращиванием сельхоз продуктов и хлопчатника.



**Рис 1. В сравнительном аспекте, частота встречаемости ПГ в зависимости от возраста среди сельских жителей Бухарской области.**

В нашей группе из 1516 молодых женщин, 1248 (82,3%) занимались этой трудовой деятельностью. С возрастом увеличивается наличие соматических заболеваний, метаболических синдромов и угасание эстрогенного гормона, что способствует тоже возникновению пролапса тазовых органов.



В результате исследования в табл.№ 1. выявлено, что основным и частым факторам риска развития ПТО явился тяжелый физический труд. Если обратить внимание на вышеуказанную таблицу, жители сельской местности 9357 (43,4%) женщин занимались тяжелой сельхозственной работой: сажали и выращивали рис и хлопчатник - 7364(79,4%), хлопчатник– 1267(13,6%), рис – 503(5,4%) и картошку, лук, дыню и арбуз (1,3%). Надо отметить в этой категории пациенток в анамнезе было в среднем  $3\pm 0,5$  родов  $p < 0,05$  и средний возраст составил  $39\pm 1,5$  лет. Тяжелый физический труд сопровождался длительным повышением внутрибрюшного давления, что увеличивает риск развития ПТО.

У 9619 (44,6%) домохозяйек тоже встречался пролапс тазовых органов, что связано во- первых количеством родов, в анамнезе было в среднем  $4,2\pm 1,2$  родов  $p < 0,05$  и средний возраст составил  $46\pm 2,6$  лет. Кроме этого, в данной категории встречалось самотическое заболевание: ожирение, заболевание легочной системы, запоры, которые играли существенную роль в возникновении данной патологии.

**Таблица № 1**

**Профессия пациентов с пролапсом гениталий у сельского населения Бухарского района Бухарской области**

Профессия	Пациенты с ПТО (n=21547)	
	Абс	%
	Домохозяйки	9619
Учительница	238	1,1
Воспитательницы д/с	163	0,75
Сельхоз работы	9357	43,4
Рабочие	64	0,3
Торговой системы	1666	7,7
Студенты	38	0,17
Медицинские раб-ки	402	1,86

У женщин, работающих в торговой сфере пролапс тазовых органов, встречалась у 1666 (7,7%) тоже связанные с родами, профессией и возрастом. Однако, в большинстве случаев наши пациенты 8674 (48,1%)  $p < 0,05$  с пролапсом не обратили на начальные симптомы заболевания, и патология протекала бессимптомно в течение  $2,5\pm 0,5$  лет  $p < 0,05$  и была выявлена при нашем медицинском осмотре.

У женщин с пролапсом тазовых органов в большинстве случаев выявили избыточную массу тела, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой

системы (гипертоническая болезнь), хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей и легочной системы (цистит, хронический бронхит), а также нарушения функции тазовых органов (запоры, геморрой, недержание мочи). Все эти соматические заболевания тоже играют немаловажную роль в возникновении пролапса тазовых органов. С другой стороны, эти соматические патологии, особенно инфекции мочевыводящих путей являются осложнениями пролапса тазовых органов. Мы использовали специализированный, апробированный на многих сотнях больных вопросник, который раздали врачам первичного звена во время диспансеризации населения нашего района. Высокая распространенность соматических заболеваний, особенно нейроэндокринной патологии – ожирение, хроническая патология бронхолегочной системы вызывающий постоянный кашель, способствующий повышению внутрибрюшного давления, способствуют ухудшению функциональной состоятельности ткани органов малого таза, гипоксия способствует нарушению трофики, все эти состояния способствует развитию пролапса тазовых органов. В свою очередь ПТО вызывает ИМП, особенно хронический цистит и хронический пиелонефрит. Такие осложнения у женщин с ПТО, проживающих в сельских условиях, встречались 35,3%. Самое частое осложнение – это недержание мочи у пациентов с ПТО встречалось у 10909 (50,9%) и в основном эти женщины обращались к врачу по поводу недержания мочи.

Таким образом, у этих пациентов с пролапсом тазовых органов встречаются соматические патологии, которые непосредственно участвуют в возникновении данной патологии и большинство их возникает как осложнения данной патологии. Наши исследования и проведенные литературные анализы в последние 7-8 лет доказывают, что количество родов и травмы во время родов являются одним из самых сильных предрасполагающих факторов, способствующих развитию пролапса тазовых органов. По данным A.Leijonhufvud et al. (2015), у женщины с одними родами в четыре раза больше вероятности возникновения генитального пролапса, а у женщины с двумя родами – в 8,4 раза больше вероятность возникновения пролапса тазовых органов по сравнению с нерожавшими женщинами, и роды является фактором риска рецидива. Надо особенно указать, что пролапс тазовых органов становится более вероятным при очередных родах, с увеличением количества родов и увеличивается риск возникновения данной патологии. Подтверждением указанных выше данных являются полученные факты, в таблице 3.5 указано, что ПТО встречается после третьих родов более 73% с достоверностью  $p < 0,05$ . В исследуемой группе 7 роды были у 18 женщин, из них в 16 случаях, имеющих детей только одного пола. Вагинальные роды, особенно с травмой играют значительную роль в повреждении окружающих тканей, фасций, мышц, связок органов малого таза, тазового дна и в последующем способствуют развитию ПТО и его рецидивов (табл.2).

В большинстве случаев повреждение тазового дна происходит во время первых и вторых родов, но проявления пролапса тазовых органов возникает со

временем, пройдя годы. Феномен «раздувания» до и после родов, сопровождающейся сильным растяжением мышц тазового дна играет существенную роль в развитии пролапса тазовых органов и это доказано в большинстве научных исследованиях.

**Таблица 2**

**Количество родов через естественные родовые пути у  
обследованных пациентов**

Количество родов	Пациенты с ПТО (n=21547)	
	Абс.	%
I роды	103	0.47
II роды	1254	5.8
III роды	15742	73.05
IV роды	3432	15.9
V роды	837	3.9
VI роды	161	0.7
VII роды	18	0.08

Таким образом, тяжелый физический труд, возраст, соматические патологии, особенно ожирение, хронические легочные патологии способствуют длительному повышению внутрибрюшного давления, декомпенсации функции мышц тазового дна, расстройства функции органов малого таза, а количество родов и осложненные течения только усугубляют процесс возникновения пролапса тазовых органов.

