

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ**

Магистрлик диссертацияси

УДК 618.15.089.884

Мавзу:

**СИГМОИДАЛ КОЛЬПОПОЭЗ ҚИЛИНГАН
БЕМОРЛАРНИНГ ҚИН МИКРОФЛОРАСИ**

Мутахасислик: 5А5100101 – «Акушерлик ва гинекология»

Магистратура резиденти: Бекпулатов Исомиддин Зайниддинович

Илмий рахбар: т.ф.д., профессор Негмаджанов Б.Б.

Самарканд – 2014 йил

Мундарижа

Мавзунинг долзарблиги	4-8
I боб. Сигмоидал кольпопозни бошдан кечирган аёлларда неовагинанинг микрофлораси ҳолати (адабиёт маълумотлари шархи)	9-32
1.1. Даволашнинг жаррохлик усуллари ривожланиш тарихи	9-16
1.2. Қин аплазиясини бартараф этишнинг замонавий усуллари	16-19
1.3. Репродуктив ёшдаги аёлларнинг жинсий йўллари микробиоценози	19-25
1.4. Сигмасимон ичакдан ясалган неовагинанинг микрофлораси	25-32
II боб. Текшириш усуллари ва материали	33-38
III боб. Тадқиқот натижалари	39-64
3.1. Текширилган беморларнинг умумий харақтеристикаси	39-42
3.2. Назорат гуруҳида қин микрофлорасини урганиш	43-48
3.3. Асосий гуруҳда беморларнинг клиник харақтеристикаси	49-57
3.4. Асосий гуруҳда сигмоид неовагинанинг флорасини урганиш	58-64
IV боб. Олинган натижалар муҳокамаси	65-68
Хулосалар	69
Амалий тавсиялар	70
Фойдаланилган адабиётлар руйхати	71-84

АББРЕВИАТУРА

БФСҚА	Бачадон функцияси сақланган қин аплазияси
ЖССТ	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
ОИТС	Одам иммун танқислиги синдроми
ТТФС	Тўлиқ тестикуляр феминизация синдроми
ТФС	Тестикуляр феминизация синдроми
ҚБА	Қин ва бачадон аплазияси
УГХ	Урогенитал хламидиоз
УТТ	Ультатовуш текшириш
УТД	Ультратовуш диагностикаси
ЦМВИ	Цитомегаловирусли инфекция

СИГМОИДАЛКОЛЬПОПОЭЗ ҚИЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ҚИН МИКРОФЛОРАСИ

КИРИШ

Кин аплазияси кам учрайдиган патология булсада, узининг асоратлари, аниклаш ва даволашнинг кийинлиги туфайли жуда катта тиббий ва ижтимоий долзарблик касб этади. Унинг учраши уртача 4-5 мингянгитугилганчакалоқкабиттагатугрикелади (Негмаджанов Б.Б., 2000; Барнокулов О.М., 2003; Джуманов Б.А., 2005). Кин аплазияси билан кечувчи касалликларга Бачадон функцияси сакланган кин аплазияси (БФСКА), кин ва бачадон аплазияси (КБА), тулик тестикуляр феминизация синдроми (ТТФС) киради. Бу касалликларда муаммо сигмоидал кольпопоз, яъни сигмасимон ичакдан неовагина яратиш усули билан бартараф этилади. Бу пластик жаррохлик амалиёти жуда катта билим ва малака талаб этади ва баъзан асоратлар билан кечади.

Минтакамизнинг узига хос хусусиятларидан бири шундан иборатки, киз болалар гинеколога мурожаат қилишдан уяладилар, ота-оналари ҳам бундан истихола қилишади. Натижада, жинсий аъзоларнинг ривожланиш аномалиялари жуда кеч, яъни жинсий хаёт бошлангандан кейин маълум булади. Ана шунда катта тиббий ва ижтимоий муаммолар бирдан юзага чиқади. Бунинг оқибатида баъзан хатто кин дахлизи – тугри ичак окмаси, кучли кон кетиш каби асоратлар ҳам кузатилади.

Кин аплазиясини бартараф этиш учун бир канча методлар яратилган. Масалан, катта ва кичик жинсий лаблар терисидан (дермо – эпидермал кольпопоз), корин пардасидан неовагина яшаш усуллари қўлланилган (Lindner J.G., Plantema J. A., 1998). Бу усуллар етарлича самара бермаганлиги учун бугунги кунда кенг кулланилмайди. Сигмасимон кольпопоз операцияси 1907 йил Wallace томонидан ишлаб чиқилган. Кейинчалик Юдин С.С. (1925); Фаерман И.Л. (1929); Франкенберг Б.Я.

(1930); Александров М.С. (1943, 1948, 1949) лар томонидан бу усул такомиллаштирилган.

Шу пайтгача минтакамизда кин аплазиясини баргараф этиш учун асосан сигмоидал кольпопоз операцияси бажарилган. Маълумки, сигмасимон ичак микрофлораси ишкорий, кин микрофлораси эса кислоталидир. Нормада кинда лактобациллалар (Додерлейн таёкчалари) купчиликни ташкил этади, сигмасимон ичакда эса турли хил кучли анаэроб бактериялардан иборат (Larsen, В., R.P. Galaskl). Шунинг учун сигмасимон кольпопоздан кейин неовагина микрофлораси кандай булиши масаласи дискутабел муаммолардан бири булиб, катта назарийва амалий ахамият касб этади.

Юкоридан баён этилганлардан келиб чикиб, мазкур магистрлик лойихасининг максоди кўйидагича бўлди:

Мақсад: Сигмоидал кольпопоз килинган беморларда кин микрофлорасини операциядан кейин якин ва узок муддатларда урганиш ва амалий тавсиялар ишлаб чиқиш.

Вазифалар:

1. Сигмоидал кольпопоз килинган беморларда кин микрофлорасини урганиш.
2. Соглом аёлларда кин микрофлорасини киёсий урганиш.
3. Сигмоидал кольпопоз килинган беморларда кин микрофлорасини муътадил саклашга доир амалий тавсияномалар ишлаб чиқиш.

Тадкикот материали ва текшириш усуллари

1. Охирги 5 йил ичида сигмоидал кольпопоз операциясини бошдан утказган беморларни клиник-лаборатор ва инструментал тадқиқэтиш (n=36).

2. Сигмоидал кольпопоз операциясини бошдан утказган беморларнинг касаллик тарихини ретроспектив урганиш (n=36)
3. Беморларда кин суртмасини бактериоскопик текшириш, курсатмаларга караб кин суртмасини бактериологик текшириш (n=36).
4. Назорат гурухида кин микрофлорасини бактериоскопик урганиш (n=36).
5. Олинган натижаларни киёсий тахлил этиш ва тегишли хулосалар чиқариш.

Ишнинг илмий янгилиги

Биринчибор сигмасимон кольпопоз операциясини бошдан утказган беморларда кин микрофлораси бактериоскопик ва бактериологик текширилиб, уни муътадил саклаб туриш учун «Биоселак» препаратидан фойдаланишнинг натижалари урганилади.

Ишнинг амалий ахамияти

Сигмасимон кольпопоз утказилган беморларни кин микрофлорасини бактериоскопик ва бактериологик текшириб, Биоселак препаратини қўллаб, сунъий неовагина ишқорий муҳитини кислотали муҳитга утказиб, яллиғланиш ва микротравмалар олиш ҳавфини камайтирилди ва амалиётга жорий этилди.

Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш

Лойиха натижалари Самарканд шаҳри 3-сон Туғруқ комплексидида сигмасимон кольпопоз операциясини бошдан утказган беморларда кин микрофлорасини текшириш муътадил саклаб туриш учун амалиётга жорий этилди.

Илмий ишнинг асосий маъно ва мазмуни муҳокамаси

Илмий ишнинг асосий натижалари, хулосалар ва амалий тавсияномалар СамМИ Педиатрия факультети акушерлик ва гинекология кафедраси билан биргаликда муҳокама қилинди.

Илмий ишнинг асосий мазмуни

Сигмоидал кольпопоз қилинган беморларни операциядан кейин парваришлашни тўғри олиб бориш, маълум вақт утгандан кейин қайта гинеколог кўригини ташкиллаштиришдан иборатдир. Операциядан кейин сигмоид неовагина мухити қандай бўлиши долзарб масала бўлиб, қин микрофлорасини бактериоскопик ва бактериологик текшириб унда кислотали мухитни шакллантириш чора-тадбирларини ташкиллаштиришдан иборатдир.

Чоп этилган илмий мақолалар

Илмий иш мазмуни бўйича 2 та мақола ва битта тезис чоп этилган.

1. «Состояние микрофлоры неовагины у женщин, после операции сигмоидального кольпопоза». Вестник врача. Самарқанд 2013, №2.
2. «Сигмоидал кольпопоз қилинган беморларнинг қин микрофлораси». Доктор ахборотномаси. Самарқанд 2014, №1.
3. «Особенности микробиоценоза у женщин с искусственным влагалищем». Проблемы биологии и медицины. Самарқанд, 2013 №4.

Илмий иш тузилиши ва ҳажми

Илмий иш 84 саҳифада баён этилган бўлиб, кириш, адабиёт маълумотлари таҳлили, 4 та асосий боб, хулосалар, амалий тавсиялар

ва адабиёт манбалари рўйхатидан иборат. Ишмий иш 2 та расм, 12 та диаграмма ва 5 та жадвални ўз ичига олган.

БОБ I. СИГМОИДАЛ КОЛЬПОПОЭЗНИ БОШДАН КЕЧИРГАН АЁЛЛАРДА НЕОВАГИНАНИНГ МИКРОФЛОРАСИ ХОЛАТИ (АДАБИЁТ МАЪЛУМОТЛАРИ ШАРХИ)

1.2. Даволашнинг жаррохлик усуллари ривожланиш тарихи

Киннинг туғма йўқлиги ёки унинг ўта суст ривожланганлиги аёлнинг нормал жинсий ҳаёт кечириши учун монъелик қилади ва оғир руҳий кечинмаларга сабаб бўлади. Мазкур патология асаб тизими фаолиятини ҳам кескин бузади, зеро И.П. Павлов ёзганидек (1952), ҳеч қайси туғма нуқсон фақат битта орган доирасида чегараланиб қолмайди. Шу билан бирга, усталик билан бажарилган кольпопоз операцияси аёлнинг шахсий ҳаёти, профессионал карьераси, билим олиши ва оила қуриши учун кучли стимул бериши исботланган (Kapdlan E.H., [1999]).

Кин аплазиясини даволашда асосий роль ўйновчи жаррохлик усуллари анча узоқ тарихга эга (Goldwyn R.M., 2007). Бизгача маълум бўлган қадимий операциялар эрамининг 1-2 асрларига туғри келади. Celsus (эрамининг 1 асри), Soranus (эраминдан аввалги 78-11 йиллар) асарларида кин битиб қолишидаги жаррохлик усуллари, беморни операциядан кейин қандай олиб бориш кераклиги, кин қайтадан беркилиб қолмаслиги учун қандай чоралар қуаш зарурлиги кўрсатиб утилган. Операция техникаси оралик соҳасини тешиш, гематокольпос ва гематометрани бартараф этишдан иборат бўлган. Гематокольпосни инцизия қилиш усулини Aetios (502-572), Aegina P. (625 - 690), Chauliac G. De (1363), Dionis P. (1733), A. De Haen (1771), Freteau (1812), Maisonneuve (1867) лар ҳам тасвирлаб қолдирганлар.

Абу Али Ибн Сино (эрамининг XI асри) кин битиб қолишида анча прогрессив техникани қуллаган - у туғри ичак ва сийдик пуфаги уртасидаги туқималарни очиб, гематокольпосни тозалаган ва канал ҳосил қилиш учун мойга беланган тешикчали найча қолдирган.

Duuytren W.G. 1817 йилда тешиш урнига тугри ичак ва сийдик пуфаги уртасидаги тукумаларни кесиб очиш, менструал конни окизиб юбориш амалини бажарган. Кейинчалик бу канал “Duuytren канали” номини олди. Бир оз вақтдан сунг канал торайган ва битиб колган. Бндан ташкари купинча сепсис ривожланиб, бемор вафот этиш холари куп учраган.

Кин аплазиясини даволашнинг самарали усулларини кидириб, Reidinger (1886) ва ундан мустакил равишда Перлис В.С (1886) Дюпютрен усули буйича оралик тукумасини кесиб очиш, кейин цервикал каналнинг ташки бугзини кин дахлизининг шиллик пардасига тикиб куйиш усулини яратди. Бачадон аста-секин кискариб, юкорига кутарилган ва узи билан бирга кин дахлизи тукумасини хам тортиб кетган. Перлис В.С. ана шундай йул билан бир беморда жуда муваффакиятли тарзда сунъий кин яратишга муваффақ булган – уша аёл кейинчалик хомиладор булиб, туккан. Богуши К.Ф. ва Богуши Л.К. хам шу методикани куллаганлар.

Pfanennstil (1902) бу операцияга узгартиришлар киритди. У бир вақтнинг узида хам корин бушлиги тарафдан, хам оралик сохасидан иш бошлашни таклиф этди. Бу бачадон буйнини вестибуляр соха шиллик пардасига тикиш ишини осонлаштирди. Каналнинг бтиб колишининг олдини олиш учун тампонада килинди. Мазкур усулини Маркарян П.А. (1952), BeckС. (1900), Hofmeier-WurzburgМ. (1904) хам кулладилар. 19 асрнинг иккинчи ярмида кин нуксонларини тарли хил трансплантатлар билан коррекция килишнинг барча усуллари яратилди. Уларни кандай пластик материал кулланилганига караб бир неча гурухларга ажратиш мумкин: аутопластик (тери киркмаси, ичак булагги, кушни аъзолар деворлари), гомо-гетеро ва аллопластик усуллар (когонок сувлари, кин шиллик пародаси, перикард, каттик мия пардаси ва бошка тукумалар).

1872 йилда рус врачги Гепнер К.Ф. кин хосил килиш учун тери булагидан фойдаланди. Бунинг учун терини беморнинг узидан - катта

жинсий лаблар ва думбалардан олган. Ушандан бери мазкур усул ривожлантирилиб, узининг ахамиятини то хозирги кунгача йукотмаган ва унинг турли модификациялари яратилган (Матвеев Ф.Р., 1935; Чарквиани И.И., 1956; Сокушев Г.К., 1979; BarrowsD.N., 1957; BruckH. etal, 1971; ToureP. etal, 1977; MeyerR., KesselringU.K., 1980; GuoE.T. etal, 1990;GiraldoF., 1994).

Катта ва кичик жинсий аблар терисидан фойдаланиб кольпопоз килиш операцияси куплаб жаррохлар назарида бачадон функцияси сакланган кин аплазиясини даволашнинг энг маъкул йули билан хисобланади. Гепнердан сунг бачадон функцияси сакланган аёлда кичик лаблар терисидан кин ясаш усулини SchlesingerW. (1887), FrankR.T. (1891), Сокушев Г.К (1967), Килимник А.М.(1969), Сокушев Г.К.(1969) лар давом эттирдилар.

Сунъий кин яратиш учун тери киркмаларидан фойдаланиш усулини 1888 йилда Шалита С.Г. ишлаб чикан.эркин тери киркмаларини кин деворига фиксациялаш учун Шалита махсус инструмент яратди. Тирш усули буйича булакланган тери киркмаларидан кинни пластикасини бажариш катта амалий ахамият касб этди. Махсус скальпель ёрдамида у катта тери участкасини шилиб олиб, кин ички деворини тулик коплаб чиккан. Тери “халтасининг” ташки учини вестибуляр соханинг киррасига тикиб куйган. Бу усул иккинчи марта А.Н. McIndoe ва муаллифдошлари билан 1938 йилда кайта “кашф” этилган ва хозирга кадар адабиётларда унинг номи билан юритилади. Тери киркмасини яхши битиб кетиши учун уни кин деворига авайлаб босиб куйиш катта ахамиятга эга. Бунинг учун врачлар вазелин ёки усимлик мойига беланган дока тампондан фойдаланишган. Айрим врачлар эса бунинг учун махсус кин протезидан фойдаланганлар.

Simmons С.А. (1959) ва Буриан Ф. (1967) хам уз амалиётларида кольпопознинг дермо-эпидермал усулидан фойдаланганлар. Курсатиб

утилганидек, эркин тери киркмаларидан фойдаланиб вагинопластика килиш идеял усул эмас ва куплаб камчиликларга эга. Масалан, янги яратилган кин деворининг бужмайиб колиши, бу эса киннинг чандикли торайишига сабаб булади. Шунинг учун операциядан кейин узок вакт давомида (бир йил ва ундан узокрок) кин протезидан фойдаланишга тугри келади. 1951 йилда Беляев Е.И. ва Колченогов Л.Д. лар Дуглас-Парин усули буйича перфорацияланган тери киркмаларидан фойдаланишни таклиф этдилар. Аммо, мазкур перфорацияланган тери киркмаларидан фойдаланган холатда хам кин протезларини куллаш давомийлиги кискармади.

Кольпопознинг аутопластик усулларига кичик чанок сероз пардаси варакларидан сунъий кин яратиш операцияси киради. Д.О. Отт 1898 йилда биринчи бор кичик чанок корин пардасидан сунъий кин яратишга муваффақ булган. Операцияда булажак кин девори сероз парда вараклари билан коплаб чикилади. Операциядан кейинги даврда кин бушлиги торайиб ёки битиб колмаслиги учун узок вакт протез ишлатиб юрилади ёки бужлаб турилади. Корин парда кольпопоззи муаллифи Ксидо М.И. (1933) хисобланади. Бу усул анча кенг тарқалган. Шундай килиб, эркин тери киркмасидан фойдаланш усули хам кичик чанок сероз пардаси варакларидан сунъий кин яратиш операцияси хам асосан бачадон функция бажармайдиган аёлларда кулланилган.

Ўз замонаси учун оригинал бўлган кольпопоз методикасини FallsH.F. (1940) таклиф этган. Мазкур усулни ишлаб чиқишда Рейн Г.Е. (1895) ва Кашкадамов П.Н. (1896) лардан айрим элементларни олган. вестибуляр чуқурча сохасида кесма килиниб, кейин шиллик парданинг бир булагини дисксимон шаклда ажратиб олиган. Бунда шиллик парданинг булагини шундай кесилганки, унинг марказий қисми остидаги туқима билан боғланган холида турган. Канални шакллантириш жараёнида киркмани ичкари киритиб, у билан кин гумбазлари сохасини копланган.

Киннинг ён деворларини ёпиш учун кичик лаблар соҳасидан кенглиги 1 см, узунлиги 3-4 см лик 4 та киркма кесиб олинган. Бу киркмаларнинг эркин учлари кин ичига киритилиб, шиллик парда кирралари билан тикиб куйилган. Бу усулда факат кин гумбазлари ва кин ён деворларининг бир кисми тери ва шиллик парда билан ёпилган. Колган оралик зоналар очик колган ва иккиламчи эпителизацияга колдирилган ва иккиламчи эпителизацияга дучор булган. муаллифнинг гувоҳлик беришича, эпителизация 2-3 хафта ичида нихоясига етади. Кин керакли улчамини саклаб туриш учун мижозлар тикин (пробка) дарахтидан ясалган протез ишлатишган. Операция килинган жами 8 беморнинг хаммасида коникарли натижа кайд этилган. Аммо олимнинг издошлари операциянинг техник жихатдан мураакаблиги ва жарохат юзасининг узок эпителизацияланишини унинг камчиликларидан деб карашган (Сокушев Г.К., 1969).

1891 йилда рус гинекология фанининг асосчиси Снегирев В.Ф. тугри ичакнинг пастки кисидан сунъий яратишни таклиф клди. Уша пайтдан бошлаб кин хирургиясида янги йуналиш - энтеровагинопластика пайдо булди. Москва ва Санкт –Петербург акушер-гинекологлари жамияти мажлисларида Снегирев беморларга огир ва тугрилаб тулмайдиган зарар келтирганликда айбланди. мажлислардан бирида раислик килган Отт Д.О. Снегирев усулини кур-курона инкор этмасликни, бу усул эътиборга лойик усул эканлигини эътироф этди. Отт Д.О. тегишлича узгаришлар киритилиши билан мазкур усул узини оклаши мумкинлигини башорат килди. Унинг бу башорати хак булиб чикди. Бу методика кейинчалик Попов Д.Д. (1909) ва Schubert G. (1916) томонидан ишлаб чикилган тугри ичакдан сунъий кин яратиш операциясига асос булиб хизмат килди. Худди шу усулни Снегирев В.Ф. (1892, 1903); Гусев В.Я. (1906); Шарапов С.Н. (1939), кейинчалик янга бир катор олимлар кулладилар.

Тугри ичакдан кольпопоз килиш операциясининг якин ва узок натижаларини урганиш шуни курсатдики, тугри ичак кесмаси сунъий кин учун куйиладиган талабалрнинг барчасини кондира олмас экан. Мандельштам А.Э. (1966) маълумотларига кура, тугри ичакдан сунъий кин ясалган 67 пациентнинг биттаси улган, 13 тасида ректовагинал окма пайдо булган, 15 тасида ташки чикариш тешиги якинида тугри ичак стриктураси ривожланган, яна бир беморда куплаб параректал окмалар келиб чиккан. Шу кадар куп асоратар келтириб чикарганлиги боис, Снегирев-Попов-Мандельштам усули буйича кольпопоз килиш операцияси бугунги кунда амалда кулланимайди. Аммо, Ein H., Stephens C.A. (1971) кин аплазиясида anus vestibularis би лан бирга эктопик жойлашган тугри ичак булагини сунъий кин яратиш учун ишлатган. Муаллифлар коникарли натижага эришдилар. Тугри ичак функцияси бузилмади.

Baldwin D. (1904, 1907, 1910, 1927) кин пластикаси учун ингичка ичак булагини ишлатиш мумкинлиги гоясини илгари сурди ва бу кейинчалик жуда кенг таркалди. 1907 йилда Baldwin D. Илк бор ингичка ичак булагидан сунъий кин яратиш операциясини амалга оширди. Муаллиф методикасининг мохияти 25 см узунликдаги ингичка ичак булагини оёкчаси билан бирга пастга силжитиб келиш ва олдиндан тайёрлаб куйилган ретроцервикал каналга киритилади ва кин дахлизига фиксацияланади. 1907 йилда Heberlin ичакни иккига ажратилган холатда эмас, факат бир учидан туширишни таклиф этди. Бу усулнинг камчилиги корин парданинг тортилиши булиб, шунинг учун хам бу усул кенг таркалмади. Унинг ори гинал илмий ишида Baldwin D. Айрим холатларда ингичка ичак урнига сигмасимон ичак булагидан фойдаланиш хам мумкинлигини эслатиб утган эди. Биринчи марта симасимон кольпопоз 1907 йилда Wallace томонидан утказилган.

