

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

Andijon Davlat tibbiyot instituti

UO‘T: 618.11-002.7+618.11-009.7

ZIYAYEVA E‘TIBORXON RASULJONOVNA

«OG‘RIQ SINDROMI BILAN ASORATLANGAN SURUNKALI  
SALPINGOOFORITLI AYOLLARDA TERAPEVTIK TADBIRLARNI  
OPTIMALLASHTIRISH»

Akusherlik va ginekologiya - 14.00.01 bo`yicha monografiya

Andijon - 2026-yil

**UO‘T: 618.11-002.7+618.11-009.7**

**Muallif:**

**Ziyayeva E.R.**

**ADTI, 1-Akusherlik va ginekologiya  
kafedrasi assistenti, PhD**

**Retsenzentlar:**

**B.B. Qurbanov**

**Akusherlik va ginekologiya, bolalar  
ginekologiyasi kafedrasi t.f.d. professori.**

**D.B. Asrankulova**

**ADTI, 1-Akusherlik va ginekologiya kafedrasi  
mudiri t.f.d., professor**

**Monografiya Andijon Davlat tibbiyot instituti muammolar hay’ati  
tomonidan protokol № 2026 yil ga asosan tasdiqlangan**

**Ilmiy kengash kotibi, k.f.d.**

**Mo’minova G.A**

## ANNOTATSIYA

Respublikamizda anamnezida ko'p tug'ruqlar bo'lgan va surunkali salpingooforit (SSO) bilan kasallangan ayollarning 40–52 foizida asorat sifatida surunkali chanoq og'rig'i sindromi rivojlanishi kuzatiladi. Ushbu hastalik endometrioz, SSO, bepushtlik, ektopik homiladorlik, tos a'zolari bitishma hastliklari, surunkali spetsifik yallig'lanish hastaliklarining natijasi sifatida tavsiflanar edi. Bu holat noqulaylik, jinsiy hayotning buzilishi, stressli inkontinentsiya rivojlanishi, ich qotishi va libidoning pasayishiga olib keladi. Shu munosabat bilan biz bu muammoni nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy deb ham atashimiz mumkin. Jarayonning rivojlanishi bilan funksional buzilishlar kuchayadi, ular ko'pincha bir-birining ustiga qo'yilib, nafaqat jismoniy va ma'naviy azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi balki bemorlarni qisman yoki butunlay nogiron qiladi.

Surunkali salpingooforitli (SSO) ayollarda og'riq sindromi bilan asoratlanish davolashning asosiy muammolaridan biri kasallikning qachon boshlanganini aniqlash qiyinligidir. Ushbu holatni aniqlash uchun biz bemor ayollar qon zardobida og'riq peptidi bo'lgan substantsia P (SP) ni aniqlash natijasida erishdik. SP ni 2000 pg/ml ko'rsatkichida SSO ning qo'zg'alishini yuqori darajasi va surunkali tos og'rig'i sindromini juda kuchaygan davrini ko'rsatishi aniqlandi. Bu davrda kerakli davolash choralari to'g'ri qo'llanishi SSO qo'zg'alishini o'z vaqtida qaytarishga muvaffaq bo'lishga erishish mumkin.

Monografiya surunkali salpingooforitli ayollarda og'riq sindromi bilan asoratlanishni davolashning asosiy muammolarini yechishni o'z ichiga oladi, shuningdek, ushbu kasallikni davolashning dolzarb diagnostik masalalari va yangi yondashuvlarini o'rganadi.

Monografiya akusher-ginekologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, doktorantlar, magistrlar, klinik ordinatorlar, shuningdek, tibbiyot institutlari davolash va pediatriya fakultetlari talabalari o'quv dasturlarida foydalanish uchun zarur qo'llanma hisoblanadi.

## ABSTRACT

In the republic of Uzbekistan, 40–52% of women with a history of multiparity and chronic salpingo-oophoritis (CSO) develop chronic pelvic pain syndrome as a complication. This disease was characterized as a consequence of endometriosis, SSO, infertility, ectopic pregnancy, pelvic adhesions, chronic specific inflammatory diseases. This condition leads to discomfort, impaired sexual life, the development of stress urinary incontinence, constipation and decreased libido. In this regard, we can call this problem not only medical, but also social. With the development of the process, functional disorders increase, which often overlap, causing not only physical and moral suffering, but also partially or completely disabling patients. One of the main problems in the treatment of pain syndrome in women with chronic salpingoophoritis, is the difficulty in determining the onset of the disease. To determine this condition, we determined the level of substance P (SP), a pain peptide, in the serum of patients. It was found that SP at a level of 2000 pg/ml indicates a high level of SSO arousal and a period of severe exacerbation of chronic pelvic pain syndrome. The correct application of the necessary therapeutic measures during this period can lead to timely reversal of SSO arousal.

The monograph includes solutions to the main problems of treating pain syndrome in women with chronic salpingoophoritis, as well as studies current diagnostic issues and new approaches to treating this disease.

The monograph is considered an indispensable reference for use in the curricula of obstetrician-gynecologists, general practitioners, doctoral students, masters, clinical residents, as well as students of medical and pediatric faculties of medical institutions.

## АННОТАЦИЯ

В нашей республике у женщин с хроническим сальпингоофоритом (ХСО) в 40-52% случаев наблюдается осложнение в виде хронического тазового болевого синдрома при наличии в анамнезе частых родов. Это заболевание характеризуется как следствие эндометриоза, ХСО, бесплодия, внематочной беременности, спаек в тазовой области, хронических специфических воспалительных заболеваний. Данное состояние приводит к дискомфорту, нарушению половой жизни, развитию стрессового недержания мочи, запоров и снижению либидо. В связи с этим эту проблему можно назвать не только медицинской, но и социальной. С развитием процесса усиливаются функциональные расстройства, которые часто перекрываются, вызывая не только физические и моральные страдания, но и частично или полностью инвалидизируя пациенток. Одной из главных проблем в лечении болевого синдрома у женщин с хроническим сальпингоофоритом, является сложность определения начала заболевания. Для определения этого состояния мы определили уровень болевого пептида - субстанции П (СП) в сыворотке крови пациенток. Было установлено, что уровень СП в 2000 пг/мл указывает на высокий уровень обострения ХСО с сильным проявлением болевого синдрома. Своевременное и адекватное проведение терапевтических мероприятий в этот период позволяет быстро купировать обострение ХСО и устранить болевой синдром. Монография включает в себя решение основных проблем лечения болевого синдрома у женщин с хроническим сальпингоофоритом, а также изучение актуальных диагностических вопросов и новых подходов к лечению этого заболевания.

Монография считается незаменимым справочником для использования в учебных программах акушеров и гинекологов, врачей общей практики, докторантов, магистров, ординаторов, а также студентов медицинских и педиатрических факультетов медицинских учреждений.

## QISQARTMALAR

JSST	–	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
AUA	–	Amerika urologlar assotsiatsiyasi
TAE	–	tos a‘zolari yetishmovchiligi
AJAP	–	Ayollar jinsiy a‘zolar prolapsi
YBB	–	yumaloq bachadon boylami
DBB	–	dumg‘aza bachadon boylami
OMO	–	orqa miya og‘riqsizlantirish
TME	–	tos mushaklari yetishmovchiligi
FDA	–	Foodand Drug Administration
UTT	–	Ultratovush tekshiruvi
EGK	–	Ekstraginetal kasalliklar
EXM	–	elektron xisoblagich mashina

## KIRISH

**Mavzuning dolzarbligi** . Surunkali salpingooforit (adneksit) xozirgi zamonda ham haqli ravishda amaliy ginekologiyada eng keng tarqalgan patologiyalardan biridir, uning uchrashi ginekologik hastaliklar ichida 60-65%ni tashkil etadi. Surunkali salpingooforitni davolash uzoq muddatni talab etib, ayolning fertillik davrini tashkil etishi mumkin. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, surunkali salpingooforit bilan kasallangan bemorlarning taxminan 70% yiliga kamida ikki marta davolanadi, ammo ularning 37-40% davolash samaradorligidan mamnun emas.

Tibbiyotda surunkali salpingooforitni oldini olish, uni erta bosqichda tashxislash va davolash chora-tadbirlarini takomillashtirishga qaratilgan ilmiy-tadqiqotlar alohida o`rin tutmoqda. Surunkali salpingooforit bilan bemorlarning davolanish samaradorligi pastligi uzoq davolanishiga qaramay bemor ayollarning reproduktiv faoliyatiga juda salbiy ta'sir qiladi. Ushbu hastalik bemorlarning 24-30% ida surunkali tos og'rig'i sindromining kelib chiqishiga sabab bo'ladi, shuningdek, 1- 5% hollarda ektopik homiladorlikka, bemorlarning taxminan 40% bepushtlikga shikoyat qilishadi. Bemorlarda surunkali tos og'rig'i sindromining kelib chiqishi bemorlarda og'ir jismoniy o'zgarishlar qatorida ruhiy sohalarda noqulayliklar keltirib chiqaradi va bu o'z navbatida nikohda moslashuvning buzilishiga olib keladi va shunga mos ravishda ajralishlarning ko'payishi, tez-tez vaqtinchalik yoki hatto doimiy mehnat qobiliyatini yo'qolishiga olib kelib bu kasallikni tibbiy va ijtimoiy muammoga aylantiradi. Surunkali salpingooforit uzoq kechisi bilan birga tez-tez qaytalanadigan qo'zg'lishlari bilan tavsiflanadi. Shuning bilan birga surunkali tos og'rig'i sindromiga bitishmalar, bepushtlik, tos bo'shlig'ida yiringli jarayonlarning rivojlanishi - piosalpinks, piovar, tuboovarial abstsesslar sabab bo'ladi. Surunkali salpingooforit bilan bemor ayollarni davolash va parvarish qilish algoritmini ishlab chiqish, kasallik asoratlari ko'rsatkichlarini

kamaytirish hamda kerakli profilaktik tadbirlarini ishlab chiqish ginekologlar oldida turgan dolzarb muammolaridan biri sifatida alohida ahamiyat kasb etmoqda.

O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish, aholini ijtimoiy muhofaza qilish, tibbiyot tizimini jahon andozalari talablariga moslashtirish, jumladan, reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan noinfeksion kasalliklarni erta tashxislash va samarali davolashga yo'naltirilishga qaratilgan muayyan chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu borada 2022-2026 yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasining yettita ustuvor yo'nalishiga muvofiq aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish darajasini yangi bosqichga ko'tarishda «...birlamchi tibbiy-sanitariya xizmatida aholiga malakali xizmat ko'rsatish sifatini yaxshilash...»<sup>1</sup> kabi vazifalar belgilangan. Ushbu vazifalardan kelib chiqqan holda, jumladan, ayollarda surunkali salpingooforit asoratlarini rivojlanish xavfini erta tashxislash va davolashga yangi yo'nalishlarni yaratish, qayta ishlab chiqish muhim ahamiyatga ega vazifalardandir.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF-60-son «2022-2026 yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasi to'g'risida»gi, 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891-son «Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini ta'minlashga oid qo'shimcha chora-tadbirlari to'g'risida»gi, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2023 yil 9 avgustdagi PQ-296-son "Onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish, aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash chora-tadbirlari to'g'risida", O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2024 yil 5 sentyabrdagi PQ-311-son "Davlat tibbiy sug'urtasi mexanizmlarini joriy etishga oid chora-tadbirlar to'g'risida"gi Qarori hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga mazkur monografiya ma'lumotlari muayyan darajada xizmat qiladi.

**Tadqiqotning O'zbekiston Respublikasi fan va texnikasini rivojlantirishning ustuvor yo'nalishlariga mosligi.** Monografiya ma'lumotlari

---

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон Фармони 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»

VI Respublika fan va texnikasini rivojlantirishning «Tibbiyot va farmakologiya» ustuvor yoʻnalishidagi vazifalarga asosan olingan.

**Muammoni oʻrganilganlik darajasi.** Surunkali salpingooforit muammosi texnik va ilmiy taraqqiyotga qaramasdan jahonda bugungi kunda boʻlgani kabi Oʻzbekistonda ham ginekologiyaning koʻplab olimlari va tadqiqotchilarining diqqat markazidadir, bu esa ushbu tibbiyot muammosining naqadar ustuvor ahamiyatga ega ekanligidan dalolat beradi. Surunkali salpingooforitning asoratlarini klinik koʻrinishi turli xil: surunkali tos ogʻrigʻi sindromi; hayz faoliyatining buzilishi, jinsiy aloqa paytida ogʻriqli hislar, jinsiy yoʻllardan ajralma koʻpayishi, birlamchi yoki ikkilamchi bepushtlik, spontan abortlar, erta tugʻruqlar, homiladorlik davrida homilaning bachadon ichi infeksiyasi, koʻpincha ovqat hazm qilish organlari (gastroenterokolit) va siydik tizimi (sistit) ishida buzilishlar ham uchrab turadi. Shuningdek, surunkali salpingooforitning uzoq davom etishi va tez-tez qoʻzgʻalishining qaytalanishida organizmning asab, endokrin va boshqa tizimlarining buzilishiga, ayollarning hayot sifati va mehnat qobiliyatining pasayib ketishiga olib keladi (Airiya I.R., Yagubov M.I., 2020). Hozirgi bosqichda organizmda rivojlanayotgan patologik jarayonning ogʻirlik darajasini aniqlash va bu toifadagi bemorlarni davolash taktikasini belgilash imkonini beradigan turli xil markerlarni aniqlash birinchi oʻringa chiqqan. Shuningdek, asoratlar rivojlanishining erta tashhishlash usullari, asoratlarning yetarlicha yuqori darajasi, kasallik qaytalanishining koʻp uchrashi, davolashda optimal davolash usulini qoʻllashda tanlovning mavjud emasligi ginekologik amaliyotda ushbu patologiyani erta tashxislash va davolashga optimal yondashuvlarni ishlab chiqish, joriy etish va qoʻllashning algoritmini ishlab chiqish hamda ushbu yoʻnalishda kelgusida tadqiqotlar olib borish dolzarbligiga ishora qiladi.

Mamlakatimiz olimlari (N.A. Axtamova 2021; F.I. Zokirova 2021) ning qator ilmiy ishlari hayotning turli yosh davrlarida surunkali salpingooforit va surunkali tos ogʻrigʻi sindromi bilan xastallangan bemorlarni davolashga bagʻishlangan. Surunkali salpingooforit bilan ayollarni davolashning muvaffaqiyati

o'z vaqtida va oqilona boshqaruv taktikasi, erta tashhishlash, davolashni o'z vaqtida boshlash, patogenetik yondashuv va to'g'ri tanlangan jarrohlik davolash usuli bilan belgilanadi. Aynan shu tamoyillarga ahamiyat bermaslik surunkali salpingooforitni davolashning past samaradorligini belgilaydi; surunkali salpingooforit bilan xastalangan bemorlarning taxminan 70% yiliga kamida ikki marta davolanadi, ammo ularning 40% davolash samaradorligidan mamnun emas (Elgendi M.,2020). Ushbu patologiyaning turli jihatlari o'rganilganiga qaramay, ushbu patologiyani davolash (Borges A.L., 2023) usullari taklif qilingan va sinovdan o'tgan bo'lsada, surunkali salpingooforit va surunkali tos og'rig'i sindromi muammosi (Zaks N, BatuureA., Lin E., Rommel A.S.,2023) ginekologiya va butun tibbiyotning dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda.

**Monografiya mavzusining ish bajarilgan ta'lim muassasasining ilmiy-tadqiqot ishlari rejalari bilan bog'liqligi.** Monografiya mavzusi Andijon davlat tibbiyot institutining 012000273- sonli «O'zbekistonning turli hududlarida surunkali yuqumli bo'lmagan kasalliklarni erta tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha yangi innovatsion texnologiyalarni ishlab chiqish» mavzusi doirasida ilmiy- tadqiqot rejalari muvofiq amalga oshirilgan.

# **I – BOB. SURUNKALI SALPINGOOFORITLARNING TARQALISHI, ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH MASALALARI BO'YICHA ZAMONAVIY TUSHUNCHA. SURUNKALI SALPINGOOFORITLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENOZ VA IMMUN JAVOB HOLATI. GINEKOLOGIYADA SURUNKALI TOS OG'RIG'I SINDROMI.**

## **§ 1.1. Surunkali salpingooforitlarning tarqalishi, etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi va davolash masalalari bo'yicha zamonaviy tushuncha**

Tos a'zolarining surunkali yallig'lanish kasalliklari (TASYAK) muammosi yangi ming yillikda ham mahalliy va xorijiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadigan juda munozarali masala bo'lib qolmoqda [131, 149-155]. Ular orasida surunkali salpingooforit (SSO) (adneksit) haqli ravishda amaliy ginekologiyada eng ko'p uchraydigan hastalik hisoblanadi, uning miqdori ginekologik kasalliklar orasida 61-66%ni tashkil etadi [106,83-88]. Surunkali salpingooforitni (SSO) kuzatish va davolash davomiyligi ko'pincha bemorning fertillik davrining davomiyligiga teng [114, 104-108].

SSO bilan kasallangan bemorlarning taxminan 65-71% har yili kamida ikki marta davolash muolajalarini oladi, ammo ularning 39 - 43% i davolanishning samaradorligidan norozi bo'lib kelmoqda [57, 116-121].

SSO bemorlarning homiladorlik, tug'ish ko'rsatkichlariga juda salbiy ta'sir ko'rsatadi va ularning ko'p qismi davolanish natijasida bu ko'rsatkichlarda umuman o'zgarishlarni sezmaydilar. SSO bilan bemorlarda bir necha marta qo'zg'lishlarining qa'ytalanishlaridan so'ng (bizning ma'lumotlarimiz bo'yicha yiliga o'rtacha har 100 ta bemorda 2,8 marta) har uchinchi yoki to'rtinchi bemorda surunkali tos og'rig'i sindromi (STOS) paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari ayollarning taxminan 5% da SSO ektopik homiladorlikka va taxminan 39% bepustlikka olib keladi [92, 120-126]. Ushbu bemorlarda STOS somatik

buzilishlardan tashqari, jinsiy, ruhiy buzilishlar, oiladagi ajralishlarning sonini ko'payishi, ko'pincha bemorlarda tez-tez yoki doimiy mehnatga layoqatsizlikni keltirib chiqarishi kuzatiladi. Ushbu holatlar SSO ning nafaqat tibbiy, balki sotsial muammo ekanligini tasdiqlaydi.

Avstraliya, AQSH, Evropa olimlarining olib borgan tekshiruvlari natijalarining keltirishlarida ham STOS mavjudligi ko'pincha jismoniy va ruhiy sohaning patologiyasini keltirib chiqaradi, bu esa nikohda moslasha olmaslikni va shunga mos ravishda ajralishlarning ko'payishiga, tez-tez, vaqtincha yoki hatto, doimiy mehnatga layoqatsizlikka olib kelishi, bu esa usbu hastalikni tibbiy va ijtimoiy muammoga aylantirayotgani ta'kidlanadi. Ular ham SSONi uzoq davom etadigan, tez-tez takrorlanadigan holat sifatida tavsiflashadi, keyinchalik surunkali tos og'rig'i, bitishma hastaligi, bepushtlik, shuningdek, piosalpinks, pioovar, nay-tuxumdon xo'ppozlari va boshqalar kabi yiringli kasalliklarining shakllanishi bilan tavsiflanadi [98, 148-152].

SSO bilan bemorlarda ichki jinsiy a'zolar - bachadon ortiqlarining barcha tarkibiy qismlariga ta'sir qiluvchi aniq sklerotik va distrofik o'zgarishlar kuzatiladi, bu ularning morfologik va funktsional o'zgarishlariga olib keladi va ko'pincha shikoyatlarning og'irlik darajasi, ginekologik tekshiruv ma'lumotlarining instrumental tadqiqotlar va bachadon ortiqlarida morfologik o'zgarishlari o'rtasida nomuvofiqlikning paydo bo'lishiga olib keladi [72, 23-28]. SSO bachadon ortiqlarining shakllanishi va aksariyat qismida yorqin sklerotik, bitishmali, fibroz va distrofik o'zgarishli kasalliklar, morfologik o'zgarishlarning chuqurlik darajasi va funktsional o'zgarishlarning unchalik nazarga tashlanmasligi bilan tavsiflanishi ko'pincha ginekologik va instrumental tadqiqotlar natijalari bilan klinik simptomlarning nomutanosibligini ko'rsatadi va tuxumdon naylari, tuxumdonlar va ularning atrofidagi to'qimalardagi patologik jarayonning morfologik ko'rsatkichlarini keltirib chiqaradi [111, 75-79].

Ko'pincha, bunday nomuvofiqlikning asosiy sabablaridan biri, tashqi jinsiy a'zolar yo'llarining mikroflorasining virulentligining balandligi va uning tez

o'zgaruvchanligi bo'lib, bu tananing immun qobiliyatiga va davolash samaradorligiga salbiy ta'sir qiladi [72, 23-28].

Salpingooforitlarning surunkali kechishga o'tishi makroorganizm immun xususyatlarining asl funktsionalligi, o'zgaruvchanligi tufayli organizmning immunopatologik reaksiyasi bilan bog'liq: "immunoglobulinlar, tsitokinlar, patologik immunitet komplekslari va yopishqoq molekulalarning sekretiya darajasi"dir [5, 11-15; 28, 106-111].

SSO ning eng keng tarqalgan asoratlari odatda bepushtlik (35% dan ortiq) deb hisoblanadi, shuningdek, ektopik homiladorlik va uning yo'qolishi, endometrioz, ayollarning reproduktiv tizimining xavfsiz va xavfli o'smalari tez-tez uchraydi [93, 8-12; 182, 39-55].

### **SSO patogenezi.**

Yallig'lanishga qarshi, antibiotiklar va immunomodulyatorlar, immunostimulyatorlardan keng qo'llanilishi, fizioterapiya muolajalaridan keng foydalanishni hisobga olinsada, hozirgi zamonda ham SSO ko'pincha uzoq davom etadigan va tez-tez takrorlanadigan kasallik bo'lib qolmoqda [4, 62-68]. Uchinchi ming yillikdagi barcha texnologik taraqqiyot darajasiga qaramay, surunkali jarayonning shakllanish sabablari va uning rivojlanish xususiyatlariga ta'sir qiluvchi omillar to'liq o'rganilmagan[84, 9-15]. Amaliy sog'liqni saqlashda qo'llaniladigan davolash usullarining aksariyati bachadon va qo'shni a'zolarining patologik buzilishlarining tabiati va og'irligiga tayanmasdan empirik tarzda buyuriladi [8, 141-146, 39, 315-318].