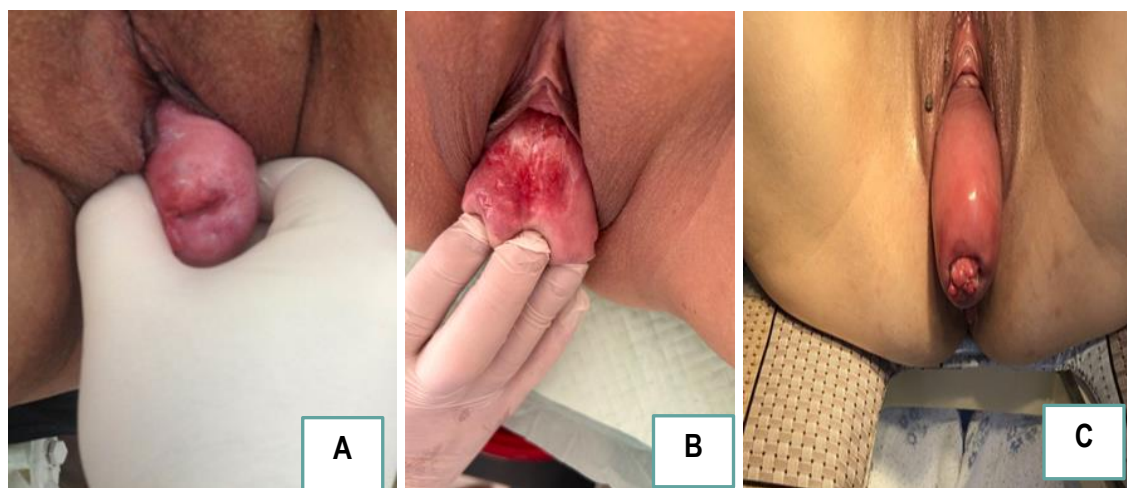
В четвертой главе диссертации проведена **«Оценка эффективности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов III степени ретро и проспективной группы».**

Для оценки эффективности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов III степени ретро и проспективной группы объектом исследования явились 217 женщин с пролапсом III степени. Все 217 пациенток с пролапсом тазовых органов III степени были подразделены на две группы в зависимости от метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Первая А группа (1А) – (ретроспективная-контрольная) – 107 женщин с пролапсом гениталий III степени, получившие традиционную предоперационную подготовку санацию влагалища 1% спиртовым раствором

хлорофиллипта, мазевая тампонада Левомиколем и Овестином (микронизированный эстриол 0,5 мг, суппозитории вагинальные по 1 свече на ночь) в течение  $10 \pm 1,5$  дней. При наличии инфекции в мочевых путях, рецидивирующих и острых циститах получали антибиотик Цефтриаксон по 1,0x2 раза в течение  $7,0 \pm 2$  дней. Оздоровление дополнительно гинекологических и соматические заболеваний.

Первая В группа (1В) – (проспективная) – 110 женщин тоже с пролапсом гениталий III степени, получившие усовершенствованный метод предоперационной подготовки и послеоперационное лечение. В предоперационной подготовке использовали аппарат «ФОТЕК АК 101» с кавитированным низкочастотным ультразвуком с водным 0,05% раствором хлоргексидина в количестве 200,0, до 4 раза, уровень ультразвуковых колебаний составила 50 единиц и длительность воздействия – 3 минуты. Через 8 часов, 1,0 г конъюгированного эстрогенного крема (фемистрон) смазывали на всю выпавшую поверхность слизистой влагалища и матки один раз в день, в течение  $4,0 \pm 0,5$  дней. В послеоперационном периоде получала трехкомпонентный препарат (Метостил по 1 свече во влагалище на ночь в течении 5 дней). При наличии инфекции мочевых путей, острых циститах получали однократно фосфомицин триметабол 3,0 грамма внутрь, при рецидивирующих формах фитопрепарат (Канефрон Н) в течение  $14,5 \pm 2,5$  дней (рис.2 А,В, С).



**Рис 2. Клинические проявления пролапса гениталий III степени (А- нарушение биоценоза влагалища; В- воспалительные процессы шейки матки; С- декубитальные язвы шейки матки)**

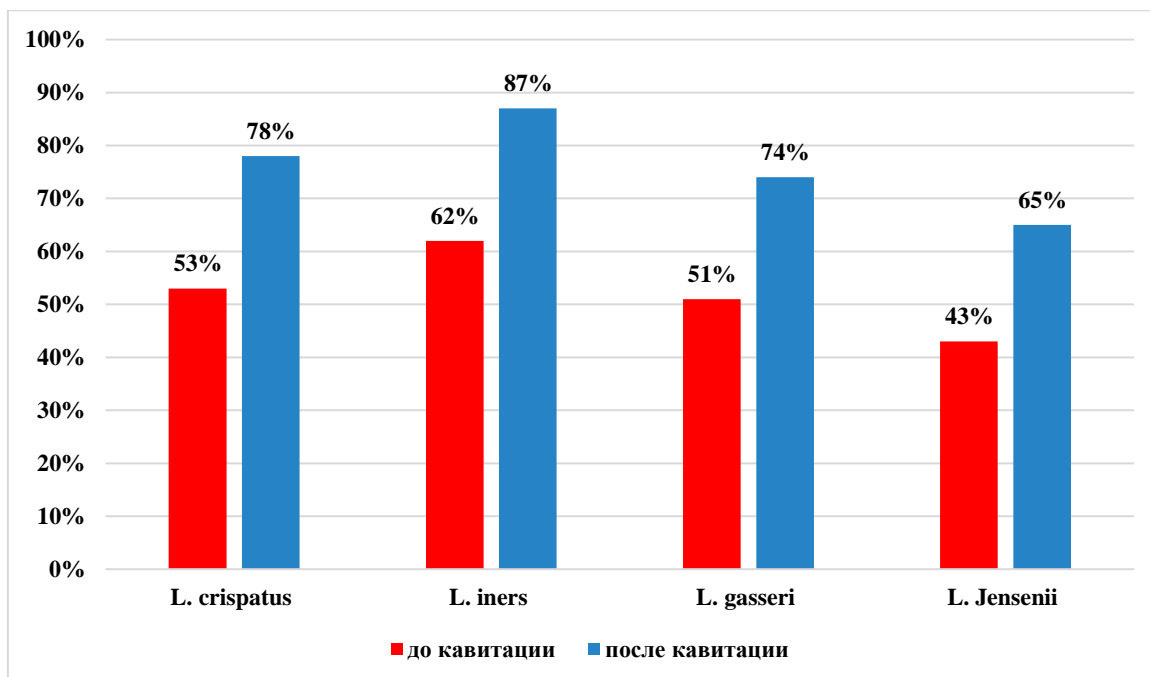
Начало пролапса тазовых органов и выпадения тазовых органов происходит не сразу, данная патология развивается медленно, пациенты обращают внимание, когда появляются клинические симптомы, особенно со стороны мочевыводящих путей. В ретроспективной группе обнаружение первых признаков клинического проявления начались через 3,5 года, т.е. длительность пролапса тазовых органов III степени составила от 3,5 до 9 лет в среднем  $6,5 \pm 0,5$  года  $p < 0,05$ , а в проспективной группе от 4-х до 10 лет в