Кейинчалик 70-йиллар бошларига кадар кин аплазиясида сунъий кин яратиш учун энтеровагинопластикадан фойдаланиш усули жуда камдан-

кам ҳолатларда кулланилган, аммо бунда купрок сигмасимон ичакдан фойланилган: Юдин С.С. (1925); Фаерман И.Л. (1929); Франкенберг Б.Я. (1930); Александров М.С. (1943, 1948, 1949); Гиговский Е.Е. (1949); Россошанский А.А. (1956, 1964); Петербургский Ф.Е. (1957); Мирзоев Ф.И. (1962); Маненков П.В. (1963); Малихина Р.У. (1963); Квашенко Б.К. (1962); Николаев И.Н. (1964); Багиров Д.М. (1964); Белкин В.Р. ва Селезнева Н.Д. (1965); Albrecht P. (1911,1913); Ruge E. (1914); Heiduk B. (1935); Pertynski J. (1961); Bankoff G. (1961); Novak F. (1962); Hoge R. H. (1962); Sirbu P., Mudrio V., Suciу T. (1962); Castanares S. (1963); Helbing W. (1963); Cagliero L., Macchioni B. J., Meduri B. (1964); Sananes P. (1965); Finlentscher R. And Semm K. (1966); Felman D. et Theoleyre J. (1966) ва бошқалар.

Утган асрнинг 50-йилларига қадар сигмоидал кольпопоз операциясини энг кўп бажарган жарроҳ Александров М.С. бўлиб, у икки энгли услубни қўллаган. Беморларнинг 67,5% ида операциядан кейинги давр силлиқ кечган, 30,2% ида асоратлар кўзатилган. Асоратлар ичида энг кўп учрагани ректал оқмалар бўлиб, 16,6% кўзатилган, қорин деворидаги жароҳат томонидан асоратлар 22,4%, ичак томонидан асоратлар – 5,9%, интеркуррент касалликлар – 7,6%, циститлар – 1,7%, паренхиматоз гепатит – 0,5% ҳолатларда учраган.

Гиговский Е.Е. (1963, 1969, 1971) сигмасимон ичакдан сунъий қин яратишнинг бир энгли методининг асосчиси ҳисобланади. Гиговский сунъий қин яратишнинг иккита усулини таклиф қилган. 220 дан зиёд сигмокольпопоз операциясини бажариб, муаллиф сигмасимон ичакнинг резекция қилинган қисмининг ҳаракатчанлигини ошириш учун қорин одли пардасини кесишнинг аҳамиятини очиб берди.

Бутун XX аср давомида бачадон функцияси сақланган қин аплазияси ҳолатларида ичак трансплантатидан фойдаланишга уриниш жуда кўп учраган. Бачадон функцияси сақланган қин аплазиясида ичакдан кольпопоз қилишнинг айрим намуналари айниқса диққатга сазовор. 1922

йилда Wagner G.A. бачадон ва қин ўртасида тўғри ичакдан анастомоз ҳосил қилди. Кейинчалик мазкур пациентда 3 ҳомиладорлик ва 3 та табиий йўллар орқали туғруқ содир бўлди.

Рудиментар бачадонда сунъий қин яратиш усулини Кашкадамов П.М. (1896); Порошин М.П. (1902); Гамперис А. (1958); Килимник А.М., Сокушев Г.К. (1969); Wawryk R., Dudkiewicz J. (1969); Musset R et al (1971); Капелюшник Н.Л. (1974); O'Brien B.M. et al (1990); Flack C.E. et al (1993); Crawley W.A. et al (1994); Gilardo F. et al (1994); Okada E. et al (1996) каби олимлар қўллаганлар. Ҳар бир муаллиф методикани ривожлантириш учун ўз услубини яратишга, янги янги ўзгартиришлар киритишга ҳаракат қилди.

1.2. Қин аплазиясини бартараф этишнинг замонавий усуллари

Қин аплазиясини даволаш усуллари асосан XIX асрда ривожланди ва асосий жарроҳлик даволаш усуллари ўша замонда яратилган. Ўша пайтларда бундай ҳолатларнинг ўзи ҳам операциялар ҳам жуда кам қайд этилар, аммо врачлар фавқулодда моҳирлик ва топқирлик намойиш этганлар. XX асрга келиб анчагина катта материалда ишончли статистик таҳлиллар билан илмий тадқиқотлар олиб борилди, маълум бўлган методикаларнинг асоратлари ва афзалликлари батафсил урганилди, уларнинг позитив ва негатив томонлари қиёсланди, уша пайтгача маълум бўлган усулларнинг турлича янги модификациялари таклиф этилди.

Оператив аралашувларнинг техник мураккабликлари ва ҳар доим ҳам самарали натижа бермаслиги врачларни вагинопластиканинг кўплаб янги усуллари ишлаб чиқишга мажбур этди. Мавжуд барча усулларни икки гуруҳга ажратиш мумкин: 1) маҳаллий тўқималардан фойдаланиб пластика қилиш; 2) эркин (эпидермал ва эпителиал тўқималардан) ёки васкуляризацияланган (тери, қорин парда ва ичак) трансплантатлардан фойдаланиб аутопластика қилиш. Шу ўринда айтиб ўтиш лозимки, айрим

муаллифлар () сигмоидал ва ректо-сигмоидал кольпопоззни алоҳида гуруҳга киритадилар, бу эса ноўрин, негаки фақат операция техникаси фарқ қилади холос, аслида бу аутопластиканинг бир туридир.Эффектив методикалар спектри бачадон функцияси сақланган ёки бачадон умуман бўлмаган ҳолатларда бир-биридан буткул фарқ қилади. Энг мураккаб ва охиригача ўрганилмаган мавзу бачадонфункцияси сақланган ҳолатларда қинни тиклаш операциясидир (Адамян Л.В. и соавт. 1998). Узоқ чузилган қин аплазиясида маҳаллий тўқималардан фойдаланиб пластика қилиш айниқса қийин, бунга сабаб гематокольпоснинг жуда чуқур жойлашганлиги ва кичик ўлчамда эканлиги, қолаверса, пластик материалнинг ҳамда тўқималар чузилувчанлигининг етарли эмаслигидир (Демидова Е.М., 1998; Курбанова А.Г., 1999; Алимбаева Г.Н., 1999; Хашукоева А.З., 1998; Бижанова Д.А. 1998; Адамян Л.В. и соавт. 1998; Rochet V., 2004).

Бир қатор муаллифлар неовагина стенози, қиннинг калталаниб қолиши, пиосальпинкс, ҳайз қонининг яхши оқмаслиги, эндометриоз каби кўплаб асоратларни қайд этиб ўтганлар (Алимбаева Г.Н., 1999; Хашукоева А.З., 1998). Айрим ҳолатларда менструал қоннинг яхши оқишини таъминлаш учун қайта-қайта муваффақиятсиз уринишлардан сўнг охири бачадонни олиб ташлашга тўғри келади. Айниқса, ривожланишнинг коакал нуқсонларида қин аплазиясини даовлаш жуда мураккабдир.

Қин соҳасини трансплантатлар билан алмаштириш ва маҳаллий тўқималар билан пластика қилиш, хали ҳамон аввалгидек жарроҳлик даволаш усулларининг асосий наборини ташкил этади. Хирургик даволашга кўрсатмалар одатда диагноз аниқлаштирилгандан сўнг дархол қўйилади (Адамян Л.В. и соавт.,1998). Николаев В.В.ва Бижанова Д.А. (1999) анча кам ҳаракатли ёндошувни таклиф этадилар. Улар кичик ўлчамли гематокольпосда аввал уни тозалаш, кейин ихтисослашган клиникаларга утказишни лозим деб ҳисоблайдилар. Операцияни фақатгина

пластик материал етарли бўлган ҳолатдагина бошлаш лозимлигини уқтирадилар.

XX аср бошларидан то ҳозирга қадар қин соҳасининг етишмаётган жойларини трансплантатлар билан тўлдиришга интилиш тухтагани йўқ. сўнгги йилларда сунъий қин яратиш учун фақат қорин парда ва ичак трансплантатлари қўлланимокда.

Саруханов Ф.Г. (2004), Богданова Е.А. ва муаллифдошлари (2005) бачадон функцияси сақланган қин аплазиясида утказилган рекосигмоидал кольпопоздан кейинги узоқ натижаларни кўзатдилар ва қўйидаги хулосаларга кедилар: қиннинг чандиқли торайиши 38,5%, сурункали эндометрит ривожланиши 46,1%, неовагина деворларининг тушиши 23% аёлларда кўзатилган. Адамян Л.В. ва муаллифдошларининг (2008) берган маълумотларига кўра ичак кольпопозидан кейинги 12 та аёлдан 10 тасида операциядан кейин эндометрит ривожланди ва гистерэктомия қилишга тўғри келди.

Жинсий аъзолар ривожланиши аномалиялари бўлган аёлларни хирургик реабилитация қилиш муаммоси ута жиддий ва баҳс-мунозарали мавзудир. Оператив аралашув ҳажми ва принциплари, реконструктив-пластик операцияларнинг оптимал услубини танлаш, шунингдек, организм умумий фаолиятини тиклашга қаратишган даволаш-реабилитация усуллари тўлиқ ўрганиб чиқилмаган. Бугунги кунда кольпопоз операциясига мухтож пациентлар сони сезиларли даражада кўпайиб бормокда, уларга нафат аёллар, балки жинсий аъзолар яхши ривожланмаган, асли эркак бўлиб туғилган шахслар ҳам киради. шуларни эътиборга олган ҳолда, биз бутунлай хар хил психосексуал статусли, чаноқ суяг анатомияси бир-биридан фарқ қиладиган ва бутунлай қарама-қарши гормсонал фонга эга бўлган беморлар билан ишлашга тўғри келади. То ҳозирги кунга қадар пациентнинг жинси, анатомияси тўқималарнинг эстрогенларга тўйинганлик ҳолати ва бошқалардан келиб чиққан ҳолда

оператив аралашув услубини танлаш ва дифференциацияланган ёндошувни таъминлаш принциплари мавжуд эмас. Шунингдек, то хозиргача нафақат ривожланиш нуқсонини самарали ва бехатар бартараф этишининг ягона усули ҳақида, балки, мазкур операцияни утказиш лозим бўлган ёш ҳақида ҳам ягона аниқ фикр йўқ. Бир қанча муалифлар (Саруханов Ф.Г., 2004; Богданова Е.А. ва муаллиф., 2005) операцияни 7-9 ёшда ўтказиш лозим деб ҳисоблайдилар. Саруханов А.Г. (2004) пубертат даврининг сунггигача, яъни то 17-19 ёшгача ҳам операцияни утказишнинг иложи бор деб ҳисоблайди. Унинг фикрича, бу ёшга келиб, пациент жинсий ҳаёт кечира олмаганлиги учун нуқсонни коррекцияловчи операциянинг керак ва муҳим эканлигини тўлиқ англаб етади ва операцияга онгли равишда ёндошади. Кўрсатиб утилган ҳолатлар қин аплазиясини даволаш усулларини янада мукамалтириш масаласини замонавий хирургиянинг ва гинекологиянинг долзарб муаммоси деб ҳисоблашга имкон беради ва кейинги тадқиқотларга ундайди.

1.3. Репродуктив ёшдаги аёлларнинг жинсий йўллари микробиоценози

Миллион йиллик эволюция жараёнида шаклланган энг мукамал химоя тизимларидан бири булмиш кин микробиоценози сунги йиллардаги урбанизация, тобора кескинлашаётган экологик муаммолар, антибиотиклар эрасининг бошланиши ва унинг иммун тизимига таъсирига бардош бера олмай бузилмоқда (Артикхождаева Г.Ш. ва муаллиф., 2006; Байрамова Г.Р., 2006; Сидорова И.С. ва муаллиф., 2005). Бу муаммо клиницист ва микробиологлар томонидан атрофлича урганилиб, даволаш ва профилактика тадбирлари ишлаб чиқилмоқда. Инсондаги нормал микрофлора – тери ва шиллик пардаларда жойлашган куплаб микробиоценозларнинг мажмуасидир (Кира Е.Ф., 2001; Симчера И.А., 1999; WorldHealthOrganization., 2005). Аёл жинсий йўллари эса 3 та

«экологик уяча» - кин ясси эпителийси, бачадон буйнининг призматик хужайралари (крипталар) ва цервикал безларнинг уникал мухитидан иборат. Хар бир экологик уяча уз зкосистемасига эга (Строганов В.П., 1999; Тихомиров А.Л. ва муал., 2003).

Жинсий аъзоларнинг нормал флораси аёл хаётининг барча даврларида мухим химоя ролини бажаради. Микроблар спектрининг узгариши турли омиллар – махаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши, ташки мухит таъсири, айрим касалликлар туфайли фармацевтик воситаларин асоссиз ва пала-партиш куллаш натижасида келиб чиқади (Соловьева И.В., 2002; Уртаева З.А., 1999; Paavonen J. et al., 1999; Livengood C.H. et al., 2000). Шу нарса аниқланганки, жинсий йуллар микроэкологиясининг бузилиши шартли патоген микроорганизмларнинг купайиши, уларнинг гайриодатий жойларда контаминацияланиши (жойлашиши ва купая бошлаши) натижасида руёбга чиқади (Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кира Е.Ф., 2001; Кошелева Н.Г. ва муаллиф., 2002; Уртаева З.А., 1999; Kilpatrick S.Y. et al., 2003).

Бошка барча микробиоценозлар каби репродуктив ёшдаги аёлнинг вагинал микроценози хам автохтон (нормада доимий истикомат килувчи) ва аллохтон (транзитор) микрофлорадан иборат. Автохтон микрофлора турлари сони патоген бактериялар турларига нисбатан кам булса-да, улар популяция сони буйича устунлик килади. Сон жихатдан улар барча микроорганизмларнинг 95-97% ини ташкил этади, патоген микроорганизмлар эса бор-йуги 3-5% дан ошмайди (Анكيرская А.С., 1999; Анكيرская А.С. ва муаллиф., 2000; Прилепская В.Н. ва муаллиф., 2002; Gifford D.S. et al., 2005; Tamim H. et al., 2002).

Кин нормал микрофлораси жинсий йуллари колонизацион резистентлиги оркали таъминланади. Бу нарса киндаги микроорганизмларнинг сони ва тур таркибининг тартибга солиб турувчи механизмлардир (Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кошелева Н.Г. ва

муаллиф., 2002; Kilpatrick S.Y. et al., 2003). Колонизация деганда Янги турдаги микробларнинг кинга келиб урнашиши тушунилади. Колонизацион резистентлик эса бу янги микробларга каршилиқ курсатиш ва уларнинг йук килинишидир. Бунинг учун бутун бошли химоя тизими мавжуд: кин рН ини пасайтирувчи органик кислоталар, водород пероксиди концентрацияси, бактериоцин ва унга ухшаш моддалар, биосурфактантлар (Валышев А.В. ва муаллиф., 2001). Биосурфактант адгезив субстанция булиб, кин эпителийси юзасига адсорбцияланиб, патоген бактерияларни адгезиялайди. Гликогеннинг ферментатив парчаланишида хосил булувчи сут кислотаси, водород пероксиди кин рН ини 4,0-4,5 гача пасайтиради. Юкоридаги омиллар хаммаси биргаликда лактобациллалар хаёт фаолияти учун кулай шароит яратади ва ацидофоб бактериялар купайишига тускинлик килади (Анكيرская А.С., 1999; Прилепская В.Н. вamuалиф., 2002; McLean N.W. et al., 2000; Reid G., 2001).

Аёл жинсий йуллари нормал микрофлораси ундаги микроорганизмларнинг тур таркибининг хилма-хиллиги, аёлнинг бутун хаёти давомида облигат ва факультатив анаэроб хамда камрок микдорда аэроб микроорганизмларнинг борлиги билан характерланади (Кира Е.Ф., 2001; Саркисов С.Э. ва муалиф., 2000). Репродуктив ёшдаги соғлом аёлларда кин ажралмасидаги микроорганизмлар микдори 6-8,5 lg КОЕ /мл ва 40 дан зиёд турларни уз ичига олади. Аэроб бактериялар микдори 7,4 5 lg КОЕ /мл дан ошмайди. Кин мухитида асосий купчиликни *Lactobacillus* spp. ташкил этади – 95-98%. Улар микробларнинг жуда катта группаси булиб, асосан микроаэрофил бактериялардир (Анكيرская А.С., 1999; Башмакова М.А. ва муаллиф., 1995; Уртаева З.А., 1999; Черкасов С.В., 1998). Лактобациллаларнинг облигат-анаэроб турлари нисбатан камчиликни ташкил этади (Анكيرская А.С., 1999; Кира Е.Ф., 2001; Шендеров Б.А., 1998). Купинча куйидаги лактобациллалар аникланади: *L. acidophilus*, *L. brevis*, *L. jensenii*, *L. casei*, *L. leishmanii*, *L. plantarum* кузатилади. Умуман киндаги анаэроб ва аэроб микроорагнизмлар нисбати 10:1 ни такшил этади

(Вальшев А.В. ва муалиф., 2001; Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кошелева Н.Г. ва муаллиф., 2002; Kilpatrick S.Y. et al., 2003).

Лактобациллалар урогенитал трактнинг ягона «химоячилари» эмас. Бифидобактерий кушимча микроб компонентларидан бири булиб, киннинг колонизацион резистентлигини таъминлашда катнашади. Кин секретиди бифидобактерийнинг микдори $4,7 \lg \text{ КОЕ /мл}$ ни ташкил этади. Купинча *V. bifidum* ва *V. breve* учрайди (37,5% аёлларда), *V. adolescentis* (25%), *V. longum* (12,5%) каби турлари аникланади (Коршунов В.М. ва муаллиф., 1999). Шундай маълумотлар мавжудки, унга кура бифидобактерий хужайра девори иммунстимулловчи активликка эга, бу эса микроорганизмнинг ёт агентга нисбатан иммун жавобини кучайтиради (Артикхождаева Г.Ш. ва муаллиф., 2006; WorldHealthOrganization., 2005; Уртаева З.А., 1999).

Хайз кунларида тукумаларнинг редокс потенциали пасаяди ва кин рН и 5-6 гача кутарилади. Бу эндометрийнинг дегенератив хужайралари ва коннинг кинга тушиши билан боғлиқ. Бунда лактобациллалар микдори камаяди ва факультатив- ва облигат - анаэроб бактериялар сони купаяди (Sobel J.D., 2003; Vermeulen G.M. et al., 1999; Wilson J., 2004). Хайз тугагач, лактобациллалар микдори тиклана бошлайди ва секретор фазанинг уртасига бориб максимал микдорга этади (Артикхождаева Г.Ш. ва муаллиф., 2006; Байрамова Г.Р., 2006).

Хомиладорлик вақтида прогестерон таъсири остида кин шиллик пардаси калинлашади, оралик хужайралар каватининг эластиклиги ошади, уларда гликоген синтези максимал даражада интенсивлашади, лактобациллалар хаёт фаолияти учун аъло даражада яхши шароит яратилади. Шунинг учун хомиладорлик вақтида лактобациллалар микдори куп булади, айниқса тугруқ вақтига келиб, максимал даражада купаяди ва хомила ацидофил бактериялар жуда кўп бўлган шароитда туғилади (Анكيرская А.С., 1999; Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кошелева Н.Г. ва

муаллиф., 2002; Крешлева У.Ф., 2000; Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кошелева Н.Г. ва муаллиф., 2002; Kilpatrick S.Y. et al., 2003).

Тугрукдан кейин кин ва цервикал канал микрофлораси анча узгаради. Бир канча бактерия гурухлари, хусусан *Bacteroides*, *E. coli*, *Streptococcus* B ва D кабилар купаяди (Баев О.Р. ва муаллиф., 1997; Симчера И.А., 1999; Прилепская В.Н. ва муалиф., 2002; Gifford D.S. et al., 2005).

Цервикал канал физиологик шароитда стерил булади, факатгина ташқи бугиз соҳасида кин микрофлорасига ухшаш, аммо анаэроб микроорганизмлар кўпрок бўлган флора аниқланади (Дерябин Д.Г. ва муаллиф., 2001; Воропаева С.Д., 1999; Barbes C. et al., 1999).

Ташқи жинсий аъзолар микрофлораси эпидермал стафилококклар, коринебактериялар, яшил стрептококклар, микобактериялар, кандидалар ва энтеробактериялардан иборат (Гуркин Ю.А. ва муаллиф., 2005; Кошелева Н.Г. ва муаллиф., 2002; Шендеров Б.А., 1998; Kilpatrick S.Y. et al., 2003).

СНГ мамлакатларида киннинг 4 та тозалик даражаси ажратиладиган тасниф кулланилади (Бодяжина В.И. ва муаллиф., 2000).

I даража – эпителий хужайралари, Додерлейн таёкчалари, 1-2 та лейкоцитлар, рН кислотали. (турмушга чикмаган кизларда)

II даража - эпителий хужайралари, Додерлейн таёкчалари, кам микдорда сапрофит бактериялар, биров лейкоцитлар, рН кислотали. (Турмушга чиккан соғлом аёлда)

III даража - эпителий хужайралари, Додерлейн таёкчалари жуда кам, патоген бактериялар, лейкоцитлар куп микдорда, рН ишкорий (Бактериал вагиноз ёки кольпити бўлган аёллар).

IV даража - эпителий хужайралари, Додерлейн таёкчалари йук, кокклар ва бошқа патоген бактериялар куп микдорда, лейкоцитлар жуда

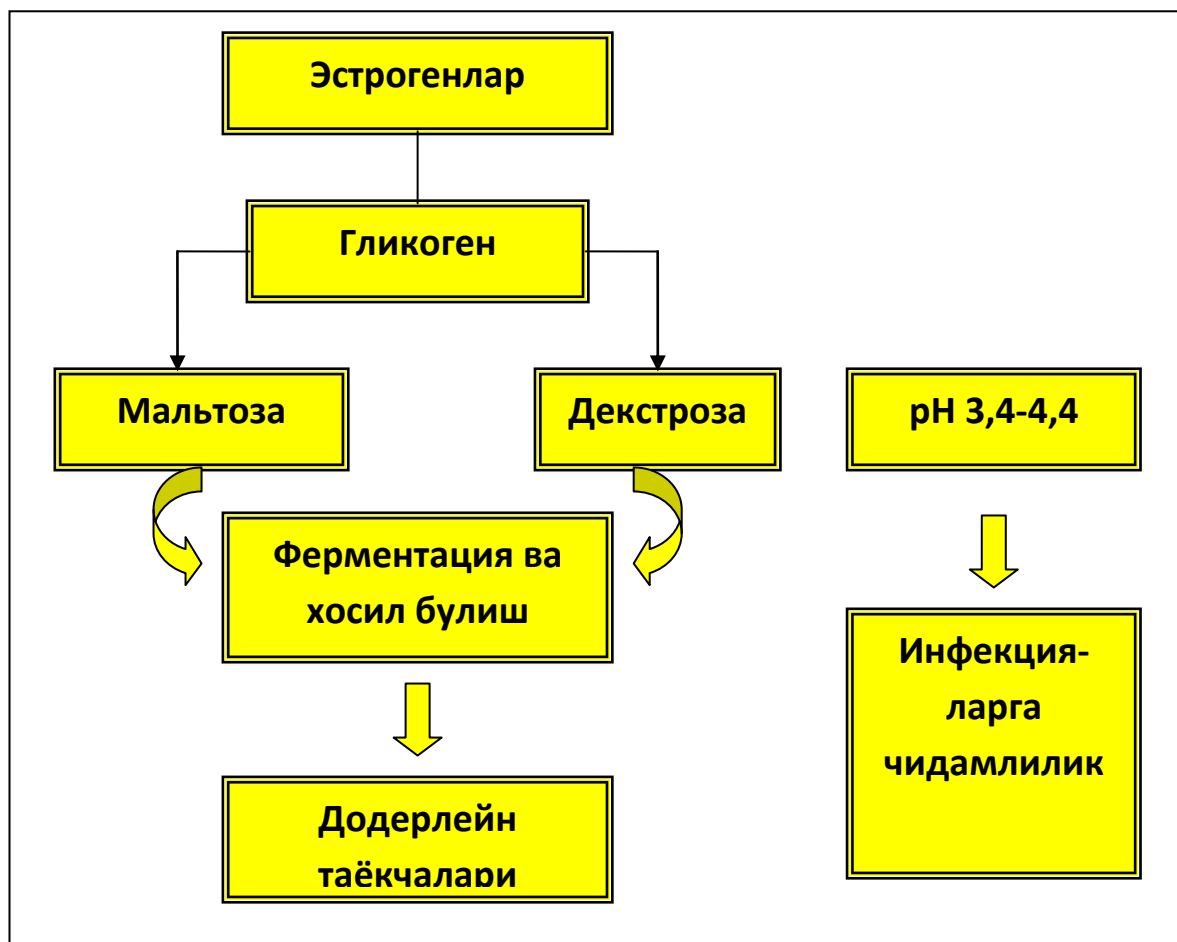
куп, рН кучли ишкорий. Специфик инфекция (гонорея, хламидия, трихомонада ва б.) кузатилади (Специфик инфекция).