SSO qo'zg'alishlarini davolashda antibiotiklar buyurilganidan keyin probiotiklar va eubiotiklarni buyurish har doim ham bemorlarning ichak mikrobiotsenoziining to'liq tiklanishini kafolatlamaydi, SSO bilan kasallangan bemorlarning taxminan 70%i gastroenterologlar tomonidan dinamik nazorat ostida bo'lganida doimiy ravishda disfunktsiya va ichak disbiyoziining klinik belgilarini boshdan kechiradi [10, 9-17; 12, 70-78; 13, 56-58; 60, 27-32; 102, 23-26].

SSO diagnostikasi va yangi ming yillikda ko'pchilik amaliyotchi ginekologlar muntazam klinik, laboratoriya va instrumental (ultratovush) tekshiruvlarga tayanadilar, garchi so'nggi o'n yilliklarda o'tkazilgan tadqiqotlar ushbu diagnostika usulining nomuvofiqligini ishonchli isbotladi, ushbu tasahxirlash kompleksining diagnostik xatolari turli xil 30-50%gacha [20, 59-65; 25, 55-58; 103, 123-130].

Morfologik jihatdan SSOda chanoq a`zolarida infiltratlarning mavjudligi, bachadon naylarning shilliq qavati va mushak qavatlarining fiziologik funksiyasining yo'qolishi, a`zolar orasida biriktiruvchi to'qimalarning rivojlanishi, sklerotik jarayonlarning kengayishi bilan tavsiflanadi, bu esa ko'pincha bachadon naylarining gidrosalpinks yoki bitishmalar yoki ularsiz, hosil bo'lishiga olib keladi, qorin bo'shlig'idagi bachadon naylari yaqinidagi bitishmalar tuxum hujayraning ushlanishiga to'sqinlik qiladi, bu esa bepushtlikni keltirib chiqaradi [71, 35-41].

SSO klinik kechishi xilma-xil ko`rinishda: surunkali tos og'rig'i sindromi (STOS) zerikarli ezib og'rish, vaqti-vaqti bilan og`riq kuchayib boradigan, qo'zg'atuvchi omillar - stress, gipotermiya, o'tkir respirator virusli infeksiyalar va boshqalar ta`sirida; hayz ko'rish faoloyatining buzilishi; jinsiy yaqinlik paytida og'riqli hislar; jinsiy a`zoldan ajralmaning ko'payishi; birlamchi yoki ikkilamchi bepushtlik; o'z-o'zidan homila tushishi, erta tug'ilish; homiladorlik paytida homilaning bachadon ichi infeksiyasi; ko'pincha ovqat hazm qilish organlarida (Gastroenterokolitlar) va siydik tizimida ham (tsistit) buzilishlar kuzatiladi. Uzoq muddatli SSO va uning tez-tez takrorlanishlar bilan kechishi asab, endokrin va boshqa tana tizimlarining buzilishlariga olib kelishi mumkin, bu hayot sifati va mehnat qobiliyatining pasayishiga olib keladi [21, 356-362].

SSO ko'pincha yashirin boshlanib yallig'lanish jarayonining surunkalilashishiga va natijada nay bepushtligi, ektopik homiladorlik, o'z-o'zidan homila tushishi, homilani bachadon ichi infeksiyasi rivojlanishi va erta tug'ilishlarning kelib chiqishiga olib keladi [40, 13-20].

Surunkali salpingooforitning qo'zgalishida o'tkir adneksitning yuqoridagi barcha belgilari qayd etiladi [71, 35-41].

SSO ning aniq polimorfizmini hisobga olgan holda, ushbu patologiyaning yagona tasnifi hali ham individual tashxislanmaganligi davolanishni yaratish uchun asos sifatida ishlab chiqilmaganligi ajablanarli emas. Aynan shu narsa atrofdagi to'qimalarda patologiya va jarayonlarning yashirin tomonlarini, kasallikning anamnezidagi davomiyligini, ayolning yoshini, somatik va unga bog'liq ginekologik kasalliklarni va ayolning reproduktiv maqsadlarini hisobga olmagan holda standart terapiyaning keng qo'llanilishiga sabab bo'ladi [71, 35-41]. Amaliyotda keng qo'llaniladigan laparoskopiya yangi davrda SSO diagnostikasi va davolashda yetakchiga aylanmadi, patologiyaning turli xil variantlari bo'lgan bemorlarni boshqarish taktikasi, shuningdek, yiringli asoratlardan va bepushtlik uchun radikal jarrohlik aralashuvlar o'rniga rejalashtirilgan jarrohlik yoki endoskopik korreksion aralashuvlarini o'tkazish bo'yicha tavsiyalar mavjud emas [98, 148-152]. SSO ni davolash klinik ko'rinishlar, qo'shimcha tadqiqot usullari va laboratoriya ma'lumotlarini hisobga olgan holda turli xil dori va dori-darmonsiz terapiya usullarini o'z ichiga oladi [97, 73-76].

SSO qo'zg'alishida va ayolning ahvoli va yallig'lanish jarayonining tarqalishiga qarab kasalxonaga yotqizish mumkin [76, 68-73]. Surunkali salpingooforitni davolashning muhim printsiplari dorilar va mahalliy fizioterapevtik davolanishning kombinatsiyasidir [81, 10-14; 93, 8-12].

Surunkali salpingooforitni davolashning yana bir usuli, bu ayniqsa bachadon naylarining o'tkazuvchanligi - fertillikni tiklash uchun —laparoskopiya usuli bo'lib, u bachadon naylari, tuxumdonlar, kichik tos qorin pardasi, holatini, tos bo'shlig'ida bitishmalarining mavjudligi yoki yo'qligini, patologik o'choqlarning mavjudligi yoki yo'qligini, shuningdek, bitishmalarini ajratish va koagulyatsiya qilish, tuxumdonlar va bachadon naylarining fimbrial qismlaridan bo'shatish va boshqa manipulyatsiya turlaridir [79, 45-48].

SSO bilan kasallangan ayollarni davolashning muvaffaqiyati o'z vaqtida va oqilona boshqarish taktikasi, o'z vaqtida boshlangan terapiya, to'g'ri tanlangan jarrohlik davolash bilan belgilanadi [26, 50-55; 93, 8-12].

Bu SSO bilan davolanishning past samaradorligiga olib keladi - SSO bilan xastalangan bemorlarning deyarli 70% har yili kamida ikki marta davoladi, ammo ularning 40% uning samaradorligidan qoniqmaydi [26, 50-55; 44, 799-806].

Hatto yangi ming yillikda ham, sezilarli yutuqlarga qaramay, SSO asoratlarini bashorat qilish deyarli mumkin emas, masalan, yiringli tuboovarial shakllanishlarning ko'payishi [37, 56-58; 44 799-806].

## **§ 1.2 Surunkali salpingooforitlarda qin mikrobiotsenozi va immun javob holati.**

Yallig'lanish genezida bachadon ortiqlarining eng keng tarqalgan patologiyasi salpingooforitlar hisoblanadi, ular ko'pincha qin biotsenozining buzilishi, abortdan yoki tabiiy tug'ruq yo'li orqali asoratli tug'ruqdan keyin, shuningdek, himoyalangan jinsiy aloqadan keyin vujudga keladigan o'ta yuqumli infeksiya tufayli yuzaga keladi [31, 131-135].

TASYAK ning etiopatogenetik mexanizmlari: "abortlar, bachadon ichi kontratseptsiyasi, gisteroskopiya, gisterosalpingografiya, endometriyal biopsiya, jarroxlik tashrixlari, ekstrakorporal urug'lantirish (EKU), tug'ruq paytida bachadon ichi muolajasi"sidir [15, 49-52].

Jinsiy a'zolarning har qanday hajmdagi shikastlanishlari ularni infeksiya yuqtirish ehtimolini paydo bo'lishiga olib keladi, shuning uchun qin va bachadon bo'yni shikastlanishi, hatto ichak mikroflorasi ko'payadigan va rivojlanadigan qin atrofidagi teridan ham bachadon ortiqlariga yuqoriga ko'tariluvchi yo'l orqali yuqtirishda ishtirok etadi [14, 54-62].

O'tkir salpingooforit rivojlanishining asosiy boshlang'ich etiologik omili va uning yiringli yallig'lanish asoratlari mikroblarning vazifasidir [32, 65-68]. 60%

hollarda ayollarda TASYAK ning sababi jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyalardir [97,73-76].

JSST 20-asrning oxirida barcha TASYAK holatlarining yarmiga yaqini *Neisseria gonorrhoeae* mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, bu o'tkir yiringli salpingitlar kabi patologiyaning shakllanishiga olib kelgan [16, 26-28].

Ammo shuni tushunish kerakki, iqtisodiy rivojlangan davlatlarning aksariyatida TASYAK tarqalishi gonoreya bilan kasallanish darajasidan bir necha baravar yuqori, masalan, Rossiya Federatsiyasida ming yillikning boshlarida gonoreya bilan kasallanish 100000 aholiga 120 ta holatni tashkil qilgan bo'lsa, TASYAK 1360 ta holatni tashkil qildi, bu gonoreya tarqalishidan deyarli 11 baravar ko'p [16, 26-28].

O'tgan asrning o'rtalarida TASYAK ni keltirib chiqaradigan eng keng tarqalgan mikroorganizm streptokokk bo'lib, u ushbu patologiya holatlarining deyarli uchdan birida (31,4%) sababchi edi va 70-yillarda 54,5% hollarda stafilokokklar so'zsiz yetakchiga aylandi, 80-yillarda stafilokokklar, *E. coli*, gonokokklar, xlamidiya bilan bir qatorda asosiy ro'l o'ynay boshladi va ushbu patologiyaning polikultural etiologiyasi ustunlik qila boshladi. Hozirgi zamonda TASYAK bilan kasallangan bemorlarning 42 foizida mikroblar manzarasida aerob va anaerob patogenlar mavjudligi qayd etilgan, ammo ularning nisbati individual ravishda o'zgarib turadi [16, 26-28].

SSO ning asosiy etiologik omillari: "turli xil spora hosil qilmaydigan grammanfiy anaeroblar, *Enterobacteriaceae*, Clostridiylar, gonokokklar, grammusbat anaeroblar, streptokokklar, enterokokklar va stafilokokklar, gripp viruslari, xlamidiyalar"dir [17, 75-79].

So'nggi bir necha yil ichida adabiy manbaalar SSO da anaeroblarning aeroblarga nisbatan 3:1 nisbatida ma'lum darajada ustunligini qayd etdi [80, 79-82]. Bakteriologik jihatdan SSO bilan mikroorganizmlar assotsiatsiyasi tekshirilganlarning uchdan birida aniqlanadi: " 8,38% – *U. urealiticum*, 7,19% – *E. Soli*, 6,39% – *S. albicans*, 3,39% – *S. haemoliticus* " [45, 123-128].

SSO bilan kasallangan bemorlarning yoshi ham muhimdir, shuning uchun 20 yoshgacha ayollarning bakteriologik ekmasida mikoplazma, ureaplazma va korinebakteriya ustunlik qiladi, 30 yil ichida SSO ning asosiy etiologik omili anaeroblardir. SSO bilan kasallangan har beshinchi bemorga *Tr. vaginalis* va mikroreoplazma tashxisi qo'yilgan, turli xil viruslar SSO bilan kasallangan ayollarning deyarli 2/3 qismida tashxisi qo'yilgan [75, 68-74].

Mikroflorida *Ch. trachomatis* mavjudligi ham muhim ahamiyatga ega, uning mavjudligi SSO bilan kasallangan bemorlarning deyarli yarmida qayd etilgan, ammo yiringli yallig'lanish va bachadon ortiqlarining xo'ppozini ushbu mikroorganizm mavjudligi bilan bevosita bog'lab bo'lmaydi [105, 26-32].

Shuni ta'kidlash kerakki, yangi ming yillik SSO ulushining sezilarli o'sishi bilan tavsiflangan, ularning etiologik omillari penitsillin qatoriga chidamli mikroorganizmlardir [148, 68-74]. Bu og'ir SSO chastotasining sezilarli darajada oshishiga va bachadon ortiqlarining tez-tez yiringli xo'ppozlanishiga, ko'pincha statsionar va aksariyat hollarda jarrohlik davolanishga muhtoj bo'lgan septik asoratlarning rivojlanishiga olib keladi [153, 2014-2020].

Shubhasiz, bu holat, SSO ni davolashda antibiotiklardan foydalanish samaradorligining pasayishi bilan bir qatorda, ushbu patologiyani faqat tibbiy muammodan tashqariga olib chiqadi va uni iqtisodiy va ijtimoiy jihatdan ahamiyatli qiladi, bu uning dolzarbligini yanada tasdiqlaydi [126, 20-27].

SSO, shuningdek, vaginal mikrobiotsenozda shartli patogen mikroorganizmlar ustunligi bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha majburiy anaeroblar ustunlik qiladi [12, 70-78; 86, 102-108].

Yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, xulosa shundan dalolat beradiki, SSO ning aniq etiologik qo'zg'atuvchisini tashxislash yangi ming yillikda ham qiyin vazifa bo'lib, bu potentsial etiologik omillarning juda xilma-xil mikroorganizmlari, mikrobiologik diagnostika uchun materialni to'g'ridan-to'g'ri patologiya o'chogi'dan yig'ishda qiyinchilik va cheklovlar bilan bog'liq, bachadon ortiqlariga

yaqinlashish texnik jihatdan qiyin, bu - kichik chanoq sohasida endoskopik jarrohlik aralashuvni talab qiladi [86, 102-108; 104, 173-176].

Yallig'lanish shakllanishining asosiy omillari, masalan, mikroorganizmning virulentligi, uning toksik va fermentativ patogenetik xususiyatlarining nyuanslari, infeksiya hajmi, patologiyaning turi va og'irligini aniqlaydigan mahalliy va gumoral immunitet holati haqida unutmazlik kerak [136, 2629-2643; 165, 263-272].

Jinsiy a'zolarining mahalliy nospetsifik qarshiligi ularning arxitektonikasi va funktsionalligi bilan bog'liq, chunki to'siq funktsiyalari mikroorganizmlarning qin va bachadonga kirishiga qarshi himoya hisoblanadi [99, 126-136; 178, 75-78]. Bularga oraliq mushaklarning doimiy tonusi tufayli qin yorig'ining yaqinligi, katta va kichik jinsiy lablarning bir-biriga qo'shniligi kiradi [27, 40-45]. Qinning epiteliya hujayralarida keratinning mavjudligi va ularning doimiy deskvamatsiyasi ham qinning himoya omillaridan hisoblanadi [20].

**SSO etiopatogenezi**, mikroorganizmlardan tashqari, qo'shni organlarning funktsional holatiga, xususan, yo'g'on ichakka tayanadi, uning holati jarayonning borishiga, uning surunkali holatiga va takrorlanishiga katta ta'sir qiladi, ba'zi hollarda kasallikning boshlanish alomatlarini deyarli yo'q qiladi [52, 57-63; 87, 51-53; 88, 218-222]. SSO bilan ichak patologiyasi ko'pincha mikrogemodinamika va mahalliy immunitet reaksiyasining qo'shimcha buzilishlarini keltirib chiqaradi, bachadon ortiqlarining yallig'lanishini kuchaytiradi va og'irlashtiradi [2, 126-127] SSO esa ichak motorikasi gormonal nazoratining buzilishini va uning disbiyozini kuchaytiradi [90, 13-16; 177, 50-54; 192, 31-45].

Yangi ming yillikning bir nechta tadqiqotlari TASYAK ichak mikrobiotsenozining buzilishining ta'siriga bag'ishlangan, ammo ularda tarkibiy ichak patologiyalari muammolari ularning SSO kechishi va qaytalanishiga ta'siri jihatidan yoritilmagan [49, 22-25; 50, 42-43].

Sog'lom, fertil yoshdagi ayolda qin mikrobiotsenozining 95-98% laktobakteriyalar (*Lactobacillus*) borligi isbotlangan, ularning aksariyati H<sub>2</sub> O<sub>2</sub>-

ishlab chiqaruvchi shtammlardir [177, 50-54; 192, 31-45]. Boshqa ko'plab mikroorganizmlar ham mavjud: "korinebakteriyalar, difteroidlar, ana - va aerob kokklar - gemolitik, gemolitik bo'lmagan streptokokklar, klebsiellalar, enterobakteriyalar, Proteus, Escherichia coli, Candida" lar [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

Qin normotsenozi ma'lum xususiyatlarga ega, shuning uchun laktobakteriyalar ustunlik qiladi, grammanfiy mikroorganizmlar umuman yo'q, sporalar, zamburug' mitseliyasi, psevdogifalar, tsiklning fazasiga qarab noyob leykotsit hujayralari va qinning toza epiteliya hujayralari uchrashi mumkin [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

Qin mikrobiotsenozi va ekzogen omillar, masalan, epiteliyning kimyoviy va termal shikastlanishi, ko'pincha kontratseptsiya uchun zararli ta'sir ko'rsatadi [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45]. Qin mikroflorasi muhitining kislotali reaksiyasi ( $\text{pH} \approx 4.0-4.5$ ), immunoglobulinlarning yuqori konsentratsiyasi, shuningdek: "komplement komponentlari, lizotsim, lizin, defenzinlar, laktoferrin, interferonlar, mikro-makrofaqarlar va vaginal sekretiyaning boshqa bakteritsid omillari" hisoblanadi [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

Tservikal kanal ham himoya vazifasini bajaradi, shuning uchun uning yopishqoq shilliq tiqini yuqumli agentlarning jinsiy yo'lining yuqori qavatini pastki qavatdan ajratib turadigan mexanik to'siq sifatida yuqoriga ko'tariluvchi yallig'lanish chaqirishiga to'sqinlik qiladi. To'siqli kontratseptsiya, shuningdek, TASYAK chastotasini deyarli to'rt dan biriga kamaytiradi [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

Limfotsitlar va makrofaqarlar ishtirokida endometriyning bazal qavatida leykotsitlar to'sig'ining shakllanishiga olib keladigan funktsional vaginal epiteliyning deskvamatsiyasi ham muhim ahamiyatga ega, parallel ravishda ortib borayotgan gemodinamika gumoral immunitetning o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan tarkibiy qismlarining konsentratsiyasini oshirishga yordam beradi [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

Sog'lom ayoldagi bu omillarning barchasi yuqori jinsiy a'zolar – bachadon, naylar va tuxumdonlarning mikrobiai infeksiyasiga qarshi mexanik va immunologik ko'p faktorli va ko'p bosqichli himoya tizimini ta'minlaydi [87, 51-53; 177, 50-54; 192, 31-45].

SSO davolashda antibakterial dorilarning keng va to'liq oqlanmagan retsepti ko'pincha ularga chidamli mikroorganizmlar yoki umuman floraning shakllanishiga olib keladi, shu bilan birga bemorda ichak disbiyozini keltirib chiqaradi, bu jigar va buyraklarni haddan tashqari yuklanishga; bemorlarning hayot sifatini (HS) muqarrar ravishda kamaytiradigan, uning psixo-emotsional holatini yanada tushkunlikka soladigan allergik reaksiyalarning shakllanishiga olib keladi [113, 35-40].

### **§ 1.3. SSO bilan immunitet reaksiyasining xususiyatlari.**

SSO ning kechishi va rivojlanishi tsitokin muvozanati va uning buzilishi jarayonida to'liq o'rganilmagan, ammo yallig'lanishga qarshi tsitokinlarning himoya funksiyalari mahalliy darajada kuchliroq ekanligi aniq ma'lum, ya'ni qo'llash nuqtasida – yallig'lanish markazida, ammo ularning umumiy sekretsiasining ko'payishi mahalliy samaradorlikning oshishi bilan bir xil emas [43, 188-192; 47, 97-100].

SSO ning etiologik - mikrobiai omillariga qarshi kurashning asosiy tarkibiy qismi immunitet reaksiyasining t-hujayrali aloqasi, deb tan olingan, uning koordinatorlari immunitet reaksiyasining kuchi va samaradorligini tartibga soluvchi tsitokinlar bo'lib, yallig'lanish jarayoni va kuchini aniqlaydi [46, 84-89].

Tsitokinlar immunitet hujayralarining tartibga soluvchi va effektor funksiyalarini dasturlashtiradi. Odatda, pro – va yallig'lanishga qarshi tsitokinlar bilan muvozanat saqlanadi [73, 29-31]. Yuqumli yallig'lanish ularning sekretsiasining mahalliy o'sishini rag'batlantiradi, yallig'lanishni cheklaydi va mavjud zararni tekislaydi [43, 188-192]. Sog'lom immunitet yallig'lanish

vositachilarining har qanday miqdorda ajralib chiqishiga yo'l qo'ymaydi, ularning sekretsiasini ham, yo'q qilinishini ham tartibga soladi, bu organizmning yuqumli agentlarga reaksiyasining yetarliligini belgilaydi [66, 107-109].

Limfopeniya darajasi, t-limfotsitlar (CD3), t-helper hujayralar (CD4), immunoregulyatsiya indeksi (CD4/CD8),  $\beta$ -limfotsitlar kamayishi, antitelo hosil bo'lishini nomutanosibligi va o'ziga xos bo'lmagan himoya SSO qo'zg'almagan davrida va kasallikning davomiyligiga qarab juda farq qiladi [58, 26-29; 65, 32-34; 100, 56-60]. Yallig'lanishga qarshi tsitokinlarning gipersekretsiyasi va umumlashtirilishi turli a'zolar va tizimlar faoliyatining buzilishini keltirib chiqaradi [78, 77-83].

SSO qo'zg'alishlari limfotsitlar populyatsiyasida nomutanosiblikni keltirib chiqaradi,  $\beta$ -limfotsitlar sonini ko'paytiradi, IgA, M, G kontsentratsiyasini oshiradi, qon zardobidagi T-limfotsitlar faolligini pasaytiradi [41, 236-237; 42, 89-95]. SSO tufayli bepushtlik bilan ayollar CD3+, CD4+ va CD8+ sekretsiasini, shuningdek ularning nisbatlarini, shuningdek CD19+ va CD22+ ni, shuningdek tabiiy qotillarni – CD57+ ni sezilarli darajada aziyat chekishi bilan ajralib turadi [46, 84-89].

SSO immun patogenezining asosi organizm tomonidan mikroblarning tajovuzkor omillariga reaksiyasi sifatida ishlab chiqarilgan yallig'lanish vositachilaridir [70, 34-38; 85, 34-46].