среднем  $7,0 \pm 0,7$  года  $p < 0,05$ . За это длительное время, вследствие дефекта смыкания половой щели), перенесенная акушерская травма промежности или влагалища, является основной причиной нарушения биоценоза влагалища. Изменение биоценоза цервикального канала сопровождается воспалительными процессами, вагинозом и снижением местного иммунитета и последующим образованием декубитальных язв (рис. 2) и все это требует тщательной предоперационной подготовки. У 34 (31,7%) больных с пролапсом тазовых органов III степени в проспективной группе, осложнился трофическими язвами слизистой передней стенки влагалища и шейки матки. Перед началом санации размеры язв варьировали от 2,0 до 6 см<sup>2</sup> и характеризовались бледными стекловидными грануляциями и вялой эпителизацией, гнойным отделяемым из язвы, инфицированными краями. Хронизация воспалительных процессов влагалища, развития дисплазии и рецидивирующие изменения биоценоза крайне негативно влияют на технику выполнения операции, процесс заживления увеличивает частоту ранних и отдаленных послеоперационных рецидивов.

Как выше описано, при усовершенствованной предоперационной подготовке обрабатывали влагалище кавитированным низкочастотным ультразвуком водным 0,05% раствором хлоргексидина, при чистоте влагалища II степени 2 сеанса, III–IV степени 3 сеанса и при декубитальных язвах от 4-6 сеансов. Проведя научное исследование и изучая вагинальный биотоп, мы полностью подтверждаем полученные данные 2012 года «Микробиом человека» (Human Microbiome Project) вагинального биотопа, что существуют 5 основных классов бактериальных сообществ во влагалище и из них 4 лактобактерии (*L. iners*, *L. crispatus*, *L. gasseri* или *L. jensenii*) и еще 1 облигатные анаэробы и они определяют чистоту влагалища.

После двух и трех сеансов состояние микробиоценоза влагалища улучшалось, при повторных анализах долю вида лактобацилл *L. Crispatus* увеличились с 53% до 78%; *L. Iners* с 62% до 87% случаев, и соответственно *L. gasseri* с 51% до 74% случаев, *L. Jensenii* от 43% до 65%. После четырёх сеансов размеры декубитальных язв уменьшились в 2,1 раза, от 1,0 до 3 см<sup>2</sup> что создало хорошие условия проведения операции. Надо отметить, только у одной пациентки размер декубитальных язв уменьшилась до 10%, так как она страдала скрытой формой сахарного диабета.

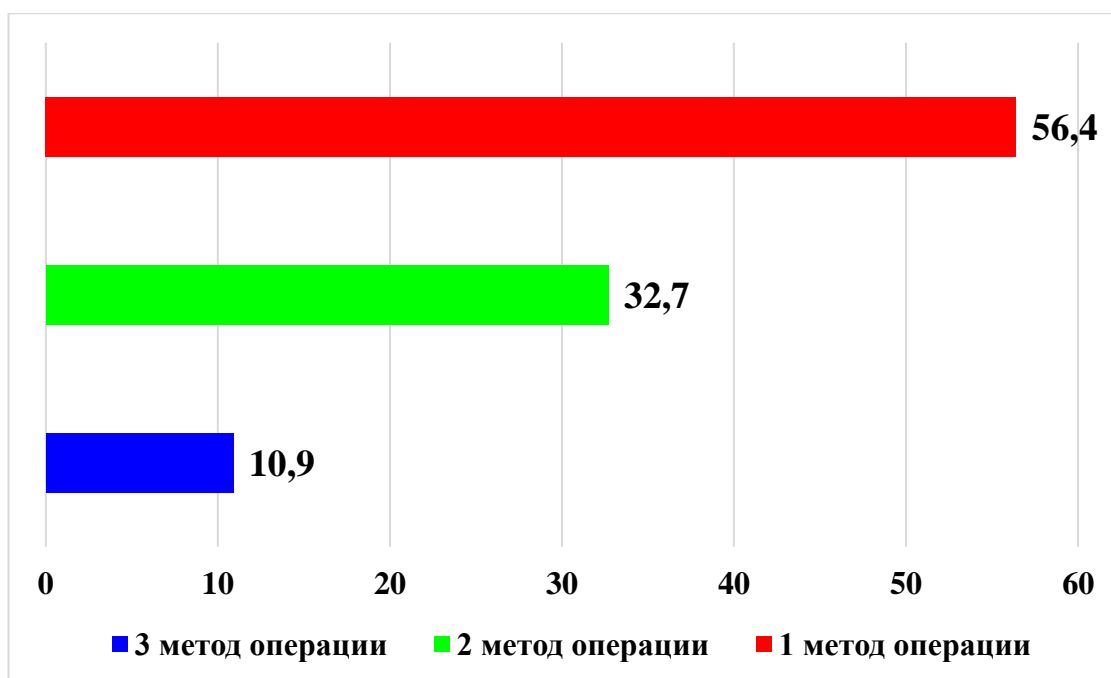
Применение препарата конъюгированного эстрогена (фемистрона), улучшил трофику тканей, улучшил технику выполнения операции, снизил интерпретационную кровопотерю в 2,0 раза  $p < 0,05$ , уменьшил травматичность и сократил время выполнения оперативного вмешательства на  $37,0 \pm 6,5$  мин  $p < 0,05$ . Препарат Фемистрон способствует восстановлению нормального влагалищного эпителия при его атрофических изменениях в пери- и постменопаузе, нормализации микрофлоры влагалища, тем самым повышая сопротивляемость эпителия влагалища к инфекционным и воспалительным процессам. На фоне улучшения исхода операции сократилось время нахождения в стационаре в среднем с 7 дней в ретроспективной, до 4 суток в проспективной группе, т.е. в 1,7 раза (рис 3.).