Чет мамлакатларда кин микрофлорасини бахолаш учун О. Jirovec (1998) классификацияси кулланилади:

1. Соғлом аёл суртмаси - эпителий хужайралари ва Додерлейн таёқчалари.
2. Йирингсиз бактериал кольпит: кўп сонли йиринг чақирмайдиган бактериялар, лейкоцитлар йўқ.
3. Йирингли бактериал кольпит: кўп сонли йиринг чакирувчи бактериялар ва лейкоцитлар.
4. Гонококкли инфекция: гонококкли суртма.
5. Трихомонадали инфекция: трихомонадали суртма.
6. Кандидозли инфекция: кин микози манзараси.

Кин нормал микрофлорасининг сакланиб туриш механизми куйидаги схемада умулаштириб тасвирланган (расм 1).

Шундай килиб, келтирилган адабиёт шуни курсатадики, кин микрофлораси нихоятда куп компонентлидир. Нормал кин микрофлорасини таъминловчи механизмларни тушуниш аёл жинсий аъзолари яллигланиш касалликлари этиопатогенезини яхшироқ тушунишга ва самарали даволашга имкон беради (Артикхождаева Г.Ш. ва муаллиф., 2006; Байрамова Г.Р., 2006).



Расм 1. Қин нормал микрофласининг сакланиши (Артикхождаева Г.Ш. ва муаллиф., 2006)

1.4. Сигмасимон ичакдан ясалган неовагинанинг микрофласи

Соғлом катта ёшли одамда сигмасимон ичак микрофласи асосан турли хил анаэроб микроблардан иборат. рН ўртача ишқорий бўлади. Қиннинг микрофласи асоан лактобациллалардан иборат бўлиб, улар қин секретининг кислотали бўлишини таъминлайди. Сигмасимон ичакдан неовагина яратилган пациентларда ректосигмоидал бўлакча ишлатилади. Афсуски, қин яратиш учун ишлатилган сигмасимон ичакнинг микрофласи ҳақида жуда кам маълумот мавжуд.

Сигмасимон ичакдан неовагина яратиш услуги юқорида жуда айтиб ўтилди. Операциягача ичаклар механик тозаланади. Операция бошланишидан олдин профилактика мақсадида антибиотикларнинг бир марталик дозаси берилади. Сийдик пуфаги ва тўғри ичак орасидаги бушлиқ кесиб очилгандан сунг сигмасимон ичак проксимал қисмининг изоляцияланган бўлаги оралик ёки вульва билан туташтирилади, дистал қисми ёпилади. Жами 15 та бемор тадқиқ этилган. Улардан 10 нафари эркак-аёл транссексуаллар ва беш нафари қин аплазияси бўлган беморлар – Майер-Рокитанский-Кюстнер синдроми билан оғриганлар бўлган. Беморларнинг биронтасида операциягача ичак касалликлари бўлмаган. Операция билан бактериологик текшириш орасидаги вақт 23 ойдан 87 ойгача, ўртача 52 ой бўлган. Улар розилик берганларидан сунг махсус саволномани тўлдирганлар. Саволномада шикоятлари ва жинсий ҳаётга ва жинсий одатларга доир саволлар берилган. Беморларнинг 11 нафари сунъий қиндан шиллиқли ажралмалар келиб туришига шикоят қилди. 13 нафар беморда кам миқдорда қонли ажралмалар келиб туриши кўзатилган, шулардан 8 тасида қон кетиши спонтан, 5 тасида эса жинсий алоқадан кейин кўзатилган. 12 нафавр пациент мунтазам жинсий ҳаёт билан яшаган, ҳаммалари юмшатовчи восита сифатида метилцеллюлозадан фойдаланишган. Презервативдан фойдаланиш ҳақида ҳеч нарса айтилмаган. Пациентлардан биронтаси текшириш мобайнида антибиотиклар қабул қилмаган. Кўзгуларда кўрилганда беморларнинг кўпчилигида неовагинанинг юқори қисмида шиллиқли кўринишда турли органик моддаларнинг қолдиклари топилган. рН ни улчаш учун неовагинага тест таёқча киритилди, рН 5 дан 10 бўлган. Неовагинадан бевосита суртма олиниб, микроскопик текширишга юборилди. Унда трихомонада ва калит хужайраларнинг турли хиллари кўрилган. Шунингдек, бактериал вагинозни аниқлаш учун амин тести ҳам ўтказилган. Бактериялар сонини миқдорий аниқлаш учун сунъий қиндан суртма олишда стерил қовузлоқдан фойдаланилди. мазкур намуна 2 мл

камайтирилган ўрта ачитқили пептонга ўқйилди ва зудлик билан лабораторияга элтиб берилди. Юбориш олдидан унинг оғирлиги аниқ улчанган. Шунингдек, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, ва *Chlamydia trachomatis* каби инфекцияларга текшириш учун намуналар олинди. Лабораторияга олиб келингандан сўнг намуна аввал бактериялар сонини микдорий аниқлаш мақсадида қайта ишлаш учун анаэроб кабинетга кўйилди. Тортиб кўрилгандан сўнг, аралаштириш йўли билан 4 та пробиркага 100 баравар суюлтирилиб, бир неча қават муҳит билан копланди. Қонли агар муҳити (Oxoid Ltd., Basingstoke, England) аэроб культураларни аниқлаш учун, бруцелл қонли агари (BBL Microbiology Systems, Becton Dickinson and Co., Cockeysville, Md.) эса анаэроб культураларни аниқлаш учун қўлланилди. Яна бир нечта бошқа муҳитлар грамм-мусбат кокклар ва грамм-манфий таёқчаларни аниқлаш учун қўлланилди (Mac Conkey; Oxoid), *Haemophilus* (Levinthal; Oxoid), *Candida species* (Sabouraud; Oxoid), *Mobiluncus species* (brain heart infusion agar plus 5% horse blood, vitamin K, hemin, ва vancomycin 10 мг), Гарднереллаларнинг турлари (human bilayer Tween agar plate), лактобактериялар ва бифидобактериялар (Rogosa; Difco Laboratories, Detroit, Mich.), Трихомонада турлари (Trichosel broth, modified [BBL], plus 5% horse serum), *Chlamydia trachomatis* (monolayer of HeLa 229 cells in Eagle's modified minimum essential medium; Flow Laboratories, Irvine, Scotland, as described by Thewessen et al.[11]), Микоплазма *hominis* ва Уреоплазма *urealyticum* (Trypticase soy broth agar with horse serum), and Гонорея нейссера (GC medium with hemoglobin) ва ҳоказолар.

2 кундан 5 кунгача инкубацион даврдан ўтгандан кейин таёқчалар тасвирланди, саналди ва дентификация учун тақсимланди. Анаэроб, факультатив анаэроб грамм-манфий таёқчалар тегишлича Minitek (BBL) ва API 20E (Bio-Merieux, Marcy-l'Etoile, France) системалари ёрдамида урганилди. Факультатив анаэроб кокклар бошқа бир қанча системалр

ёрдамида идентификация қилинди. Неовагинанинг рН и 7 дан 9 гаяа булиб, уртача 8 ни ташкил этди. факультатив анаэроб ва анаэроб бактерияларнинг культурал экмаси қўйидаги жадвалда акс эттирилган (жадвал 1).

Жадвал 1.

Сигмоидал неовагина яратилган 15 нафар пациентдан ажратиб олинган факультатив анаэроблар (Богданова Е.А. ва муаллиф., 1995).

Микроорганизмлар	Изоляциялар сони	1 гражралмадаги микроблар сони
Грам –отрицательные штаммы		
<i>Escherichia coli</i>	14	$2 \times 10^8 - 2 \times 10^{11}$
<i>Morgnella morganii</i>	2	$2 \times 10^4 - 4 \times 10^7$
<i>Proteus vulgaris</i>	1	2×10^4
<i>Proteus mirabilis</i>	2	$2 \times 10^5 - 3 \times 10^5$
<i>Providencia sp.</i>	1	2×10^6
Gram-positive spheres		
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2	$4 \times 10^4 - 2 \times 10^4$
Viridans group streptococci	3	$2 \times 10^3 - 8 \times 10^7$
<i>Streptococcus spp.</i>	5	$8 \times 10^3 - 2 \times 10^7$
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	2	$2 \times 10^4 - 2 \times 10^5$
<i>Streptococcus bovis</i>	1	3×10^4
<i>Streptococcus pneumonia</i>	1	8×10^5
<i>Enterococcus sp.</i>	1	8×10^7

Gram-positive rods		
Lactobacillus spp.	10	$4 \times 10^3 - 2 \times 10^9$
Corynebacterium spp.	3	$4 \times 10^3 - 4 \times 10^7$
Жами	48	

Жадвал 2.

Сигмоидал неовагина яратилган 15 нафар пациентдан ажратиб олинган анаэроб бактериялар (Богданова Е.А. ва муаллиф., 1995).

Микроорганизмлар	Изоляциялар сони	1 гражралмадаги микроблар сони
Gram-negative rods		
Bacteroides thetaiotaomicron	2	$2 \times 10^5 - 8 \times 10^7$
Bacteroides fragilis	5	$8 \times 10^3 - 1 \times 10^9$
Bacteroides distasonis	2	$2 \times 10^5 - 3 \times 10^8$
Bacteroides vulgatus	1	2×10^4
Bacteroides spp.	5	$4 \times 10^3 - 3 \times 10^{10}$
Prevotella bivius	1	3×10^5
Prevotella disiens	1	2×10^5
Prevotella intermedia	1	2×10^8
Porphyromonas asaccharolytica	2	$3 \times 10^5 - 4 \times 10^7$
Gram-negative sphere		
Veilonella parvula	1	4×10^3
Gram-positive spheres		

<i>Peptostreptococcus asaccharolyticus</i>	2	$3 \times 10^5 - 3 \times 10^6$
<i>Peptostreptococcus magnus</i>	1	3×10^6
<i>Peptostreptococcus micros</i>	1	2×10^5
<i>Peptostreptococcus prevotii</i>	1	1×10^8
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	1	2×10^8
<i>Peptococcus anaerobius</i>	2	$2 \times 10^7 - 1 \times 10^9$
<i>Streptococcus parvulus</i>	1	3×10^6
Gram-negative rods		
<i>Bifidobacterium bifidum</i>	1	1×10^3
<i>Bifidobacterium spp.</i>	3	$3 \times 10^3 - 4 \times 10^8$
<i>Eubacterium lentum</i>	3	$1 \times 10^6 - 4 \times 10^8$
Всего	37	

Аммо намуналар стерил эмас эди. Бир беморда биз факат ичак таёкчасини ажратиб олдик. Қолган беморларда 1 дан 9 гача, уртача 6 турдаги микроорганизмлар ажратиб олинди. Энг кўп топилган микроорганизмлар ичак таёкчаси (14 кишида), Бактериоидлар (13 нафар беморда) ва лактобациллалар (10 мижозда) бўлди.

Шундай қилиб, жами 17 уруғга мансуб 85 хил турдаги микроорганизмлар ажратиб олинди. Бир беморда уреоплазма уреалитикум ни яна бир беморда унинг икки тури ажратиб олинди. Ажратиб олинган 85 турдан 37 таси анаэроб бўлиб, уларнинг сони 1 граммда уртача 1×10^3 дан 3×10^{10} ни ташкил этди. 48 турдаги факультатив анаэробларнинг сони уртача 2×10^3 до 2×10^{11} ни ташкил этди. *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Chlamydia trachomatis*, ёки *Neisseria gonorrhoeae* кабилар биронта

суртмада кўзатилмади. Сунгги 20 йил давомида утказилган илмий ишлар натижалари шуни курсатдики, нормал ичак микрофлораси нихоятда мураккабдир. Ахлат юришиши сигмасимон ичакда секинлашиши муносабати билан унда ошқозон-ичак трактидаги микробларнинг энг кўп миқдори йиғилган. Хар бир грамм ахлатда 100 000 000 000 микроб мавжуд. Доимий бактериал флоранинг 96-99% и анаэроблар булиб, асосан бактериоидлар, фузобактериялар ва лактобациллалардан иборат. Аёл жинсий трактининг пастки қисмида фекал микрофлора билан жуда ухшаш микроблар мавжуд, факатгина уларда лейкоцитлар сони камроқдир. Қин гумбазларидан олинган микрофлоранинг 10^8 до 10^{10} КОЕ/мл инсон организмига фойдали булиб, улар лактобациллалардир. Абрамченко Г. ва муаллифдошлари (2010) беморлар неовагинасидан факат йўғон ичак микрофлорасини ажратиб олганлар, улар операциядан аввал хам бу ерда бўлган, ёки операциядан кейин ораликдан кириб келган бўлиши мумкин. Ўртача рН 8 бўлиб, бу соғлом ректосигмоидал ичак муҳити билан бир хил.

Неовагинадаги микроблар сони ичакдагига нисбатан бироз пастроқ (10^3 до 10^{11}) ни ташкил этди. Бу, эхтимол, ичак функциясининг тухташи, унда ахлат тутилишинининг йўқлиги билан боғлиқдир. Ошқозон-ичак системасидан ажратиб олинган йўғон ичак флораси ҳақида маълумотлар жуда кам. Neut et al. (2009) сигмасимон ичак асосий ошқозон-ичак системасидан жарроҳлик йули билан ажратиб қўйилган 16 нафар беморда ичак флорасини ургандилар ва қўйидагича хулосага келдилар: бактрияларнинг умумий сони соғлом, функция бажараётган йўғон ичакка нисбатан сезиларли даражада кам бўлиб чиқди. Шу билан бирга бактерияларнинг хилма-хиллиги хам анча камайган бўлиб, унда қатъий анаэроблар, асосан эубактериялар ва бифидобактериялар учрайди. Миллер ва бошкалар (2008) шундай фикрни айтиб утгандики, стабил микроб жамоаси юқоридаги ошқозон-ичак тракти билан боғланмаган қисмидагина мавжуд бўлиши мумкин. Улар асосан факультатив анаэроб микробларни

ажратиб олганлар. Неовагинанинг муҳити уларнинг ўсиши учун жуда қулай бўлган бўлиши мумкин.

II БОБ. ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛИ

Илмий лойиха доирасидаги тадқиқотлар Самарқанд шаҳар 3-сон туғруқ комплекси базасида олиб борилди. Текшириш учун мазкур даволаш муассасасига 2011-2014 йилларда қин сигмоидал кольпопозидан кейинги ҳолат билан келган 36 нафар аёл танлаб олинган. Бу гуруҳ асосий тадқиқот гуруҳи булиб, ҳар бир аёл учун махсус саволнома варақаси юритилган ва бевосита текширилиб, урганилган. Саволнома жами 38 параметрдан иборат булиб, унда паспорт маълумотларидан ташқари, аёлнинг жисмоний курсаткичлари, анамнези, диагноз ва утказилган инструментал текширишлар, оператив аралашувлар, акушерлик статуси ҳамда барча лаборатор таҳлиллар киритилган. Касалликнинг келиб чиқишида роль уйнаган этиологик омилларга ҳам эътибор қаратилган. Аёлга утказилган даво муолажалари ва уларнинг натижасига айниқса алоҳида эътибор берилган.

Бундан ташқари 3-сон туғруқ комплексида 2011-2014 йиллар давомида қабул қилинган, жинсий аъзолари нормал ривожланган 36 та бемор аёл урганилган (назорат гуруҳи). Уларда турлича гинекологик касалликлар (жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари, яхши сифатли ўсма касалликлари ва хоказо) билан мурожаат этишган. Ҳомиладорлик қин микрофлорасига катта таъсир кўрсатади, шунинг учун ҳомиладор аёллар назорат гуруҳига мақсадли равишда киритилмади.

Назорат гуруҳидаги бемор аёлларда қин микрофлорасининг ҳолати бактериоскопик усулда тадқиқ этилган ва ёритилган, кузатув тарихида ёритилган ва тегишли хужжатлар билан исботланган.

Бактериал вагиноз ёки кольпит диагнослари Amsel R. (2002) критерийлари буйича куйидаги 4 мезондан ҳеч булмаганда 3 таси кузатилганда куйилди:

1. Кўп микдорда, гомоген, ёмон хидли қин ажралмалари

2. Қин секретининг рН и 4,5 дан баланд бўлиши,
3. Мусбат амин тести (ажралмаларга 10% ли калий гидроксиди кўшилганда айниган балик хиди келиши),
4. Метилен кўки билан буялган кин суртмаси микроскопиясида «калит хужайраларнинг» топилиши.

Даволаш самарадорлиги даволаш курси тугугандан кейин 6-8 кун утгач (биринчи назорат текшируви) ва 28-31 кунлар (иккинчи назорат текшируви) бахоланади.

Даволанганлик мезонлари:

- Кин ажралмаларининг нормаллашуви
- Юкоридаги 4 критерийдан хеч булмаганда 2 тасининг бартараф этилиши

Барча беморлар клиник текширишдан утказилди – кузгулар оркали курилди, киндан флора учун ва бактериологик экма учун суртма олинди ва текширилди.

Таъкидлаб утиш лозимки, текшириш учун факат бактериал вагиноз соф холда аникланган аёллар танлаб олинган, бачадон буйни эрозияси, эндоцервицит, шунингдек, специфик яллигланиш касалликлари – трихомониаз, кандидоз, хламидиоз кабилар булган аёллар такдикот гурухидан истисно килинди.

Жами 5 нафар аёлда бачадон буйни эрозияси ва дисплазиясини истисно килиш учун Шиллер синамаси утказилиб, кольпоскопия килинди ва 2 нафаридан биопсия учун булакча олинди. Олинган материал гистологик ва цитологик текшириш учун юборилди. Бу текширишлар онкологик жараён даракчилари булмиш атипик хужайраларни аниклашга имкон беради (Прилепская В.И., 1999; Костава В.И., 1997; SeidiA. etal., 1999).

Трихомониазни истисно килиш учун (шубха булганда) киндан олинган суртма натив холда текширилди (27 нафар аёлда)

Муаллифлар операция олдидан қўйидаги текшириш усуллари руйхатини тавсия этадилар (Гришина Б.А. ва муаллиф., 1998; Бодяжина В.И. ва муаллиф., 2002):

- Флорага суртма олиш
- Хламидия, мико- ва уреоплазма, гарднерелла, одам папиллома вируси ва герпес вирусига ДНК анализи
- Киндан дисбактериозни аниклаш учун бактериологик экма олиш
- Цитологик текшириш
- RW, ОИТС, гепатит В ва С тахлили
- Кўрсатмага қараб биопсия
- Кольпоскопия

Асосий гуруҳдаги 36 нафар аеллар тўлиқ клиник лаборатор текширишлардан утишган. Ўтказилган текшириш усуллари хакидаги маълумотлар қўйидаги жадвалда келтирилган:

Жадвал №1.

Текшириш усуллари ва сони

№	Текшириш усуллари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
		Сони	%	Сони	%
1	Умумий физикал текшириш	36	100%	36	100%
2	Гинекологик текширув	36	100%	36	100%
3	Ультратовуш текшириш	36	100%	30	83,3%

4	Умумий кон ва сийдик тахлили	36	100%	36	100%
5	Кон гурухи ва Rh-омилни аниклаш	36	100%	28	77,8%
6	Коннинг биохимик тахлиллари	36	100%	28	77,8%
7	Қин тозалик даражасини текшириш	36	100%	36	100%
8	Қин ёки неовагина суртмасининг микроскопияси	36	100%	36	100%
9	Қин ёки неовагина суртмасини натив холда текшириш	22	61,1%	20	55,6%
10	Бачадон бўйни ёки неовагина шиллинг бактериологик текшириш	29	80,6%	26	72,2%
11	Иммунофермент анализи	24	66,7%	20	55,6%
12	Шиллер синамаси	-	-	5	13,9%
13	Бачадон бўйни кольпоскопияси	-	-	5	13,9%
14	Бачадон бўйнидан биопсия олиш	-	-	2	5,6%
	Жами				-

Шундай қилиб, жами 435 та клиник, лаборатор ва аппаратли текшириш усуллари утказилган.

Бактериоскопик усулда қиннинг тозалик даражаси ўрганилади. Маълумки, бунда 4 та тозалик даражаси фарқланади.

Бактериологик усул қин микрофлорасининг бактериал таркибини ҳам сифат жиҳатидан, ҳам миқдор жиҳатидан баҳолашга ёрдам беради. Микроорганизмларнинг авлоди, оиласи ва турини аниқлаш, яъни уларни

бир-биридан дифференциация ва идентификация қилиш бактериологик текширишнинг энг қийин ва масъулиятли босқичларидан бири ҳисобланади. Бу босқичда микроорганизмларнинг морфологик, тинкториал (бўялиш), культурал (ўсиш), ферментативлик ва антигенлик хусусиятлари ўрганилади. Бактериологик экиш микроорганизмлар спектрини максимал даражада аниқлашга имкон берувчи стандарт озик муҳитларда ўтказилди [Мухамедов И.М., Каттаходжаева М.Х., Хужаева Ш.А., 2009].

Иммунофермент анализ усули. ИФА қон зардобидаги АТ ни сифат ва миқдор жиҳатдан баҳолаш учун DELFIA hAFP /Free hCGβ Dnal A 067-101 аппарати ёрдамида ўтказилди. HUMAN фирмасининг тести IgG ва IgM АТ ни (ОГВ-1,2, ЦМВ, токсоплазмоз, хламидиоз антигенига жавобан) ИФА ёрдамида классик усулда аниқлашга асослангандир.

Пациентлардан олинган намуналарнинг натижаси назорат кўрсаткичларига таққослаган ҳолда олинди. Кесишиш-нуқтаси (Cut-off) HUMAN бирлигида кўрсатилганидек, мусбат натижанинг 1мл дан келтириб чиқарилади [177].