SSO bilan IL-1 $\beta$ , IL-6 va Tnf-a darajalari sezilarli darajada oshadi ( $p < 0,001$ ) nisbatan sog'lom ayollar va yallig'lanishga qarshi IL-4 sezilarli darajada kamayadi ( $p < 0,05$ ).

SSO bilan yallig'lanishga qarshi tsitokinlar me'yorlardan sezilarli darajada yuqori, yallig'lanishga oldi tsitokinlari sezilarli darajada past, ya'ni tsitokin holatining nomutanosibligi qayd etilgan [77, 248-251], IL-6 ning maksimal kontsentratsiyasini kuchayishi bilan aniqlanadi [46, 84-89].

Substantsiya(modda) P (SP) – bu yallig'lanish va qon tomir oqimini to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita tartibga soluvchi katta faollik spektriga ega oqsil. SP

angiogenezni kuchaytirish, qon tomir oqimini kengaytirish va kapillyarlarning o'tkazuvchanligini oshirish orqali endotelial hujayralarning ko'payishi va farqlanishiga bevosita ta'sir qiladi, bu limfotsitlarning yopishishi va yallig'lanish o'chog'i oqimi uchun mas'ul bo'lgan postkapillyar venulalarning reaksiyasini kuchaytiradi [170, 53-64]. SP IcAM-1 va VcAM-1 endoteliotsitlarining hujayra yopishish ifodasini oshiradi, bu yallig'lanish o'chog'iga limfotsitlar va eozinofillar oqimini oshiradi, eozinofillar tomonidan superoksid sekretiysasi, tabiiy qotillarni jalb qilish va ularning tsitotoksik ta'sirini kuchaytiradi [164, 979-988].

SP ning biz aniqlagan ta'siri semiz hujayralari, eozinofillar, makrofaglar, limfotsitlarning faollashuvidan iborat [146, 104-119]. SP sekretiysasining ortishiga yordam beradi: "Il-1 $\beta$ , Il-2, Il-4, Il-6, Il-10, Il-12, leykotrienlar, prostaglandinlar, gistamin, Tnf-a, asab o'sishi omili (AO'O)" [155, 327-334]. Il-1 va Tnf-a SP kontsentratsiyasini oshirib, sezgir nervlarning neyropeptidlari sekretiysasini miqdorini aniqlaydi [167, 848-849]. SP quyidagi aloqalarni kuchaytiradi:" antigen, mitogen yoki t-hujayra retseptorlari tomonidan qo'zg'atilgan t-limfotsitlar proliferatsiyasi va keratinotsitlar, fibroblastlar va endotelial hujayralar proliferatsiyasini, dendritik hujayralarning yetilishini va funktsional ortishini oshiradi " [162, 689-702].

Shunday qilib, sezgir nerv uchlari tomonidan ishlab chiqarilgan SP asosiy yallig'lanish vositachisidir, kininlar va prostaglandinlar, serotonin va gistaminning sekretiysasi va funktsiyasini kuchaytirish, T-hujayralari va interleykin sekretiysasini faollashtirish, qon tomir reaksiyalarini kuchaytirishdir [155, 327-334].

Ushbu sezgir nerv uchlarning o'zi yallig'lanish vositachilari ta'siri ostida faollikning o'sishini namoyish etadi, natijada yallig'lanish o'chog'ining kuchi va hajmini oshirib, ma'lum bir ayanchli patologik doiraga aylanadi [190, 449-458.]

## § 1.4. Surunkali tos og'rig'i sindromi

Hozirgi zamon ginekologiyasida tibbiyotning muhim va dolzarb muammosi surunkali tos og'rig'i (STO) bo'lib qolmoqda, bu klinik kechishining turli darajadagi og'irligining, polietiologik patologiyasi va simptomlarning kombinatsiyasi bo'lib, uni tashxislashni qiyinlashtiradi [122, 45-66; 186, 1562-1568]. STO muammolari turli darajada nevropatologlar, ginekologlar, jarrohlar, proktologlar, urologlar, onkologlar, enterologlar va hatto psixiatrlar faoliyati bilan bog'liq [24, 35-41; 120, 445-455; 174, 185-192].

STO sindromi (STOS) yoki Teylor sindromi (Teylor sindromi, 1949) [183, 211-230] haqli ravishda murojaatlar bo'yicha yetakchi sindrom hisoblanadi [94, 9-10], chunki ambulatoriya bemorlarining har beshdan biri bu masala bo'yicha murojaat qiladi [19, 84-90]. STOS - bu og'riqni tushuntiruvchi istisno qilingan yuqumli yoki boshqa tashxis qo'yilgan patologiya fonida tos og'rig'ining turli chastotalari bilan doimiy yoki doimiy bo'lmagan ravishda tavsiflangan sindrom [128, 613-616]. STOS ko'pincha salbiy kognitiv, psixo-xulq-atvor, jinsiy-emotsional alomatlar, siydik yo'llarining pastki qismlarining funktsional buzilishi, jinsiy va ginekologik funktsiyalarning buzilishi, oshqozon-ichak traktining disfunktsiyasi bilan bog'liq [139, 45-51].

Rossiyalik tadqiqotchilarning aniqlashicha, STOS bilan kasallangan bemorlarning  $\frac{3}{4}$  qismidagi ginekologik patologiyalar,  $\frac{1}{4}$  da ekstragenital patologiyalar, 1% psixosomatik patologiyalar va 1,5% da individual nozologik sabablar haqida xabar berganlar [74, 238-246]. Amerika Qo'shma Shtatlarida STOS uchun ambulator tashriflar uchun har yili 880 million dollardan ko'proq mablag' sarflanadi va diagnostika hamda terapiyaga yiliga 2 milliard dollardan oshadi [69, 18-22; 82, 132-138; 153]. Germaniya sog'liqni saqlash tizimi STOS bilan kasallangan bitta bemorga taxminan 800 yevro sarflaydi va iqtisodiy yo'qotishlar deyarli 1000 yevrodan ko'pdir [127, 10-23].

STOS bemorlarning psixo-emotsional holatini nihoyatda tushkunlikka soladi va ularning hayot sifatini keskin pasaytiradi, ba'zi tadqiqotchilar bu ta'sirni miokard infarkti, stenokardiya, kuchli tish og'rig'i yoki quloq og'rig'i bilan solishtirishadi [9, 85-90; 96, 18-26].

STOS ning ijtimoiy ta'siri unchalik aniq emas, chunki bunday bemorlarning to'rttdan bir qismida ko'p jihatdan depressiyaga tushish holatlari kuzatiladi va dori vositalariga qaram bo'lishadi, har beshinchi bemor ushbu patologiyaning qo'zg'alishi davrida jiddiy psixo-emotsional buzilishlarni boshdan kechiradi, bemorlarning uchdan biridan ko'prog'i og'riq cho'qqilari fonida o'z joniga qasd qilishni xohlashi yoki urinishi holatlari kuzatiladi [53, 52-63; 117, 82-94].

Yangi ming yillikda ham STOS tibbiyot uchun diagnostik va terapevtik jumboqni ifodalaydi va uni davolash uchun yangi samarali choralarni izlashni talab qiladi, bu vaziyat maxsus adabiyotlarda keng muhokama qilinadi [107, 12-21; 116, 134-139; 188, 897-899].

Tos og'rig'i (TO) erkaklar va/yoki ayollar tomonidan boshdan kechiriladigan kichik chanoq bo'shlig'idagi og'riqdir [174, 185-192]. O'tgan asrda  $TO \geq 6$  oy davom etganda yoki konservativ davo natijalari natijasiz bo'lmaganda tashxis qo'yilgan [122, 45-66]. Yangi ming yillikda ko'plab mamlakatlar 2018 yilgi Evropa urologiya assotsiatsiyasining klinik ko'rsatmalaridan foydalanmoqdalar, unda STOS fenotip (vaziyat), terminologiya (fenotiplar) va taksonomiya (vaqt bo'yicha fenotiplar) bo'yicha bo'linadi [20, 59-65]. STOS urologik, oshqozon-ichak, nevrologik, jinsiy, ginekologik, miyofastsiyal, aqliy va psixologik patologiyalar va kasalliklar tufayli yuzaga kelishi ham mumkin [22, 493-503].

STOS ning ushbu tasnifi patologiyaning klinik belgilarini har tomonlama baholash va uni maqsadli davolash uchun nishon-organlar tomonidan og'riqning lokalizatsiyasini tashxislash imkonini beradi [34, 302-308; 107, 12-21; 139, 46-52].

SSO STOS shakllanishining 3 mexanizmini belgilaydi – doimiy o'tkir og'riq, somatik va/yoki vistseral to'qimalarning mumkin bo'lgan ishtiroki, markaziy asab

tizimini qamrab olgan surunkali og'riq va bemor hayotining kognitiv, hissiy-xulq-atvori va jinsiy sohalarini o'z ichiga olgan og'riq. [7, 45–53; 11, 83-85; 29, 24–30; 55, 121–131; 125, 1-2; 140, 32-36].

STOS o'ziga xos og'riqni emas, balki tarqalgan og'riqni tavsiflaydi, shuning uchun og'riq aniq lokalizatsiya qilinganida, "nishon-organ" atamasi qo'llanilishi kerak, ammo birnechta organ yoki tuzilmalar ishtirok etganda, STOS atamasi juda mos keladi [140, 23-28].

Ba'zi tadqiqotchilar "qor parchalari gipotezasi" dan foydalanadilar, unda ikkita bemor xuddi qor parchalari kabi bir xil emas, garchi qor odatda bir hil bo'lsa ham [169, 155-160]. Ushbu gipoteza asosida 6 ta sohani nazarda tutuvchi UPOINT tizimi yaratildi: "urologik, a'zolariga xos, yuqumli, nevrologik, mushak-spastik va psixosotsyal disfunktsiya" [169, 155-160]. Ularning har birida ko'rinishlarning patogenezi va tarqalishi, shuningdek ularni davolash bilan belgilanadigan klinik simptomlarning ta'rifi mavjud [169, 155-160].

Shunday qilib, STOS aniqlanmagan mahalliy patologiya va/ yoki tos a'zolarining tuzilmalarida doimiy yoki doimiy og'riqni keltirib chiqaradigan yuqumli yallig'lanishni nazarda tutadi [6, 93-98; 62, 83-89], bu ko'pincha pastki siydik yo'llari, jinsiy va/yoki ginekologik disfunktsiya, oshqozon-ichak trakti yoki tos a'zolarining patologiyalari bilan bog'liq [56, 12-21; 89, 266-268; 130, 429-434].

STOS erkaklarning 5-8 foizida va ayollarning 6-27 foizida tashxislanadi [123, 215-223]. Ayollarda STOS erkaklarnikiga qaraganda bir necha marta tez-tez uchraydi, bu simpatik komponent ta'sirining kuchayishi bilan vegetativ nomutanosiblik bilan bog'liq [56, 12-21; 130, 429-434].

Amaliy ginekologiyada STO fertil yoshdagi ayollarning 25-27 foizida tashxis qilinadi [33, 78-86]. Yevropa Ittifoqida 2004 yilda katta yoshli aholining 19 foizida STO tashxisi qo'yilgan [125, 1-2]. Xuddi shu yili Buyuk Britaniyada 25 yoshdan oshgan ayollarda ushbu patologiyaning tarqalishi 14,8% gayd etildi [120, 445-455], Yangi Zelandiyada fertil yoshdagi ayollarning 2/3 qismi STOS ga,

ularning to'rtidan bir qismi og'riqdan aziyat chekadi, bu hayz davri va jinsi bilan bog'liq emas, qolganlari noaniq tashxisga ega [130, 429-434].

STOS barcha irqar va etnik guruhlarda keng tarqalgan bo'lib, aholining 5-50 foizida tashxis qo'yilgan, bu qisman JYOYUK lar tufayli neyropatik yuqori sezuvchanlik mexanizmlari bilan bog'liq [54, 73-79; 181, 22-27]. Shunday qilib, TO bilan kasallangan interstitsial tsistit bilan ayollarning 90 foizida tashxis qilinadi [64,78-83], ularda fibromiyalgiya, surunkali charchoq sindromi va ichak sindromi bilan birga keladi, bu og'riq patogenezing yagona kelib chiqishini isbotlaydi [115, 12-18].

Bemorlarning 40% da tos venalari va 25% endometrioz TAYAK fonida yuzaga keladi [67, 123-128; 68, 221-228]. STOS bilan kasallangan bemorlarda SSO 10-15%, bachadon miomasi - 10-12%, algodismenoreya va tuxumdon kistalari - 6% da tashxis qo'yilgan, ammo haqiqiy tashxis faqat 2% da qo'yiladi [1, 56-60; 69, 22-24; 143, 244-250].

Ayollarda tos bo'shlig'ining venoz tiqilishi asab tugunlarida gemodinamik buzilishlarni keltirib chiqaradi, bu ularning faoliyatini buzadi, bu esa neyrogen og'riqlar qo'shilishiga olib keladi [30,3-8], ularning aksariyatida bu o'tkir yoki SSO kuchayishi oqibatidir [59], 14-20].

SSO bilan og'riqanba'zibemorlarbuyraksanchig'i, ThX - LI umurtqadarajasida bel og'rig'idan shikoyat qiladilar, ular shifokordan shifokorga yuboriladi, ammo to'g'ri tashxis qo'yish juda kechikadi, agar u umuman paydo bo'lsa, bu patogenetik terapiya boshlanishini sezilarli darajada kechiktiradi [95, 60-65; 129, 271-279].

Qinda va/yoki tashqi jinsiy a'zoldagi og'riq infektsiya, tug'ish yoki jarrohlik jarohati tufayli yuzaga keladi, shuning uchun STOS shakllanishi bilan tos bo'shlig'ida yallig'lanishning oldini olish chorasi sifatida yuqumli etiologiyani istisno qilish kerak.

2008 yilda Avstraliyada STOS bilan tug'ilgan ayollar orasida. 71% da dismenoreya, 14% disporeuniya aniqlangan, 21,5% da tashxis qo'yilmagan [173,

138-143]. STOS 27% laparoskopik aralashuvlar va 15% gisterektomiya tufayli yuzaga kelishi mumkin [159, 45-51].

Ayollarda STOS endometriozi, kichik chanoq bo'shlig'idagi venoz tiqilishi, TASYAK, shu jumladan anamnezini hisobga olgan holda yuzagakeladi [175, 333-350]. STOS bilan kasallangan ayollarning 14-23 foizida sababchi umurtqa pog'onasi osteoxondrozidir [112,55-59]. Kamdan-kam hollarda uzoq vaqt o'tirish, havo sayohati yoki velosipedda yurish kabi harakatlar STOS shakllanishiga olib kelishi mumkin [3, 26-30].

Ko'p marta tug'ish va surunkali ich qotishi, postmenopauza davrida tos tubining prolapsini keltirib chiqaradi, STOS ga olib keluvchi pudental asabning kuchlanishiga olib keladi, [160, 8-11], tos bo'shlig'i mushaklarining disfunktsiyasi ham STOS ning etiopatogenetik mexanizmi bo'lishi mumkin [53, 52-63; 96, 18-26; 124, 2771-2784; 163, 116-123].

Qorin bo'shlig'i, dumba yoki noksimon mushaklarining tetik joylarini o'z ichiga olgan tos bo'shlig'i disfunktsiyasi [121, 240-246; 180, 456-462], parallel ravishda mushak-tonik anomaliyalar hosil bo'ladi – orqa va bel mushaklarida doimiy kuchlanish, umurtqa pog'onasining holati va biomexanikasining buzilishi [179, 29-44], "pudental nervning kompressiv nevralfiyasi" va og'riqli miofastsiyal sindrom miotonik tugunlar shakllanishi bilan" [142, 3735-3746] ham STOS ga olib keladi.

STOS bo'lgan ayollarda jismoniy va psixo-emotsional muammolar va buzilishlar mavjud: "uyqusizlik, ishtahani yo'qotish, ajralishga olib keladigan oilaviy va jinsiy muammolar, ruhiy tushkunlik, mehnatga layoqatsizlik, psixologik kasalliklar" [134, 141-157]. Bundan tashqari, STOS bilan kasallangan ayollarning 60 foizida psixologik buzilishlar tashxisi qo'yilgan, bu sezilarli darajada aniqlanadi [133, 78-83].

Biroq, psixoemotsional buzilishlar va STOS umumiy patogenezga ega bo'lishi shart emas va bir-biriga bog'liqdir, biroq bir-biriga parallel ravishda yuzaga kelganda ham, ular bir-birining simptomlarining og'irligini oshiradi [141, 1-12].

STOS tashvish va depressiyani kuchaytiradi, stress darajasini oshiradi, to'sda va umuman tanada vegetative ko'rinishlarni kuchaytiradi [147, 1395-1402; 171, 12-19].

Zo'rlash va travmadan keyingi stress reaksiyasi sifatida STOS shakllanishi o'rtasida tasdiqlangan bog'liqlik mavjud [137, 255-270]. Jinsiy va jismoniy zo'ravonlikning STOS shakllanishiga tibbiy sabablarsiz ta'siri ishonchli tarzda isbotlangan [23, 452-454; 119, 230-240], shuningdek, ayrim zo'rlangan ayollarda jinsiy aloqadan bosh tortish yoki undan qochish, vaginizm [158, 36-42] shakllanishi, shuning uchun ularning 62,5 foizi turmushda jinsiy aloqa qilishdan qochishgan [158, 36-42].

STOS bilan kasallangan bemorlarning qariyb 70 foizi jinsiy aloqa chastotasining sezilarli darajada pasayishi haqida xabar berishadi, ularning 78-84 foizi jinsiy aloqa bilan bog'liq tashvish va ruhiy tushkunlik, turli xil somatic va psixosomatik patologiyalar tufayli jinsiy aloqani o'z hayotlaridan chiqarib tashlaganlar [189, 238-245].

Angliyada STOS sabab bo'lgan jinsiy kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning 73 foizida aloqa qilish chastotasi sog'lom ayollarga qaraganda bir necha baravar past bo'lgan, 66 foizi o'rtacha og'riqni qayd etgan va 34 foizi - kuchli, 46 foizi - doimiy va 54 foizi - doimiy. 59% STOS 2-15 yil davom etgan, 21% depressiyaga uchragan, 61% mehnat qobiliyati pasaygan, 19% ishdan ayrilgan va 13% qattiq va chidab bo'lmas og'riq tufayli uni o'zgartirgan, 60% so'nggi olti oyda 2-9 marta mutaxassisga murojaat qilgan, 2% og'riqlarini mutaxassis tomonidan davolagan [151, 165-171].

Tahlil qilingan adabiyotlarga asoslanib, biz STOS yangi ming yillikning eng dolzarb fanlararo muammosi bo'lib, yangi diagnostika usullarini va samarali individual davolanishni zudlik bilan talab qiladi, chunki uning etiopatogenezi ko'pqirrali, murakkab va juda o'zgaruvchan.

Ayollarda uzoq muddatli STOS ni tashxislash va davolash juda qiyin, chunki ayol anatomiyasining nyuanslari va to's a'zolarining ko'plab mumkin bo'lgan

patologiyalari, masalan, urologik, ginekologik, nevrologik, enterologik, tayanch-harakat tizimi va psixosomatik patologiyalardir.

STOSning bu tarqalishi olimlarning etiopatogenezga, diagnostika va simptomlarni farqlash masalalariga va yuqori aniq maqsadli terapiyaga qiziqishini oshirishni nazarda tutadi.

**Xulosa qilib aytish mumkunki** yangi ming yillikda ham tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (TASYAK) muammosi mahalliy va xorijiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadigan juda munozarali masala bo'lib qolmoqda. Surunkali salpingooforit (SSO) (adneksit) haqli ravishda amaliy ginekologiyada eng keng tarqalgan patologiya hisoblanadi, uning chastotasi 60-65% ga yetadi. Bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanishini kuzatish va davolash davomiyligi ko'pincha bemorning reproduktiv davrining davomiyligiga teng. SSO bilan kasallangan bemorlarning taxminan 71foizi yiliga kamida ikkimar taterapiya oladi, ammo ularning 39 foizi uning samaradorligidan norozi bo'lib kelmoqda.

SSO bemorlarning fertilligiga juda salbiy ta'sir ko'rsatadi va ularning ba'zilari davolanish kursidan keyin hech qanday o'zgarishlarni sezmaydilar. SSO har uchinchi yoki to'rtinchi bemorda STOS olib keladi, taxminan 5% ayollarda, SSO ektopik homiladorlikka olibkeladi va bemorlarning taxminan 40%ini bepushtlik egallaydi. Ushbu bemorlarda STOS ruhiy va jismoniy salomatlik muammolariga, jinsiy kasalliklarga, ajralishlarning yuqori chastotasiga va tez-tez vaqtincha yoki hatto doimiy mehnatga layoqatsizlikka olib keladi.

SSO ning eng keng tarqalgan asoratlari odatda bepushtlik (35% dan ortiq) hisoblanadi, shuningdek, ektopik homiladorlik va abortning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi, endometrioz, ayollarning reproduktiv tizimining xavfsiz va xavfli o'smalari kam uchraydi.

O'tgan asrning o'rtalarida TAYAK ni qo'zg'atuvchi eng keng tarqalgan holatlarining deyarli uchdan biriga (31,4%) javobgar bo'lgan streptokokk edi va 70-yillarda stafilokokklar shubhasiz yetakchiga aylandi - 54,5%, 80-yillar Stafilokokkdan tashqari, ichak tayoqchasi, gonokokk va xlamidiya asosiy ro'l

o'ynay boshladi va bu kasallikning polikultural etiologiyasi ustunlik qila boshladi. Yangi ming yillikda TASYAK bilan kasallangan bemorlarning 42 foizida microbial landshaftda aerob va anaerob patogenlarning mavjudligi qayd etilgan, garchi ularning nisbati individual ravishda o'zgarib turadi.

SSO bilan kasallangan bemorlarning yoshi ham muhimdir, shuning uchun 20 yoshgacha bo'lgan davrda bakterialogik ekmada mikoplazma, ureaplazma va korinebakteriyalar ustunlik qiladi, 30 yoshdan oshgan ayollarda esa SSO ning asosiy etiologic omili anaeroblardir. SSO bilan kasallangan taxminan har beshinchi bemorga *Tr. vaginalis* tashxisi qo'yilgan va myco-ureaplasma, turli viruslar SSO bilan kasallangan ayollarning deyarli 2/3 qismida tashxis qilinadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, yangi ming yillik etiologic omillar penitsillin qatoridagi mikroorganizmlar bo'lgan SSO ulushining sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi. Bu og'ir SSO chastotasining sezilarli darajada oshishiga va bachadon ortiqlarining tez-tez yiringli xo'ppozlariga, ko'pincha septic asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, bu albatta statsionar va ko'pincha jarrohlik davolanishni talab qiladi.