**Рис 3. Изменение вагинального биотопа после кавитированного орошения с хлоргексидином больных с пролапсом гениталий –III степени.**

В проспективной группе 48 (43,6%) больных с целью предоперационной подготовки при острых циститах получали однократно фосфомицин триметабол, при хронических и рецидивирующих формах инфекций мочеполового тракта назначили лекарственный препарат на растительной основе Канефрон Н. В состав данного препарата входят три компонента – золототысячник, любисток и розмарин. Он полностью натуральный и имеет доказанную базу по отношению эффективности. Всем пациенткам назначили по 2 таблетки 3 раза в течение 10 дней до и после операции. Благодаря этому ни у одной из 48 пациенток в раннем послеоперационном периоде и в течение первых 3 месяцев не наблюдался рецидив инфекций мочеполового тракта. Кроме этого дисбактериоз кишечника снизился в 15 раз по сравнению с ретроспективной группой, где получили антибактериальную терапию и составил 2 (1,8%) случая. Таким образом, назначение лекарственного препарата на растительной основе Канефрон Н, эффективный и безопасный.

После предоперационной подготовки всем 110 пациентам проспективной группе проведено оперативное лечение: передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой у 62 (56,3%); передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой и ветрофиксацией у 36 (32,7%); передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой и ампутацией шейки матки у 12 (10,9%)  $p < 0,05$  (рис 4.).



**Рис 4 . Объем оперативного лечения с пролапсом гениталий III степени.**

Примечание:

1-метод: Передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой.

2-метод: Передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой и ветрофиксацией.

3-метод: Передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой и ампутацией шейки матки.

В послеоперационном периоде все пациентки получали трехкомпонентный препарат (Метостил по 1 свече во влагалище на ночь в течении 5 дней). Метостил это антибактериальное, противовоспалительное и противогрибковое лекарственное средство в форме вагинальных суппозиторияев. Применение метостила в послеоперационном периоде после влагалищных операций при пролапсе гениталий III степени способствовал повышению скорости регенерации ткани и улучшил показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование метостила в комплексе предоперационной подготовки позволило сократить сроки лечения в 1,7 раз и инфильтрацию швов в 2 раза. В послеоперационном периоде все пациентки получали трехкомпонентный препарат (Метостил по 1 свече во влагалище на ночь в течении 5 дней).

Метостил это антибактериальное, противовоспалительное и противогрибковое лекарственное средство в форме вагинальных суппозиторияев. Один суппозиторий содержит: 200 мг метронидазола, 160 мг клотримазола и 8 мг хлоргексидина. Применение метостиля в послеоперационном периоде после влагалищных операций при пролапсе гениталий III-степени способствовало повышению скорости регенерации ткани и улучшил показатели эффективности хирургического лечения больных

пролапсом внутренних половых органов. Использование метостия в комплексе предоперационной подготовки позволило сократить сроки лечения в 1,7 раз и инфильтрацию швов на 2,1 раза, чем ретроспективной группы. Оценка эффективности предоперационной подготовки, оперативного лечения и реабилитации в сравнительном варианте, отражена в таблице 3.

Таким образом, усовершенствованный метод предоперационной подготовки пациентов с пролапсом тазовых органов III-й степени способствовала сокращению дней предоперационной подготовки на  $6,0 \pm 0,5$  дня, интeроперационную кровопотерю в 2,0 раза (на  $180,0 \pm 32,0$  мл), этот метод сократил длительность операции на  $37,0 \pm 6,35$  минут, сократил нахождение в стационаре в среднем на  $3,5 \pm 0,5$  дней, снизил ранние послеоперационные гнойно-инфекционные осложнения в 2,1 раза и отдаленные послеоперационные рецидивы через 1 год в 2,4 раза и через 2 года в 2,8 раза улучшилось качество жизни пациенток. Экономическая эффективность предоперационной подготовки рекомендуемого способа составила – 72,1% и послеоперационная – 40,6%  $p < 0,05$ .

В пятой главе диссертации **«Усовершенствованный метод предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов IV степени»** проведена оценка эффективности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с пролапсом тазовых органов IV степени ретро и проспективной группы. Объектом исследования явились 46 женщин с пролапсом IV степени, и они подразделены на группы.

Вторая А группа (2А) (ретроспективная-контрольная) включила в себя 21 пациенток с пролапсом гениталий IV степени, получившие традиционную предоперационную подготовку как в 1А группе, длительность предоперационной подготовки составила в среднем  $14 \pm 1,5$  дней. Возраст пациенток с пролапсом гениталий IV степени варьировал в диапазоне от 42 до 74 лет, в среднем  $59,2 \pm 2,8$  лет.

Вторая В группа (2В) (проспективная) включила в себя 25 пациенток с пролапсом тазовых органов IV степени, получившие усовершенствованный метод предоперационной подготовки и послеоперационное лечение. В этой группе с кавитированным низкочастотным ультразвуком с водным 0,05% раствором хлоргексидина в количестве 300 мл 6 сеансов, уровень ультразвуковых колебаний составил 50 единиц и длительность воздействия – 4 минуты. Через 8 часов, от 1,5 до 2,0 г конъюгированного эстрогенного крема (фемистрона) смазывали на всю выпавшую поверхность слизистой влагалища и матки один раз в день в течение  $6 \pm 0,5$  дней. При наличии инфекции мочевого тракта тоже получали однократно фосфомицин триметабол и при рецидивирующих и хронических формах фитопрепарат в течение 2-х недель. Возраст пациенток с пролапсом гениталий IV-й степени, варьировал в диапазоне от 45 до 79 лет, в среднем  $62,2 \pm 2,5$  лет. На дальнейшем этапе через 1-2 года, изучены отдаленные результаты т.е. рецидивы, на фоне усовершенствованного метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.



Таблица № 3

**Оценка эффективности предоперационной подготовки, оперативного лечения и реабилитации с ПГ III степени**

Критерии	Пациенты с пролапсом гениталий III степени			
	Ретроспективная группа (n=107)		Проспективная группа (n=110)	
	Абс	%	Абс	%
Длительность операции, мин	105± 7,2 мин*		68± 5,5 мин*	
Сред. кровопотеря мл.	350± 60,0мл*		170± 35,0мл*	
Повыш. Темпер. тела до 38 <sup>0</sup>	11	10,2*	4	3,6*
Инфильтрат швов после опер	7	6,5*	3	2,7*
Обострение инфекция мочевого тракта после опер	13	12,1*	4	3,6*
Сред. послеопер. к/день	7± 0,5 сутки		4± 0,5 сутки	
Послеопер. Рецидив ч/з 1 год	12	11,2*	5	4,5*
Послеопер. Рецидив ч/з 2 года	19	17,7*	7	6,3*

Статическая достоверность \* p<0,05.