Амплификация маҳсулотини детекциялаш.

Ушбу усул ёрдамида энг кўп учрайдиган хламидиозлар, ОГВ-1,2, ЦМВ аниқланиши осонроқ кечади.

Тадқиқот ходиса-назорат(случай-контроль) усулида булиб, текшириш объектлари икки хил мезонлар буйича рандомизация йўли билан танланган.

Асосий гуруҳга киритиш мезонлари қўйидагича бўлган:

1. Сигмоидал кольпопоз операциясини яқин 5 йил ичида бошдан кечирган, фертил ёшдаги (14 дан 28 ёшгача бўлган) аёллар.

Назорат гурухига киритиш мезонлари:

1. Ташқи ва ички жинсий аъзолари ёшлигидан нормал ривожланган, турмушга чиққан (ёки жинсий хаёт билан яшаган) фертил ёшдаги (14 дан 28 ёшгача бўлган) аёллар.

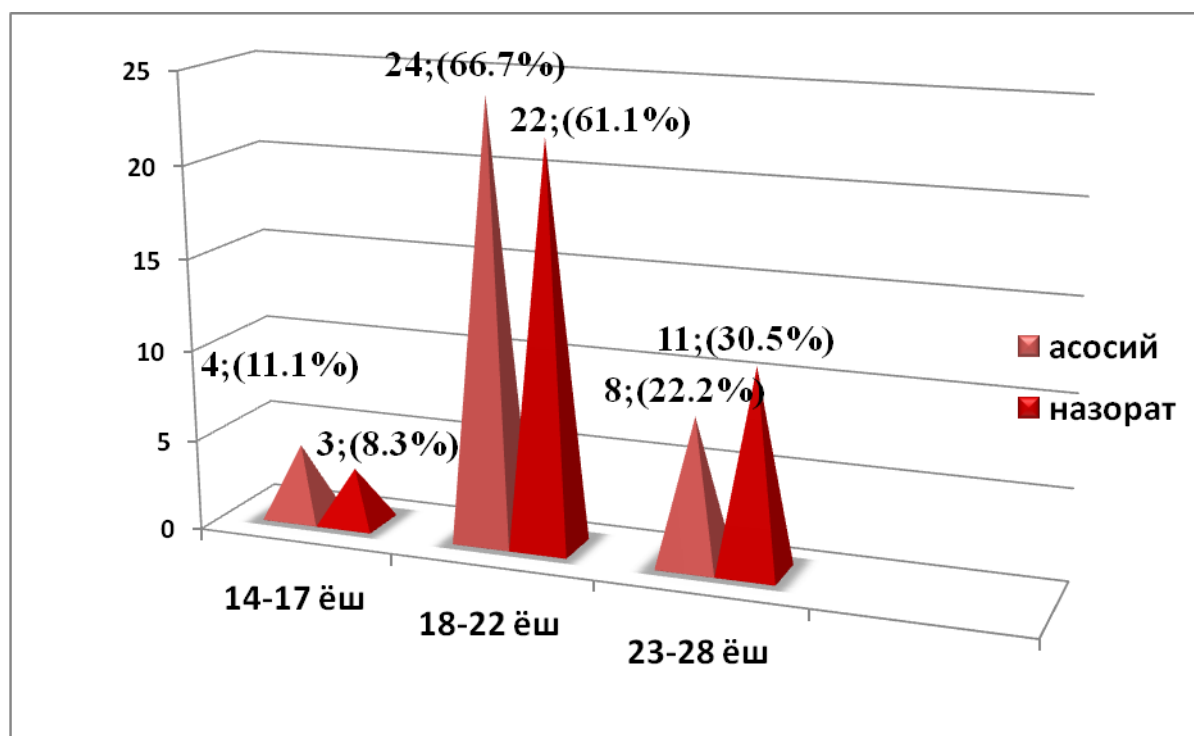
ШБОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Текширилган беморларнинг умумий характеристикаси

Асосий ва назорат гуруҳидаги жами 72 нафар аёлнинг ижтимоий ва умумий клиник характеристикаси биргаликда ва ўзаро таққослашда урганилганда қўйидаги маълумотлар олинди.

Беморларнинг ўртача ёши $24,4 \pm 3,6$ ни ташкил этди, яъни уларнинг аксарияти айна фертил ёшдаги аёллар бўлган.

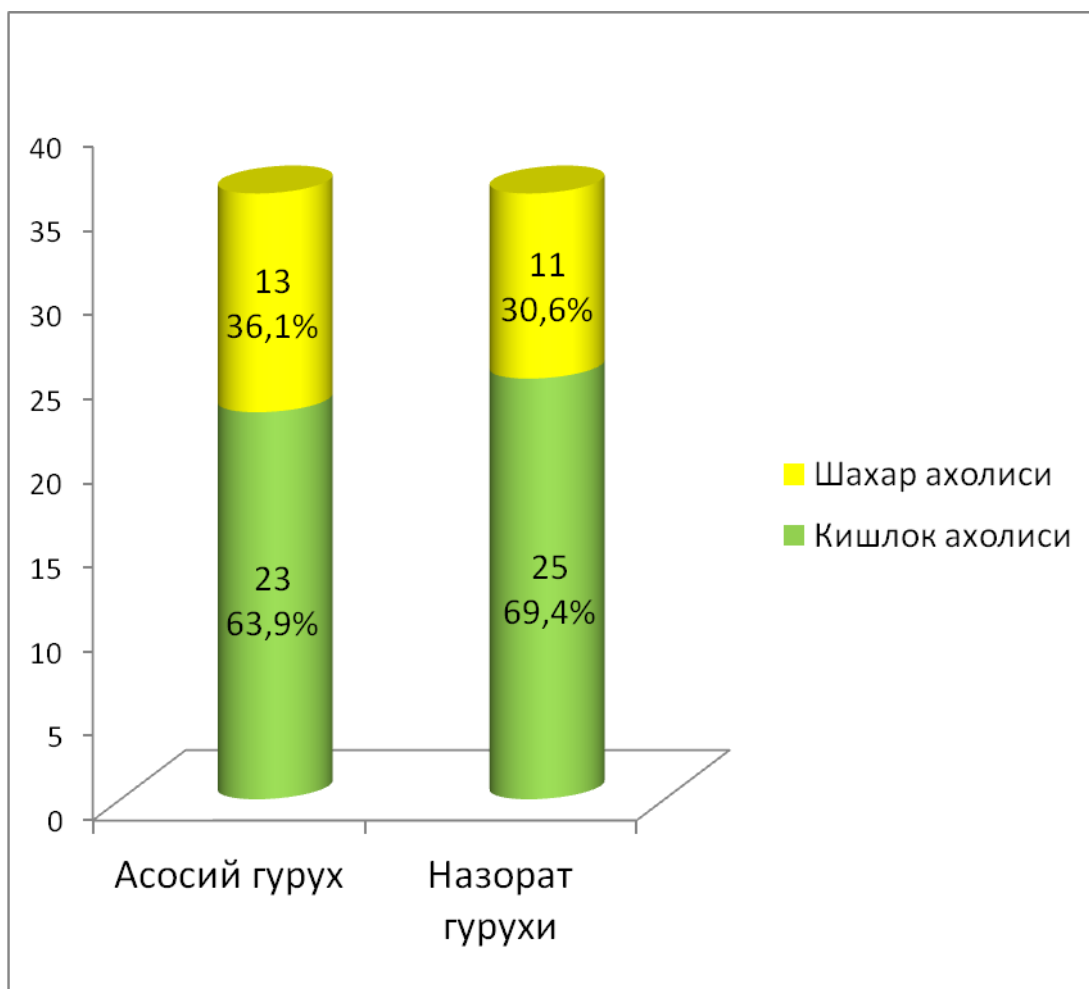
Уларнинг ёш буйича тақсимланиши қўйидагича (расм 3.1).



Расм 3.1. Текширилган аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши

Гистограммадан кўриниб турганидек, ҳар иккала гуруҳда текширилган аёлларнинг аксарият қисми - асосий гуруҳда беморларнинг 66,7% ва назорат гуруҳида аёлларнинг 61,1% оптимал репродуктив ёшда, яъни 18-22 ёш оралиғида бўлган. 23-28 ёш оралиғидаги аёллар асосий гуруҳда 22,2%, назорат гуруҳида 30,5% ни ташкил этган. Жуда ёш, яъни 14-17 ёшдаги аёллар асосий гуруҳда 11,1%, назорат гуруҳида эса 8,3% учраган.

Маълумки, илмий тадқиқотларда аёлларнинг яшаш жойи ҳам эътиборга олиниши лозим, чунки, хозирча қишлоқ ва шаҳар уртасидаги тафовут анчагина катта ва бу аҳолининг саломатлик ҳолатига жиддий таъсир кўрсатади. Аёлларнинг яшаш жойи буйича тақсимланиши кўйидагича бўлди (расм 3.2).

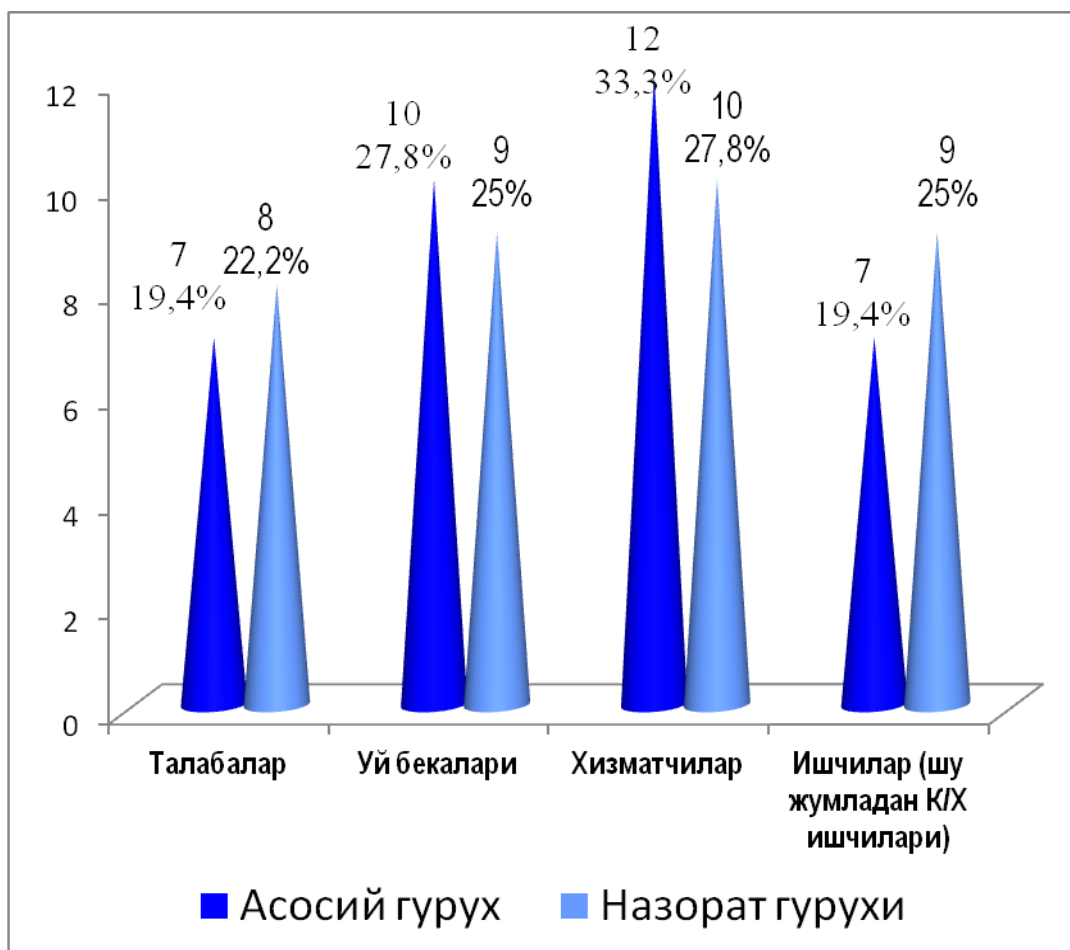


Расм 3.2. Аёлларнинг яшаш жойи буйича тақсимланиши.

Маълум бўлишича, ҳар иккала гуруҳда ҳам беморларнинг тахминан 2/3 қисми қишлоқ аҳолиси бўлиб, қолган 1/3 бўлаги шаҳарликлардир. Мазкур тақсимот Самарканд вилоятида аҳолининг уртача тақсимланишига тўғри келади, яъни фертил ёшдаги аёлларнинг 2/3 қисми вилоят туманларида яшайди.

Текширилган аёлларнинг касб кори буйича тақсимланиши ҳам амалий ва назарий аҳамият касб этади, чунки турли касб ва машғулотларнинг

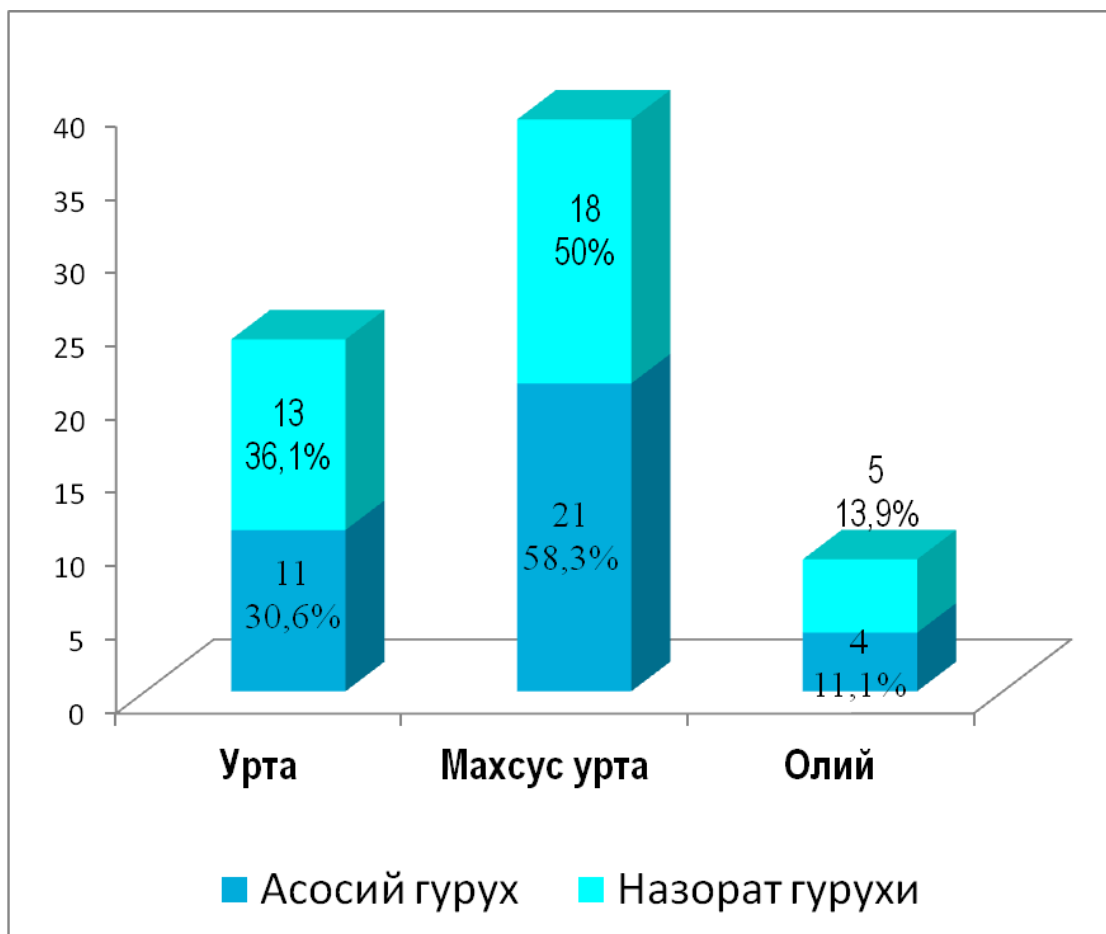
репродуктив саломатликка таъсирини инкор этиб бўлмайди. Кўйидаги гистограммада аёлларнинг касб-кори буйича тақсимланиши иллюстрация қилинган (расм 3.3).



Расм 3.3. Текширилган аёлларнинг касб-кори буйича тақсимланиши.

Асосий ва назорат гуруҳларида аёлларнинг касб-кори буйича тақсимланиши бир-биридан катта фарқ қилмайди. Талабалар асосий гуруҳда 19,4%, назорат гуруҳида 22,2% ни ташкил этдилар. Уй бекалари эса мос равишда 27,8% ва 25% ни ташкил этишди. Хизматчилар асосий гуруҳда 33,3%, яъни жами аёлларнинг 1/3 қисми, назорат гуруҳида эса 27,8% ни ташкил қилди. Ишчилар, шу жумладан қишлоқ хўжалик ишчилари мос равишда 19,4% ва 25% аниқланган.

Тадқиқ этилган аёлларнинг маълумоти ўрганилганда кўйидаги маълумотлар олинди (расм 3.4).



Расм 3.4. Таққосланган гуруҳларда аёлларнинг маълумот даражаси.

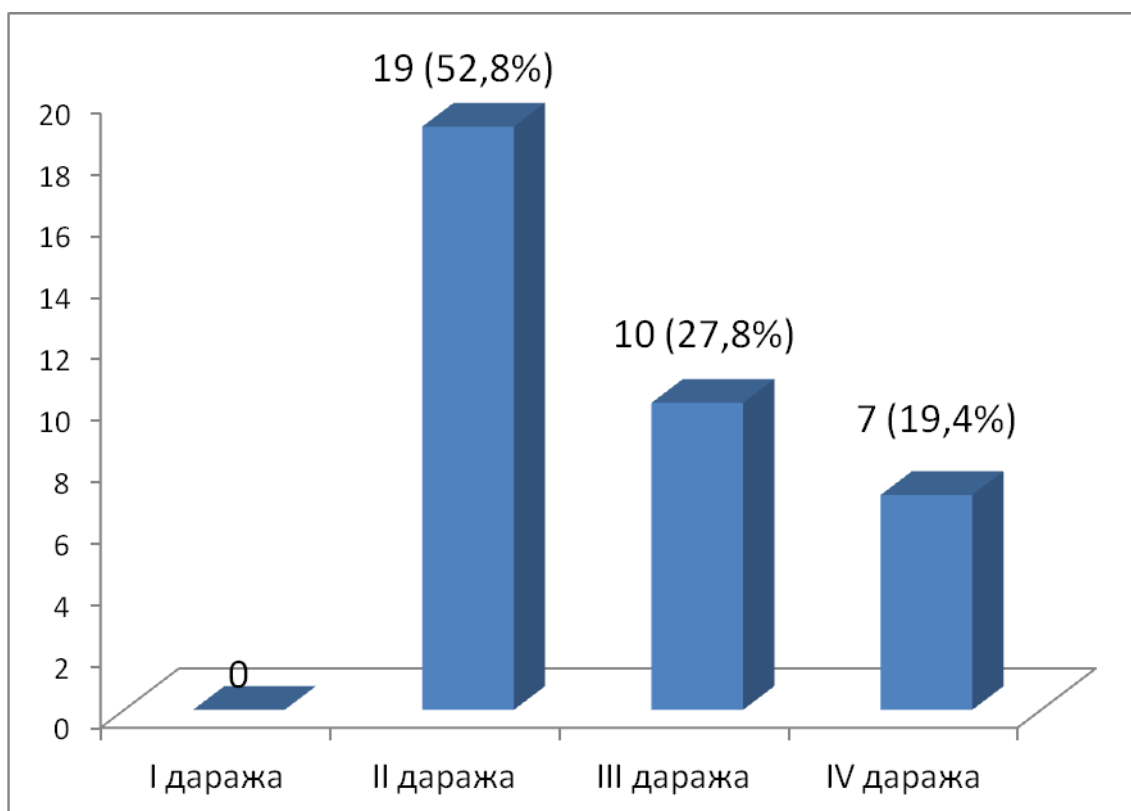
Афсуски, тадқиқ этилган аёллар орасида олий маълумотлилар анчагина кам – улар асосий гуруҳда 11,1%ни назорат гуруҳида эса 13,9%ни ташкил этди. Аёлларнинг асосий кўпчилиги ўрта махсус маълумотга эга: асосий гуруҳда 58,3%, назорат гуруҳида эса 50% аёл ўрта махсус маълумотга эга бўлган. Ўрта маълумотли аёллар асосий гуруҳда 30,6%ни, назорат гуруҳида эса 36,1%ни ташкил этишди.

Шундай қилиб, нормал қин анатомияси сақланган 36 нафар ва сигмоид кольпопоз операциясидан сўнг сунъий қин яратилган 36 нафар аёлларнинг ижтимоий фони тақослаб урганилганда унча катта фарқ аниқланмади, бу эса табиий ва сунъий қин микрофлорасини қиёсий урганишда айрим хатоликларга йўл қўйилишининг олдини олади.

3.2. Назорат гуруҳида қин микрофлорасини урганиш

Тадқиқот мақсадидан келиб чиққан ҳолда сигмоид неовагинанинг микрофлорасини урганишга киришишдан аввал табиий қинга эга бўлган аёлларда қин микрофлорасини урганишни мақсадга мувофиқ деб билдик. Бунинг учун назорат гуруҳидаги жами 36 нафар аёлда қин тозалик даражаси, рН ҳолати, мавжуд гинекологик касалликлар ва бактериологик эзма усулида аниқланган қин микрофлораси таркиби урганилди.

Қин тозалик даражаси урганилганда қўйидаги маълумотлар олинди (расм 3.5.)