SSO ning aniq etiologik qo'zg'atuvchisini tashxislash hatto yangi ming yillikda ham murakkab vazifa bo'lib, bu potentsial etiologic omillar mikroorganizmlarining juda xilma-xilligi, mikrobiologik diagnostika uchun to'g'ridan-to'g'ri patologiya manbaasidan material yig'ishning murakkabligi va cheklovlari bilan bog'liq, bachadon ortiqlariga yaqinlashish texnik jihatdan qiyin bo'lgani uchun, bu tos bo'shlig'ida endoskopik operatsiyani talab qiladi.

SSO etiopatogenezi, mikroorganizmlardan tashqari, qo'shni organlarning, xususan, yo'g'on ichakning funktsional holatiga asoslanadi, uning holati jarayonning borishiga, uning surunkaliligi va qaytalanishiga katta ta'sir qiladi, ba'zi hollarda kasallikning boshlanishidan simptomlarni amalda yo'q qiladi. SSO dagi ichak patologiyasi ko'pincha mikrogemodinamikada va mahalliy immunitetning qo'shimcha buzilishiga olib keladi, bachadon ortiqlarining yallig'lanishini

kuchaytiradi va SSO ichak motorikasini va uning disbiyozini gormonal nazorat qilishda buzilishlarni kuchaytiradi.

Yallig'lanishning paydo bo'lishining asosiy omillari, masalan, mikroorganizmning virulentligi, uning toksik va fermentative patogenetik xususiyatlarining nyuanslari, infeksiyaning hajmi, patologiyaning turi va og'irlik darajasini aniqlaydigan mahalliy va gumoral immunitet holati haqida unutmashimiz kerak.

Jinsiy a'zolarining mahalliy nospetsifik qarshiligi ularning arxitekturasi va funktsionalligi bilan bog'liq, chunki to'siq funktsiyalari mikroorganizmlarning qin va bachadonga kirishidan himoya qiladi. Bularga oraliq mushaklarining doimiy tonusi tufayli genital yoriqning yaqinligi, katta va kichik jinsiy lablarning bir-biriga qo'shilishi kiradi. Qinning epiteliy hujayralarida keratinning mavjudligi va ularning doimiy deskvamatsiyasi ham qinning himoya omillaridan hisoblanadi.

SSO davolashda antibakterial dorilarning keng va to'liq oqlanmagan retsepti ko'pincha ularga chidamli mikroorganizmlar yoki umuman floraning shakllanishiga olib keladi, shu bilan birga bemorda ichak disbiyozini keltirib chiqaradi, bu jigar va buyraklarni haddan tashqari yuklanishga; bemorlarning hayot sifatini (HS) muqarrar ravishda kamaytiradigan, uning psixo-emotsional holatini yanada tushkunlikka soladigan allergic reaksiyalarning shakllanishiga olib keladi.

STOS SSO klinikasida haqli ravishda yetakchi sindrom hisoblanadi, chunki ambulator bemorlarning har beshdan biri shu sababga ko'ra yuboriladi. STOS - og'riqni tushuntiradigan yuqumli yoki boshqa tashxis qo'yilgan patologiya bo'lmasa, turli chastotali doimiy yoki takroriy tos a'zolarining og'rig'i bilan tavsiflangan sindrom. STOS ko'pincha salbiy kognitiv, psixo-xulq-atvor, jinsiy-emotsional alomatlar, pastki siydik yo'llarining funktsional buzilishlari, jinsiy va ginekologik funktsiyalarning buzilishi va oshqozon-ichak disfunktsiyasi bilan bog'liq.

Yangi ming yillikda ham STOS tibbiyot uchun diagnostic va terapevtik jumboqdir va uni davolash uchun yangi samarali choralarni izlashni talab qiladi, bu vaziyat maxsus adabiyotlarda keng muhokama qilinadi.

Tahlil qilingan adabiyotlarga asoslanib, biz STOS yangi ming yillikning eng dolzarb fanlararo muammasi bo'lib, yangi diagnostika usullarini samarali individual davolanishni zudlik bilan talab qiladi, chunki uning etiopatogenezi ko'p qirrali, murakkab va juda o'zgaruvchidir.

Ayollarda uzoq muddatli STOSni tashxislash va davolash juda qiyin, chunki ayol anatomiyasining nuanslari va tos a'zolarining ko'plab mumkin bo'lgan patologiyalari, masalan, urologik, ginekologik, nevrologik, enterologik, tayanch-harakat tizimi va psixosomatik patologiyalar.

STOS ning bu tarqalishi olimlarning etiopatogenezga, diagnostika va simptomlarni farqlash masalalariga va yuqori aniq maqsadli terapiyaga qiziqishini oshirishni nazarda tutadi.

Ko'rinib turibdiki, bu holat SSO ni davolashda antibiotiklardan foydalanish samaradorligini pasaytirish bilan birga, ushbu patologiyani sof tibbiy muammo doirasidan tashqariga olib chiqadi va uni iqtisodiy va ijtimoiy ahamiyatga ega qiladi, bu esa uning yanada dolzarbligini asdiqlaydi.

SSO nafaqat tibbiy muammo, balki ijtimoiy muammo bo'lib, uni zamonaviy ginekologiyaning eng dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biriga aylantirganligi sababli, bizning ilmiy ishimiz ushbu muammoni o'rganishga bag'ishlangan.

## **II- BOB. SURUNKALI SALPINGOOFORIT BILAN BEMORLARNI UMUMIY KLINIK XUSUSIYATLARI VA O'RGANISH USULLARI.**

### **§ 2.1 Klinik materialning tavsifi**

Andijon davlat tibbiyot instituti (rektor – professor, tibbiyot fanlari doktori, M.M. Madazimov, kafedra mudiri – professor, tibbiyot fanlari doktori D.B. Asranqulova), Respublika ixtisoslashtirilgan “Ona va bola salomatligi” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon filiali (direktori,t.f.n. D.B.Nasretdinova) klinik bazalarida 2018-2023-yillar davomida 106 bemorlarda kuzatuvlar o‘tkazildi. Andijon viloyat perinatal markazi hozirda Respublika ixtisoslashtirilgan “Ona va bola salomatligi” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon filiali ginekologiya bo‘limiga murojaat qilgan reproduktiv yoshdagi 21-35 yoshdagi (tekshirilayotgan bemorlarning o‘rtacha yoshi  $27,8 \pm 2,89$ ) 106 nafar ayolni a SSO bilan tekshirildi.

Asosiy guruhga (AG) biz 10 yil davom etgan SSO STOS bilan tarixi bo‘lgan ayol tanasining biotsenozi buzilgan 54 nafar bemorni 21 yoshdan 35 yoshgacha, o‘rtacha yoshi  $28,2 \pm 1,34$  kiritdik.

Solishtirish guruhiga (SG) 23 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan, o‘rtacha yoshi  $28,8 \pm 1,17$  yoshda bo‘lgan, STOSsiz va tanasining biotsenozi buzilmagan 5 yildan 10 yilgacha davom etgan SSO tarixi bo‘lgan 52 nafar ayollar kiritildi.

Nazorat guruhi (NG) 23 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan 30 nafar amalda sog'lom ayollardan iborat bo'lib, o'rtacha yoshi  $28,6 \pm 1,25$  yoshni tashkil etdi.

Tadqiqot loyihasiga ko‘ra, biz barcha bemorlarni AG va SGni birinchi marta ko‘rikdan o‘tkazdik, so‘ngra davolash kursi tugaganidan 2 hafta o‘tgach va undan 3 oy o‘tgach 2-marta ko‘rikdan o‘tkazdik va 1 yil davomida nazorat qildik.

Shaxsiy suhbat davomida barcha tadqiqot guruhlaridagi har bir bemorga kelgusi tadqiqotning maqsadlari va tabiati tushuntirildi va har bir bemor ushbu tadqiqotda ishtirok etish uchun yozma ravishda xabardor qilinib ixtiyoriy roziligini berdi.

### **Bemorlarni tadqiqotga kiritish mezonlari:**

- Klinik va/yoki instrumental (ultratovush) bilan tasdiqlangan surunkali tos a‘zolarining og‘riq sindromi bilan SSO;
- surunkali tos a‘zolarida og‘riq sindromi bilan kasallangan surunkali qusish

- sindromi yoki tekshiruv vaqtida tashxis qo'yilgan jinsiy disfunktsiya;
- yoshi 21 yoshdan 35 yoshgacha;
  - dastlabki tekshiruv vaqtida va tadqiqot tugaguniga qadar birga keladigan og'ir somatik patologiyalar va/yoki asoratlarning yo'qligi;
  - qarshi ko'rsatmalarning yo'qligi bilan bir qatorda tayinlangan mutaxassislar tomonidan ko'rikdan o'tish imkoniyati va istagi va tadqiqot loyihasiga kiritilgan tartiblar;
  - bemorlarning yetarliligi va tadqiqot davomida hamkorlik qilishga tayyorligi.

### **Tadqiqotdan chetlashtirish mezonlari:**

- tashxis qo'yilgan endometrioz;
- og'ir somatik patologiya va/yoki asoratlarni rivojlanishi;
- bemorning keyingi tadqiqotda qatnashishdan bosh tortishi;
- endokrin kasalliklar: gipo- yoki gipertiroidizm, qandli diabet, giperprolaktinemiya, Kushing kasalligi;
- gormonal gomeostazni buzuvchi ekstragenital patologiya;
- har qanday organlar va tizimlarning onkologik kasalliklari;
- gematologik patologiya;
- endokrin tizim organlariga jarrohlik aralashuvlar, anamnezida qorin bo'shlig'i shikastlanishlari bor bemorlar.

## **§ 2.2 Umumiy klinik tadqiqot usullari**

SSO bilan kasallangan bemorlarni kompleks tekshirishda shikoyatlarga e'tibor qaratildi va kasallikning faol tarixi batafsil yig'ildi, laboratoriya, umumiy klinik va instrumental tekshirish usullari o'tkazildi. Biz, ayniqsa, ayollarning hayot tarixi va akusherlik-ginekologik tarixini diqqat bilan va faol ravishda yig'dik, boshlanish vaqti, o'zgarishlar dinamikasi va SSO klinik shikoyatlari va belgilarining tabiatiga alohida e'tibor qaratdik. Biz jinsiy a'zolarning yallig'lanishli

va yallig'lanishsiz patologiyalariga e'tibor qaratgan holda, har bir bemorning tarixidagi barcha kasalliklarni (prepubertat va pubertat davrlarda) qayd etdik.

Bemorlar xalqaro tavsiyalar asosida tekshirildi. Bemorlarni klinik ko'rikdan o'tkazishning barcha bosqichlari ginekologik taxxislash qoidalari va meyorlariga muvofiq amalga oshirildi va SSO ning klinik kechishi STOS ning og'irlik darajasi bo'yicha baholandi [154, 747-787].

Raqamli reyting shkalasini (RRS) talqin qilishda vizual analog shkalasidan (VAS) foydalangan holda, o'rganilgan bemorlar STOS darajasini sub'ektiv ravishda aniqladik [138, 600-604]. Texnik jihatdan 10 sm (100 mm) uzunlikdagi yashil rangdan qizil rangga o'tishli chiziq ishlatdik [156, 707-714]. STOS da bo'yash intensivligi 0 dan 10 gacha oshdi, chiziqning boshlang'ich nuqtasi og'riqning mutlaq yo'qligini ko'rsatdi - 0, keyin yengil og'riq - 1-5 ball, o'rtacha og'riq - 5-7 ball va kuchli og'riq 8-10 ballga to'g'ri keldi. [172, 110 -117]. Bemordan STOS bilan og'riq darajasini ushbu chiziqda 0-10 nuqta bilan belgilash talab qilinadi [185, 99-107].

RRS bemorlar va shifokorlar uchun qulaydir, chunki u oddiy va intuitivdir (o'rgatish talab etilmaydi) va simptomlarning og'irligi va nazoratini hujjatlashtirish, shuningdek, davolash samaradorligini kuzatish uchun qimmatli vosita sifatida foydalanish mumkin [184, 2593- 2601]. VAS va RRS yordamida olingan natijalar yaxshi takrorlanuvchanligi, yuqori sezuvchanligi bilan ajralib turadi va ular orasidagi yagona farq RRS da raqamlar bilan belgilangan 1 sm bo'laklarning mavjudligidir. [185, 99-107].

Bemorlarning o'zlari tomonidan og'riqni o'z-o'zini idrok etishi hayot sifatini baholashda va davolash samaradorligini baholashda juda foydali, ammo umuman olganda odamlarning og'riqni sub'ektiv idrok etishidagi farqni va natijalarning keng xilma-xilligini hisobga olish kerak [135, 671-683; 157, 2945-2952; 176, 123-128].

Biz kasalxonada tashvish va depressiya (HADS) shkalasidan foydalandik. Bemorning ko'rsatmalardan keyin HADS shkalasi shaklini mustaqil ravishda

to'ldirish vaqti ham taxminan 5-10 minutni tashkil etdi. Bemorlar uchun HADS shkalasining klassik shakli har bir kichik o'lchov uchun alohida hisoblangan "tashvish" va "depressiya" kichik o'lchovlari bo'yicha savollarni o'z ichiga oladi. Natijalarning buzilishini oldini olish uchun savollar aralashtirildi, ular quyidagicha talqin qilindi: 0-7 ball "meyor", 8-10 ball "subklinik ravishda ifodalangan tashvish /depressiya", 11 ball va undan yuqori "klinik jihatdan ifodalangan tashvish / depressiya" [36, 54] -58] (2-ilova).

Bizning tekshiriluvchilarimiz, shuningdek, majburiy onlayn Spilberger-Hanin testidan ("Spielberger STAI testi") o'tdilar, unda vaziyat va shaxsiy tashvish ko'lamini aks ettiruvchi 40 ta savol (har biri 20 ta savoldan) (3-ilova) [149].

Natija har bir shkala bo'yicha 20 dan 80 gacha ball bilan ko'rsatiladi, talqin quyidagicha: 20-30 ball - past reaktiv/vaziyatli tashvish, 31-44 ball - o'rtacha reaktiv /vaziyatli tashvish, 45-80 ball - yuqori reaktiv/vaziyatli tashvish [149].

Spilberger-Hanin testi ma'lum bir daqiqada tashvish darajasini (reaktiv tashvish, holat sifatida) va shaxsiy tashvish (odamning barqaror xususiyati sifatida) o'zini o'zi baholashning informatsion usulidir [48, 11-18]

Vaziyatli yoki reaktiv tashvish holati sifatida quyidagilar bilan tavsiflanadi: "sub'ektiv ravishda boshdan kechirilgan his-tuyg'ular: zo'riqish, bezovtalik, tashvishlanish, asabiylashish. Bu holat vaqt o'tishi bilan beqarorlik va stressli vaziyatning ta'sirining kuchiga qarab o'zgaruvchan intensivlik bilan tavsiflanadi. Shunday qilib, ushbu kichik o'lchov uchun yakuniy ko'rsatkichning qiymati nafaqat tekshiriluvchilarning hozirgi tashvish darajasini baholashga, balki uning stressli vaziyat ta'siri ostida yoki uni yo'qligini va bu ta'sirning intensivligi qanday ekanligini aniqlashga imkon beradi" [149].

Shaxsiy tashvish - bu konstitutsiyaviy xususiyat bo'lib, u juda keng doiradagi vaziyatlarni tahdid sifatida qabul qilish, ularning har biriga o'ziga xos reaksiya bilan javob berish tendentsiyasini belgilaydi. Moyillik sifatida shaxsiy tashvish inson tomonidan o'zini o'zi baholash va o'zini o'zi qadrlash uchun xavfli deb hisoblangan ba'zi stimullarni idrok etish bilan faollashadi. Yuqori shaxsiy tashvish

bilan ushbu vaziyatlarning har biri tekshiriluvchiga stressli ta'sir ko'rsatadi va unda qattiq tashvish tug'diradi. Juda yuqori shaxsiy tashvish nevroitik to'qnashuvlar, hissiy va nevroitik buzilishlar va psixosomatik kasalliklar bilan bevosita bog'liqdir." [149].

Biroq, shifokor bilan o'z ahvoligingizni muhokama qilish va birgalikda o'zingizda kechayotgan holatlarni faol baholash, o'zaro sub'ektivlikni tekislash imkonini beradi, bu sizga og'riqning sub'ektiv hissiyotini va har qanday alomatlarni aniqroq baholash imkonini beradi. [132, 245-263; 145, 1011-1020; 161, 243-251].

### **§ 2.3 Bemorlarni tekshirishning laboratoriya usullari.**

Barcha guruhlardagi, shu jumladan nazorat guruhidagi (NG) bemorlarning xolatini laboratoriya tadqiqotlari birinchi marta qabul qilingandan keyin klinik tekshiruv bilan parallel ravishda, so'ngra korrektsion davolash kursi tugaganidan keyin yana 2 hafta o'tgach amalga oshirildi. Qon taxlili hayz ko'rishdan bir hafta o'tgach, och qoringa, o'tirgan holda, soat 8.00-8.30 da o'tkazildi.

Laboratoriya tekshiruvi ushbu dissertatsiya ishining maqsadi va vazifalari, uning o'ziga xosligi va dizayniga asoslangan standart va maxsus testlardan iborat edi: "qon va siydikning umumiy klinik tahlili, venoz qon va siydikning batafsil biokimyoviy tahlili, Yallig'lanish tsitokinlari (TNF-a, IL-1b, IL-6) va yallig'lanishga qarshi tsitokin IL-4 kontsentratsiyasi darajasini o'rganish, P moddasining (SP) kontsentratsiyasi, Femoflor-16 da qin surtmasining mikrobiologik tekshiruvlari, bu venoz periferik qon va siydikni faqat och qoringa olish degani, bir kun oldin yog'li va sho'r ovqatlar va ziravorlar bundan mustasno, shuningdek, qin sekretsialarni qabul qilish ham.

Biologik suyuqliklarni olgandan keyin va ularni tekshirishdan keyin 3 soatdan ortiq vaqt o'tmagan. Tadqiqot loyihasi bo'yicha dinamikada laboratoriya tadqiqotlari uch marta bo'lib, bir xil sharoitlarda o'tkazildi.

Bemorlarimiz siydik tizimining holati steril bankada ertalabki siydikni umumiy klinik va biokimyoviy tahlil qilish orqali baholandi. Fizik-kimyoviy ko'rsatkichlar (rang, tiniqlik, solishtirma og'irlik, pH, oqsil, glyukoza, bilirubin, urobilinogen, keton tanachalari, nitritlar, gemoglobin) baholandi va cho'kmaning mikroskopik tekshiruvi (epiteliya, eritrotsitlar, leykotsitlar, tsilindlar, bakteriyalar, tuzlar) o'tkazildi.

P (SP) moddasining konsentratsiyasini aniqlash uchun batafsil standart ko'rsatmalarga amal qilindi: "venoz kubital qonni K2-EDTA ni o'z ichiga olgan 4,0 ml vakuumli naychalarga yig'dik va 3000 a/m tezlikda 10 daqiqa davomida tsentrifuga qildik. 1,0 ml qon plazmasini 2 ta Eppendorf naychasiga joylashtirdik. Biologik material zudlik bilan muzlatildi va keyingi tahlilni qilish uchun -80°C da saqlandi" [118, 174-182; 168, 21-30].

SP Elishay tomonidan Peninsula Laboratories, LLC (Bachem Group (AQSh) Stat Fax 2100 apparatida (Awareness Technology Inc., AQSh) to'lqin uzunligi 450 nm bo'lgan 96 teshiklilil planshet yordamida aniqlandi. SP konsentratsiyasini "Cobas EIA qayta kalibrlash dasturi"da hisobladik (F. Hoffmann - La Roche Ltd, Shveytsariya) [118, 174-182; 168, 21-30].

Boshqa tadqiqotlar ko'rsatkichlariga mos keladigan ushbu tadqiqotning NG natijasini -  $130,5 \pm 5,05$  pg / ml norma sifatida qabul qilindi [18, 88-92; 118, 174-182; 168, 21-30].

Andijon tibbiy diagnostika markazi ilmiy diagnostika laboratoriyasida qin va bachadon bo'yni kanalining mikrobiotsenozi GVI, CMV, EBV, xlamidiya, mikoplazma, ureaplazma va boshqa mikroorganizmlarni aniqlash bilan fermentga bog'liq immunosorbent tahlil (ELISA) usulida o'tkazildi (laboratoriya mudiri N.V.Startseva). Bunday holda, Femoflor-16 kompleksi (DAK-texnologiyasi, IIB, Rossiya Federatsiyasi) bilan real vaqt rejimida PCR tadqiqoti qo'llanildi: "ayollarda siydik-tanosil tizimi mikroflorasining sifatli va miqdoriy tarkibini kengaytirilgan molekulyar biologik o'rganish, material to'planishi va umumiy

bakteriya massasini nazorat qilish imkonini beradi” [38; 91, 53-66]. [38; 91, 53-66].

Mikroorganizmlarning 23 guruhining mavjudligi o'rganildi: "Lactobacillus spp., Enterobacteriaceae oilasi, Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Gardnerella vaginalis, Prevotella bivia, Porphyromonas spp., Eubacterium spp., Sneathrium spp., Fupacttrium spp., Veilonella spp. Megasphaera spp., Dialister spp., Lachnobacterium spp., Clostridium spp., Mobiluncus spp., Corynebacterium spp., Peptostreptococcus spp., Atopobium vaginae, Mycoplasma hominis, Ureaplasma (urealyticum + parvum) [91, 53-66].

Naychalardan birini PCRni kuchaytirish va nazorat qilish maqsadida eksperimental namuna sifatida ishlatildi. Biomateriallarni maxsus tsitoshyotka yordamida qinning orqa gumbazidan, bachadon bo'yni kanalidan olindi. Biomaterial olingan maxsus tsitoshyotkaning uchi uzilib, maxsus naychalarga solindi [38; 91, 53-66].

Talqin qilish uchun ranglar bilan belgilandi: «nazorat ko'rsatkichlari: oq - mezonlarga muvofiqligi, qizil - mos kelmaslik; shartli-patogen mikroorganizmlar va zamburug'lar: oq - normal mezonlarga muvofiqligi, sariq - o'rtacha og'ish, qizil - normadan aniq og'ish; normal flora (laktobacillus): yashil - normotsenoz (normal mezonlarga muvofiqligi), sariq - o'rtacha disbiyoz (normadan o'rtacha og'ish), qizil - og'ir disbiyoz; patogen mikroorganizmlar: oq – aniqlanmagan, qizil – aniqlangan” [38; 91, 53-66].