Обращает на себя особое внимание тот достоверный факт, что с момента появления первых симптомов клинической картины пролапса тазовых органов IV степени, до обращения к врачу гинекологу проходит достаточно длительное время: от 3 до 5 лет – 7 (33,3%) женщин, от 5 до 10 лет – 9 (42,8%), более 10 лет – 5 (23,8%) женщин в ретроспективной группе. В ретроспективной группе длительность пролапса тазовых органов IV-й степени составила в среднем 7,2±0,7 года p <0,05, а в проспективной группе в среднем 10,5±0,7 года p <0,05. В проспективной группе эти показатели составили от 3 до 5 лет – 3(12,0%) женщины, от 5 до 10 лет – 4 (16,0%), более 10 лет – 18 (72,0%) p<0,05 женщин и клиническая картина у всех пациентов с пролапсом тазовых органов IV-й степени развивалась медленно. Самый длительный период обращения пациентов был 15 и 17 лет. Пациентка М. которая обращалась пролапсом тазовых органов IV степени страдала 15 лет, у нее был сахарный диабет I типа и гипертоническая болезнь II стадии (рис. 5.) и пациентке которая страдала в течение 17 лет (рис. 4.) тоже провели предоперационную подготовку и лечение. Среди 25 пациенток, включенных в исследование проспективной группы, только 4 (16%) p<0,05 проводилось консервативное лечение пролапса (пессарии, мазевая тампонода, гимнастика), это немного улучшило состояние и замедлило прогрессирование процесса. С пролапсом тазовых органов IV степени, при полном выпадении половых

органов часто возникают урологические, проктологические осложнения, заставляющие обращаться к урологам, проктологам и другим смежным специалистам.

Слизистая оболочка подвергалась ороговению, принимала сухой вид кожи с трещинами, ссадинами, а затем и с изъязвлениями (рис 5.).



**Рис 5. Пациенты с пролапсом тазовых органов - IV степени в проспективной группе (А – Язвы при полном выпадении влагалища и матки; В – затвердевшие рубцы и трещины; В – Стаз крови и лимфы в выпавших органах).**

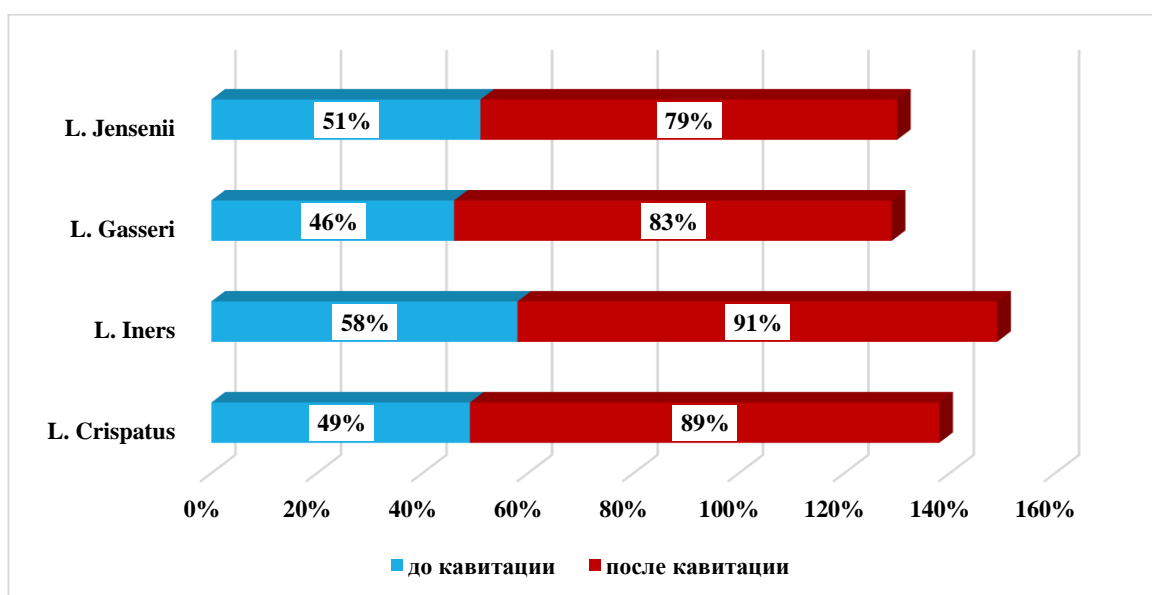
У всех, 25 (100%) пациентов в проспективной группе с пролапсом тазовых органов IV степени, появилось чувство тяжести и боль внизу живота, пояснице, крестце, усиливающиеся при физической нагрузке. Вследствие сильного застоя крови и лимфы в выпавших органах приводившее к цианозу слизистых оболочек и отеку подлежащих тканей.

У наших пациентов с ПТО IV-й степени, до санации чистота влагалища II степени встречалась у 5(20%), III степени у 9 (36,0%) и IV степени у 11(44,0%), а также наличие декубитальных язв различных размеров у 13(52%) пациенток. Поэтому, как было описано выше частота и длительность обработки с кавитированным низкочастотным ультразвуком с водным 0,05% раствором хлоргексидина в количестве до 300 мл, составила до 6 сеансов, длительность воздействия составила до 4-х минут. Особенно надо отметить, что после шести сеансов ультразвуковой обработки с хлоргексидином, чистота влагалища резко улучшилась в хорошую сторону, если до обработки чистота влагалища не была и I-й степени, то после обработки у 13 (52,0%) пациенток стала I-й степени, у 11 (44,0%) II-й степени и у 1(4%) III-й степени  $p < 0,05$ . Благодаря эффективной, многократной обработке влагалища с кавитированным низкочастотным ультразвуком с водным 0,05% раствором хлоргексидина чистота влагалища III-степени наблюдалась только в одном случае, а IV степени чистоты у наших пациенток с ПТО IV-й степени в проспективной группе не встречалась. Это стало залогом успеха в снижении гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

После шести сеансов обработки с кавитированным низкочастотным ультразвуком с водным 0,05% раствором хлоргексидина, у наших пациенток с

пролапсом тазовых органов IV-й степени, состояние микробиоценоза влагалища резко улучшалось.

Проверяя показатели лактобацилл до и после предоперационной подготовки, получены следующие результаты: значение лактобацилл *L. Crispatus* перед обработки с 49% увеличился до 89% после обработки; *L. Iners* с 58% до 91%, *L. Jensenii* от 51% до 79%, а показатели *L. Gasseri* с 46% до 83% т.е., в среднем на 40% улучшилось, а размер декубитальных язв на фоне предоперационной подготовки уменьшились в 1,8 раза, что создало благоприятные условия для проведения операции. Изменение вагинального биотопа после кавитированного орошения с хлоргексидином больных с пролапсом гениталий – IV степени отражена на рис 6.