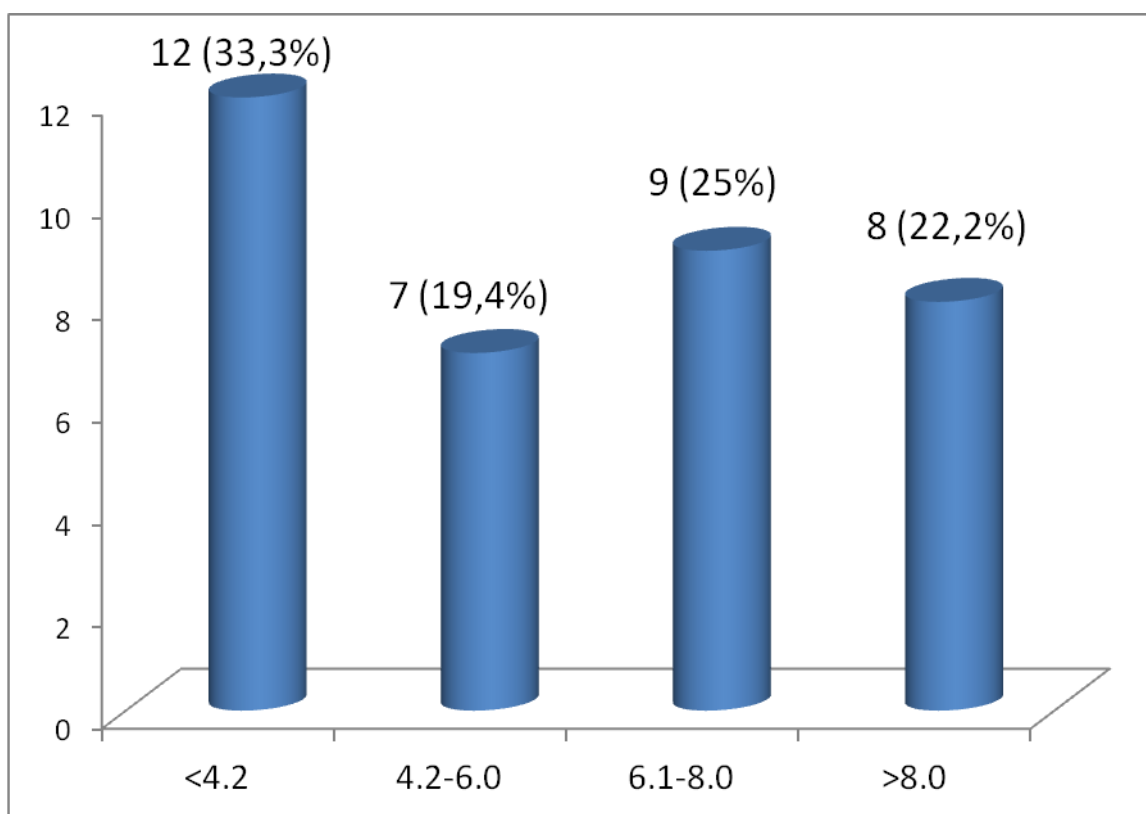


Расм 3.5. Назорат гуруҳида қин тозалик даражасини урганиш.

Гистограммадан кўришиб турганидек, қиннинг 1 даражали тозалик ҳолати биронта аёлда аниқланмади. Маълумки, қин 1 даражали тозалик ҳолати фақат турмушга чиқмаган аёлларда кўзатилади, унда фақат эпителий хужайралари, Додерлейн таёқчалари ва 1-2 та лейкоцитлар топилади, қин муҳити кучли кислотали бўлади.

Қин II тозалик даражаси беморларнинг ярмидан кўпида аниқланди (52,8%). Маълумки, қин тозалигининг 2 даражасида суртмада юқорида айтиб утилганлардан ташқари бироз сапрофит бактериялар топилади. Физиологик жихатдан бундай аёллар соғлом бўлиб, яллиғланишли гинекологик касалликлар деярли учрамайди. Қин III тозалик даражаси текширилган беморларнинг 10 нафариди аниқланиб, бу 27,8% ни ташкил этди. Айнан мана шу тоифадаги аёлларда турли факультатив ва анаэроб патоген ва шартли патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Нихоят қин тозалигининг IV даражаси 7 нафар аёлда ниқланди ва бу 19,4% ни ташкил этди.

Навбатдаги урганиш объекти қин муҳити (рН) бўлиб, бу рН индикаторини қинга қўйиш йўли билан аниқланган. Бу тўғридаги батафсил маълумотлар қўйидаги гистограммада келтирилган (расм 3.6).

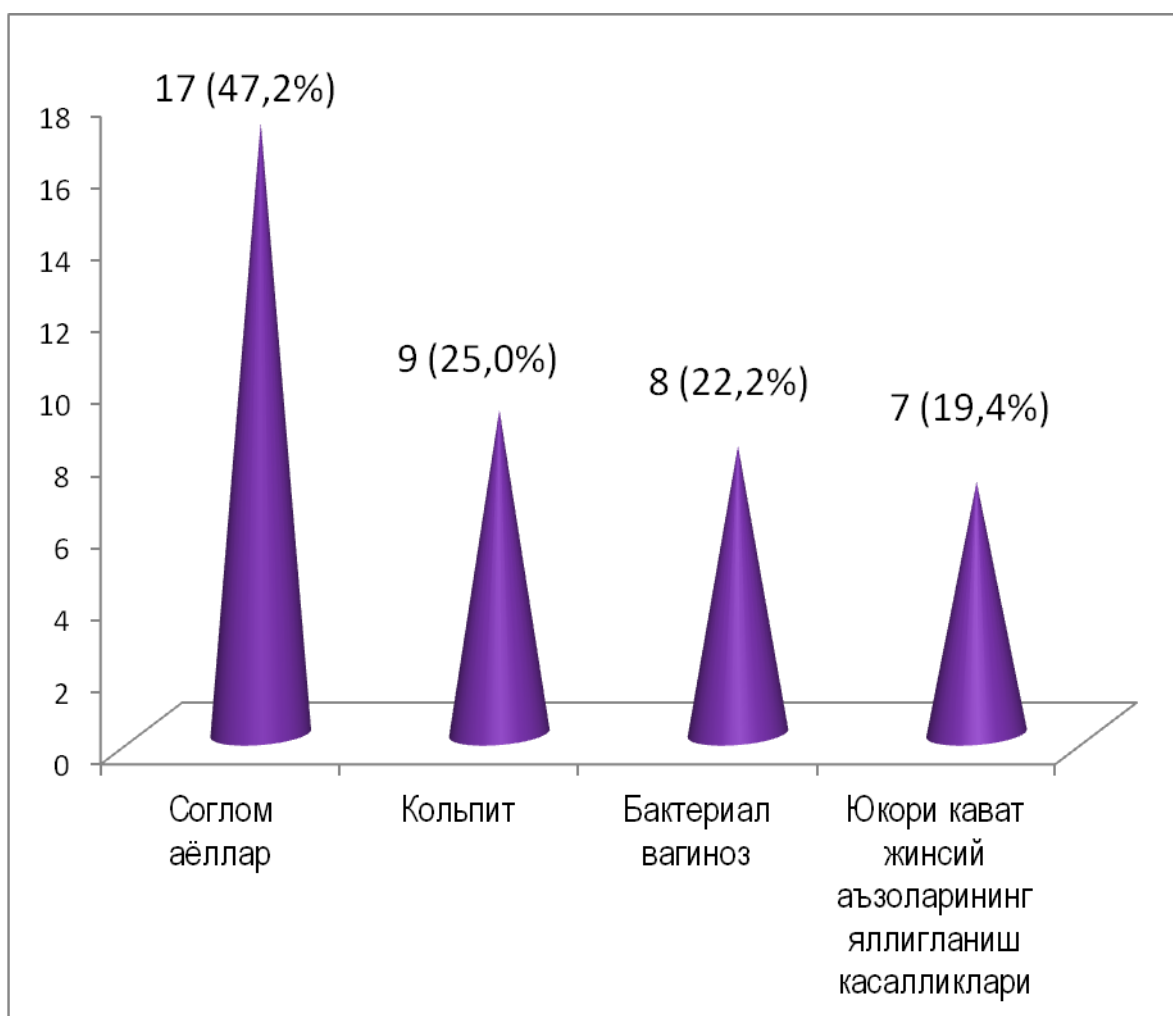


Расм 3.6. Қин муҳитининг рН ҳолати.

Қин I даражали тозалик даражаси биронта аёлда учрамаган бўлсада, аёлларнинг 12 нафариди, яъни 1/3 қисмида қин рН кучли кислотали бўлиб,

4.2 дан паст бўлиб чиқди. Бундай аёлларда қин тозаллик ҳолати 2 даражали бўлиб, уларнинг кўпчилиги гинекологик жиҳатдан соғлом аёллардир. Аёлларнинг 7 тасида (19,4%) қин рН и 4.2 дон 6.0 гача, яъни кучсиз кислотали, ¼ қисмида (25,0%) кучсиз ишқорий, яъни 6.1 дан 8.0 гача, 2,2% ида эса кучли ишқогрий, яъни 8.0 дан юқори эканлиги аниқланди.

Аёлларнинг гинекологик статуси, яъни гинекологик касалликлар бор-йўқлиги, репродуктив саломатлик ҳолати урганилганда қўйидаги маълумотлар олинди (расм 3.7.)



Расм 3.7. Текширилган аёлларнинг гинекологик статуси.

Қин тозаллик даражаси ва рН ига монанд равишда аёлларнинг 17 нафари (47,2%) гинекологик жиҳатдан мутлақо соғлом деб топилди. Аёлларнинг ¼ қисмида (25,0%) носпецифик ва специфик кольпит, 22,2%

аёлда эса бактериал вагиноз аниқланди. Маълумки, кольпитда қин тозалигининг 3-4 даражасидан ташқари қин деворларининг қизариши, шиши, йирингли ёки йирингли сероз ажралмалар, қисқаси яллиғланиш реакциясининг барча белгилари мавжуд бўлади. Бундан фарқли ўларок, бактериал вагиноз (БВ) касаллигида қин микрофлораси кескин бузилганлигига қарамадан, қин деворларининг яллиғланиш белгилари бўлмайди. Жами 7 нафар аёлда (19,4%) юқори қават жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (эндометрит, метроэндометрит, аднексит ва хоказо) аниқланди.

Ниҳоят, назорат гуруҳидаги аёлларда бактериологик экма усули ёрдамида қин микрофлораси таркиби урганилганда қўйидаги маълумотлар аниқланди (жадвал 3.1).

Жадвал 3.1. Табиий қин микрофлораси таркиби

№	Микроорганизмлар турлари	Аниқланган беморлар сони	%
I. Факультатив анаэроблар			
1	<i>Грамм-мусбат микроорганизмлар</i>		
А	- Lactobacilli spp	21	58,3%
Б	- Staphylococcus epidermidis	8	22,2%
В	- Staphylococcus viridans	7	19,4%
Г	- Streptococcus spp	7	19,4%
Д	- Streptococcus haemolyticus	4	11,1%
У	- Streptococcus pneumoniae	3	8,3%
Ё	- Enterococcus sp	2	5,6%

2	Грамм-манфий анаэробмикроорганизмлар		
А	- Esherichia coli	4	11,1%
Б	- Proteus vulgaris	3	8,3%
В	- Ureaplasma urealyticum	3	8,3%
Г	- Micoplasma hominis	2	5,6%
II. Анаэробмикроорганизмлар			
А	- Bacterioides fragilis	5	13,9%
Б	- Bacterioides spp	3	8,3%
В	- Bifidobacterium bifidum	4	11,1%
Г	- Bifidobacterium spp	3	8,3%
Д	- Eubacterium lentum	3	8,3%
III. Специфик инфекциялар			
А	- Candida albicans	4	11,1%
Б	- Trachomonas vaginalis	3	8,3%
В	- Trachomonas intestinalis	0	-
Г	- Gonococcus Neisseria	2	5,6%

Жадвалдан кўришиб турганидек, энг кўп аниқланган факультатив анаэроб микроорганизм Lactobacilla spp, жами 21 кишида (58,3%) топилган. Маълумки, лактобациллалар нормал қин микрофлорасининг ажралмас қисми бўлиб, қин ясси эпителийси таркибидаги гликоген билан озиқланади ҳамда сут кислотаси ишлаб чиқариб, қиннинг кислотали муҳитини сақлаб туришга хизмат қилади. Лактобациллалар кўп бўлганда

кин ажралмаси оқимтир шиллиқли тусда бўлиб, ундан сут кислотасининг нордон хиди келиб туради. Лактобациллалар миқдорига қараб қин тозалик даражаси 1,2 ёки баъзан 3 даражали бўлиши мумкин.

Стафилококк ва стрептококк гурухига мансуб факультатив анаэроб бактериялар тарқалиши жиҳатдан иккинчи ўринда бўлиб, улар биргаликда беморларнинг деярли $\frac{1}{4}$ қисмида аниқланди, аммо шунини айтиб ўтиш керакки, одатда битта беморда бир эмас бир неча микроб ассоциацияси учради. Масалан *Staphylococcus epidermidis* учраган культурада *Staphylococcus viridians* ёки *Streptococcus spp* учраш эҳтимоли катта. Грамм-манфий факультатив микроорганизмлардан *Escherichiacoli* (11,1%), *Proteusvulgaris* (8,3%), *Ureaplasmaurealyticum* (8,3%), *Micoplasmahominis* (5,6%) кабиларажратиболинди. Улар ҳам грамм-мусбат микроорганизмлар каби одатда ассоциация ҳолатида учрайди.

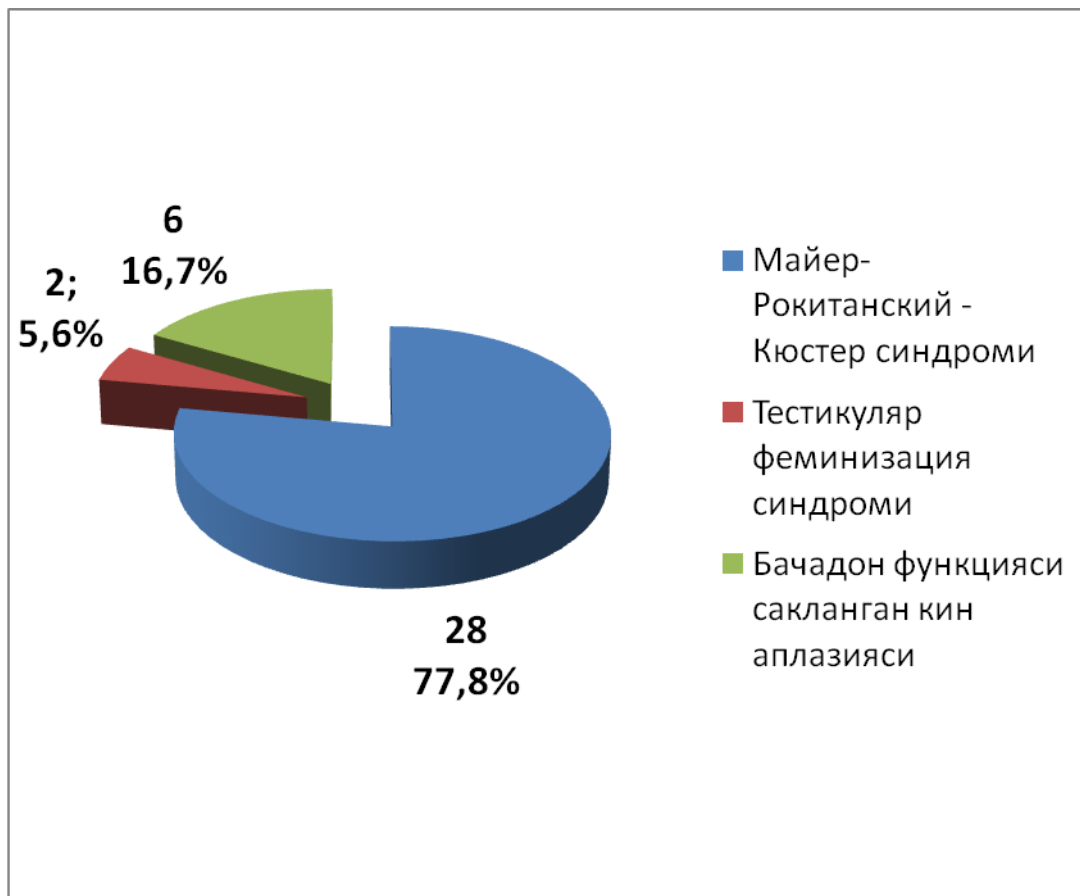
Факультатив анаэроблардан ташқари қатъий анаэроб микроорганизмлар ҳам аниқланди. Улар орасида *Bacterioides fragilis* (13,9%), *Bacterioides spp* (8,3%), *Bifidobacterium bifidum* (11,1%), *Bifidobacterium spp* (8,3%) алоҳида аҳамиятга эга.

Юқоридагилардан ташқари жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар сўзак (5,6%), трахомониаз (8,3%) ва кандидозли кольпит (11,1%) аниқланди. Юқоридаги жадвалда улар алоҳида гуруҳ тарзида келтирилган.

Шундай қилиб, табиий қинга эга бўлган аёлларда қин микрофлорасини урганиш жуда қимматли ва қизиқарли маълумотларни берди: 36 нафар қин культурасидан жами 4 гуруҳга (факультатив грамм-мусбат, факультатив грамм-манфий ва қатъий анаэроблар, шунингдек, специфик инфекциялар) мансуб 20 хил сапрофит ва патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Бу маълумотлар сигмоид неовагина микрофлорасини қиёсий урганишда катта назарий ва амалий аҳамият касб этади.

3.3. Асосий гуруҳда беморларнинг клиник характеристикаси

36 нафар сигмоид неовагинага эга бўлган беморлар турли хил туғма ривожланиш нуқсонлари билан операция қилинган. Сигмасимон кольпопоз утказишга кўрсатма бўлган ривожланиш нуқсонлари кўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.8).



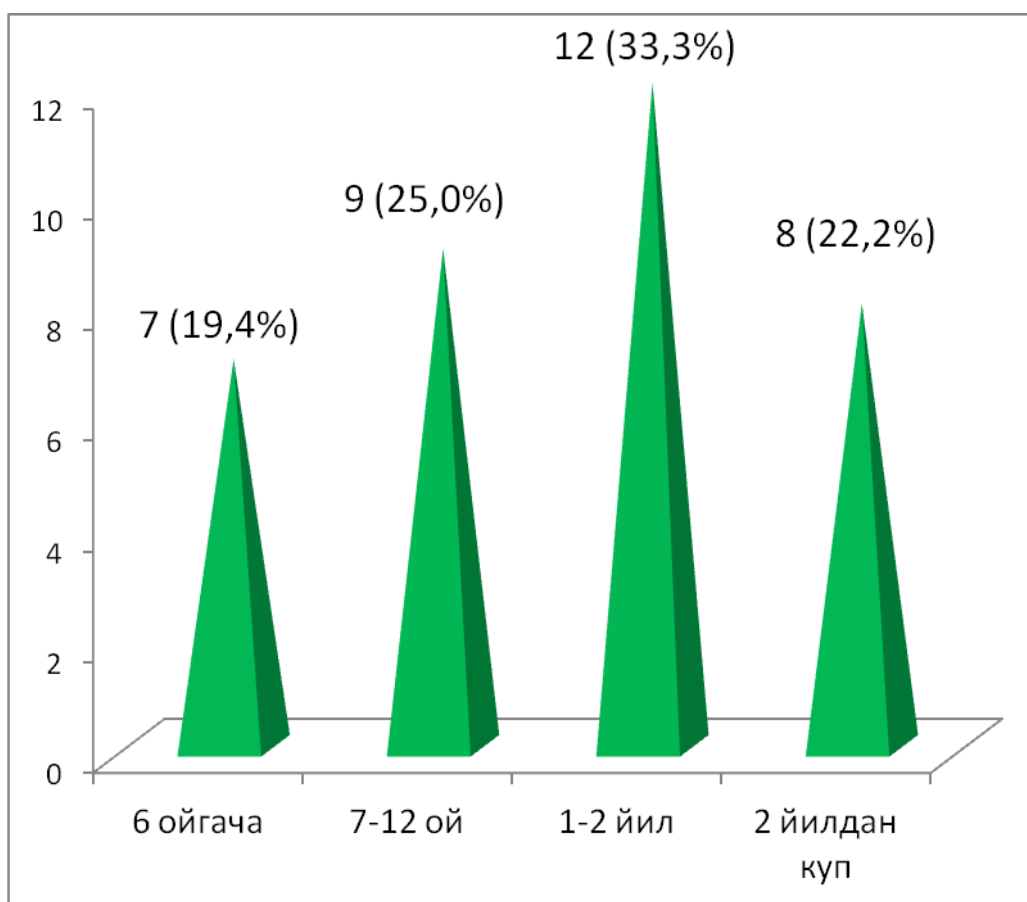
Расм 3.8. Сигмасимон кольпопоз утказишга кўрсатма бўлган ҳолатлар.

Диаграммадан кўришиб турганидек, сигмасимон кольпопозга асосий кўрсатма Майер-Рокитанский-Кюстер синдроми бўлиб, жами 77,8% бемор (28 нафар) айнан шу кўрсатма буйича операция қилинган. Майер-Рокитанский-Кюстер синдроми туғма ривожланиш нуқсони бўлиб, дунёнинг деярли барча минтақаларида бир хил, яъни тирик туғилган 100 000 қизчадан биттасида кўзатилади. Бу синдром ички жинсий аъзолар

– бачадон ва қиннинг бўлмаслиги билан характерланади. Уларда, табиийки, менструал цикл бўлмайди, аммо иккиламчи жинсий белгиларнинг кўпчилиги мавжуд бўлади. Бу тухумдон ва буйрак усти безларида ишлаб чиқарилаётган жинсий гормонлар ҳисобига келиб чиқади.

Сигмасимон кольпопозга кўрсатмалардан яна бири бачадон функцияси сақланган қин аплазияси (БФСҚА) бўлиб, у ҳам кам учрайдиган, аммо кўплаб тиббий-ижтимоий ривожланиш нуқсонларини келтириб чиқарувчи касалликдир. Бу патологияда бачадон функцияси сақланган, бинобарин менструал циклнинг барча 5 та звеноси ишлаб туради. Хар ой менструация вақтида ажралиб чиққан қон бачадон бушлиғида, кейинчалик бачадон найлари бушлиғида тўпланиб, гематометра ва гематосальпинкс чақиради. Айтиб утиш жоизки, мазкур синдром билан операция қилинган аёлларда нафақат сексуал функция, балки репродуктив функция ҳам тикланади. Хатто пластик операция қилинган аёл хомиладор бўлиб, табиий туғруқ йўллари орқали туққан ҳолатлар ҳам адабиёт маълумотларида келтирилган. Бизнинг кўзатишларимизда беморларимизнинг 6 нафари (16,7%) мазкур кўрсатма буйича операция қилинган. Нихоят тестикуляр феминизация синдроми билан 2 нафар (5,6%) аёл кольпопоз операциясига олинган.