Ro'zieva N.X. tomonidan doktorlik ishida isbotlangan "qin disbiyozi = ichak disbiyozi" postulatini hisobga oldik [86, 118-120], shuning uchun biz ichak florasining holatini o'rganmadik va bu haqda qin biotsenoziga asoslanib xulosa qildik.

Bemorlarni yuqumli patologiyalari (ureaplazmoz, mikoplazmoz, xlamidiya, herpes simplex virusi (HSV I va II turlari), OIV, HBsAg, HCV, toksoplazmoz va qizilcha) bo'yicha tekshirish ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlili (ELISA) va polimeraza reaksiyasi yordamida amalga oshirildi. (PCR).

Biokimyoviy qon ko'rsatkichlari Architect 2000 (Abbott, AQSh) va Konelab 20i (Thermo Fisher Scientific, Finlyandiya) avtomatik biokimyoviy analizatorlarida original reagentlar va standart usullar yordamida o'rganildi.

Umumiy klinik qon tahlilining barcha ko'rsatkichlari standart sertifikatlangan usullar va original reagentlar yordamida avtomatik gematologik analizatorlarda ("Cell-Dyn Ruby", Abbott, AQSh yoki "XE-2100", Sysmex, Yaponiya) aniqlandi.

Yallig'lanish tsitokinlarning (TNF-a, IL-1b, IL-6) tarkibi va yallig'lanishga qarshi tsitokin IL-4 darajasi MChJ ilmiy-amaliy markazining diagnostika to'plamidan foydalangan holda periferik qon zardobida radial immunodiffuziya yordamida aniqlandi «Tibbiy immunologiya» (Moskva) [32, 55 -56; 63, 182-190].

#### **§ 2.4 Bemorlarni tekshirishning instrumental usullari**

Korreksion terapiyasi bosqichida tos a'zolari, qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqning strukturaviy va funktsional holatini baholash Philips Affinity 50 W ultratovush apparati (Amsterdam, Niderlandiya) yordamida maxsus tovush o'tkazuvchi gel bilan ultratovush yordamida baholandi. 7,5 MHz chastotali transvaginal sensori C9-4v va 3,75 MHz chastotali qorin bo'shlig'i sensori C6-2 transabdominal va transvaginal usullardan foydalangan holda ikki o'lchovli vizualizatsiya tartibida o'tkazildi.

Ultratovush tekshiruvini o'tkazishda bachadon va tuxumdonlarning o'lchamiga, endometriyning holatiga, dominant follikulning o'lchamiga va tos bo'shlig'ida bitishmalar mavjudligiga e'tibor qaratildi.

#### **§ 2.5. Surunkali salpingooforit bilan kasallangan bemorlarni korreksion terapiya usullari.**

Biz bemorlarning asosiy guruhlarini korreksion terapiya turiga ko'ra har birini ikkita A va B kichik guruhlariga ajratdik.

A kichik guruhidagi bemorlar quyidagi dori-darmonlar va choralarni o'z ichiga olgan standart korreksion terapiyasini oldilar:

SSO ning qo'zg'alishi davridagi barcha bemorlarga an'anaviy davolash usullari qo'llanildi: antibakterial va antistotsid preparatlar (ftorxinolonlar - ofloksatsin 400 mg dan kuniga 2 marta 10/14 kun yoki azalidlar - zitrolid 500 mg dan kuniga 1 marta 6 kun davomida, nitromidazollardan metronidazollar-500 mg t/i kuniga 2-3 marta, keyin og'iz orqali kuniga 3 marta 500 mg dan 5/10 kun davomida) antibiotiklarni hisobga olgan holda aniqlangan infeksiyon vositalarga muvofiq, immunomodulyatorlar (tsikloferon 12,5% eritmasi 2 ml mushak ichiga kuniga 1 marta 3, 5, 7, 9, 11, 13, 17, davolashning 21-kunlari yoki Viferon - III rektal shami No.10), vitaminli terapiya; mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi preparatlar, proteolitik fermentlar, fizioterapiya" [45, 268-276].

SSO ning yaqqol qo'zg'alishida (YaQ), etiopatogenik davo 5 kun davomida antibiotiklarni parenteral yo'l orqali yuborish bilan, keyinchalik og'iz orqali yuborishni davom ettirishni o'z ichiga oladi.

SSO ning sust qo'zg'alishida (SQ) bo'lsa, davo birinchi kundan boshlab immunomodulyatorlarni va fizioterapiyani buyurishni nazarda tutadi, 3-kunida etiotrop terapiya qo'shiladi.

Bakterial vaginoz tashxisini qo'yishda quyidagi davolash sxemasi qo'llanilgan: "kombinatsiyalangan mikroblarga qarshi qin shamchalari (Gynex) har kuni 7 kun davomida intravaginal yoki metronidazol geli 0,75% 5 g dan kuniga 1-2 marta 5 kun davomida; nospetsifik kolpitda - klindamitsin, qin kremi 2% 5 g kechasi 7 kun davomida, etiotrop davo kursi tugaganidan so'ng qinning normal biotsenozini tiklash uchun Laktobakterin kuniga 1 marta 7 kun davomida intravaginal 5 dozadan buyuriladi [116 -121].

Shuningdek, ikkala guruhdagi bemorlarga dietoterapiya bilan birga "ichak motorikasini regulyatorlari: diareyada - bioterol 1-2 tabletkadan ovqatdan bir soat

oldin kuniga 2 marta najas barqarorlashguncha (5-7 kun); duspatalin 1 kapsuladan kuniga 2-3 marta 7 kungacha” [45, 268-276].

Davoning qiyosiy jihatdan samaradorligi davolanishdan 6 hafta o'tgach klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijalariga ko'ra amalga oshirildi.

Ikkala guruhning A va B kichik guruhleri bemorlari SSONi standart davolashdan tashqari, yallig'lanishga qarshi immunomodulyator (Wobenzym 3 tabletkadan kuniga 3 marta 10 kun), probiotik Saxaromycet Boulardi (Bioterol 1 t 2 marta ovqatdan bir soat oldin 15 kun davomida), B gurux vitaminlari kompleksi (Benevron 1 tabletkadan 3 marta ovqatdan so'ng 1 oy davomida), hayot sifatini yaxshilash (uyqu – soat 22.00 dan 8 soat davomida, harakat - faol uzluksiz piyoda yurish, kuniga 5000 qadam, ichish tartibi kun davomida issiq suv har bir kg vazniga 40 ml, yallig'lanish qo'zg'atuvchilarini istisno qilgan holda (mevalar, sut mahsulotlari, shirinliklar, bug'doy unidan tashqari), bularning barchasi 3 oy davomida amal qilinadi.

## **§ 2.6. Tadqiqot natijalarini statistik qayta ishlash**

Biz tadqiqot natijalarini Microsoft Office Excel–2019 dasturiy paketi yordamida o'rtacha arifmetik va standart xato ( $M \pm m$ ), standart og'ish ( $s$ ) va nisbiy qiymatlarni hisoblash bilan variatsion parametrik va parametrik bo'lmagan statistika usullaridan foydalangan holda statistik ishlov berishdan o'tkazdik. (chastota, %) [61, 289- 293].

Natijalarni solishtirishning statistik ahamiyatini Styudent testi ( $t$ ) va xatolik ehtimoli ( $P$ ) me'zonlarini normal taqsimoti bilan aniqladik [51, 40-44; 83, 145-149; 109, 79-86].

Quyidagi darajalar statistik jihatdan ahamiyatli deb hisoblandi: “yuqori –  $P < 0,001$ , o'rta –  $P < 0,01$ , past (yakuniy) –  $P < 0,05$ , ahamiyatsiz (ishonchsiz) –  $P > 0,05$ ” [51, 40-44; 83, 145-149; 109, 79-86].

Ko'rsatkichlarning korrelyatsiyasi Spearman koeffitsienti (r) yordamida hisoblab chiqilgan: "0,7 dan yuqori - kuchli, 0,3 dan 0,7 gacha - o'rtacha, 0,3 dan kam - zaif" [51, 40-44; 83, 145-149; 109, 79-86]. Mann-Whitney testi Kolmogorov-Smirnov testida aniqlangan bir-biriga bog'liq bo'lmagan namunalarning solishtirilgan populyatsiyalari normal taqsimot qonuniga bo'ysunmagan hollarda qo'llanilgan [61, 305-308].

### III – BOB. TADQIQOTNING NATIJALARI.

#### §3.1. Surunkali salpingooforit bilan bemorlarning klinik-anamnestik, laborator va instrumental tekshiruvining xususiyatlari.

Dastlabki tekshiruv natijalariga ko'ra, SSO bilan kasallangan ayollarning 53,6±4,2 foizi 20-29 yoshda bo'lib, o'rtacha yoshi 26,6±1,67 yoshni tashkil etdi. SSO davomiyligi bo'yicha 106 nafar bemor, bulardan AG ga - 21 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan STOS va biotsenozni buzilishi, 10 yilgacha davom etgan SSO bilan 54 nafar bemor (o'rtacha yoshi 28,2±1,34 yosh) va SG - 23 yoshdan 35 yoshgacha (o'rtacha yoshi 28,8 ± 1,17 yosh) STOS siz va ayol tanasining biotsenozidagi buzilishlarsiz 5-10 yil davom etgan SSO bilan 52 nafar ayollarga bo'lingan.

Tadqiqot natijalarini nazorat qilish uchun biz 23 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi 28,6±1,25 yosh) 30 nafar amalda sog'lom ayollardan iborat nazorat guruhini (NG) yaratdik.

#### 3.1-jadval.

##### SSO bilan bemorlarning birgalikdagi patologiyasi (M±m%)

O'tkazgan va mavjud kasalliklar	AG (n=54)	SG (n=52)
Tez-tez O'RVI	46,08±6,93*	40,54±7,63
Bolalar infeksiyasi	35,68±7,39*	14,11±4,89
Gripp	11,91±2,08*	7,04±1,88

Surunkali pielonefrit	18,82±2,78*	6,16±1,67
Surunkali gastrit	6,35±2,04	5,42±1,89
Surunkali holetsistit	4,32±1,23*	2,32±1,41
Surunkalipankreatit	2,39±1,23	1,88±1,02
Appendektomiya	35,68±7,39	22,07±5,69
Meda 12 barmoq ichak yara kasalliklari	4,36±1,43*	2,17±1,34
Temir tanqisligi kamqonligi	14,04±4,88*	12,04±4,58*

Eslatma: \* -  $r \leq 0,05$  NG ko'rsatkichlariga nisbatan

Jinsiy hayot boshlanishidagi o'rtacha yosh 19,75±2,68 yoshni tashkil etgan, 72 nafar (67,92%) ayol turmush qurgan, 34 nafari (32,08%) turmush qurmagan va 1-2 nafar jinsiy sherigi bo'lgan.

O'rganilayotgan bemorlarda ekstragenital kasalliklardan biz tez-tez o'tkir respirator virusli infeksiyalarni (43,72±4,19%), bolalar infeksiyalarini (16,93±3,09%), grippni (8,52±2,28%), surunkali pielonefritni (9,91±2,52%) aniqladik.

AG da bolalik infeksiyalari tarixi 35,68±7,39% ( $p < 0,05$ ); SG da 14,11±4,89% ( $p > 0,05$ ) surunkali pielonefrit - SG da 6,16±1,67% ( $p > 0,05$ )ga nisbatan AG da 18,82±2,78% ( $p < 0,05$ ), sezilarli darajada ko'p uchraydi.

23,34±3,48% hollarda appendektomiya tarixiga ega bo'lgan, bu anatomik jihatidan yaqinlik va operatsiyadan keyingi bitishmalarning paydo bo'lishi sababli SSO uchun xavf omili bo'lishi mumkin.

O'RVI AG da 46,08±6,93% va SG da 40,54±7,63% hollarda ( $p > 0,05$ ); appendektomiya SG da 22,07±5,69% va AG da 35,68±7,39% ( $p > 0,05$ ) hollarda uchraydi.

Me'da-ichak kasalliklari, qin disbiyozini uchun xavf omili sifatida, shartli-patogen floraning o'sishiga va SSO ning qaytalanishiga olib keladi, tekshiriluvchilarning 11,89 ± 2,68% da topilgan. Surunkali gastrit AG da - 6,35±2,04%, SG - 5,42±1,89%, me'da va 12 BYK AG da-4,36±1,43%, SG da- 2,17±1,34% , xoletsistit va o't yo'llarining diskineziyasi AG da - 4,32±1,23%, SG

da -  $2,32 \pm 1,41\%$  surunkali pankreatit AG da -  $2,39 \pm 1,23\%$ , SG da -  $1,88 \pm 1,02\%$  uchraydi.

SSO qo'zgalish davrida AG ayollarining  $14,04 \pm 4,88\%$  va SG ayollarining  $12,04 \pm 4,58\%$  ( $p < 0,05$ )da ko'proq o'rta darajadagi kamqonlik uchraydi.

Tadqiqot o'tkazilayotgan bemorlarimizning birortasida ham yuqumli patologiyaning qo'zg'alishi (ureaplazmoz, mikoplazmoz, xlamidiya, I va II turdagi herpes virusi) kuzatilmagan, birorta ham bemorda OIV, HBsAg, HCV, toksoplazmoz va qizilcha uchun ijobiy testlar bo'lmagan.

Adabiyotlarni tahlil qilish natijalariga ko'ra, SSO - 70% gacha holatlarda qaytalanadi [48, 11-18; 101, 20-23], bu esa ushbu tadqiqotda tasdiqlangan. Ginekologga tashrif buyurishning eng keng tarqalgan sababi - 91,58% da SSONing qo'zg'alishi edi, ulardan 68,91%i SSO bilan og'rigan bemorlarning uzoq muddatli qaytalanuvchi birlamchi surunkali kechishi edi.

### 3.2. jadval

#### SSO bilan kasallangan bemorlarda jinsiy a'zolar patologiyasi.

O'tkazgan kasalliklar	AG (n=54)		SG (n=52)		NG (n=30)
	A6c	%	A6c	%	A6c
SSOning qo'zg'alishi (yiliga)	2	3,7	1	1,9	0
Nospesifik vulvovaginit	10	18,5	8	15,4	4
BB infeksiyasi	10	18,5	8	15,4	4
Jinsiy a'zoldagi operatsiyalar	7	13	7	13,5	2
Kandidoz	32	59,3	27	51,9	9

SSO bilan tekshirilayotgan bemorlarda nospesifik vulvovaginit  $16,22 \pm 3,08\%$ , servitsit  $15,52 \pm 3,02\%$ , kandidoz  $44,72 \pm 9,13\%$ ,  $10,28\%$ ida jinsiy a'zolda jarrohlik aralashuvlar o'tkazilganligi tashxisi qo'yilgan.

$26,72 \pm 3,69\%$  spetsifik siydik-tanosil infeksiya,  $23,73 \pm 7,84\%$  mikoplazma infeksiyasi va  $21,11 \pm 7,43\%$  xlamidiya infeksiyasi bilan kasallangan. Biz bu

ayollar tanasining immunologik qarshiligini biroz pasaygan degan xulosaga keldik.

SSO ni shakllanishining eng keng tarqalgan xavf omili abortdir [71, 35-41]. tekshirilayotganlarning 54,43 foizi anamnezida tibbiy abort(lar) bo'lgan, 32,08 foizi tug'gan. 72 (67,92)% anamnezida tug'ish yo'q edi, ya'ni, aksariyat ayollar o'zlarining reproduktiv salohiyatini ro'yobga chiqarishlari kerak edi, bu yallig'lanish asoratlarning oldini olish va fertillikni saqlashni o'ta dolzarb masalalarga aylantirdi.

SSO ning qo'zg'alishi tekshirilayotgan bemorlarning 16,94±3,13 foizi hayz ko'rish davrida, 3,54±1,72 foizi BIVni qo'yish bilan, 3,54±1,72 foizi O'RVIdan keyin, 1,43±0,92 foizi tibbiy abort natijasida kuzatilgan. 70,75% ida SSO ning qo'zg'alishi 4-5 kun davomida asta-sekin o'sib bordi.

Klinik belgilarda SSO bilan og'rigan barcha (100%) bemorlarda qorinning pastki qismidagi og'riqlar, 71,70% da o'rtacha og'riqli og'riqlar, 28,30% da o'tkir kuchli og'riqlar bor edi. Ayollarning 54,7 foizida subfebril isitma aniqlangan. (3.3-jadval).

### 3.3-jadval

#### Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning klinik holati

Ko'rsatkich	AG (n=54)		SG (n=52)	
	Abs	%	Abs	%
Qorin pastidagi og'rig'i	54	100	52	100
O'rtacha og'riqli og'riq	39	72,22	37	71,15
O'tkir kesuvchi og'rig'i	15	27,78	15	28,85
Subfebril harorat	30	55,56	28	53,85
Sefalgiya	17	31,48	15	28,85
Umumiy holsizlik	22	40,74	21	40,38
Kuchsizlik	21	38,89	20	38,46
Pastki qismlarning shishi	16	29,63	13	25,00

Ishtahaning yo'qolishi	14	25,93	15	28,85
Uyquning buzilishi	21	38,89	17	32,69
Apatiya	14	25,93	13	25,00
Achchiqlanish, tajovuzkorlik	12	22,22	13	25,00

Biz RRS (raqamli reyting shkalasi), kasalxona tashvish va depressiya shkalasi (HADS) va Spielberger STAI testidan foydalanib, bemorlarning SSO qo'g'alishi davridagi og'riqning og'irligini, o'zini umumiy somatik holatini, STO kuchini, tashvish, depressiya darajasini, shaxsiy va reaktiv tashvishini baholadik.

### 3.4 - jadval

#### O'lchovlar va so'rovnomalar bo'yicha SSO bilan kasallangan bemorlarning o'z holatini sub'ektiv baholash (M±m)

Ko'rsatgich	AG (n=54)	SG (n=52)	NG (n=30)
RRS shkalasi bo'yicha SSO qo'zg'alish davrida jinsiy a'zoldagi og'riq	7,32±0,45*	6,45±0,86*	2,31±1,36
RRS shkalasi bo'yicha remissiya davrida STOS darajasi	3,85±0,67*	-	-
RRS bo'yicha bemor holatining og'irlik darajasi	7,32±1,27*	6,37±1,09*	2,47±0,72
HADS tashvish bo'yicha ball	9,32±0,78*	8,17±0,46*	1,69±1,08
HADS depressiya bo'yicha ball	9,08±0,63*	7,83±0,67*	2,29±1,04
STAI shaxsiy tashvish bo'yicha ball	35,68±3,46*	34,12±3,62	2,36±0,74
STAI reaktiv tashvish bo'yicha ball	44,63±3,86*	42,61±3,79	4,32±0,675

Eslatma: \* - ko'rsatgichlarning NG bilan farqi  $p \leq 0,05$

Bemorlarimiz tomonidan vaziyatni sub'ektiv baholash natijalarini tahlil qilib, biz SSO nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo sifatida ham ko'rib chiqilishi kerak, degan xulosaga keldik, chunki bu patologiya bemorlarning psixologik holatiga

sezilarli darajada ta'sir qiladi va tashvishni sezilarli darajada oshiradi, hamda HADS shkalasi bo'yicha depressiya subklinik darajaga ( $p \leq 0,05$ ), Spilberger STAI testiga ko'ra shaxsiy va reaktiv tashvishlarni sezilarli darajada oshiradi ( $p \leq 0,05$ )

SSO va STOS ning qo'zg'alishi davrida AG va SG bemorlarining o'z holatini sub'ektiv baholash SSO ning qo'zg'alishi tashqarisida ham NG ni baholashdan sezilarli darajada farq qiladi ( $p \leq 0,05$ ). Xuddi shu holat ayni damda bemorlar xolatining og'irligini baholash uchun ham amal qiladi; AG va SG vakillarining xolatining og'irligi NG dagi ayollarning holatidan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiladi ( $p \leq 0,05$ ).

Tadqiqot guruhlarini vakillarining ertalabki siydigining umumiy klinik va biokimyoviy tahlillari natijalari NG natijalari va mos yozuvlar normalarining chegaralaridan statistik jihatdan sezilarli farqlarga ega emas edi va keyingi tadqiqotimizda hisobga olinmadi.

Ginekologik tekshiruvda ayollarning 43,4% da bachadon ortiqlarning infiltratsiyasini, og'irlik tabiatidagi zichlashuv - 56,60% da aniqlandi; barcha bemorlarda qin orqali bachadon ortiqlarni paypaslash o'rtacha yoki kuchli og'riqli edi.

Periferik qonning umumiy tahlili barcha bemorlarda yallig'lanish o'zgarishlarining yo'qligini yoki ahamiyatsizligini ko'rsatdi,  $12 \times 10^9 / l$  gacha bo'lgan o'rtacha leykotsitoz 64,15% da, tayoqcha yadroli chapga siljish 44,34% da aniqlandi. Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning biokimyoviy qon tahlillari natijalari nazorat guruhidagilar bilan deyarli bir xil edi, ya'ni, mos yozuvlar normalarining chegaralaridan tashqariga chiqmagan.

Ultratovush tekshiruvda ayollarning 20,75 foizida tuxumdonlar biroz kattalashgan, 26,42 foizida bachadon naylari qalinlashgan, bemorlarning 13,21 foizida gidrosalpinksalar aniqlangan. Bemorlarning 30,19 foizida gipoexogenlik, 11,32 foizida tuxumdon kapsulalarining kattalashishi kuzatilgan.

Bemorlarimiz orasida SSO ning qo`zg`alishining o'ziga xos xususiyatlari bizni SSO ning qo`zg`alish davri kechishi variantlarini aniqlash, ajratish va ularni alohida o'rganish g'oyasiga olib keldi.