**Рис. 6. Изменение вагинального биотопа после кавитированного орошения с хлоргексидином больных с пролапсом гениталий –IV степени.**

Таким образом, надо отметить, что в проспективной группе с ПТО IV-й степени, под воздействием кавитированного низкочастотного ультразвукового водного 0,05% раствора хлоргексидина, прошла глубокая очистка слизистой влагалища, чистота ткани улучшилась от 2 до 5 раз и размеры декубитальных язв уменьшилась в 1,8 раза, чем в дооперационной подготовке, что доказывает эффективность выбранного метода.

Всем пациенткам в проспективной группе с пролапсом тазовых органов IV-й степени, через 8 часов после санации с хлоргексидином, смазывали слизистую влагалища и всю выпавшую поверхность матки, конъюгированным эстрогеном (фемистроном) до 2,0 мг один раз в день в течение  $6 \pm 0,5$  дней. Комбинированное использование конъюгированного животного эстрогена и санация влагалища с хлоргексидином обуславливало нормализацию чистоты влагалища, улучшил биоценоз, особенно трофики тканей после конъюгированного эстрогена и все это позволило улучшить технику выполнения операции экстирпации матки, снизило травматизацию, что привело к снижению интраоперационной кровопотери, сократило время

выполнения оперативного вмешательства на  $33,0 \pm 4,7$  мин.  $p < 0,05$ . На фоне улучшения исхода операции сократилось нахождение в послеоперационном периоде в стационаре с 8 дней в ретроспективной до 5 суток в проспективной группе.

После усовершенствованного метода предоперационной подготовки всем 25 пациентам с полным выпадением матки проспективной группы и 21 в ретроспективной группе проведено оперативное лечение влагалищной экстирпации матки. Оценка эффективности предоперационной подготовки, оперативного лечения и реабилитации с пролапсом тазовых органов IV степени, отражена в таблице 4.

В послеоперационном периоде все пациентки получили трехкомпонентный препарат - Метостил по 1 свече во влагалище на ночь в течении 7 дней. Использование метостила в комплексе предоперационной подготовки позволил сократить пребывание в стационаре на 3 дня, и инфильтрация послеоперационных швов в проспективной группе не встречалась в отличие 2-х случаев в ретроспективной группе.

**Таблица 4**

**Оценка эффективности предоперационной подготовки, оперативного лечения и реабилитации с пролапсом тазовых органов IV степени.**

Критерии	Пациенты с пролапсом тазовых органов IV степени			
	Ретроспективная группа (n=21)		Проспективная группа (n=25)	
	Абс	%	Абс	%
Длитель. предопер подготовки	14 $\pm$ 1,5 дней		6 $\pm$ 0,5 дней	
Длитель. операции, мин	118 $\pm$ 4,0 мин*		85 $\pm$ 5,1 мин*	
Сред. кровопотеря мл.	620 $\pm$ 30,0мл*		430 $\pm$ 35,0мл*	
Повыш. Темпер. тела до 38 <sup>0</sup>	4	19,0*	1	4,0*
Инфильтрат швов после опер	2	9,5*	0	0*
Обострение инфекции мочевого тракта после опер	3	14,2*	1	4,0*
Сред. послеопер. койка день	8 $\pm$ 0,5 сутки		5 $\pm$ 0,5 сутки	
Послеопер. Рецидив через 1 год	4	19,0*	1	4,0*
Послеопер. Рецидив через 2 года	6	28,5*	3	12,0*

Повтор операция через 1год	1	4,7*	0	0*
Повтор операция через 2года	3	14,2*	2	8,0*

Статическая достоверность \*  $p < 0,05$ .

Таким образом, усовершенствованный метод предоперационной подготовки пациентов с пролапсом тазовых органов IV-й степени способствовала сокращению дней предоперационной подготовки с  $14 \pm 1,5$  дней до  $6 \pm 0,5$  дней, т.е. в среднем на  $8,0 \pm 1,0$  дней  $p < 0,05$ ; снижение интраоперационной кровопотери в среднем на  $190 \pm 32,0$  мл  $p < 0,05$ , сокращение времени выполнения оперативного вмешательства на  $33,0 \pm 4,7$  мин.  $p < 0,05$ , сокращение пребывания в стационаре на 3 дня, уменьшению послеоперационных рецидивов через год на 4,75 раза, через два года на 2,3 раза, что указывает на высокую эффективность предложенного усовершенствованного метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, чем традиционный метод подготовки и ведения с пролапсом IV степени. Экономическая эффективность предоперационной подготовки рекомендуемого способа составило – 26,7% и послеоперационная – 27,1%  $p < 0,05$ .

## ВЫВОДЫ

1. Частота пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин в возрасте от 19 до 80 лет проживающие в сельской местности, составила в среднем 35,3%. Выявлено, что на развитие данной патологии существенное влияние оказывает количество родов (три и более родов - 73%); возраст (от 40 до 49 лет - 48,6%); наличие соматической патологии - 162% (ожирение среднетяжелой степени, хронический бронхит, запоры) и тяжелый физический труд, которым занимались (43,3%) жительницы данного района  $p < 0,05$ . Все это способствовало длительному повышению внутрибрюшного давления, декомпенсации функций мышц тазового дна, расстройству функций органов малого таза и возникновению ПТО.
2. В результате применения усовершенствованного предоперационного метода в проспективной группе с пролапсом гениталий III степени время подготовки к хирургическому вмешательству сократилось в среднем на  $6,0 \pm 0,5$  суток, а время проведения процедуры сократилось в среднем на  $37,0 \pm 6,35$  минут,  $p < 0,05$ , количество кровопотери во время операции было в 2 раза меньше, количество гнойно-септических осложнений после операции уменьшилось в 2,4 и рецидивов в 2,8 раза по сравнению с ретроспективной группой.
3. Усовершенствованным методом предоперационной подготовки в проспективной группе с пролапсом гениталий IV степени удалось улучшить микробиоценоз влагалища в среднем на 40%, уменьшить декубитальные язвы в 1,8 раза, увеличить чистоту влагалища от 2 до 5 раза, снизить травмы во

время операции, а также отдаленные осложнения - рецидивы до 4,75 раза, что свидетельствует о высокой эффективности предлагаемого способа.