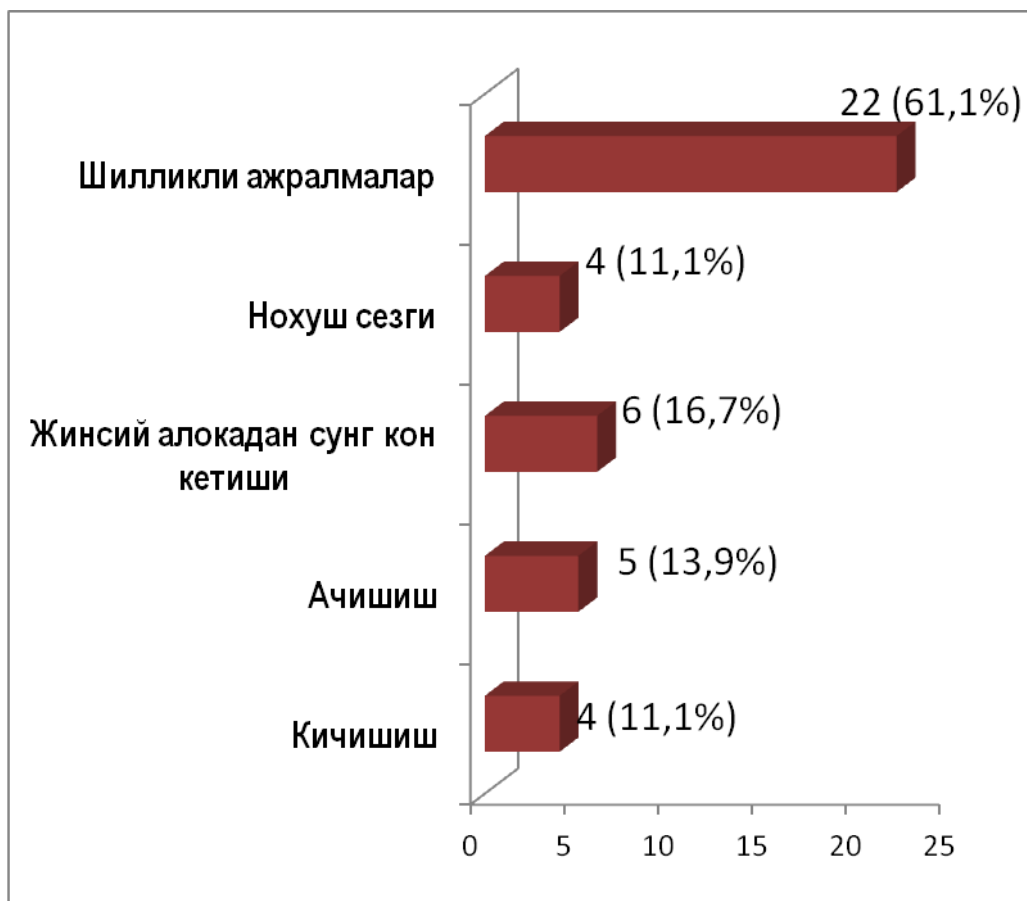
Сигмоид неовагинанинг микрофлораси ҳолати пластик операциядан сўнг қанча вақт утганига ҳам боғлиқ, албатта. Бу тўғридаги маълумотлар кўйидаги гистограммада баён этилган (расм 3.9).



Расм 3.9. Сигмасимон кольпопоз операциясидан сўнг утган вақт.

Гистограммадан кўришиб турганидек, беморларнинг аксариятида (55,6%) операциядан кейинги даврнинг давомийлиги 1 йилдан ошиқ бўлган, шулардан 22,2% ида хатто 2 йилдан ҳам кўпроқ вақт утган. Фақат 19,4% беморда постоперацион давр давомийлиги 6 ойгача (энг ками 4 ой) бўлган. Беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида операциядан кейинги давр давомийлиги 7 ойдан 1 йилгача вақтни ташкил этди.

Беморлар сунъий неовагинага боғлиқ қандай шикоятлар билан муурожаат қилганлиги ҳам катта аҳамиятга эга. Баъзи ҳолларда бемор шикоят қилмайди, аммо сўраб-суриштирилганда мазкур шикоятлар борлиги маълум бўлади. Бу ҳақидаги малумотлар қўйидаги гистограммада жамланган (расм 3.10).



Расм 3.10. Асосий гуруҳдаги беморларнинг гинекологик шикоятлари.

Гистограммадан кўриниб турганидек, беморларнинг аксарияти – 61,1% сигмоид неовагинадан шилликли ажралма келиб туришига шикоят қилган. Мазкур ҳолат сигмасимон ичакдан сунъий қин яратилган беморларда нормал, табиий ҳол деб ҳисобланади. Ичак эпителийси ўзидан шилликли секрет чиқаради, бунга ичак эпителийсининг кўчиб тушган хужайралари ва неовагинада ҳаёт кечираётган сапрофит микроорганизмлар аралшиб, мазкур шилликли ажралмани ҳосил қилади.

4 нафар бемор (11,1%) операциядан кейинги дастлабки ойларда, баъзан хатто 6 ойдан кейин нохуш сезгига шикоят қилди. Шунингдек, 16,7% беморда жинсий алоқадан кейин қон кетишлар кўзатилган, улар ҳам кўзгулар ёрдамида текширилганда неовагинанинг айрим қисмларида микротравмалар аниқланди. 5 нафар (13,9%) бемор вульва ва неовагина соҳасида ачишишга, 4 нафар (11,1%) беморда қичишишга шикоят қилди. Таъкидлаб утиш жоизки, мазкур беморларнинг 4 нафари бошқа аъзоларда

(буйрак, томоқ ва хоказо) инфекция – яллиғланиш касалликлари борлиги туфайли антибиотиклар қабул қилишган ва шу сабабдан замбуруғли инфекция ривожланиб, “кандидозли неовагинит” ҳолати келиб чиққан.

Шундай қилиб, сигмасимон кольпопоз операциясини бошдан кечирган аёлларда операциядан кейинги даврнинг давомийлиги ва кечиш хусусиятлари, аёллар ва уларнинг жинсий шерикларида мавжуд фон ҳолатлари, жинсий хулқ-атворга боғлиқ равишда турли хил шикоятлар ва касаллик ҳолатлари ривожланиши мумкин. Бу ҳолатларнинг ҳаммаси сигмоид неовагина микрофлорасига кучли таъсир кўрсатади.

Қин туғма аплазияси ёки унинг ўта суст ривожланганлиги аёлнинг нормал жинсий ҳаёт кечириши учун монъелик қилади ва оғир руҳий кечинмаларга сабаб бўлади. И.П. Павлов ёзганидек (1952), ҳеч қайси туғма нуқсон фақат битта орган доирасида чегараланиб қолмайди, шунингдек, мазкур патология асаб тизими фаолиятини ҳам кескин бузади. Шунинг учун усталик билан бажарилган кольпопоз операцияси аёлнинг шахсий ҳаёти, профессионал карьераси, билим олиши ва оила қуриши учун кучли стимул бериши исботланган (Kapdlan E.H., 1999).

Текширилган аёлларнинг ўртача ёши $24,4 \pm 3,6$ ни ташкил этди, яъни уларнинг аксарияти айна фертил ёшдаги аёллар эди. Ҳар иккала гуруҳда текширилган аёлларнинг аксарият қисми - асосий гуруҳда беморларнинг 66,7% ва назорат гуруҳида аёлларнинг 61,1% оптимал репродуктив ёшда, яъни 18-22 ёш оралиғида бўлган. 23-28 ёш оралиғидаги аёллар асосий гуруҳда 22,2%, назорат гуруҳида 30,5% ни ташкил этган. Жуда ёш, яъни 14-17 ёш бўлган аёллар асосий гуруҳда 11,1%, назорат гуруҳида эса 8,3% учраган. Ҳар иккала гуруҳда ҳам беморларнинг тахминан 2/3 қисми қишлоқ аҳолиси бўлиб, қолган 1/3 бўлаги шаҳарликлардир. Бундай тақсимланиш Ўзбекистондаги бошқа вилоятлар қатори Самарканд вилоятида ҳам аҳолининг уртача тақсимланишига тўғри келади, яъни

фертил ёшдаги аёлларнинг 2/3 қисми вилоят туманларида яшайди. Аёлларнинг касб кори буйича тақсимланиши асосий ва назорат гуруҳларида бир-биридан катта фарқ қилмайди. Талабалар асосий гуруҳда 19,4%, назорат гуруҳида 22,2% ни ташкил этдилар. Уй бекалари яса мос равишда 27,8% ва 25% ни ташкил этишди. Хизматчилар асосий гуруҳда 33,3%, яъни жами аёлларнинг 1/3 қисми, назорат гуруҳида эса 27,8% ни ташкил қилди. Ишчилар, шу жумладан қишлоқ хўжалик ишчилари мос равишда 19,4% ва 25% аниқланган.

Шундай қилиб, нормал қин анатомияси сақланган 36 нафар ва сигмоид кольпопоз операциясидан сўнг сунъий қин яратилган 36 нафар аёлларнинг ижтимоий фони тақослаб урганилганда унча катта фарқ аниқланмади, бу эса табиий ва сунъий қин микрофлорасини қиёсий урганишда айрим хатоликларга йўл қўйилишининг олдини олади.

Тадқиқот бошидан унинг мақсадидан келиб чиққан ҳолда аввал табиий қинга эга бўлган аёлларда қин микрофлорасини урганилди. Бунинг учун назорат гуруҳидаги жами 36 нафар аёлда қин тозалик даражаси, рН ҳолати, мавжуд гинекологик касалликлар ва бактериологик экма усулида аниқланган қин микрофлораси таркиби урганилди. Қиннинг 1 даражали тозалик ҳолати биронта аёлда аниқланмади. Маълумки, қин 1 даражали тозалик ҳолати фақат турмушга чиқмаган аёлларда кўзатилади, унда фақат эпителий хужайралари, Додерлейн таёқчалари ва 1-2 та лейкоцитлар топилади, қин муҳити кучли кислотали бўлади. Қин II тозалик даражаси беморларнинг ярмидан кўпида аниқланди (52,8%). Маълумки, қин тозалигининг 2 даражасида суртмада юқорида айтиб утилганлардан ташқари бироз сапрофит бактериялар топилади. Физиологик жихатдан бундай аёллар соғлом бўлиб, яллиғланишли гинекологик касалликлар деярли учрамайди. Қин III тозалик даражаси текширилган беморларнинг 10 нафарида аниқланиб, бу 27,8% ни ташкил этди. Айнан мана шу тоифадаги аёлларда турли факультатив ва анаэроб патоген ва шартли

патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Нихоят қин тозалигининг IV даражаси 7 нафар аёлда аниқланди ва бу 19,4% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, табиий қинга эга бўлган аёлларда қин микрофлораси даражаларининг табиий тақсимланиши адабиёт маълумотларига тўғри келади. Муаллифларнинг ёзишича, турмушга чиққан аёлларнинг 50% дан ортиғида қин тозалигининг 1 даражаси, 25-35% ида 3 даражаси, қолган 15-25% ида 4 даражаси кўзатилади (Анكيرская А.С., 1999; Анكيرская А.С. ва муаллиф., 2000; Прилепская В.Н. вamuалиф., 2002; Gifford D.S. et al., 2005; Tamim H. et al., 2002).

Қин 1 даражали тозалик даражаси биронта аёлда учрамаган бўлсада, аёлларнинг 12 нафарида, яъни 1/3 қисмида қин рН кучли кислотали бўлиб, 4.2 дан паст бўлиб чиқди. Бундай аёлларда қин тозалик ҳолати 2 даражали бўлиб, уларнинг кўпчилиги гинекологик жиҳатдан соғлом аёллардир. Аёлларнинг 7 тасида (19,4%) қин рН и 4.2 дон 6.0 гача, яъни кучсиз кислотали, ¼ қисмида (25,0%) кучсиз ишқорий, яъни 6.1 дан 8.0 гача, 2,2% ида эса кучли ишқорий, яъни 8.0 дан юқори эканлиги аниқланди.

Аёлларнинг гинекологик статуси, яъни гинекологик касалликлар бор-йўқлиги, репродуктив саломатлик ҳолати урганилганда қин тозалик даражаси ва рН ига монанд равишда аёлларнинг 17 нафари (47,2%) гинекологик жиҳатдан мутлақо соғлом деб топилди. Аёлларнинг ¼ қисмида (25,0%) носпецифик ва специфик кольпит, 22,2% аёлда эса бактериал вагиноз аниқланди. Маълумки, кольпитда қин тозалигининг 3-4 даражасидан ташқари қин деворларининг қизариши, шиши, йирингли ёки йирингли сероз ажралмалар, қисқаси яллиғланиш реакциясининг барча белгилари мавжуд бўлади. Бундан фарқли ўлароқ, бактериал вагиноз (БВ) касаллигида қин микрофлораси кескин бузилганлигига қарамасдан, қин деворларининг яллиғланиш белгилари бўлмайди. Жами 7 нафар аёлда (19,4%) юқори қават жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (эндометрит, метроэндометрит, аднексит ва хоказо) аниқланди.

Энг кўп аниқланган факультатив анаэроб микроорганизм *Lactobacilla* spp, жами 21 кишида (58,3%) топилган. Маълумки, лактобациллалар нормал қин микрофлорасининг ажралмас қисми бўлиб, қин ясси эпителийсига таркибидаги гликоген билан озиқланади ҳамда сут кислотаси ишлаб чиқариб, қиннинг кислотали муҳитини сақлаб туришга хизмат қилади. Лактобациллалар кўп бўлганда қин ажралмаси оқимтир шиллиқли тусда бўлиб, ундан сут кислотасининг нордон ҳиди келиб туради. Лактобациллалар миқдорига кириб қин тозалик даражаси 1,2 ёки баъзан 3 даражали бўлиши мумкин. Стафилококк ва стрептококк гуруҳига мансуб факультатив анаэроб бактериялар тарқалиши жиҳатдан иккинчи ўринда бўлиб, улар биргаликда беморларнинг деярли $\frac{1}{4}$ қисмида аниқланди, аммо шуни айтиб ўтиш керакки, одатда битта беморда бир эмас бир неча микроб ассоциацияси учрайди. Масалан *Staphylococcus epidermidis* учраган культурада *Staphylococcus viridians* ёки *Streptococcus* spp учраш эҳтимоли катта. Грамм-манфий факультатив микроорганизмлардан *Escherichia coli* (11,1%), *Proteus vulgaris* (8,3%), *Ureaplasma urealyticum* (8,3%), *Mycoplasma hominis* (5,6%) кабилар ажратиб олинди. Улар ҳам грамм-мусбат микроорганизмлар каби одатда ассоциация ҳолатида учрайди. Қатъий анаэроб микроорганизмлар ҳам аниқланди, улар орасида *Bacterioides fragilis* (13,9%), *Bacterioides* spp (8,3%), *Bifidobacterium bifidum* (11,1%), *Bifidobacterium* spp (8,3%) алоҳида аҳамиятга эга. Булардан ташқари жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар сўзак (5,6%), трахомониаз (8,3%) ва кандидозли кольпит (11,1%) аниқланди.

Шундай қилиб, табиий қинга эга бўлган аёлларда қин микрофлорасини урганиш жуда қимматли ва қизиқарли маълумотларни берди: 36 нафар қин культурасидан жами 4 гуруҳга (факультатив грамм-мусбат, факультатив грамм-манфий ва қатъий анаэроблар, шунингдек, специфик инфекциялар) мансуб 20 хил сапрофит ва патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Бу маълумотлар сигмоид неовагина

микрофлорасини қиёсий урганишда катта назарий ва амалий аҳамият касб этади.

Сигмасимон кольпопозга кўрсатмалардан яна бири бачадон функцияси сақланган кин аплазияси (БФСҚА) бўлиб, у ҳам кам учрайдиган, аммо кўплаб тиббий-ижтимоий ривожланиш нуқсонларини келтириб чиқарувчи касалликдир. Бу патологияда бачадон функцияси сақланган, бинобарин менструал циклнинг барча 5 та звеноси ишлаб туради. Хар ой менструация вақтида ажралиб чиққан қон бачадон бушлиғида, кейинчалик бачадон найлари бушлиғида тўпланиб, гематометра ва гематосальпинкс чақиради. Айтиб утиш жоизки, мазкур синдром билан операция қилинган аёлларда афақат сексуал функция, балки репродуктив функция ҳам тикланади. Хатто пластик операция қилинган аёл хомиладор бўлиб, табиий туғруқ йўллари орқали тукқан ҳолатлар ҳам адабиёт маълумотларида келтирилган. Бизнинг кўзатишларимизда беморларимизнинг 6 нафари (16,7%) мазкур кўрсатма буйича операция қилинган. Нихоят тестикуляр феминизация синдроми билан 2 нафар (5,6%) аёл кольпопоз операциясига олинган.

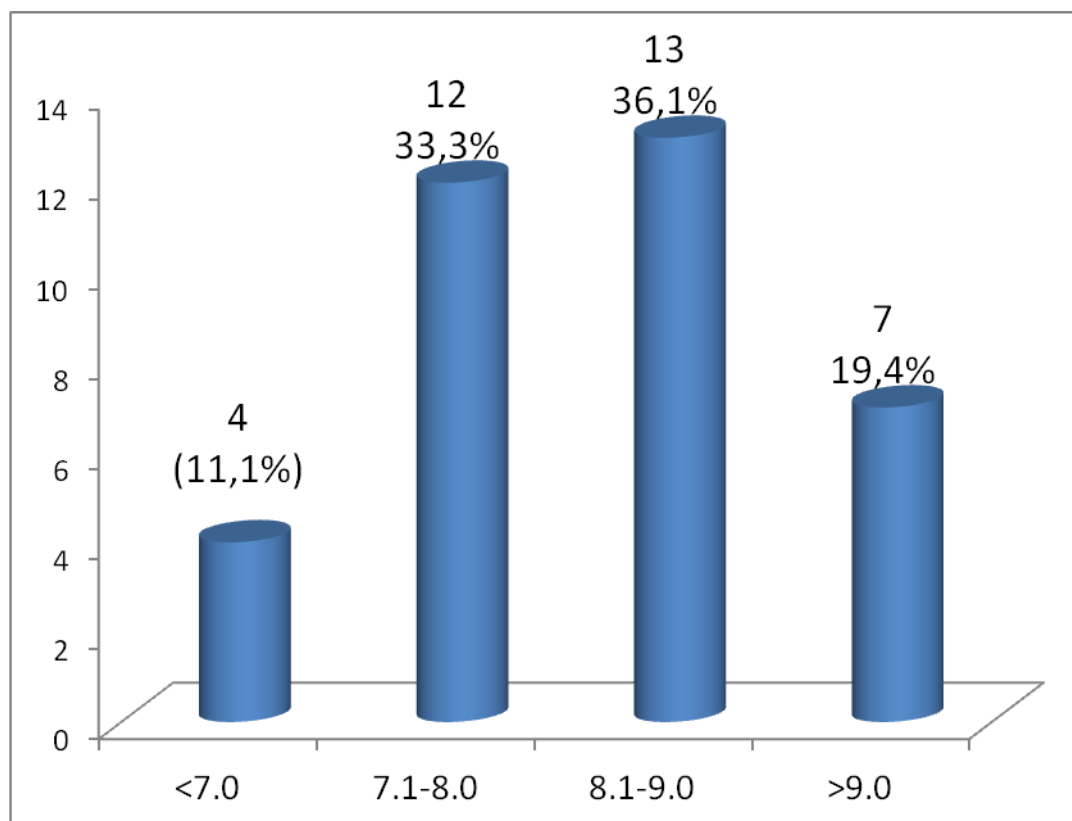
Сигмоид неовагинанинг микрофлораси ҳолати пластик операциядан сўнг қанча вақт утганига ҳам боғлиқ, албатта. Беморларнинг аксариятида (55,6%) операциядан кейинги даврнинг давомийлиги 1 йилдан ошиқ бўлган, шулардан 22,2% ида хатто 2 йилдан ҳам кўпроқ вақт утган. Фақат 19,4% беморда постоперацион давр давомийлиги 6 ойгача (энг ками 4 ой) бўлган. Беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида операциядан кейинги давр давомийлиги 7 ойдан 1 йилгача вақтни ташкил этди.

Беморлар сунъий неовагинага боғлиқ қандай шикоятлар билан мурожаат қилганлиги ҳам катта аҳамиятга эга. Баъзи ҳолларда бемор шикоят қилмайди, аммо сўраб-суриштирилганда мазкур шикоятлар борлиги маълум бўлади.

3.4. Асосий гуруҳда сигмоид неовагинанинг флорасини урганиш

Сигмоид неовагина узининг анатомик-гистологик тузилиши, оригинал функцияси ва физиологияси билан табиий қиндан катта фарқ қилади. Кольпопоз операциясидан олдин сигмасимон ичакнинг одатдаги флорасини йўқ қилиш мақсадида бир марталик катта дозада антибиотик қилинади, бундан ташқари тозаловчи клизма қилиниб, ичак тозаланади. Аммо шуларга қарамасдан, ичак флораси маълум миқдорда сақланиб қолади ва қулай фурсат бўлиши билан кўпаяди. Бундай ташқари оралик соҳасидан янги ҳосил қилинган неовагинага кўплаб микроорганизмлар тушади. Шундай қилиб, орадан маълум муддат вақт утгач янги сигмоид неовагинанинг ўз табиий микрофлораси шаклланади ва стабил сақланади.

Асосий гуруҳда сигмоид неовагинанинг микрофлорасини урганишни унинг рН ини текширишдан бошладик. Бунда қўйидаги маълумотлар олинди (расм 3.11).



Расм 3.11. Сигмоид неовагинанинг рН кўрсаткичи.

Гистограммадан кўришиб турганидек, сигмоид неовагинанинг муҳити табиий қиндан фарқ қилиб, ишқорийдир. Фақат 4 нафар (11,1%) аёлда қин муҳити $pH < 7.0$, улардан 2 тасида кучсиз кислотали, 2 нафарида кучсиз ишқорий эди. Аёлларнинг 33,3% ида 7.1 дан 8.0 гача, 36,1% ида 8,1 дан 9.0 гача, 19,4% ида хатто 9.0 дан ҳам катта бўлган. Қин муҳитининг бундай ишқорий муҳитини факультатив ва кескин анаэроб микроорганизмлар чақиради.

Сигмоид неовагинанинг микрофлораси таркиби бактериологик экма қилиш йўли билан аниқланганда қўйидаги маълумотлар олинди (жадвал 3.2).