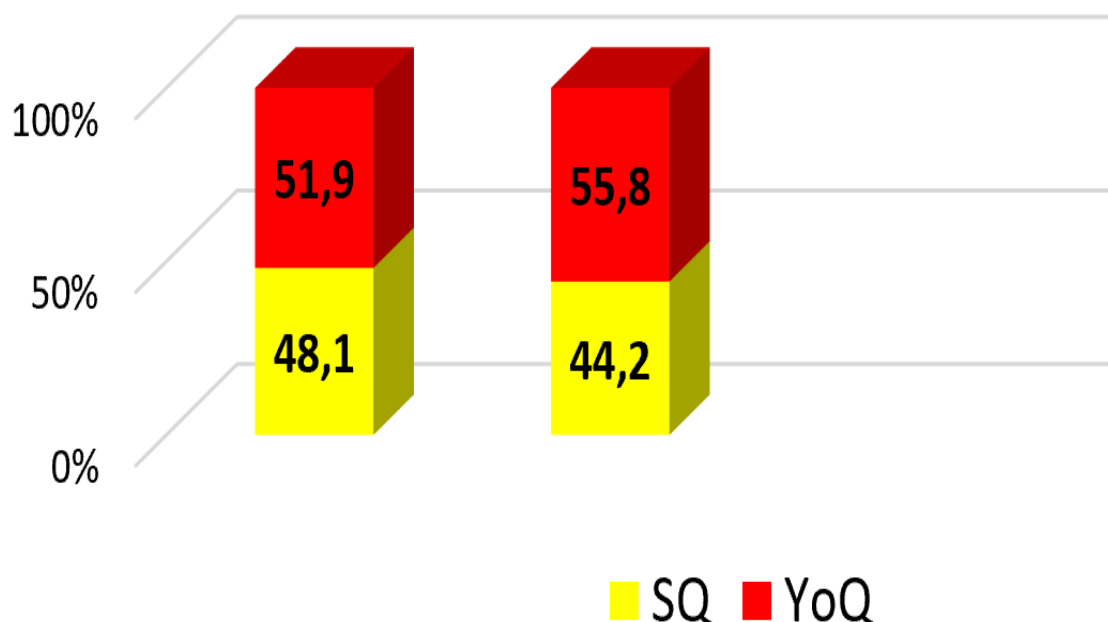
SSO ning klinik belgilarining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda, dastlabki tekshiruv vaqtida biz bemorlarning shikoyatlarini diqqat bilan tahlil qildik. Barcha tekshiriluvchilar tos bo'shlig'idagi og'riqlardan, ba'zilari tana haroratining ko'tarilishidan, umumiy bezovtalikdan shikoyat qilishdi.

Biz ikkala guruhdagi barcha bemorlarni umumiy qabul qilingan mezonlarga ko'ra, dastlabki murojaatidanoq SSO ning qo'zg'alishi turiga ko'ra ajratdik [48, 11-18; 101, 20-23].

SSO ning SQ mezonlari: "o'rtacha, og'riqli tos og'rig'i, bimanual tekshirish vaqtida bachadon ortiqlari sohasidagi o'rtacha og'riq, gipertermiya -  $37,9^{\circ} \text{C}$  gacha, umumiy qon tahlilida leykotsitoz -  $12,0 \times 10^9 / \text{gacha}$ ), leykotsitar formulasining tayoqcha-yadroli siljishi -  $10,0\%$  gacha, eritrotsitlar cho'kish tezligi -  $15 \text{ gacha mm/soat}$ " gacha[48, 11-18; 101, 20-23].

SSO ning YQ mezonlari quyidagilar edi: qorinning pastki qismida "o'tkir, kesuvchi" og'riq, bimanual tekshirish vaqtida bachadon ortiqlari sohasidagi keskin og'riqlilik, gipertermiya -  $38,0^{\circ} \text{C}$  dan yuqori, umumiy qon tahlilida leykotsitoz -  $12,1 \times 10^9/l$  va undan yuqori, leykotsitar formulasining tayoqcha-yadroli siljishi -  $10,1\%$  dan ortiq, eritrotsitlarning cho'kish tezligi -  $15 \text{ mm/soatdan yuqori}$ " [48, 11-18; 101, 20-23].

Bizning tadqiqotimizda SSO ning qo`zg`alish davrining turli xil variantlari bo'lgan ayollar soni quyidagicha taqsimlandi-3.1- diagramma.



**Diagramma 3.1. Ikkala guruhdagi bemorlarni SSO ning qo'zg'alishi turiga ko'ra taqsimlash (%).**

Tavsiyalar asosida, biz SSO ning sust va yaqqol ifodalangan qo'zg'alish davri uchun aniq mezonlarni ishlab chiqdik. Bemorlarning ballar yig'indisi  $\leq 5$  bo'lsa, biz sust ifodalangan qo'zg'alish davri (YoQ) deb belgiladik; ballar yig'indisi  $\geq 6$  bo'lsa, yaqqol ifodalangan qo'zg'alish davri (SQ) deb belgiladik (4-ilova).

O'rganilayotgan bemorlarning qin va bachadon bo'yni kanalining mikrobiotsenozi real vaqt rejimida Femoflor-16 kompleksi (DAK-texnologiyasi, IIB, Rossiya Federatsiyasi) yordamida o'rganildi (3.5-jadval).

### 3.5-jadval

**Femoflor-skrin kompleksi yordamida o'rganilgan bemorlarning qin va bachadon bo'yni kanalining mikrobiotsenozi.**

Qo'zg'atuvchilar	AG(n=54)		SG (n=52)		NG (n=30)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Umumiy bacterial massa	$10^{5,2}$		$10^{7,4}$		$10^{7,8}$	
Lactobacillus spp.	31	57,41	40	76,92	30	100
Enterobacteriaceae oilasi	36	66,67	15	28,85	4	13,33
Streptococcus spp.	28	51,85	22	42,31	4	13,33
Staphylococcus spp.	28	51,85	24	46,15	0	0,00

Eubacterium spp.	36	66,67	31	59,62	5	16,67
Sneathia spp. + Leptotrihia spp. + Fusobacterium spp.	21	38,89	18	34,62	4	13,33
Megasphaera spp + Veilonella spp. + Dialister spp.	17	31,48	16	30,77	1	3,33
Peptostreptococcus spp.	40	74,07	33	63,46	4	13,33
Atopobium vaginae	26	48,15	24	46,15	5	16,67
Candida spp.	36	66,67	32	61,54	3	10

Eslatma: \* -  $p \leq 0,05$  darajasida NG bilan farq.

AG va SG bemorlarida SSO ning yaqqol ifodalangan qo'zg'alish davri (YQ) bilan kasallangan bemorlarda reproduktivtizimning parazitotsenozlari SSO ning sust ifodalangan qo'zg'alish davridagi bemorlarga nisbatan deyarli barcha mikroorganizmlarni aniqlashning sezilarli darajada yuqori chastotasi bilan tavsiflangan ( $p \leq 0,05$ ). Bu shuni anglatadiki, qin mikroorganizmlari spektri oshgani sari, SSO ning qo'zg'alishi klinik jihatdan yanada sezilarli bo'ladi.

Normal bakterial massa bilan Lactobacillus spp. tomonidan ta'minlangan normal flora tadqiqot qilingan guruhlarda past foizlarda aniqlangan – 57,4-76,9%, normal qiymatni esa 80-100% deb hisoblaymiz.

Fakultativ anaerob mikroorganizmlar juda tez o'sishi bilan ajralib turardi - enterobakteriyalar oilasi - AG da bemorlarning 66,67 foizida, SG da 28,85 foizda, NG da esa atigi 13,33 foizda topilgan, shuning uchun ularning o'sishi normadan 4,5-5 baravar oshdi, bu statistik ahamiyatga ega ( $p \leq 0,05$ ). Xuddi shunday tendentsiya Streptococclar va Staphylococclar oilasi tomonidan ko'rsatildi. Shuning uchun AG da bu mikroorganizmlar bemorlarning 51,85% da, SG da esa mos ravishda 42,31% va 46,15% da, NG Streptococcus spp. 13,33% aniqlangan, (ya'ni 3-4 marta kamroq,  $p \leq 0,05$ ) va Staphylococcus spp. umuman yo'q edi bu shubhasiz statistik ahamiyatga ega ( $p \leq 0,05$ ).

SSO bilan bemorlarda Candida spp mavjudligi aniqlanganligiga e'tibor qaratish lozim, tadqiqot guruhlarida 61,54-66,67% hollarda , SG dagi 10% ga nisbatan, ya'ni zamburug'li vaginozning chastotasi statistik jihatdan sezilarli darajada 6,2-6,7 marta oshdi ( $p \leq 0,05$ ).

Bakterial tadqiqot natijalarini umumlashtirganda, SSO bilan o'rganilayotgan bemorlarda qin mikroflorasining sezilarli darajada nomutanosibligi, xususan, patogen bo'lmagan mikroorganizmlar (laktobakteriyalar, bifidobakteriyalar) ulushining kamayishi va shartli-patogen mikrofloraning ko'payishi (peptokokklar, oltin stafilokokklar, gemolitik va yashil streptokokklar, gardnerellalar, korinebakteriyalar va boshqalar). Shuni ta'kidlash kerakki, biz uzoq muddatli SSO va STOS bilan AG guruh vakillarida ko'proq qin disbiyozni aniqladik, bu juda kutilgan va tananing mahalliy va qin mikroblarga qarshi kompleks terapiyani talab qiladi.

Qin mikroflorasidagi o'zgarishlarni laboratoriya diagnostika usullari orasida eng keng tarqalgani Nugent usuli bo'lib, u uchta bakterial morfotipni aniqlashga asoslangan: yirik gramm<sup>+</sup> tayoqchalar (laktobakteriyalar), kichik gramm<sup>+</sup> kokklar va kokkobatsilalar (Gardnerella va Bacteroides) va gramm-egri tayoqchalar (Mobiluncus)dir [105, 26-32].

0-3 oralig'idagi ball normal mikrofloriga, 4-6 ball - oraliq va 7-10 ball - disbiyozga to'g'ri keladi. Nugent usuli yuqori sezuvchanlik, o'ziga xoslik, standartlashtirish va takrorlanuvchanlikka ega [110, 76-82].

Shunday qilib, bemorlarni tadqiqot natijalarini tahlil qilib, mikrobiotsenoz turlarini aniqladik, ular 3.6-jadvalda aks ettirilgan.

### 3.6- jadval.

#### SSO bemorlarda qin mikrobiosenoz turlari

Mikrobiosenoz turlari	AG(n=54)		SG (n=52)		NG (n=30)	
	Aбс	%	Aбс	%	Aбс	%
Normosenoz	9	16,67	32	61,54	26	86,67
Oraliq tur	22	40,74	16	30,77	4	13,33
Dizbioz	23	42,59	4	7,69	0	0,00

Shuningdek, Nugent usuliyordamida o'rtacha ballni aniqladik, AG da o'rtacha ball  $5,34 \pm 0,46$  ball, SG da –  $3,87 \pm 0,52$  ball, NG da –  $1,93 \pm 0,24$  ball, shuninguchun o'rtacha ball bo'yicha AG va SG da mikrobiotsenozning oraliq turini, NG da esa normotsenozni ko'rsatdi.

Hayz ko'rish funksiyasini tahlil qilib, guruhlar aro bemorlar o'rtasida sezilarli farq yo'qligini aniqladik, shuning uchun AG da menarxe yoshi o'rtacha  $12,31 \pm 0,23$  yil, SG da -  $12,92 \pm 0,0,89$  yil, NG da -  $13,12 \pm 0,33$  yil ( $r > 0,05$ ). Tekshiriluvchilarning 84,91 foizida muntazam tsikl bor edi, qolgan bemorlarda turli xil tsikl buzilishlari mavjud edi. NG da esa 10% tsiklning buzilishi, ya'ni farq sezilarli emas edi ( $p > 0,05$ ).

AG da har bir bemor uchun 0,8 homiladorlik, SG da - 0,9, NG da - 1,9. Homiladorlik natijalari tarkibida homiladorlikning  $41,52 \pm 7,83\%$  SG da,  $37,82 \pm 7,19\%$  AG da,  $42,42 \pm 8,63\%$  NG da tugaydi ( $p > 0,05$ ); tibbiy abort – SG da  $42,52 \pm 7,81\%$ , AG da  $48,27 \pm 7,36\%$  va NG da  $13,27 \pm 8,73\%$  ( $p > 0,05$ ); o'z-o'zidan homila tushishi - homiladorlikka  $12,53 \pm 5,21\%$ ,  $13,65 \pm 5,41\%$  va  $6,12 \pm 3,64\%$  mos ravishda ( $p < 0,05$ ); SG da - rivojlanmagan homiladorlik  $5,02 \pm 3,06\%$ ,  $6,47 \pm 3,65\%$  va  $4,05 \pm 2,96\%$  ( $p > 0,05$ ).

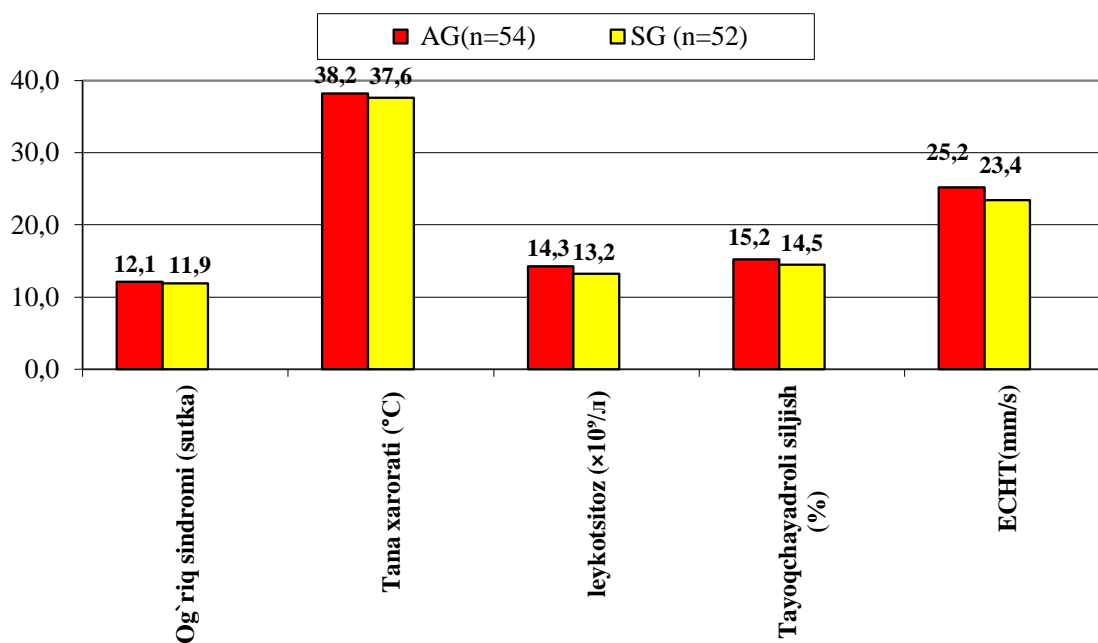
AG va SG da bemorlarning ko'pchiligi yiliga 3 yoki undan ko'p SSO qo'zg'alishiga duchor bo'lgan. SSO ning YQ da bo'lsa, tez-tez nospetsifik vulvovaginit tashxisi qo'yilgan -  $35,73\%$  va AG da o'rtacha -  $18,43\%$  va SG da -  $16,12\%$  ( $p \leq 0,05$ ).

SSO ning SQ davrida qin mikroflorasida Candida ko'proq aniqlandi: AG va 16,02% SG bemorlarning 18,05% da ( $p>0,05$ ) va NG da - faqat  $4,73\pm 3,32\%$  ( $p\leq 0,05$ ). Biz bachadon bo'yni patologiyasini AG da 18,63%, SG da 16,07% va NG da 14,08% da aniqladik, ya'ni deyarli bir xil chastotada ( $p>0,05$ ).

AG va SG dan STO SSO bo'lgan ayollarning o'rtacha yoshi ( $25,92\pm 0,14$  yil va  $26,12\pm 0,24$  yil) AG va SG dan STO ( $28,24\pm 0,32$  yil va  $28,19\pm 0,22$  yil) bilan solishtirganda sezilarli darajada past, ammo ( $r < 0,05$ ). Guruhlar bo'yicha SSO qo'zg'alishining klinik va laboratoriya ko'rinishlari 3.2-diagrammada keltirilgan.

**Diagramma 3.2.**

**SSO ning klinik va laboratoriya ko'rinishlari.**



Adabiyotlarga asoslanib, SP(modda): “noxolinergik nervlarning neurotransmitteri va og'riq, shilliq qavatning shishishi va shilliq gipersekresiyasini keltirib chiqaradigan yallig'lanishning asosiy neyrogen vositachisi” dir [168, 21-30]. Qon zardobidagi SP darajasining ortishi patologiyaning faolligi va yallig'lanishning og'irligi bilan bog'liq [144, 88-92191, 171-185].

SSO bilan og'rigan bemorlarda, ayniqsa, SSO ning SQ da bemorlarda STO tabiatini aniqlash uchun biz SP ning zardobdagi konsentratsiyasini o'rganib chiqdik.

### 3.7-jadval.

#### Tadqiqot guruhlarida bemorlarida zardobdagi SP darajalari (M±m).

Guruh	Qo'zg'alish turi	SP konsentratsiyasi, pg/ml
AG (n=54)	SQ(n=26)	249,17±15,46
	YQ (n=28)	2219,34±66,98
	O'rtacha	1069,42±61,97
SG (n=52)	SQ (n=23)	241,75±13,08
	YQ (n=29)	2103,28±65,45
	O'rtacha	1052,36±60,18
NG (n=30)	O'rtacha	130,5±5,05

SSO ning YQ o'rganilayotgan guruhlarining kichik guruhlarida SP ning yuqori konsentratsiyasi adabiyot ma'lumotlari bilan bog'liq bo'lgan og'riqlar, shuningdek vazodilatatsiya va shish bilan izohlanadi [187, 1327-1340]. SP konsentratsiyasi og'riqning kuchiga bog'liq, ammo yallig'lanishning og'irligi bilan emas [150, 2252-2259].

SSO ning YQ bir tomondan neurotransmitter, boshqa tomondan yallig'lanish vositachisi SP ga immun tizimi organlarning afferent innervatsiyasi vositachisi sifatida qaraladi [166, 202-206].

Og'riq yallig'lanishga bog'liq bo'lmagan, ammo neyrogen bo'lgan SP konsentratsiyasini aniqlash uchun biz ROC tahlilidan foydalandik. Ushbu parametr ROC egri chizig'i ostidagi maksimal maydonga ega ( $0,933 \pm 0,0197$ ) ( $p < 0,0001$ ). SP ning sezuvchanligi va o'ziga xosligi o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish zardobdagi SP darajasining ma'lum bir informativlik nuqtasini aniqlashga imkon berdi, undan yuqorida og'riq asosan neyrogen xususiyatga ega -  $1997,98 \text{ pg / ml}$  ( $2000 \text{ pg / ml}$ , yaxlitlangan). Ushbu nuqtada usulning sezgirliги 88,12%, spetsifikligi bilan 98,16% ga yetdi.

SP darajasi  $\leq 2000 \text{ pg / ml}$  bo'lgan AG va SG bemorlarida biz SP konsentratsiyasi va qo'zag'alishning og'irligi ( $r = 0,479$ ;  $p = 0,001$ ), shuning

uchun o'rtacha og'riq (CP <2000 pg/ml) o'rtasida o'rtacha to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlikni topdik. SSO ning qo'zg'alish davrida yallig'lanishning og'irligiga to'g'ri keldi. SP > 2000 pg / ml bo'lgan AG va SG bemorlarida kuchli og'riqlar SP konsentratsiyasi va yallig'lanishning og'irligi ( $r = 0,0078$ ;  $p = 0,911$ ) o'rtasidagi juda zaif ijobiy munosabatlar bilan tavsiflangan, ya'ni  $SP \geq 2000$  pg / ml bilan atipik og'riqlar SSO ning qo'zg'alishi davrida yallig'lanishning og'irligi bilan bog'liq emas.

SSO qo'zg'alishi davrida neyrogen komponentning qo'shilishi keskin o'tkir og'riqlar bilan ifodalanadi, bu esa SSO qo'zg'alishining kichik klinik belgilari bilan ham aniq ifodalangan STOS ga olib keldi.

Bizning bemorlarimizdagi og'riqning og'irligi va SSO qo'zg'alishi alomatlaridagi farq o'rganilgan ayollarning immunitet holatidagi turli xil o'zgarishlar bo'lishi mumkin deb taxmin qildik.

SQ va YQ bo'lgan bemorlarda qon zardobidagi tsitokin profilini tahlil qilish normal NG qiymatlari bilan yallig'lanishga oldi, IL-1b va yallig'lanishga qarshi IL4 o'rtasida farq yo'qligini ko'rsatdi ( $p > 0,05$ ).

### 3.8 - jadval.

#### SSO qo'zg'alish davrida bemorlar qon zardobidagi O'NO - $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-4 konsentratsiyasi (pg/ml).

Tsitokin	AG (n=54)	SG (n=52)	NG (n=30)
O'NO- $\alpha$	4,62 $\pm$ 0,46 <sup>^^</sup>	4,22 $\pm$ 0,71*	2,07 $\pm$ 0,38
IL-1 $\beta$	1,92 $\pm$ 0,75 <sup>^</sup>	1,62 $\pm$ 0,39	1,06 $\pm$ 0,53
IL-6	4,04 $\pm$ 0,41 <sup>^^</sup>	4,41 $\pm$ 0,51**	2,16 $\pm$ 0,35
IL-4	2,14 $\pm$ 0,32	1,98 $\pm$ 0,31	1,46 $\pm$ 0,19

Eslatma: \* - NG ko'rsatgichlardan statistik jihatdan sezilarli farq  $p < 0,05$ ; \*\* - da  $p < 0,001$ . <sup>^</sup> - AG va SG ko'rsatgichlari o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq  $p < 0,05$ ; <sup>^^</sup> - da  $p < 0,001$ .

SSO ning YQ bilan bemorlarda yallig'lanishga qarshi tsitokinlarning FNO $\alpha$  -  $\alpha$  va IL-6 ning zardobdagi konsentratsiyasi referent ko'rsatkichlaridan ( $p < 0.001$ ) va SSO ning SQ bilan ( $p < 0.001$ ) bemorlarda ( $p < 0.001$ ) yuqori ekanligi aniqlandi. SSO ning qo'zg'alishida og'ir va uzoq muddatli yallig'lanishda yallig'lanishga qarshi sitokinlarning zardobdagi darajasining ortishi aniqlandi.

SSO ning SQ davrida qon zardobidagi O'NO- $\alpha$  va IL-6 darajalari NG ko'rsatkichlari bilan sezilarli farqlarga ega emas edi ( $p > 0,05$ ), bu yallig'lanishga bo'lgan javobni bostirishni isbotlaydi.

SSO bo'lsa, tsitokinlarning zardobdagi darajasini o'rganish hujayra immunitetini to'liq va har tomonlama o'rganishga imkon bermaydi, bu tsitokinlarning qisqa yarim hayot davri bilan bog'liq. Bu bizni in vitro sharoitda spontan va lipopolisaharidlar bilan stimulyatsiya qilingan tsitokin konsentratsiyasini o'rganishga undadi, bu tsitokin ishlab chiqaruvchi hujayralarning funkcionalligi va faolligini, shuningdek, zaxirasini to'liqroq baholaydi.