4. По сравнению с традиционным методом в результате применения усовершенствованного способа подготовки до и после операции у больных с пролапсом половых органов III степени экономическая эффективность, то есть понесенные затраты перед операцией снизились на 72,1%, после операционном периоде на 40,6%,  $p < 0,05$ , и качество жизни улучшилось на 97,2% у пациенток в течение двух лет после операции. Эти показатели у больных с IV степенью пролапса составила соответственно 26,7%; 27,1% и улучшилось качество жизни у 88% пациенток в течение двух лет после операции  $p < 0,05$ .

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04. 2022.Tib.93.02  
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT BUKHARA STATE  
MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI IBN SINA**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI  
IBN SINA**

**NAZAROV BEKHZOD BAXTIYEROVICH**

**OPTIMIZATION OF PREOPERATIVE PREPARATION AND  
POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PELVIC  
ORGAN PROLAPSE**

**14.00.01 – Obstetrics and Gynecology**

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

**BUKHARA – 2024**

**The topic of the doctoral dissertation was registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan № B2021.1. PhD/Tib1611.**

The doctoral (PhD) dissertation was completed out at Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at [www.bspmi.uz](http://www.bspmi.uz) and on the website of “ZiyoNet” Informational and Educational Portal at [www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz).

**Scientific supervisor:** **Niyazmetov Rakhmatulla Ermatovich,**  
Doctor of Medicine

**Official opponents:** **Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna,**  
Doctor of Medicine, Professor

**Nigmadzhanov Bakhodur Boltaevich,**  
Doctor of Medicine, Professor

**Leading organization:** **Russian National Research Medical University  
named after N. I. Pirogov**

The defence of the doctoral dissertation will be held on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2024, at \_\_\_ at the meeting of the Scientific Council No. DSc.04/30.04. 2022.Tib.93.02 at Bukhara State Medical Institute (Address: 1 Gijduvan str., 200118 Bukhara city. Tel./Fax: (+998) 65–223–00–50), e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The doctoral (PhD) dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Bukhara State Medical Institute (registered under No. \_\_\_\_). Address: 1 Gijduvan str., 200118 Bukhara city. Tel./Fax: (+998) 65–223–00–50.

The abstract of dissertation was distributed on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2024.

(Registry record No. \_\_\_\_ dated “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2024.)

**D.T. Khodjjeva,**  
Chairwoman of the Scientific Council on  
Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine,  
Professor

**N.Sh. Akhmedova,**  
Scientific Secretary of the Scientific Council on  
Award of Scientific Degree, Doctor of Medicine,  
Associate Professor

**G.A. Ikhtiyarova,**  
Chairwoman of the Scientific Seminar  
of the Scientific Council on Award of Scientific  
Degrees, Doctor of Medicine, Professor



## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The purpose of the study** is to improve preoperative preparation and postoperative management of patients with stage III–IV pelvic organ prolapse, using modern innovative technology in combination with medications to reduce postoperative complications and relapses.

**The tasks of the research** are:

to study the frequency and factors leading to the development of genital prolapse in women of the Bukhara district, Bukhara region;

to evaluate in a comparative aspect the effectiveness of preoperative preparation and postoperative management of patients with grade III pelvic organ prolapse in a retro- and prospective group;

to identify the advantage of an improved method of preoperative preparation and postoperative management of patients with stage IV pelvic organ prolapse;

to propose an improved method of preoperative preparation and postoperative management of patients with grade III–IV pelvic organ prolapse to reduce postoperative complications and relapses.

**The object of the study** where 263 women with pelvic organ prolapse, of which 217 patients with Stage III and 46 patients with Stage IV, who underwent surgical treatment. Collection of materials, analysis and evaluation of the results of preoperative preparation and postoperative management of patients with pelvic organ prolapse was carried out in the period from 2014 to 2022 in a comparative aspect at the Gynecological Department of Bukhara District Maternity Hospital, Regional Perinatal Centre and private clinic “Lorastom” of Bukhara region, as well as at the private clinic “GatlingMed” and Gynecological Department of Tashkent city Maternity Hospital No.2.

**Scientific novelty of the research** is as follows:

the frequency of genital prolapse in women living in rural areas is high, it has been proven that heavy physical labor and three or more births in the anamnesis are significant risk factors;

in reducing purulent complications before and after the surgical treatment of prolapse of the III-IV degree of the genitals, the effectiveness of using a 0.05% aqueous solution of chlorhexidine using the innovative ultrasound cavitation method along with the standard treatment was determined;

it has been proven that the use of innovative ultrasound cavitation improved method in patients with III-IV degree prolapse of the genitals, normalization of vaginal microbiocenosis, reduction of decubitus wounds, reduction of prolapse recurrence up to 4.75 times;

A step-by-step implementation program has been developed to detect genital prolapse in the early stages and eliminate risk factors, increase the effectiveness of treatment when surgery is required, and reduce complications.

**Implementation of the research results.** Based on the obtained scientific results, the frequency of occurrence of genital prolapse among women living in rural areas and the risk factors leading to it have been determined, which, in turn, prevents complications in all patients, helps to improve the results of treatment, reduces

observable complications, and accelerates the healing process. Taking into account the frequency of occurrence of genital prolapse among women living in rural areas and the identification of the risk factors leading to it, the use of modern treatment technologies, the prevention of postoperative complications and the reduction of costs due to the reduction of recurrences have been achieved:

Compared to conventional treatment, when using a 0.05% aqueous solution of chlorhexidine with the help of innovative ultrasound cavitation method for III-degree prolapse of the genitals, the vaginal mucosa was cleaned of purulent-bacterial secretions due to the improvement of tissue microcirculation, phagocytosis and bactericidal effect, as a result of the improvement of the level of biocenosis and cleanliness of the vagina, it was removed from surgery. 2.4 times reduction of subsequent purulent-septic complications and 2.8 times reduction of recurrence was achieved:

The use of water-soluble conjugated estrogen before surgery in IV degree prolapse of the genitals helped to improve the trophic and reparative-regenerative properties of the basal part of the vaginal mucosa compared to conventional treatment, which in turn improved the surgical technique, reduced intraoperative bleeding by  $190 \pm 35.0$  ml., reduction of operation duration by  $33 \pm 2.5$  minutes and reduction of relapses up to 4.75 times was achieved. The use of water-soluble conjugated estrogen, improvement of trophic and reparative-regenerative properties in the basal part of the vaginal mucosa compared to traditional treatment, reduction of complications that may develop in patients after surgery led to reduction of bed days to 6 days:

the use of phytopreparations made from plants and three-component vaginal suppositories in the period after the surgery in III-IV degree prolapse of the genitals, compared to the traditional method, has been scientifically proven to be medically, economically, socially and rehabilitatively effective, which, in turn, reduces the development factor of complications and cures speeds up the process. Due to this, it was possible to improve the technique of surgical practice, reduce intraoperative bleeding, shorten the length of the operation and reduce recurrences, reducing the length of stay of patients in the hospital to 6 days:

**Publication of the research results.** Research results were discussed at 9 scientific conferences, including 2 world congresses, 5 international and 2 national scientific-practical conferences.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation was presented on 134 pages consisting of an introduction, the main part (five chapters), conclusions, a list of used literature and a list of conventional signs and terms.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I, Part I)**

1. Назаров Б.Б., Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э. Роль местного использования конъюгированного эстрогена в улучшения исходов оперативного лечения пролапса гениталий // Новый день медицины. Бухара. - 2020. - №2(30). - С. 446-448 (14.00.00; №22)
2. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Жинсий органлар пролапси билан операция бўлган беморларни операциядан кейинги даврни ўтказиш тактикаси // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. Тошкент. – 2021. - № 3. – С. 212-214. (14.00.00; №13)
3. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Жинсий органлар пролапси булган аёлларда, боғланган эстерогенни махалий ишлатиш жаррохлик амалиётининг натижларига таъсири // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. Тошкент. -2021. - № 3. – С. 210-212. (14.00.00; №13)
4. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Взаимосвязь предоперационной подготовки и исхода хирургического лечения пролапса тазовых органов // Новый день медицины. Бухара. - 2021. - № 3(35/1). - С. 229-231 (14.00.00; №22)
5. Nazarov B. B., Sapayeva G. F., Niyazmetov R. E. O'rta-ogir darajali genital prolapsi jarrohlik operatsiyalaridan so'ng natijalarni takomillashtirish // Nazariy va klinik tibbiyot. Toshkent. – 2021. - Том 2. - №6. - С. 117-119 (14.00.00; №3)
6. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Опущение тазовых органов у женщин // Новый день медицины. Бухара. - 2021. - №6(38/1). - С. 727-730 (14.00.00; №22)
7. Nazarov B.B., Sapayeva G.F., Niyazmetov R.E. Туғиш ёшдаги аёлларда генитал пролапс муаммоси // Назарий ва клиник тиббиёт. Тошкент. - Том 2. - №6. - 2021. – С.106 (14.00.00; №3)

8. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Жинсий органлар пролапси билан операция бўлган беморларни реабилитацияси // Доктор ахборотномаси. Самарқанд. - 2022. - №2.1 (103). - С.161-163 (14.00.00; №20)
9. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Тактика ведения послеоперационного периода при пролапсе гениталий // Новый день медицины. Бухара. - 2023. - №4(54). - С. 66-69 (14.00.00; №22)
10. Nazarov B.B., Niyazmetov R.E., Khamdamova M. T. Evaluation of the effectiveness of preoperative preparation and postoperative management of patients with retro and prospective pelvic organ prolapse of stage III // World bulletin of public health. USA. - 2023. №4. ISSN: 2749-3644 С.126-132 (14.00.00; №7)
11. Nazarov B.B., Niyazmetov R.E. To assess the effectiveness of preoperative preparation and postoperative management of patients with pelvic organ prolapse in the retrospective and prospective groups // American Journal of Medicine and Medical Sciences. USA. – 2024. №3. ISSN: 1242-2254 С. 102-114 (14.00.00; № 2)

## **II бўлим (Часть II, Part II)**

12. Nazarov B.B., Maxmudova Sh.A. Management of the postoperative period for genital prolapse // Международная конференция “Инновационное развитие науки и образования”. Сборник научных трудов. Республика Казахстан. г. Pavlodar. - 2021. - С.55
13. Nazarov B.B. Тактика ведения послеоперационного периода при пролапсе гениталий // Международная конференция “Европа, наука и мы”. Сборник научных трудов. - Чехия г. Прага. - 2021. - С. 31
14. Niyazmetov R.E., Nazarov B.B. Optimize preoperative preparation using conjugated estrogen // International Journal of gynecology obstetrics. FIGO. -2021. - С. 404-405

15. Назаров Б.Б. Оперативное лечение пролапса гениталий III-IV степени тяжести // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы в охране репродуктивного потенциала женщин». Материалы конференции. Республика Казакстан, г. Нур-Султан. - 2022. - С.96-97
16. Назаров Б.Б., Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э. Улучшение предоперационной подготовки при пролапсе гениталий III - IV степени тяжести // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы в охране репродуктивного потенциала женщин». Материалы конференции. Республика Казакстан, г. Нур-Султан. - 2022. – С. 71-74
17. Назаров Б.Б. The relationship between preoperative preparation and the outcome of surgical treatment of pelvic organ prolapse // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы в охране репродуктивного потенциала женщин». Материалы конференции. Республика Казакстан, г. Нур-Султан. - 2022. - С.14-18
18. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Оперативное лечение пролапса гениталий III - IV степени тяжести // Международный научно-практический конференция. «Актуальные проблемы гинекологии-оказание амбулаторной помощи женщинам в Узбекистане: проблемы и их решения». Международная научная конференция. Сборник материалов. г. Фергана -2023. - С. 53
19. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Взаимосвязь предоперационной подготовки и исхода хирургического лечения пролапса тазовых органов // Международный научно-практический конференция. «Актуальные проблемы гинекологии». Международная научная конференция. Сборник тезисов. г. Фергана. - 2023. - С. 286-291
20. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Ayollarda tos organlarining tushishi // Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi. “Ginekologiyaning dolzarb muammolari”. Ilmiy ishlar to‘plami. sh. Farqona. -2023. - B. 291-292

21. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Жинсий органлар пролапси билан операция бўлган беморларни реабилитация қилиш // Материалы научно-практической конференции посвященной памяти д.м.н, профессора А.С. Мордухович. «Современные подходы к стандартизации оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике» г. Ташкент. Сборник тезисов. - 2023. - С. 257-259
22. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. Оперативное лечение пролапса гениталий III - IV степени тяжести // Материалы научно-практической конференции посвященной памяти д.м.н, профессора А.С. Мордухович. «Современные подходы к стандартизации оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике» г. Ташкент. Сборник тезисов. -2023. - С. 259-260
23. Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э., Туксанова Д.И. «Метод улучшения качества предоперационной подготовки больных с пролапсом гениталий III - IV степени». Методические рекомендации. -2023. – С. 17
24. O‘zbekiston Respublikasining "Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturlar va ma'lumotlar bazalarining huquqiy himoyasi to'g'risida"gi Qonuniga asosan quyidagi elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dastur "Jinsiy a'zolar prolapsi mavjud bemorlarda operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi bemorlarni olib borish algoritmi" Guvohnoma № DGU 31317