Жадвал 3.2. Сигмоид неовагина микрофлораси таркиби

№	Микроорганизмлар турлари	Аниқланган беморлар сони	%
1. Факультатив анаэроблар			
1	<i>Грамм-мусбат микроорганизмлар</i>		
А	- Lactobacilli spp	2	5,6%
Б	- Staphylococcus epidermidis	7	19,4%
В	- Staphylococcus viridans	8	22,2%
Г	- Streptococcus spp	17	47,2%
Д	- Streptococcus haemolyticus	4	11,1%
У	- Streptococcus pneumoniae	3	8,3%
Ё	- Enterococcus sp	2	5,6%
2	<i>Грамм-манфий анаэробмикроорганизмлар</i>		

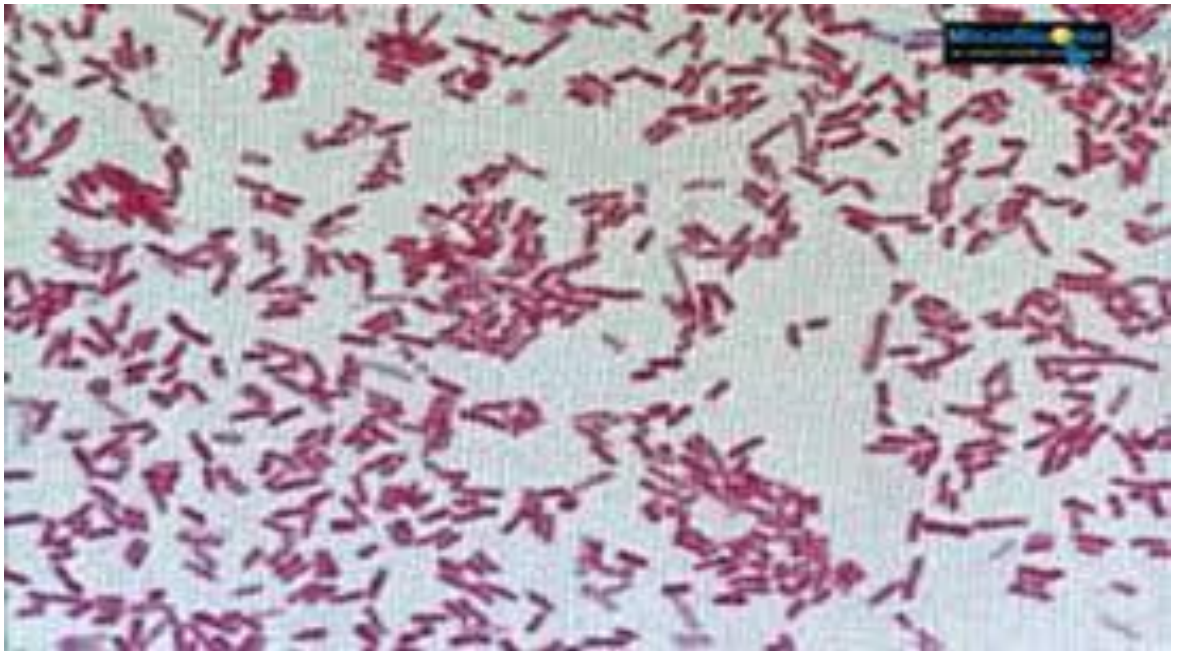
А	- Esherichia coli	27	75,0%
Б	- Proteus vulgaris	3	8,3%
В	- Ureaplasma urealyticum	3	8,3%
Г	- Micoplasma hominis	2	5,6%
2. Қатъий анаэробмикроорганизмлар			
А	- Bacterioides fragilis	4	13,9%
Б	- Bacterioides spp	3	8,3%
В	- Bifidobacterium bifidum	2	5,6%
Г	- Bifidobacterium spp	0	-
Д	- Eubacterium lentum	5	13,9%
3. Специфик инфекциялар			
А	- Candida albicans	2	5,6%
Б	- Trichomonas vaginalis	1	2,8%
В	- Trichomonas intestinalis	3	8,3%
Г	- Gonococcus Neisseria	1	2,8%

Табиий қин микрофлорасидан фарқ қилиб, сигмоид неовагинада энг кўп аниқланган факультатив анаэроб микроорганизм Streptococcuspp бўлиб, жами 17 ҳолатда (47,2%) кўзатилган. Staphylococcus epidermidis ва Staphylococcus viridians культуралари тарқалиши буйича иккинчи - учинчи ўринларда бўлиб, мос равишда 19,4% ва 22,2% ни ташкил этди. Streptococcus haemolyticus ва Streptococcus pneumoniae учраши табиий қин микрофлорасидан фарқ қилмайди. Аммо Lactobacilla spp, назорат гуруҳидан кескин фарқ қилиб, фақатгина 2 та беморда аниқланди холос.

Грамм-манфий факультатив микроорганизмлардан *Esherichiacoli* энг кўп учради, жами 75% беморда ажратиб олинди. *Proteusvulgaris* (8,3%), *Ureaplasmaurealyticum* (8,3%), *Micoplasmahominis* (5,6%) кабиларнинг учраши ҳам назорат гурухидан деярли фарқ қилмайди. Улар ҳам грамм-мусбат микроорганизмлар каби одатда ассоциация ҳолатида учради.

Факультатив анаэроблардан ташқари қатъий анаэроб микроорганизмлар ҳам аниқланди. Улар орасида *Bacterioidesfragilis* (13,9%), *Bacterioidesspp* (8,3%), *Bifidobacterium bifidum* (5,6%), *Enterobacteriumlentum* (13,9%) алоҳида аҳамиятга эга.

Табиий қин микрофлорасида бўлганидек, сигмоид неовагинада ҳам специфик инфекциялар: сўзак (2,8%), ичак трихомониази (8,3%), қин трахомониази (2,8%) ва кандидозли кольпит (5,6%) аниқланди. Шуниси диққатга сазоворки, ичак трихомониази табиий қин микрофлорасида учрамайди. Аммо сунъий неовагинада 3 та ҳолатда (8,3%) мазкур микроорганизм топилди ва даволанди. Даволаш усули қин трихомониази билан бир хил бўлиб, трихопол, орнидазол, метронидазол кабиларни ўз ичига олади. Шунингдек, кандидозли неовагинитни даволашда флюкорем схема буйича жами 350 мг (7 таблетка), фуцис, флунол, баъзан текназол кабилардан фойдаланилди. Гонорея бизда даволанмади ва мутахасис дерматовенеролог хузурига юборилди.



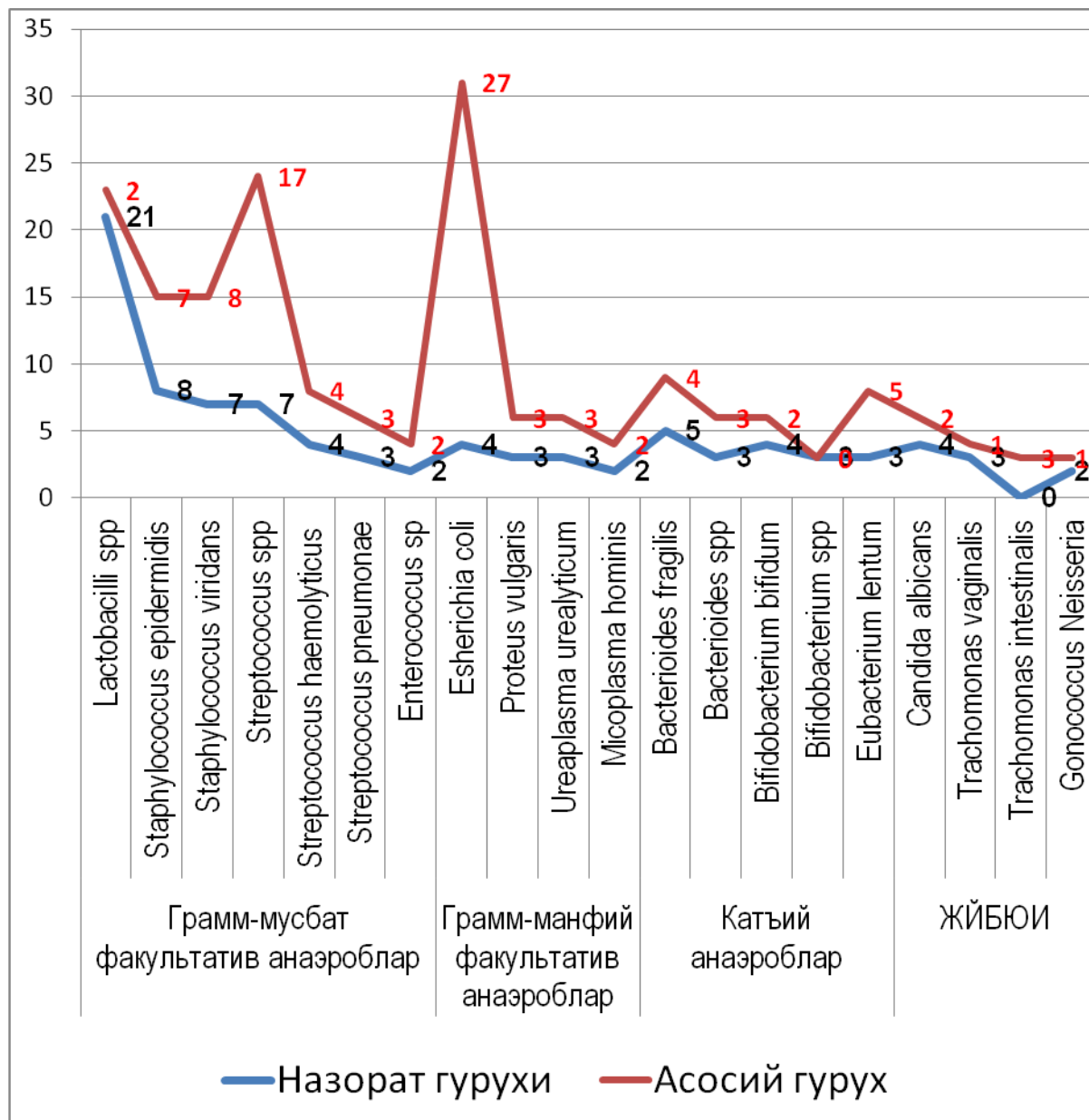
Расм 3.12. Сигмасимон неовагина микрофлорасининг даволашдан олдинги микроскопик кўриниши.

Биоселак ёрдамида сигмасимон неовагина микрофлорасини табиий кин микрофлорасига яқинлаштириш жуда самарали натижа берди. Қўйидаги расмда биоселак қўлланилгандан кейинги неовагина микрофлораси акс этган.



Расм 3.13. Сигмасимон неовагина микрофлорасининг Биоселак препарати қўлланилгандан кейинги микроскопик кўриниши

Назорат гуруҳидаги табиий қин микрофлораси ва асосий гуруҳдаги сигмоид неовагина микрофлораларини таққослаш осон бўлиши учун мазкур маълумотлар қўйидаги информацион гистограмма кўринишида келтирилмоқда (расм 3.14).



Расм 3.14. Асосий ва назорат гуруҳларида қин ва неовагина микрофлораларининг қиёсий таркиби.

Мазкур гистораммада яққол кўриниб турганидек, ҳар иккала гуруҳда ҳам хилма хил (20 ёки унга яқин турдаги) факультатив, қатъий анаэроб микроорганизмлар ва специфик инфекциялар учраган, аммо бир хил даражада эмас. Табиий қин микрофлорасининг асосий хусусияти

кўйидагилари лактобацилларларнинг кўп учраши (21 ҳолатда), ичакка хос сапрофит бактерияларнинг нисбатан камроқ учраши ва ичак трихомонадасининг умуман учрамастидир.

Сунъий сигмоид неовагинанинг асосий хусусиятлари ичак таёқчаси (*Escherichia coli*) нинг энг кўп учраши (27 ҳолатда), қинга хос сут кислота ишлаб чиқарувчи бациллаларнинг камлиги, ҳам қин ҳам ичак трихомонадасининг учраши кабилардир.

Шундай қилиб, сигмасимон ичакдан яратилган неовагина микрофлорасини урганиш жуда қимматли ва қизиқарли маълумотларни берди: 36 нафар қин культурасидан жами 4 гуруҳга (факультатив грамм-мусбат, факультатив грамм-манфий ва қатъий анаэроблар, шунингдек, специфик инфекциялар) мансуб 19 хил сапрофит ва патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Бу маълумотлар сунъий қиннинг анатомик физиологик хусусиятларини тушунишга, уларнинг физиологик ва патологик ҳолатларини тўғри талқин этишга, касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволашга имкон беради.

IV БОБ. ОЛИНГАН НАТИЖАЛАР МУХОКАМАСИ

Сигмасимон кольпопоз операцияси утказилган аёлларда сигмоид неовагинанинг микрофлорасини урганиш мақсадида жами 72 нафар аёл проспектив урганилди. Улардан 36 нафари табиий қинга эга бўлган аёллар (назорат гуруҳи), қолган 36 нафари эса сигмоид неовагина яратилган аёллар бўлди (асосий гуруҳ).

36 нафар сигмоид неовагинага эга бўлган беморлар турли хил туғма ривожланиш нуқсонлари билан операция қилинган. Сигмасимон кольпопозга асосий кўрсатма Майер-Рокитанский-Кюстер синдроми бўлиб, жами 77,8% бемор (28 нафар) айнан шу кўрсатма бўйича операция қилинган. Майер-Рокитанский-Кюстер синдроми туғма ривожланиш нуқсони бўлиб, дунёнинг деярли барча минтақаларида бир хил, яъни тирик туғилган 100 000 қизчадан биттасида кўзатилади. Бу синдром ички жинсий аъзолар – бачадон ва қиннинг бўлмаслиги билан характерланади. Уларда, табиийки, менструал цикл бўлмайди, аммо иккиламчи жинсий белгиларнинг кўпчилиги мавжуд бўлади. Бу тухумдон ва буйрак усти безларида ишлаб чиқарилаётган жинсий гормонлар ҳисобига келиб чиқади.

Беморларнинг аксарияти – 61,1% сигмоид неовагинадан шиллиқли ажралма келиб туришига шикоят қилган. Мазкур ҳолат сигмасимон ичакдан сунъий қин яратилган беморларда нормал, табиий ҳол деб ҳисобланади. Ичак эпителийси ўзидан шиллиқли секрет чиқаради, бунга ичак эпителийсининг кўчиб тушган хужайралари ва неовагинада ҳаёт кечириётган сапрофит микроорганизмлар аралашиб, мазкур шиллиқли ажралмани ҳосил қилади.

Беморларимиздан 4 нафари (11,1%) кольпопоздан кейинги дастлабки ойларда, баъзан хатто 6 ойдан кейин ҳам ноҳуш сезгига. Шунингдек, 16,7% беморда жинсий алоқадан кейин қон кетишлар кўзатилган, улар ҳам кўзгулар ёрдамида текширилганда неовагинанинг айрим қисмларида

микротравмалар аниқланди. 5 нафар (13,9%) бемор вульва ва неовагина соҳасида ачишишга, 4 нафар (11,1%) беморда қичишишга шикоят қилди. Мазкур беморларнинг 4 нафари турли соматик касалликлар борлиги туфайли кучли антибиотиклар қабул қилишган ва шу сабабдан замбуруғли инфекция ривожланиб, “кандидозли неовагинит” ҳолати келиб чиққан.

Шундай қилиб, сигмасимон кольпопоз операциясини бошдан кечирган аёлларда операциядан кейинги даврнинг давомийлиги ва кечиш хусусиятлари, аёллар ва уларнинг жинсий шерикларида мавжуд фон ҳолатлари, жинсий хулқ-атворга боғлиқ равишда турли хил шикоятлар ва касаллик ҳолатлари ривожланиши мумкин. Бу ҳолатларнинг ҳаммаси сигмоид неовагина микрофлорасига кучли таъсир кўрсатади.

Сигмоид неовагина узининг анатомик-гистологик тузилиши, оригинал функцияси ва физиологияси билан табиий қиндан катта фарқ қилади. Кольпопоз операциясидан олдин сигмасимон ичакнинг одатдаги флорасини йўқ қилиш мақсадида бир марталик катта дозада антибиотик қилинади, бундан ташқари тозаловчи клизма қилиниб, ичак тозаланади. Аммо шуларга қарамасдан, ичак флораси маълум миқдорда сақланиб қолади ва ўулай фурсат бўлиши билан кўпаяди. Бундай ташқари оралик соҳасидан янги ҳосил қилинган неовагинага кўплаб микроорганизмлар тушади. Шундай қилиб, орадан маълум муддат вақт утгач янги сигмоид неовагинанинг ўз табиий микрофлораси шаклланади ва стабил сақланади.

Асосий гуруҳда сигмоид неовагинанинг микрофлорасини урганишни унинг рН ини текширишдан бошладик. Сигмоид неовагинанинг муҳити табиий қиндан фарқ қилиб, ишқорийдир. Фақат 4 нафар (11,1%) аёлда қин муҳити $pH < 7.0$, ушлардан 2 тасида кучсиз кислотали, 2 нафарида кучсиз ишқорий эди. Аёлларнинг 33,3% ида 7.1 дан 8.0 гача, 36,1% ида 8.0 дан 9.0 гача, 19,4% ида хатто 9.0 дан ҳам катта бўлган. Қин муҳитининг бундай ишқорий муҳитини факультатив ва кескин анаэроб микроорганизмлар чақиради.

Сигмоид неовагининг микрофлораси таркиби бактериологик экма қилиш йўли билан аниқланганда қўйдаги маълумотлар олинди. Табиий қин микрофлорасидан фарқ қилиб, сигмоид неовагинада энг кўп аниқланган факультатив анаэроб микроорганизм *Streptococcus* spp бўлиб, жами 17 ҳолатда (47,2%) кўзатишган. *Staphylococcus epidermidis* ва *Staphylococcus viridians* культуралари тарқалиши буйича иккинчи - учинчи ўринларда бўлиб, мос равишда 19,4% ва 22,2% ни ташкил этди. *Streptococcus haemolyticus* ва *Streptococcus pneumoniae* учраши табиий қин микрофлорасидан фарқ қилмайди. Аммо *Lactobacilla* spp, назорат гуруҳидан кескин фарқ қилиб, фақатгина 2 та беморда аниқланди ҳолос.

Грамм-манфий факультатив микроорганизмлардан *Escherichia coli* энг кўп учраши, жами 75% беморда ажратиш олинди. *Proteus vulgaris* (8,3%), *Ureaplasma urealyticum* (8,3%), *Mycoplasma hominis* (5,6%) кабиларнинг учраши ҳам назорат гуруҳидан деярли фарқ қилмайди. Улар ҳам грамм-мусбат микроорганизмлар каби одатда ассоциация ҳолатида учрайди.

Факультатив анаэроблардан ташқари қатъий анаэроб микроорганизмлар ҳам аниқланди. Улар орасида *Bacterioides fragilis* (13,9%), *Bacterioides* spp (8,3%), *Bifidobacterium bifidum* (5,6%), *Enterobacterium lentum* (13,9%) алоҳида аҳамиятга эга.

Табиий қин микрофлорасида бўлганидек, сигмоид неовагинада ҳам специфик инфекциялар: сўзак (2,8%), ичак трихомониози (8,3%), қин трахомониози (2,8%) ва кандидозли кольпит (5,6%) аниқланди. Шуниси диққатга сазоворки, ичак трихомониози табиий қин микрофлорасида учрамайди. Аммо сунъий неовагинада 3 та ҳолатда (8,3%) мазкур микроорганизм топилди ва даволанди. Даволаш усули қин трихомониози билан бир хил бўлиб, трихопол, орнидазол, метронидазол кабиларни ўз ичига олади. Шунингдек, кандидозли неовагинитни даволашда флюкорем схема буйича жами 350 мг (7 таблетка), фуцис, флунол, баъзан текназол

кабилардан фойдаланилди. Гонорея бизда даволанмади ва мутахасис дерматовенеролог хузурига юборилди.

Бизнинг тадқиқотлармиз натижаларидан кўриниб турганидек, хар иккала гуруҳда ҳам хилма хил (20 ёки унга яқин турдаги) факультатив, қатъий анаэроб микроорганизмлар ва специфик инфекциялар учраган, аммо бир хил даражада эмас. Табиий қин микрофлорасининг асосий хусусияти кўйидагилардир:

- лактобацилларларнинг кўп учраши (21 ҳолатда),
- ичакка хос сапрофит бактерияларнинг нисбатан камроқ учраши
- ичак трихомонадасининг умуман учрамаслигидир.

Сунъий сигмоид неовагинанинг асосий хусусиятлари эса кўйидагилардан иборат:

- ичак таёқчаси (*Escherichia coli*) нинг энг кўп учраши (27 ҳолатда)
- қинга хос сут кислота ишлаб чиқарувчи бациллаларнинг камлиги
- ҳам қин ҳам ичак трихомонадасининг учраши

Мазкур маълумотлар Нидерландияда бир гуруҳ олимлар томонидан олинган ғоят қизиқарли маълумотларга мос келади (Toolenaar A.M., Freundt I., Wagenvoort H.T. et al., 2003). Улар сигмоид неовагина яратиш операцияси утказилган 15 нафар беморни чуқур ва батафсил урганиб, уларда турли гуруҳларга мансуб микроорганизмлар ассоциацияси яшашини аниқладилар. 36 нафар қин культурасидан жами 4 гуруҳга (факультатив грамм-мусбат, факультатив грамм-манфий ва қатъий анаэроблар, шунингдек, специфик инфекциялар) мансуб 19 хил сапрофит ва патоген микроорганизмлар ажратиб олинди. Бу маълумотлар сунъий қиннинг анатомик физиологик хусусиятларини тушунишга, уларнинг физиологик ва патологик ҳолатларини тўғри талқин этишга, касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволашга имкон беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Табиий қин микрофлорасининг асосий хусусияти қўйидагилари лактобациллаларларнинг кўп учраши (21 ҳолатда), ичакка хос сапрофит бактерияларнинг нисбатан камроқ учрашидир.
2. Сунъий сигмоид неовагинанинг асосий хусусиятлари ичак таёқчаси (*Escherichia coli*) нинг энг кўп учраши (27 ҳолатда), қинга хос сут кислота ишлаб чиқарувчи лактобацилла ва бифидобактериум кабиларнинг камлиги (11,3%), аксинча, ичакка хос сапрофит ва шартли патоген микроорганизмларнинг кўп миқдорда учрашидир.
3. Табиий қинда ичак трихомонадаси умуман учрамайди, аммо сигмоид неовагинада ҳам қин (2,8%), ҳам ичак трихомонадаси (8,3%) учрайди.
4. Сигмоид сунъий қин муҳити 4 нафар (11,1%) аёлда $pH < 7.0$, 33,3% ида 7.1 дан 8.0 гача, 36,1% ида 8,1 дан 9.0 гача, 19,4% ида хатто 9.0 дан ҳам катта бўлган. Қин муҳитининг бундай ишқорий муҳитини факультатив ва кескин анаэроб микроорганизмлар чақиради.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Сигмасимон кольпопоз ёрдамида ҳосил қилинган неовагинанинг микрофлорасида кўпроқ ичакка хос сапрофит ва шартли патоген микроорганизмлар устунлик қилганлиги учун, унда ишқорий муҳит устунлик қилади. Шунинг учун у осон яллиғланишга ва микротравмалар олишга мойил. Шунинг эътиборга олган ҳолда, сунъий қин алоҳида парвариш талаб қилади. Хар бир жинсий алоқадан олдин албатта любрикантлар қўллаш, шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилиш лозим.
2. Қинга хос кислотали муҳит ҳосил қилиш учун вақти -вақти билан Биоселак, Лактобактерин каби препаратларни қўллаб туриш сигмоид неовагина микрофлорасини соғломлаштириш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития гениталий.//М.: Москва, 1999. -327.
2. Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Шахматова М.В. Современные аспекты хирургической коррекции пороков развития внутренних половых органов.// В сб. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины, под редакцией Айламазяна Э.К., СПбетербург. 1999. 10-11.
3. Александров М.С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки.// М.: Медгиз, 1995. -188.
4. Александров М.С. Отдаленные результаты 241 операции кольпопозза.// Акуш. и гин., 1998, №4, 83-87.
5. Богданова Е.А., Телунц А.В. Гирсутизм у девочек и молодых женщин. Медпресс, Москва, 2002г, 76-80.
6. Демидов Богданова Е.А., Алимбаева Г.Н., Мартыш Н.С., Саруханов А.Г., В.Н. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения больных с аплазией влагалища при функционирующей матке.// Акуш. и гин. 1995 31 51-54.
7. Богданова Е. А., Киселева И. А., Стрижакова М. А. Модификация консервативного кольпопозза (кольпоэлонгация с овестином). //В кн. «Тезисы докладов X российского национального конгресса «Человек и лекарство»» 2003г., 295.
8. Вербенко А.А., Шахматова М.П. Аплазия влагалища.// М.: Медицина, 1998г. -80.
9. Вольф А.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии.// М. Геотар-мед. 2004, перевод с немецкого, 216-238.
10. Воскресенский Л., Кадырко СМ., Кошельков Я.Я. Состояние Акушерско-гинекологической помощи женщинам с аплазией

- влагалища в республике Беларусь.// В сб. Материалы 5 съезда организаторов.
11. Гайнова И.Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек.// Дисс. Канд. мед. наук. М. 2003.
 12. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика.// Мед. книга НГМА, 1998, 100-109.
 13. Гиговский Е.Е. 220 операций образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки.// Акушерство и гинекология 1999, №3, 64-65.
 14. Голубева И.В. Гермофродитизм (клиника, диагностика, лечение).// М., Медицина, 1994, 86 -120 15.
 15. Давыдов Н. Брюшинный кольпопоз.// Л. .
 16. Давыдов Н., Орлов В.М. Пороки развития матки и их хирургическая коррекция в целях восстановления детородной функции.// Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных: по материалам программы научных исследований «Профилактика и лечение гинекологических заболеваний» М. 1999. 47.
 17. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии.// М. 1996, Москва.
 18. Демидова Е.М. Клиника и диагностика пороков развития внутренних половых органов в периоде полового созревания.// Дисс. Канд. мед. наук. М. 1994. -161.
 19. Жуковский М.А. Нарушение полового развития.// М. Медицина, 1996, 181-193.
 20. Замятина З.И. Образование влагалища по методу свободной ауто трансплантации.// Акуш. и гинекол. 1995, №5, 52-54 21. Иен С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология.// Пер. с англ. М., Медицина, 1998, 1: 402-432.
 21. Капелюшник Н.Л. Аллокольпопоз.// Автореф. к диссертации доктора мед.наук, Казань, 1994.