O'NO- $\alpha$ , IL-1b, IL-6, IL-4 ning o'z-o'zidan ishlab chiqarilishini baholash shuni ko'rsatdiki, SSO ning SQ davrida ularning konsentratsiyasi NGning referent ko'rsatkichlaridan sezilarli darajada yuqori bo'lgan, SQ davrida O'NO- $\alpha$  4,7 baravar yuqori bo'lgan. NG ( $p < 0,001$ ), IL- 1b – 2,4 marta ( $r < 0,05$ ), IL-6 – 1,5 marta ( $r < 0,001$ ), IL-4 – ichida 1,2 marta ( $r < 0,05$ ).

Katta ehtimol bilan, SSO ning SQ davrida in vitro tsitokinlarning o'z-o'zidan ishlab chiqarilishining ko'payishi immunitetga ega hujayralarning faollashishini tavsiflaydi, ammo tsitokinlarning zardobdagi darajasining ko'tarilmasligi immunitet tizimining uzoq vaqt davomida makroorganizm hujayralari tomonidan tsitokinlarni iste'mol qilishda past intensivlikdagi stimulyatsiyasi va ko'payishi tufayli yuzaga keladi.

SSO ning YQ davrida ikkala guruhda ham natijalar ko'p yo'nalishli edi - IL-4 ning spontan konsentratsiyasi NG dan past bo'lganlarga nisbatan ikki baravar past ekanligi aniqlandi ( $p < 0,05$ ); O'NO- $\alpha$  ning o'z-o'zidan konsentratsiyasi NG

natijalaridan ikki baravar yuqori ( $p < 0,05$ ), bu yallig'lanish oldi tsitokinlar darajasining yallig'lanishga qarshi sitokinlarga nisbatan ko'pligini ko'rsatadi. IL-1b va IL-6 darajalari NG bilan solishtirganda statistik jihatdan ahamiyatsiz darajada past edi ( $p > 0,05$ ).

SSO ning SQ dagi bemorlarning ko'rsatkichlariga nisbatan, SSO ning YQ dagi bemorlarida barcha tsitokinlarning spontan kontsentratsiyasi pastroq edi, shuning uchun O'NO- $\alpha$  va IL-6 ikki baravar, IL-1b va IL-4 2,5 baravar darajada past edi ( $p < 0,05$ ) (3.9-jadval). Taxminlarga ko'ra, bu ushbu bemorlarda immunokompetent hujayralar zahiralarning va funktsional faolligining pasaytirilishini tavsiflaydi, chunki ular o'zlarining fiziologik potentsiallaridan deyarli foydalanganlar, bu ularning zaxira potentsialini o'rganish g'oyasini taklif qiladi.

### 3.9-jadval

#### SSO ning qo'zg'alishi bilan bemorlarda in vitro O'NO- $\alpha$ , IL-1b, IL-6, IL-4 ning spontan darajalari (pg / ml)

Tsitokinlar	AG (n=54)	SG (n=52)	NG (n=30)
O'NO- $\alpha$	269,21 $\pm$ 54,27** <sup>^</sup>	123,66 $\pm$ 16,23*	56,76 $\pm$ 2,37
IL-1 $\beta$	22,13 $\pm$ 4,64* <sup>^</sup>	9,79 $\pm$ 3,00	10,56 $\pm$ 4,41
IL-6	100,74 $\pm$ 9,16** <sup>^^</sup>	52,10 $\pm$ 3,98	35,14 $\pm$ 6,32
IL-4	14,42 $\pm$ 1,38* <sup>^</sup>	5,68 $\pm$ 1,71*	11,83 $\pm$ 0,37

Eslatma: \* - NG ko'rsatkichlaridan statistik jihatdan sezilarli farq  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,001$ .<sup>^</sup> da - AG va SG ko'rsatkichlari o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farq  $p < 0,05$ ; <sup>^^</sup> -  $r < 0,001$  da

SSO ning qo'zg'alishining klinik belgilarini olingan immunologik ko'rsatkichlar bilan tahlil qilib, AG dagi SSO ning qo'zg'alishi yanada kuchli yallig'lanishga ega ekanligini bayonqildik, bu esa IL-1b induksiya qilingan kontsentratsiyasining ikki baravar pasayishiga, IL-6 – bir yarim marta ( $p < 0,05$ ) va IL-4 aniq tendentsiya bilan pasayishiga olib keldi ( $p > 0,05$ ). Bu yallig'lanish vositachilarining massiv ishlab chiqarilishi va SSOning immunokompetent hujayralaritonidan uzoq muddatli past intensivlikdagi stimulyatsiyasi tufayli

makroorganizm hujayralari tomonidan tsitokinlar iste'molining tezlashishi immunokompetent hujayralarning zahiralari chegaralari bilan bog'liq.

AG va SG dagi SSONing SQ bilan bemorlarning tadqiqot natijalarini NG bilan solishtirganda, biz IL-6, IL-4 va O'NO- $\alpha$  ning doimiy tarkibi fonida IL-1b ( $p<0,05$ )

AG va SG dagi SSONing SQ bilan bemorlarning tadqiqot natijalarini NG bilan solishtirganda, biz IL-6, IL-4 va O'NO- $\alpha$  ning doimiy tarkibi fonida IL-1b ( $p<0,05$ ) ning induktsiyalangan kontsentratsiyasining bir yarim baravar pasayishini aniqladik, bu ularni ajratadigan hujayralar zahiralarning bir qismi qoldig'iga va yallig'lanishga past intensivlikdagi javobi xosdir(3.10-jadval).

### 3.10-jadval

#### SSO ning qo'zg'alishi bilan bemorlarda O'NO- $\alpha$ , IL-1b, IL-6, IL-4 ning in vitro-induktsiya darajasi (pg / ml)

Tsitokinlar	AG (n=54)	SG (n=52)	NG (n=30)
O'NO- $\alpha$	2571,46 $\pm$ 29,73	2541,00 $\pm$ 33,97	1319,90 $\pm$ 07,93
IL-1 $\beta$	207,50 $\pm$ 11,96*	188,14 $\pm$ 22,21**	330,67 $\pm$ 31,17
IL-6	398,93 $\pm$ 27,64 <sup>^</sup>	280,24 $\pm$ 33,14*	216,64 $\pm$ 8,66
IL-4	28,04 $\pm$ 6,66	20,42 $\pm$ 5,59	27,11 $\pm$ 1,26

Eslatma: \* - NG ko'rsatkichlaridan statistik jihatdan sezilarli farq  $p<0,05$ ; \*\* -  $r<0,001$  da. <sup>^</sup> - AG va SG ko'rsatkichlari o'rtasidagi statistik jihatdan sezilarli farq  $p<0,05$ ; <sup>^^</sup> -  $r<0,001$  da

Yallig'lanishga qarshi tsitokinlarni sekretsia qiluvchi hujayralar stimulyatsiya indeksini hisoblash AG va SG bemorlar o'rtasida uning NG ga nisbatan pastligini ko'rsatdi. NG da stimulyatsiya indeksi (SI) O'NO- $\alpha$  0,99 $\pm$ 0,005 h.b., AG da esa 0,92 $\pm$ 0,04 h.b.( $r<0,001$ ), SGda esa – 0,96 $\pm$ 0,03 h.b.( $r>0,05$ ). AG da IL- $\beta$  SI 0,92 $\pm$ 0,03 h.b.( $r<0,05$ ), SG da – 0,93 $\pm$ 0,04 h.b.( $r>0,05$ ), va NG da - 0,95 $\pm$ 0,03 h.b., AG da IL-6 indeksi 0,74 $\pm$ 0,06 h.b.( $r<0,001$ ), SG da – 0,83 $\pm$ 0,05 h.b.( $r<0,05$ ), NG da - 0,94 $\pm$ 0,04 h.b.

Shunday qilib, tekshirilgan bemorlarda SSOda SI(stimulyatsiya indeksi) NG bilan solishtirganda sezilarli darajada past bo'ldi, ammo SG da kamroq sezilarli kamayish qayd etildi.

Bu, ehtimol, immunokompetent hujayralarning reaksiyasining oshishini bildiradi, bu esa yallig'lanishga qarshi kurashda ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, ammo yallig'lanishning uzoq davom etishini ko'rsatadi va SSOning faol terapiyasining davomiyligiga ehtiyojni bashorat qiladi.

Ikkala guruhdagi bemorlarda O'NO- $\alpha$ , IL-1b, IL-6 yallig'lanish oldi tsitokinlarini ajradigan hujayralarni stimulyatsiya qilish indeksini hisoblash uning NG ga nisbatan pasayishini aniqladi. NG da O'NO- $\alpha$  ning stimulyatsiya indeksi (SI)  $0,99\pm 0,005$  t.b., AG da esa  $0,92\pm 0,04$  t.b., ( $r < 0,001$ ), SG da esa  $- 0,96\pm 0,03$  t.b., ( $r > 0,05$ ). AG da IL-1b SI  $0,92\pm 0,03$  t.b., ( $r < 0,05$ ), SG da  $- 0,93\pm 0,04$  t.b., ( $r > 0,05$ ), va NG da  $- 0,95\pm 0,03$  t.b., AG da IL-6 indeksi  $0,74\pm 0,06$  t.b. ( $r < 0,001$ ), SG da  $- 0,83\pm 0,05$  t.b. ( $r < 0,05$ ), NG da  $- 0,94\pm 0,04$  t.b.

Shunday qilib, SSO bilan o'rganilgan bemorlarda SI NG bilan solishtirganda sezilarli darajada past ekanligi aniqlandi, ammo SG da biz kamroq sezilarli darajada pasayishini qayd etdik. Bu, ehtimol, immunokompetent hujayralar reaktivligining oshishini tavsiflaydi, bu yallig'lanishga qarshi kurashda umumiy ijobiy ta'sir ko'rsatadi, lekin uning uzoq davom etishi haqida gapiradi va SSO uchun faol terapiyani uzaytirishni taxmin qiladi

IL-4 SI dagi farq ham muhim edi, shuning uchun YQ da u NG- $0,32\pm 0,08$  t.b. ( $p < 0,001$ ) bilan  $- 0,57\pm 0,04$  t.b. ga nisbatan solishtirganda 2,2 baravar kamayishi qayd etilgan. SSO ning SQ bo'lgan bemorlarda NG ( $p < 0,001$ )  $- 0,78\pm 0,08$  t.b., ( $p < 0,05$ ) bilan solishtirganda sezilarli darajada yuqori ekanligi aniqlandi. Binobarin, SSO da yallig'lanishning kuchli faolligi yallig'lanishga qarshi sitokinlarni ajratish qobiliyatini pasaytiradi va SSO ning SQ yallig'lanishga qarshi IL-4 sekretsiyasi uchun immun hujayra zahiralarni saqlab qolish bilan tavsiflanadi.

## **Bo'lim xulosasi.**

Ushbu tahlil qilgan SSO shakllanishi va davom etishining etiopatogenetik mexanizmlarini kompleks klinik-anamnestik va laborator-instrumental tadqiq qilish natijalari jahon hamjamiyatiga global miqyosdagi tibbiy-ijtimoiy muammoni yanada batafsil va chuqurroq o'rganish imkonini beradi.

Shuni tushunish kerakki, SSO ning kechishi genital va ekstragenital patologiyalar, qin va bachadon bo'yni shilliq qavatining kolonizatsiyaga chidamliligi, shuningdek reproduktiv tizimning mikrobiotsenozining xususiyatlari va P moddasining ortiqcha ishlab chiqarilishi uning immunokompetent hujayralari bilan belgilanadi.

Bundan kelib chiqadiki, pastki reproduktiv tizimning arxitektonikligi va funkcionalligidagi nomutanosiblik, diffuz neyroendokrin va vegetativ nerv tizimlarining buzilishi bilan birga SSO va uning kechishida ro'l o'ynaydi.

Bemorlarimiz vaziyatini sub'ektiv baholash natijalarini tahlil qilib, biz SSO ni tibbiy va ijtimoiy muammo sifatida qabul qildik, chunki bu patologiya bemorlarning psixologik holatiga sezilarli ta'sir qiladi, HADS shkalasi bo'yicha tashvish va depressiyani subklinik darajaga oshiradi ( $p \leq 0,05$ ), Spielberger STAI testiga ko'ra, shaxsiy va reaktiv tashvishlarni sezilarli darajada oshiradi ( $p \leq 0,05$ ).

SSO va STOS ning qo'zg'alishi davrida AG va SG bemorlarining o'z holatini sub'ektiv baholash SSO ning qo'zg'alishidan tashqari holatida NG ni baholashdan sezilarli darajada farq qiladi ( $p \leq 0,05$ ). Xuddi shu narsa bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun ham amal qiladi AG va SG vakillarining ahvoli statistik jihatdan NG ayollarning holatidan sezilarli darajada farq qiladi ( $p \leq 0,05$ ).

AG va SG bemorlarida SSO ning yaqqol ifodalangan qo'zg'alish davri (YQ) bilan kasallangan bemorlarda reproduktiv tizimning parazitotsenozlari SSO ning sust ifodalangan qo'zg'alish davridagi bemorlarga nisbatan deyarli barcha mikroorganizmlarni aniqlashning sezilarli darajada yuqori chastotasi bilan

tavsiflangan ( $p \leq 0,05$ ). Bu shuni anglatadiki, qin mikroorganizmlari spektri oshgani sari, SSO ning qo'zg'alishi klinik jihatdan yanada sezilarli bo'ladi.

Bakterial tadqiqot natijalarini umumlashtirganda, SSO bilan o'rganilayotgan bemorlarda qin mikroflorasining sezilarli darajada nomutanosibli, xususan, patogen bo'lmagan mikroorganizmlar (laktobakteriyalar, bifidobakteriyalar) ulushining kamayishi va shartli-patogen mikroflora ulushining ko'payishiga (peptokokklar, tillarang stafilokokklar, gemolitik va yashil streptokokklar, gardnerellalar, korinebakteriyalar va boshqalar) e'tibor qaratish lozim. Xuddi shu narsa bemorlar ahvolining og'irligini baholash uchun ham amal qiladi AG va SG vakillari ahvolining og'irligi NG ayollarning holatidan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiladi.

SP ning zardobdagi darajasining oshishi patologiyaning faolligi va yallig'lanishning og'irligi bilan bog'liq. SSO ning qo'zg'alishi davrida neyrogen komponentning qo'shilishi keskin o'tkir og'riqlar bilan ifodalanadi, bu esa SSO qo'zg'alishining kichik klinik belgilari bilan ham ifodalangan STOS ga olib keldi.

SSO bo'lsa, tsitokinlarning zardobdagi darajasini o'rganish hujayra immunitetini to'liq va har tomonlama o'rganishga imkon bermaydi, bu tsitokinlarning qisqa yarim hayot davri bilan bog'liq. Bu bizni in vitro sharoitda spontan va lipopolisaharidlar bilan stimulyatsiya qilingan tsitokin kontsentratsiyasini o'rganishga undadi, bu tsitokin ishlab chiqaruvchi hujayralarning funkcionalligi va faolligini, shuningdek, zaxirasini to'liqroq baholaydi.

SSO ning SQ davomida in vitroda tsitokinlarning o'z-o'zidan ishlab chiqarilishining ko'payishi immunitetiga ega bo'lgan hujayralarning faollashishini tavsiflaydi, ammo tsitokinlarning qon zardobidagi darajasining ko'tarilmasligi immunitet tizimining uzoq vaqt davomida past intensivlikdagi stimulyatsiyasi va tsitokinlarning makroorganizm hujayralari tomonidan iste'mol qilishining ko'payishi tufayli yuzaga keladi.

SSO qo'zg'alishining klinik belgilarini olingan immunologik ko'rsatkichlar bilan tahlil qilib, AG dagi SSO qo'zg'alishi yanada og'irroq yallig'lanishga ega ekanligini aytdik, bu esa IL-1b kontsentratsiyasining ikki baravar pasayishiga, IL-6 - bir yarim marta ( $p < 0,05$ ) IL-4da aniq tendentsiyali pasayishiga olib keldi. ( $p > 0,05$ ). Bu yallig'lanish vositachilarining ommaviy ishlab chiqarilishi va immunokompetent hujayralarni SSO tomonidan uzoq muddatli past intensivlikdagi stimulyatsiya fonida makroorganizm hujayralari tomonidan tsitokinlarni iste'mol qilishning tezlashishi tufayli immunokompetent hujayralar zahiralarining chegaralari bilan bog'liq.

AG va SGda SSO ning SQ bilan bemorlarni tadqiqot natijalarini solishtirganda, biz IL-6, IL-4 va O'NO-ning doimiy tarkibi fonida IL-1b ( $p < 0,05$ ) ning induktsiyalangan kontsentratsiyasining bir yarim baravar pasayishini aniqladik. NG bilan solishtirganda, bu ularni ajradigan hujayralar zaxiralarining bir qismi va yallig'lanishga past intensivlikdagi javobi uchun xarakterlidir.

Shunday qilib, SSO bilan o'rganilgan bemorlarda SI NG bilan solishtirganda sezilarli darajada past ekanligi aniqlandi, ammo SG da biz kamroq sezilarli darajada pasayishini qayd etdik. Bu, ehtimol, immunokompetent hujayralar reaktivligining oshishini tavsiflaydi, bu yallig'lanishga qarshi kurashda umumiy ijobiy ta'sir ko'rsatadi, lekin uning uzoq davom etishi haqida gapiradi va SSO uchun faol terapiyani uzaytirishni taxmin qiladi

SSO da yallig'lanishning kuchli faolligi yallig'lanishga qarshi tsitokinlarni ajratish qobiliyatini pasayishga olib keladi va SSO SQ yallig'lanishga qarshi IL-4 sekretsiyasi uchun immun hujayralari zahiralarini saqlab qolish bilan tavsiflanadi.

#### **IV – BOB. SURUNKALI SALPINGOOFORIT BILAN TEKSHIRILAYOTGAN BEMORLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI QIYOSIY BAHOLASH.**

Biz 21-35 yoshdagi (o'rtacha yoshi  $27,8 \pm 2,89$ ) reproduktiv yoshdagi 106 nafar ayolni SSO bilan o'rgandik, AG ga bo'lingan ( $n = 54$ ) bemor 10 yilgacha davom etadigan SSO STOS bilan, ayol tanasining biotsenozining buzilishi kuzatilgan, o'rtacha yoshi  $28,2 \pm 1,34$  yil bo'lgan va SG ( $n=52$ ) bemor 5-10 yilgacha davom etadigan SSO tarixi bilan STOS siz va ayol tanasining biotsenozi buzilmagan o'rtacha yoshi  $28,8 \pm 1,17$  teng bemorlarni o'rgandik.

Tadqiqot natijalarini nazorat qilish vaqtida biz 23 yoshdan 35 yoshgacha (o'rtachayoshi  $28,6 \pm 1,25$  yosh) bo'lgan 30 nafar amalda sog'lom ayollarni nazorat guruhiga (NG) kiritdik.

Tadqiqot loyihasiga ko'ra, biz davolanish vaqtida klinik va laborator ko'rsatkichlarini o'rgandik, so'ngra korreksion davolash kursi tugaganidan keyin yana 2 hafta o'tgach va 3 oydan keyin klinik-ijtimoiy tadqiqotlar o'tkazildi va bir yil davomida nazoratimizda bo'ldi.

Kuzatish davrida SSO klinik belgilarining paydo bo'lish chastotasi 4.1-4.2-jadvallarda keltirilgan.

#### 4.1-Jadval

##### Davolashdan 2 haftadan so'ng tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning klinik belgilari dinamikasi.

Ko'rsatkich	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)		Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)		Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)		Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Qorin pastida og'riq	16	59,3	11	40,7	15	57,7	10	38,5
Simillovchi o'rtacha og'riq	10	37,0	7	25,9	12	46,2	9	34,6
O'tkir kesuvchi og'riq	6	22,2	4	14,8	4	15,4	2	7,7
Subfebril harorat	9	33,3	7	25,9	4	15,4	1	3,9
febril harorat	4	14,8	0	0,00	1	3,9	0	0,00
Sefalgiya	6	22,2	2	7,4	6	23,1	3	11,5
Umumiy holsizlik	9	33,3	5	18,5	9	34,6	5	19,2
Kuchsizlik	8	29,6	4	14,8	9	34,6	6	23,1
Oyoqdagi shishlar	7	25,9	4	14,8	6	23,1	4	15,4

Ishtaxa yo'qligi	6	22,2	2	7,4	5	19,2	3	11,5
Uyqu buzilishi	5	18,5	2	7,4	4	15,4	3	11,5
Apatiya	4	14,8	1	3,7	3	11,5	2	7,7
Asabiylashish	3	11,1	1	3,7	3	11,5	3	11,5

#### 4.2-Jadval

### Davolashdan 3 oydan so'ng tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning klinik belgilari dinamikasi.

Ko'rsatkich	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)		Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)		Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)		Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	
Qorin pastida og'riq	9	33,3	8	30	9	33,3	8	29,6
Simillovchi o'rtacha og'riq	7	25,9	5	18,5	7	25,9	5	18,5
O'tkir kesuvchi og'riq	3	11,1	1	3,7	3	11,1	1	3,7
Subfebril harorat	7	25,9	4	14,8	7	25,9	4	14,8
febril harorat	2	7,4	0	0,0	2	7,4	0	0,00
Sefalgiya	4	14,8	1	3,7	4	14,81	1	3,70
Umumiy holsizlik	6	22,2	2	7,4	6	22,2	2	7,4
Kuchsizlik	5	18,5	2	7,4	5	18,5	2	7,4
Oyoqdagi shishlar	4	14,8	2	7,4	4	14,8	2	7,4
Ishtaxa yo'qligi	3	11,1	1	3,7	3	11,1	1	3,70
Uyqu buzilishi	4	14,8	0	0,0	4	14,8	0	0,00
Apatiya	3	11,1	0	0,0	3	11,1	0	0,00
Asabiylashish	2	7,4	0	0,0	2	7,4	0	0,00

Tadqiqot natijalarini nazorat qilish vaqtida biz 23 yoshdan 35 yoshgacha (o'rtacha yoshi  $28,6 \pm 1,25$  yosh) bo'lgan 30 nafar amalda sog'lom ayollarni nazorat

Ikkala tadqiqot guruhidagi ayollarni dastlabki tekshiruvda biz tekshiriluvchilarning 100% da qorinning pastki qismida og'riqlar mavjudligini

aniqladik: 71,7% da og'riqli va o'rtacha intensivlikda, 28,3% da o'tkir va kesuvchi og'riqlar.