22. Кара Б.И., Дербинян Н.А., Гаспарян А. Опыт хирургической международной коррекции врожденной аплазии влагалища.// Сб. трудов конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки» М. 1997, 222.
23. Карлсон Б. Основы эмбриологии по Пэттену.// Москва. «Мир» 1998. 389.
24. Кириллова Е.А., исследования Курбанова А.Г., Трепаков Е.А. репродуктивной Клиникофункции генетические при нарушениях женщин, обусловленной пороками развития мочеполовой системы.// В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия. М, 1998, 39-40.
25. Кириллова Е.А. Клинические и генетические аспекты нарушений репродуктивной системы женщины.// Дисс. докт. мед. наук. М., , 336.
26. Кирпатовский И.Д., Голубева И.В. Патология и коррекция пола.// Москва 1996. -228.
27. Кирпатовский И.Д. Избранные лекции по хирургической андрологии.//М., 1997.
28. Кирпатовский И.Д. Очерки хирургической андрологии.// М., 1999. 124.
29. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Основы оперативной техники пересадки органов.//М., 1994. -259.
30. Кирпатовский И.Д.. Смирнова Э.Д. Основы микрохирургической техники.// М., 1998.- 135.
31. Киселева И.А., Уварова Е.В. Особенности ведения больных с ХУ-дисгенезией гонад.// Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006 №2.
32. Кобозева Н.В., Гуркин Ю.А. Реконструктивные операции при аномалиях у девочек.// в кн. «Современные методы оперативного лечения в гинекологии». М. 1997.
33. Кобзагоров А.А Оценка некоторых методов кольпопоза.// Акуш. и гинек. 1994.58-59.

34. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста.// Руководство для врачей. 4-е издание, перераб., допол.,-М: Медпрактика-М, 2005 г. 340.
35. Ксидо М.И. Новый способ образования искусственного влагалища при его отсутствии.// Гинекология и акушерство. 1998. №4. 28-31.
36. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И.// Оперативная гинекология. М. 2000 -464.
37. Курбанова А.Г. Клиника, диагностика и хирургическая коррекция пороков развития матки и влагалища.// Автореф. дис. докт. мед. наук. М. 1998.-54
38. Курбанова А.Г., Кравкова Е.В. Одноэтапный метод кольпопоза из тазовой брюшины.// Акуш. и гинек. 1999, №2, 55-56.
38. Мандельштам А.Э. Образование искусственного влагалища по прямокишечному методу.//Л., 1993, 136.
39. Мандельштам А.Э. Сравнительная оценка различных способов
Сборник трудов ленинградского института кольпопоза.//
усовершенствования врачей. 1996, вып. 47.22-23.
40. Макарова О.С. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение врожденных пороков полового развития при женском фенотипе.// А. Докт. мед. наук. Киев, 1999, 45.
41. Мартыш Н.С. Клинико-эхографические аспекты нарушений полового развития и аномалий развития матки и влагалища у девочек.// Автореф. дис. Докт. мед. наук. М., 1996. -38.
42. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Липский К.Б. Хирургическое лечение транссексуалов анатомически мужского пола.// Ж. Анналы пласт., реконстр. иэстетич. хирургии, 1999,№1, 43-48.
43. Мурватов К. Д. Медико-генетические особенности хирургическое лечение больных с пороками развития матки и влагалища.// Автореф. дис. канд. мед. наук.М., 1999. -24.

44. Негмаджанов Б.Б. Пластика влагалища из сегментов толстой кишки и феминизирующая реконструкция наружных гениталий.// Автореф. докт. мед. наук. М., 1993. 45.
45. Николаев В.В., Бижанова Д.А., Шаряфетдинова Ф.А. Метод комбинированной вагинопластики при аплазии матки и влагалища.// Теория и практика. №2, 2001, 30-32.
46. Окулов А.Б. Хирургия органов репродуктивной системы.// Ежегодные публикации об исследованиях . М. Медицина. 1997 Вып.5, 24-30.
47. Окулов А.Б., Богданова Е.А., Негмаджанов Б.Б. Ректосигмоидальная вагинопластика с реконструкцией шейки матки при гематометре.// Реконструктивная хирургия реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных. М., 1994, С 54-57.
48. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б., Богданова Е.А. Возможности хирургического лечения поражений репродуктивной системы и нарушений полового развития.// Педиатрия, 1995, №6, 35-40.
49. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрансформационные операции: Руководство для врачей. М: Медицина, 2000. 304.
50. Осипова Г.Р., Касаткина Э.П. и соавт. Синдром тестикулярной молекулярно-генетической феминизации: клиническое, гормональное и 53. исследование.// Проблемы репродукции №6, 2001, с. 67-70. Отт Д.О. Операция образования искусственного влагалища при врожденном его отсутствии, а так же при приобретенном заращении его после гангренозного кольпита.//Гинекол. и акуш. 1999, №2, С 146-149.
51. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология.// М. Медицина. 1996.
52. Пищулин А.А., Яровая И.С., Тюльпаков А.Н., Манченко О.В. К о хирургической тактике Е.А. при синдроме Игнатьева тестикулярной А. А. Причины феминизации.// Проблемы репродукции, №5, 1999,

- 43-46 Пучко Т.К., Чернуха формирования анатомически узкого таза.// Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006, №1, 71-78.
53. Снегирев В.Ф. Новый способ образования влагалища.// М. Сокушев Г.К. Лечение аплазий и атрезий влагалища.// Медицина, 1992, №3.
54. Стрижакова М. А., Демкина А. В., Петрова Б., Латыпова Н. Х., Киселева И. А. Профилактика нефрологических осложнений у девочек с аномалиями половых органов после хирургического лечения.// В кн. «Новые технологии в гинекологии, акушерстве и перинатологии» 2003г., 201-204.
55. Уварова Е. В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития.// М.: Триада-Х. 2004 г.
56. Уварова Е. В. Качество жизни при дисгенезии гонад Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. -2000. 3.- С 5,78-82.
57. Уварова Е.В. Применение геля Контрактубекс в практике детского гинеколога.// Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005, №4 44-48.
58. Уварова Е. В., Харламенкова Н.Е., Астахова Н.А., Мешкова И.П. Возможности ЗГТ в решении проблемы психосоциальной адаптации девочек с первичным эстрогенным дефицитом.// Журнал Акушерства и Женских болезней, Том LII, N3, 2003.
59. Уварова Е.В., Мешкова И.П., Киселева И.А. и др. Заместительная гормональная терапия и качество жизни больных с дисгенезией гонад.// Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006, №1 11-12 70. -543.
60. Хашукоева А.З. Современные подходы к диагностике, Фалин Л.И. Эмбриология человека.// Атлас. М. Медицина, 1976, хирургическому лечению и реабилитации больных с аномалиями развития матки и влагалища.// Дисс. Докт. Мед. наук., М. 1998. 366.

61. Шалита Г. Искусственное влагалище с применением слизистой оболочки.//б Врач. 1998. Т.9. №36.С.705-706.
62. Шерстнев Б.Ф. Бескровный метод кольпопозза.// Акуш. и гинек. 1997, №11 42-45.
63. Шерстнев Б.Ф. Разработка операции соединения искусственного влагалища с маткой.// Акуш. и гинек. 1996, №9, 35-36.
64. Laparoscopy Adamian LV, Zurabiani ZR, Kiselev SI, Khashukoeva AZ. in surgical treatment of vaginal aplasia: laparoscopy-assisted.
65. Barrow, G. I., and R. K. A. Feltham. 2003. Cowan and Steel's manual for the identification of medical bacteria, 3rd ed. Cambridge University Press, Cambridge.
66. Baldwin JF. The Formation of an Artificial Vagina by Intestinal Transplantation. Ann Surg. 2004 Sep;40(3):398-403.
67. Borruto F, Chasen ST, Chervenak FA, Fedele L. The Vecchietti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy and laparotomy. Int J Gynaecol Obstet. 1999 Feb;64(2): 153-8.
68. Blacksburg. Ghirardini G, Baraldi R, Bertellini C. Severe coital injury after Franks creation of a neovagina. Clin Exp Obstet Gynecol. 1998;25(4): 147-148.
69. Brun JL, Belleannee G, Grafeille N, Asian AF, Brun GH. Long-term results after neovagina creation in Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser syndrome by Vecchietti's operation. 10; 103(2): 168-72.
70. Chandiramani M, Gardiner CA, Padfield CJ, Ikhen SE. Mayer Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Jul Rokitansky Kuster Hauser syndrome. J Obstet Gynaecol. 2006 Oct;26(7):603-6.
71. Chatwani A, Nyirjesy P, Harmanli OH, Grody MH Creation of neovagina by laparoscopic Vecchietti operation. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1999 Oct; 9(5):425-7.

72. Chen HC, Chana JS, Feng GM. A new method for vaginal reconstruction using a pedicled jejunal flap. *Ann Plast Surg.* 2003 Oct;51(4):429-31.
73. Christensen B. Minimally invasive methods to create a neovagina. *Zentralbl Gynakol.* 2002 Jun; 124(6):313-6.
74. Communal PH, Chevret-Measson M, Golfier F, Raudrant D. Sexuality after sigmoid colpopoiesis in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. *Fertil Steril.* 2003 Sep;80(3):600-6.
75. Condous G, Jones R, Lam AM. Male-to-female transsexualism: laparoscopic pelvic floor repair of prolapsed neovagina. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006 Jun;46(3):254-6.
76. Darai E, Toullalan O, Besse O, Potiron L, Delga P. Anatomic and functional results of laparoscopic-perineal neovagina construction by sigmoid colpoplasty in women with Rokitanskys syndrome. *Hum Reprod.* 2003 Nov; 18(11): 2454-9.
77. Darai E, Soriano D, Thoury A, Bouillot JL. Neovagina construction by combined laparoscopic-perineal sigmoid colpoplasty in a patient with Rokitansky syndrome. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002 May; 9(2):204-8.
78. Dargent D, Marchiole P, Giannesi A, Benchaib M, Chevret-Measson P. Laparoscopic Davydov or laparoscopic transposition of the M, Mathevet P. peritoneal colpopoiesis described by Davydov for the treatment of congenital vaginal agenesis: the technique and its evolution. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004 Dec;32(12):1023-30.
79. Drasar, B. S., and M. J. Hill. 2004. *Human intestinal flora.* Academic Press, London.
80. Eicher W. Transsexualism. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1999 Oct; 85(10):507-11.
81. Ekinici S, Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME, Tanyel FC, Buyukpamukcu N. Sigmoid colon vaginoplasty in children. *Eur J Pediatr Surg.* 2006 Jun; 16(3): 182-187.

82. Eldh J. Construction of a neovagina with preservation of the glans penis as a clitoris in male transsexuals. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Apr; 91(5):895-900.
83. Fang RH, Chen TJ, Chen TH. Anatomic study of vaginal with in male-to-female transsexual surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Aug; 112(2):511-4.
84. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, Ciappina N, Fontana E, Borruto F. Laparoscopic findings and pelvic anatomy in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Obstet Gynecol.* 2007 May; 109(5):1111-5.
85. Fedele L, Bianchi S, Berlanda N, Bulfoni A, Fontana E. Laparoscopic creation of a neovagina and recovery of menstrual function in a patient with Rokitansky syndrome: a case report. *Hum Reprod.* 2006 Dec; 21(12):3287-9.
86. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R. Laparoscopic creation of a neovagina in patients with Rokitansky syndrome: analysis of 52 cases. *Fertil Steril.* 2000 Aug;74(2):384-9.
87. Filipas D, Black P, Hohenfellner R. The use of isolated caecal bowel segment in complicated vaginal reconstruction. *BJU Int.* 2000 Apr;85(6):715-9.
88. Folch M, Pigem I, Konje JC. Mullerian agenesis: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2000 Oct;55(10):644-9.
89. Figueira G, Perez-Medina T, Martinez-Cortes L, et al. Laparoscopic creation of a neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome by modified Vecchietti procedure. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Aug;127(2):240-243.
90. Freundt I, Toolenaar TA, Huikeshoven FJ, Jeekel H, Drogendijk AC. Long-term psychosexual and psychosocial performance of patients with a sigmoid neovagina. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Nov;169(5):1210-4.
91. Freundt, I., T. A. M. Toolenaar, F. J. M. Huikeshoven, A. C. Drogendijk, and H. Jeekel. 2002. A modified technique to create a neovagina with an isolated segment of sigmoid colon. *Surg. Gynecol. Obstet.* 174:11-16.

92. Goddard JC, Vickery RM, Terry TR. Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *J Sex Med.* 2007 Apr 19.
93. Guven S, Guvendag Guven ES, Ayhan A, Gokoz A. Recurrence of high-grade squamous intraepithelial neoplasia in neovagina: case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 2005 Nov-Dec; 15(6): 1179-82.
94. Harder Y, Erni D, Banic A. Squamous cell carcinoma of the penile skin in a neovagina 20 years after male-to-female reassignment. *Br J Plast Surg.* 2002 Jul;55(5):449-51.
95. Hentges, D. J. (ed.). 2003. Human intestinal microflora in health and disease. Academic Press, Inc., New York.
96. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal replacement in children and young adults. *J Urol.* 1998 Mar;159(3):1035-8.
97. Holdeman, L. V., E. P. Cato, and W. E. C. Moore. 1997. Anaerobic laboratory manual, 4th ed. Virginia Polytechnic Institute Anaerobe Laboratory, Ismail IS, Cutner AS, Creighton SM. Laparoscopic vaginoplasty: alternative techniques in vaginal reconstruction. *BJOG.* 2006 Mar;113(3):340-3.
98. Imperato E, Alfei A, Aspesi G, Meus AL, Spinillo A. Related Articles, Links Long-term results of sigmoid vaginoplasty in a consecutive series of 62 patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Mar 21.
99. Kaloo P, Cooper M. Related Articles, Links. Laparoscopic- assisted Vecchietti procedure for creation of a neovagina: an analysis of five cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002 Aug;42(3):307-10.
100. Kapoor R, Sharma DK, Singh KJ, Suri A, Singh P, Chaudhary H, Dubey D, Mandhani A. Sigmoid vaginoplasty: long-term results. *Urology.* 2006 Jun;67(6):1212-5.
101. Keser A, Bozkurt N, Taner OF, Sensoz O. Treatment of vaginal agenesis with modified Abbe-McIndoe technique: long-term follow-up in 22 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Jul 1 ;121(1):110-6.

102. Khen-Dunlop N, Lortat-Jacob S, Thibaud E, Clement-Ziza M, Lyonnet S, Nihoul-Fekete C. Rokitansky syndrome: clinical experience and results of sigmoid vaginoplasty in 23 young girls. *J Urol.* 2007 Mar;177(3):1 107-11.
103. Kwun Kim S, Hoon Park J, Cheol Lee K. et al. Long-term results in patients after rectosigmoid vaginoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jul;112(1): 14351.
104. Lang N., Niff A., Blomer a. Die operative Behandlung der Aplasia vaginae mit Hilfe des Maschentransplants. *Geburtsh Frauenheilk.* 2003; 33:560.
105. Larsen, B., and R. P. Galask L 1980. Vaginal microbial flora: practical and theoretical relevance. *Obstet. Gynecol.* 55:100S-113S.
106. Lindner, J. G. E. M., F. H. F. Plantema, and J. A. A. Hoogkamp-Korstanje. 1998. Quantitative studies of the vaginal flora of healthy woman and of obstetric and gynaecological patients. *J. Med. Microbiol.* 11:233-241.
107. Liebrich C, Reinecke-Luthge A, Kuhnle H, Perry KU. Squamous cell carcinoma in neovagina at Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser-syndrome. *Zentralbl Gynakol.* 2006 Oct;128(5):271-4.
108. Liguori G, Trombetta C, Buttazzi L, Belgrano E. Acute peritonitis due to introital stenosis and perforation of a bowel neovagina in a transsexual. *Obstet Gynecol.* 2001 May;97(5 Pt 2):828-9.
109. Lotan G, Mashiach R, Halevy A. Total endoscopic vaginal reconstruction in a case of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2005 Aug;15(4):435-8. J.
110. Lowe MP, Ault KA, Sood AK. Recurrent carcinoma in situ of a neovagina. *Gynecol Oncol.* 2001 Mar;80(3):403-4.
111. Matsui H, Seki K, Sekiya S. Prolapse of the neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. A case report. *J Reprod Med.* 1999 Jun;44(6):548-50.

112. Miller, T. L., G. A. Weaver, and M. J. Wolin. 1999. Methanogens and anaerobes in a colon segment isolated from the normal fecal stream. *Appl. Environ. Microbiol.* 48:449-50.
113. Morcel K, Camborieux L. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2007 Mar 14;2:13.
114. Moudouni S, Koutani A, Attya AI, Hachimi M, Lakrissa A. The use of isolated sigmoid colon segment for vaginal replacement in young adults. *Int Urol Nephrol.* 2004;36(4):567-71.
115. Muir TW, Walters MD. Surgical management of vaginal vault prolapse in a woman with a neovagina and pelvic kidneys. *Obstet Gynecol.* 2004 Nov;104(5Pt2):1199-201.
116. Nadarajah S, Quek J, Rose GL, Edmonds DK. Sexual function in women treated with dilators for vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005 Feb;18(1):39-42. 120.
117. Neut, C., J. F. Colombel, F. Guillemot, A. Cortot, P. Gower, P. Quandalie, M. Ribet, C. Romond, and J. C. Paris. 2006. Impaired bacterial flora in human excluded colon. *Gut* 30:1094-1098.
118. OConnor JL, DeMarco RT, Pope JC 4th, Adams MC, Brock JW 3rd. Bowel vaginoplasty in children: a retrospective review. *J Pediatr Surg.* 2004 Aug;39(8): 1205-8.
119. Parsons JK, Gearhart SL, Gearhart JP. Vaginal reconstruction utilizing sigmoid colon: Complications and long-term results. *J Pediatr Surg.* 2002 Apr;37(4):629-33.
120. Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU Int.* 2000 Nov; 86(7):84350.
121. Popp LW, Ghirardini G. Creation of a neovagina by pelviscopy. *J Laparoendosc Surg.* 2002 Jun;2(3): 165-73.

122. Possover M, Drahonowski J, Plaul K, Schneider A. Laparoscopically assisted formation of a colon neovagina. *Surg Endosc*. 2001 Jun; 15(6):623.
123. Purushothaman V. Horse shoe flap vaginoplasty a new technique of vaginal reconstruction with labia minora flaps for primary vaginal agenesis. *Br J Plast Surg*. 2005 Oct; 58(7):934-9.
124. Rajimwale A, Furness PD 3rd, Brant WO, Koyle MA. Vaginal construction using sigmoid colon in children and young adults. *BJU Int*. 2004 Jul; 94(1):115-9.
125. Roberts CP, Haber MJ, Rock JA. Vaginal creation for müllerian agenesis. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Dec; 185(6): 1349-52.
126. Schaffer J, Fabricant C, Carr BR. Vaginal vault prolapse after nonsurgical and surgical treatment of müllerian agenesis. *Obstet Gynecol*. 2002 May; 99 (5 Pt 2):947-9.
127. Schnitzer JJ, Donahoe PK. Surgical treatment of congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2001 Mar; 30(1):137-54.
128. Schouten van der Velden AP, de Hingh III, Schijf CP, Bonenkamp HJ, Wobbes T. Metachronous colorectal malignancies: "don't forget the neo vagina". A case report. *Gynecol Oncol*. 2005 Apr; 97(1):279-81.
129. Schult M, Wolters HH, Lelle RJ, Winde G, Senninger N. Outcome of surgical intervention for rectovaginal fistulas in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *World J Surg*. 2001 Apr; 25(4):438-40.
130. Seccia A, Salgarello M, Sturla M, Loreti A, Latorre S, Farallo E. Neovaginal reconstruction with the modified McIndoe technique: a review of 32 cases. *Ann Plast Surg*. 2002 Oct; 49(4): 379-84.
131. Sparac V, Stilinovic K, Ilijas M et al. Vaginal aplasia associated with anatomically and functionally normal uterus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Jul 15; 115(1):110-2.

132. Steiner E, Woernle F, Kuhn W, Beckmann K, Schmidt M, Pilch H, Knapstein PG. Carcinoma of the neovagina: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2002 Jan;84(1):171-5.
133. Sutter, V. L., D. M. Citron, M. A. C. Edelstein, and S. M. Finegold. 2008. *Wadsworth anaerobic bacteriology manual*, 4th ed. Star Publishing Company, Belmont, Calif.
134. Templeman CL, Hertweck SP, Levine RL, Reich H. Use of laparoscopically mobilized peritoneum in the creation of a neovagina. *Fertil Steril.* 2000 Sep;74(3):589-92.
135. Templeman C, Hertweck P, Levine R, Reich H. A new technique for the creation of a neovagina. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000 May;13(2):99.
136. Thoury A, Detchev R, Darai E. Sigmoid neovagina by combined laparoscopic-perineal route for Rokitansky syndrome. *Gynecol Obstet Fertil.* 2002 Dec; 30(12): 938-43.
137. Tillem SM, Stock JA, Hanna MK. Vaginal construction in children. *J Urol.* 1998 Jul; 160(1): 186-90.
138. Thewessen, E. A. P. M., I. Freundt, J. H. van Rijsoort-Vos, E. Stolz, M. F. Michel, and J. H. T. Wagenvoort. 2009. Comparison of HeLa 229 and McCoy cell cultures for the detection of *Chlamydia trachomatis* in clinical specimens. *J. Clin. Microbiol.*27:1399-1404.
139. Vecchietti G. Creation of an artificial vagina in Rokitansky-KusterHauser syndrome. *Attual Ostet Ginecol.* 2005 Mar-Apr;11(2):131-47.
140. Wedler V, Meuli-Simmen C, Guggenheim M et al. Laparoscopic technique for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals using a modified vascularized pedicled sigmoid. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;57(4):181-5.