Ikkala guruhdagi o'rganilgan bemorlarning 71,7% da og'riq fonida harorat ko'tarilgan, ulardan 54,7% da harorat subfebril, qolgan 17% da febril darajagacha yetgan.

Bemorlarning 30,2% da tsefalgiya, 40,57% da umumiy holsizlik, 38,7% da kuchsizlik, 27,36% da pastki qismlarning shishishi va ishtahaning yo'qligi, 35,85% da uyqu buzilishi, 25,47% da apatiya, 23,58% da asabiylashish va tajovuzkorlikning kuchayishi aniqlangan (4.3-4.4-4.5-jadvallar).

#### 4.3-Jadval

### Tadqiqot guruhlari bemorlarida davolash samaradorligini qiyosiy tahlili.

Ko'rsatkichlar	Davolanguncha	
	Asosiy guruh (n=54)	Solishtirish guruh (n=52)
Surunkali salpingooforit qo'zg'alishlari 3 oydag soni	1,3±0,3	0,9±0,4
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardagi genitaliy soxasidagi og'riq	7,3±0,5	6,5±0,9
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardan tashqarida surunkali tos og'rig'i kuchi	4,9±0,7	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlarda bemor axvoli	7,3±1,3	6,3±1,1
Tashvishning XADS bo'yicha bali	9,3±0,8	8,2±0,5
Depressiyaning XADS bo'yicha bali	9,1±0,6	7,8±0,7
Shaxsiy tashvishning STAI bo'yicha bali	35,7±3,5	34,1±3,6
Reaktiv tashvishning STAI bo'yicha bali	44,6±3,9	42,6±3,8

#### 4.4-jadval

### Tadqiqot guruhlari bemorlarida davolash samaradorligini qiyosiy tahlili.

Ko'rsatkichlar	Davolanishdan 2 xaftadan so'ng			
	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)	Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)	Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)	Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)
Surunkali salpingooforit qo'zg'alishlari 3 oydagi soni	-	-	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardagi genitaliy soxasidagi og'riq	-	-	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardan tashqarida surunkali tos og'rig'i kuchi	2,5±0,4		-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlarda bemor axvoli	4,18±0,9	3,1±0,5	4,1±0,9	2,9±0,4*
Tashvishning XADS bo'yicha bali	7,5±0,7	7,2±0,6	7,0±0,6	6,5±0,5
Depressiyaning XADS bo'yicha bali	7,3±0,5	7,0±0,5	6,8±0,5	6,2±0,5
Shaxsiy tashvishning STAI bo'yicha bali	28,2±2,6	26,9±2,7	27,1±2,9	26,1±2,5
Reaktiv tashvishning STAI bo'yicha bali	36,5±3,66	34,3±3,4	33,35±3,3	30,2±2,9

#### 4.5-jadval

### Tadqiqot guruhlari bemorlarida davolash samaradorligini qiyosiy tahlili.

Ko'rsatkichlar	Davolanishdan 3 oydan so'ng			
	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)	Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)	Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)	Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)
Surunkali salpingooforit	1,1±0,1	0,8±0,1	0,8±0,2	0,5±0,1*

qo'zg'alishlari 3 oydagi soni				
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardagi genitalliy soxasidagi og'riq	6,3±0,5	4,89±0,6 2	5,4±0,5	2,4±0,4 *#\\$
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardan tashqarida surunkali tos og'rig'i kuchi	2,6±0,3	1,86±0,4 5	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlarda bemor axvoli	3,3±0,6	2,5±0,4	3,1±0,6	2,2±0,27 *#
Tashvishning XADS bo'yicha bali	7,1±0,5	6,3±0,6	6,3±0,5	5,1±0,4*# \\$
Depressiyaning XADS bo'yicha bali	6,7±0,6	6,5±0,5	6,1±0,5	5,5±0,4
Shaxsiy tashvishning STAI bo'yicha bali	23,5±2,7	21,4±2,5	21,3±2, 1	20,4±2,3
Reaktiv tashvishning STAI bo'yicha bali	30,5±3,3	28,2±3,2	26,8±3,2	22,6±2,9 *#\\$

Eslatma: \* - farq  $p \leq 0,05$  darajasida asosiy A guruhiga nisbatan statistik jixatdan ahamiyatli, # - farq  $p \leq 0,05$  darajasidagi asosiy A guruhiga nisbatan statistik jixatdan ahamiyatga ega, p-farq esa asosiy V guruhiga nisbatan  $p \leq 0,05$  darajasi bo'lgani uchun statistik jixatdan ahamiyatli.

O'rganilayotgan bemorlarning klinik holatining dinamikasi qiyosiy jihatdan STOS bilan SSO ni standart va tavsiya etilgan kompleks davolash samaradorligini baholashga imkon beradi. Biz har ikkala guruhning B kichik guruhlarida, ayniqsa, SG da klinik simptomlar va shikoyatlarning maksimal darajada tekislanishini aniqladik, biz buni AG ga nisbatan SSO ning qisqaroq davomiyligi bilan izohlashga moyilmiz.

Shunday qilib, SG ning B kichik guruhida qorinning pastki qismida o'tkir kesuvchi og'rig'i, tananing harorat reaksiyasi, asabiylashish, tajovuzkorlik va apatiya kabi alomatlar to'liq zararsizlantirildi. 3 oydan keyin davolanishdan oldin 100% ga nisbatan og'riqning chastotasi to'rt baravardan ko'proq kamaydi (23,08% gacha), o'rtacha og'riqlar chastotasi 71,15% dan 19,23% gacha, ya'ni 3,5 barobardan ortiq kamaydi. Ushbu kichik guruhga aloqador klinik belgilar ham maksimal darajada tekislanadi.

Xuddi shunday tendentsiya AG guruhining B kichik guruhini ta'riflaydi, o'zgarishlar dinamikasi saqlanib qoldi, ammo biroz sustroq ifodalangan, biz SSO davomiyligi va STOS mavjudligi bilan izohlashga majburmiz, chunki bu tadqiqotimiz davomida tekislash qiyin bo'lgan qo'llab-quvvatlovchi omil hisoblanadi.

Ikkala guruhning kichik guruhlari ham ijobiy dinamikani ko'rsatdi, ammo standart terapiya bilan klinik simptomlarni tekislash tezligi kompleks davolash samaradorligidan biroz orqada qoldi.

RRS shkalasi, kasalxona tashvish va depressiya shkalasi (HADS) va Spielberger STAI testidan foydalangan holda davolash samaradorligini qiyosiy tahlil qilishda bemorlar SSO ning qo'zg'alishida og'riqning intensivligini, o'zlarining umumiy somatik holatini baholandi. STO qo'zg'alishining og'irligi, tashvish, depressiya, shaxsiy va reaktiv tashvish darajalarini davolashdan 2 hafta o'tgach va 3 oy o'tgach, katamnestic kuzatuv davridagi qo'zg'alishlar soni hisobga olindi(4.4-4.5 – jadvallar).

#### 4.4-jadval

#### Tadqiqot guruhlari bemorlarida davolash samaradorligini qiyosiy tahlili.

Ko'rsatkichlar	Davolanishdan 2 xaftadan so'ng			
	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)	Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)	Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)	Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)
Surunkali salpingooforit qo'zg'alishlari 3 oydagi soni	-	-	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardagi genitalliy soxasidagi og'riq	-	-	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardan tashqarida surunkali tos og'rig'i kuchi	2,5±0,4		-	-

Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlarda bemor axvoli	4,18±0,9	3,1±0,5	4,1±0,9	2,9±0,4*
Tashvishning XADS bo'yicha bali	7,5±0,7	7,2±0,6	7,0±0,6	6,5±0,5
Depressiyaning XADS bo'yicha bali	7,3±0,5	7,0±0,5	6,8±0,5	6,2±0,5
Shaxsiy tashvishning STAI bo'yicha bali	28,2±2,6	26,9±2,7	27,1±2,9	26,1±2,5
Reaktiv tashvishning STAI bo'yicha bali	36,5±3,66	34,3±3,4	33,35±3,3	30,2±2,9

#### 4.5-jadval

### Tadqiqot guruhlarida bemorlarida davolash samaradorligini qiyosiy tahlili.

Ko'rsatkichlar	Davolanishdan 3 oydan so'ng			
	Asosiy guruh A kichik guruh (n=27)	Asosiy guruh B kichik guruh (n=27)	Solishtirish guruhi A kichik guruh (n=26)	Solishtirish guruhi B kichik guruh(n=26)
Surunkali salpingooforit qo'zg'alishlari 3 oydagi soni	1,1±0,1	0,8±0,1	0,8±0,2	0,5±0,1*
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardagi genitalliy soxasidagi og'riq	6,3±0,5	4,89±0,62	5,4±0,5	2,4±0,4*#
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlardan tashqarida surunkali tos og'rig'i kuchi	2,6±0,3	1,86±0,45	-	-
Raqamli reyting shkala bo'yicha qo'zg'alishlarda bemor axvoli	3,3±0,6	2,5±0,4	3,1±0,6	2,2±0,27*#
Tashvishning XADS bo'yicha bali	7,1±0,5	6,3±0,6	6,3±0,5	5,1±0,4*#
Depressiyaning XADS bo'yicha bali	6,7±0,6	6,5±0,5	6,1±0,5	5,5±0,4
Shaxsiy tashvishning STAI bo'yicha bali	23,5±2,7	21,4±2,5	21,3±2,1	20,4±2,3
Reaktiv tashvishning STAI bo'yicha bali	30,5±3,3	28,2±3,2	26,8±3,2	22,6±2,9*#

Eslatma: \* - farq  $p \leq 0,05$  darajasida asosiy A guruhiga nisbatan statistik jixatdan ahamiyatli, # - farq  $p \leq 0,05$  darajasidagi asosiy A guruhiga nisbatan

statistik jixatdan axamiyatga ega, p-farq esa asosiy V guruhiga nisbatan  $p \leq 0,05$  darajasi bo'lgani uchun statistik jixatdan axamiyatli.

Qiyosiy tahlil natijalarini taqqoslash biz o'tkazgan davo samaradorligining dinamikasini, klinik belgilarga o'xshashligini ko'rsatadi. Shunday qilib, biz SG ning B kichik guruhidagi shkalalar va so'rovnomalar bo'yicha maksimal samaradorlikni topdik, bu, albatta, davolanishning murakkabligi va patologiyaning qisqa muddati bilan bog'liq.

SG ning B kichik guruhida 3 oylik kuzatuv davomida SSO ning qo'zg'alishlar soni  $0,52 \pm 0,13$  holatga yetdi, AG ning A kichik guruhida  $1,08 \pm 0,12$  holat, AG ning B kichik guruhidagi bemorlarda SSO ni kompleks davolashimiz qin mikrobiotsenoziga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, qin biotsenozining miqdoriy va sifat tarkibini normallashtiradi, SSO qo'zg'alishining patogenetik mexanizmlarini tez tekislashga yordam beradi va STOS ning intensivligini pasaytiradi.

Davolashning samaradorligini SP ning zardobdagi kontsentratsiyasi dinamikasi asosida baholadik va ushbu o'zgarishlarni 4.7-jadvalda keltirdik.

#### 4.7-jadval

#### O'tkazilgan davodan oldingi va keyingi SP darajasining dinamikasi ( $M \pm m$ )

Guruxlar		SP, pg/ml
Davolangunga qadar	AG (n=54)	1069,42±61,97
	SG(n=52)	1052,36±60,18
2 haftadan so'ng	AG A (n=27)	986,23±52,48
	AG B(n=27)	953,28±53,87
	SG A (n=26)	962,34±58,33
	SG B(n=26)	926,89±51,38
3 oydan so'ng	AG A (n=27)	654,32±36,48*#
	AG B(n=27)	516,37±46,39*#
	SG A (n=26)	412,38±36,61*#
	SG B(n=26)	381,52±32,15*#

Eslatma:\* farq  $P \leq 0,05$  darajasidagi uning kichik guruhiga,

# - farq  $P \leq 0,05$  darajasidagi boshqa kichik guruhga nisbatan statistik ahamiyatga ega.

Taqdim etilgan ma'lumotlarga ko'ra, davolanishdan keyin SP kontsentratsiyasi ikkala kichik guruhda ham pasaygan, bu ayniqsa davolanishdan keyin 3 oy o'tgach aniq ifodalangan ( $P \leq 0,05$ ). Biz B kichik guruhlaridan normalashuvga nisbatan ko'proq tendentsiyani qayd etdik va SG ning B kichik guruxida bu maksimal darajada namoyon bo'ldi.

Biz ushbu ma'lumotlarga asoslanib, kompleks terapiyani tekshirilayotgan bemorlar tanasiga yaxshiroq ta'siri haqida dastlabki xulosa chiqarishimiz mumkin, buuning samaradorligini tasdiqlaydi.

SSO bilan tekshirilayotgan bemorlarda biz quyidagi laborator ko'rsatkichlarining O'NO- $\alpha$  , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-4 spontan va induksiyalangan invitro zardobdagi darajalari dinamikasini baholadik(jadval 4.8).

#### 4.8-jadval.

#### Kuzatish dinamikasida SSO bilan tekshirilayotgan bemorlarda yallig'lanish oldi tsitokinlarning zardobdagi darajasining dinamikasi (M $\pm$ m)

guruxlar		O'NO- $\alpha$	IL-1 $\beta$	IL-6	IL-4
NG (n=30)		2,07 $\pm$ 0,38	1,06 $\pm$ 0,53	2,16 $\pm$ 0,35	1,46 $\pm$ 0,19
Davolan guncha	AG (n=54)	4,62 $\pm$ 0,46*	1,92 $\pm$ 0,75	4,04 $\pm$ 0,41*	2,14 $\pm$ 0,32
	SG(n=52)	4,22 $\pm$ 0,71*	1,62 $\pm$ 0,39	4,41 $\pm$ 0,51*	1,98 $\pm$ 0,31
2 haftadan so'ng	AG A (n=27)	3,86 $\pm$ 0,52	1,83 $\pm$ 0,68	3,82 $\pm$ 0,53	1,98 $\pm$ 0,66
	AG B(n=27)	3,77 $\pm$ 0,41	1,69 $\pm$ 0,71	3,79 $\pm$ 0,47	1,93 $\pm$ 0,61
	SG A (n=26)	3,49 $\pm$ 0,48	1,56 $\pm$ 0,41	3,51 $\pm$ 0,58	1,74 $\pm$ 0,43
	SG B(n=26)	3,26 $\pm$ 0,51	1,37 $\pm$ 0,32	3,29 $\pm$ 0,57	1,69 $\pm$ 0,42
3 oydan so'ng	AG A (n=27)	3,13 $\pm$ 0,53	1,54 $\pm$ 0,67	3,08 $\pm$ 0,54	1,74 $\pm$ 0,54
	AG B(n=27)	2,98 $\pm$ 0,56	1,46 $\pm$ 0,59	2,94 $\pm$ 0,52	1,64 $\pm$ 0,53
	SG A (n=26)	2,51 $\pm$ 0,42	1,40 $\pm$ 0,31	2,48 $\pm$ 0,45	1,56 $\pm$ 0,31
	SG B(n=26)	2,18 $\pm$ 0,43	1,19 $\pm$ 0,29	2,26 $\pm$ 0,39	1,49 $\pm$ 0,29

Eslatma: \* - NG ko'rsatkichlaridan statistik jihatdan sezilarli farq  $p < 0,05$ ;

# - AG va SG ko'rsatkichlari o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farq  $p < 0,05$

Ushbu tadqiqot natijalariga ko'ra, immunitet faolligini ko'tarilishidan keyin immunitet reaksiyasining biroz pasayishi patogenlarning darajasini oldindan aytishga imkon beradi, ammo yallig'lanish davomiyligi takroriy kompleks davolash kurslarini talab qiladi.

Shu bilan birga, B kichik guruhlarida, ayniqsa SG ning B kichik guruhidagi bemorlarda yallig'lanish oldi tsitokinlar darajasini yaxshiroq me'yorlashtirishini ta'kidlash kerak.

Xulosa qilib aytganda B kichik guruhidagi barcha tekshirilgan bemorlarda klinik-ijtimoiy va laborator-instrumental ko'rsatkichlar dinamikasi o'zgarishini standart davolash bilan solishtirganda kompleks davolashning nisbatan yaxshiroq samaradorligini ko'rsatadi.

Kompleks davolashning eng yaxshi samaradorligi SG ning B kichik guruhidagi davo natijalari bilan ko'rsatildi, bu bizga taklif qilingan kompleks davolash samaradorligini SSO ning AG guruhida qisqaroq davomiyligi bo'lganda samaraliroq degan xulosaga kelish imkonini beradi.

Kompleks terapiya SSO va STOS bilan og'rigan bemorlarda standart davo samaradorligidan oshib ketadi, bu bizga ushbu usulni ginekologik klinikalarda va ambulatoriyalarda amaliy foydalanish uchun tavsiya qilish imkonini beradi.

Ushbu tadqiqot natijalariga ko'ra, immunitet faolligining ko'tarilishidan keyin immunitet reaksiyasining biroz pasayishi patogenlarning darajasini oldindan aytishga imkon beradi, ammo yallig'lanish davomiyligi takroriy kompleks davolash kurslarini talab qiladi. Shu bilan birga, B kichik guruhlarida, ayniqsa SG ning B kichik guruhidagi bemorlarda yallig'lanishga qarshi tsitokinlar darajasini yaxshiroq normallashtirishni ta'kidlash kerak.

## XULOSA QILISH

Yangi ming yillikda ham tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (TAYAK) muammosi mahalliy va xorijiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadigan juda munozarali masala bo'lib qolmoqda. Surunkali salpingooforit (SSO) (adneksit) haqli ravishda amaliy ginekologiyada eng keng tarqalgan patologiya hisoblanadi, uning chastotasi 60-65% ga yetadi. Bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanishini kuzatish va davolash davomiyligi ko'pincha bemorning reproduktiv davrining davomiyligiga teng. SSO bilan og'rigan bemorlarning taxminan 70 foizi yiliga kamida ikki marta davoladi, ammo ularning 40 foizi uning samaradorligidan norozi.

SSO bemorlarning fertilligiga juda salbiy ta'sir ko'rsatadi va ularning ba'zilari davolanish kursidan keyin hech qanday o'zgarishlarni sezmaydilar. SSO har uchinchi yoki to'rtinchi bemorda STOS sababidir, taxminan 5 foiz ayollarda SSO ektopik homiladorlikka olib keladi va bemorlarning taxminan 40 foizi bepushtlikka aylanadi. Ushbu bemorlarda STOS ruhiy va jismoniy salomatlik muammolariga, jinsiy kasalliklarga, ajralishlarning yuqori chastotasiga va tez-tez, vaqtincha yoki hatto doimiy mehnatga layoqatsizlikka olib keladi.

SSO ning eng keng tarqalgan asoratlari odatda bepushtlik (35% dan ortiq) hisoblanadi, shuningdek, ektopik homiladorlik va abortning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi, endometrioz, ayollarning reproduktiv tizimining xavfsiz va xavfli o'smalari kam uchraydi.

O'tgan asrning o'rtalarida TAYAK ni qo'zg'atuvchi eng keng tarqalgan mikroorganizm bu patologiya holatlarining deyarli uchdan biriga (31,4%) javobgar bo'lgan streptokokk edi va 70-yillarda stafilokokklar shubhasiz yetakchiga aylandi - 54,5%, 80-yillar Stafilokokkdan tashqari, ichak tayoqchasi, gonokokk va xlamidiya asosiy ro'l o'ynay boshladi va bu kasallikning polikultural etiologiyasi ustunlik qila boshladi. Yangi ming yillikda TAYAK bilan og'rigan bemorlarning 42 foizida mikrobial landshaftda aerob va anaerob patogenlarning mavjudligi qayd etilgan, garchi ularning nisbati individual ravishda o'zgarib turadi.

SSO bilan og'rigan bemorlarning yoshi ham muhimdir, shuning uchun 20 yoshgacha bo'lgan davrda bakterial ekmada mikoplazma, ureaplazma va korinebakteriyalar ustunlik qiladi, 30 yoshdan oshgan ayollarda esa SSO ning asosiy etiologik omili anaeroblardir. SSO bilan kasallangan taxminan har beshinchi bemorga *Tr. vaginalis* va *mycoureaplasma* tashxisi qo'yilgan, SSO bilan kasallangan ayollarning deyarli 2/3 qismida turli viruslar tashxisi qo'yiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, yangi ming yillikda etiologik omillari penitsillin qatoriga chidamli mikroorganizmlar bo'lgan SSO ulushining sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi. Bu og'ir SSO chastotasining sezilarli darajada oshishiga va bachadon ortiqlarining tez-tez yiringli xo'ppozlariga, ko'pincha septik asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, bu albatta statsionar va ko'pincha jarrohlik davolanishni talab qiladi.

SSO ning aniq etiologik qo'zg'atuvchisini tashxislash hatto yangi ming yillikda ham murakkab vazifa bo'lib, bu potentsial etiologik omillarning mikroorganizmlarining juda xilma-xilligi, mikrobiologik diagnostika uchun to'g'ridan-to'g'ri patologiya manbasidan material yig'ishning murakkabligi va cheklovlari bilan bog'liq. Bachadon ortiqlariga yaqinlashish texnik jihatdan qiyin bo'lgani uchun, bu tos bo'shlig'ida endoskopik operatsiyani talab qiladi.

SSO etiopatogenezi, mikroorganizmlardan tashqari, qo'shni organlarning, xususan, yo'g'on ichakning funktsional holatiga asoslanadi, uning holati jarayonning borishiga, uning surunkaliligi va qaytalanishiga katta ta'sir qiladi, ba'zi hollarda kasallikning boshlanishidan simptomlarni amalda yo'q qiladi. SSO dagi ichak patologiyasi ko'pincha mikrogemodinamikada va mahalliy immunitetning qo'shimcha buzilishiga olib keladi, bachadon ortiqlarining yallig'lanishini kuchaytiradi va og'irlashtiradi va SSO ichak motorikasini va uning disbiyozini gormonal nazorat qilishda buzilishlarni kuchaytiradi.

Yallig'lanishning paydo bo'lishining asosiy omillari, masalan, mikroorganizmning virulentligi, uning toksik va fermentativ patogenetik xususiyatlarining nuanslari, infeksiyaning hajmi, patologiyaning turi va

o'g'irligini aniqlaydigan mahalliy va gumoral immunitet holati haqida unutmashimiz kerak.

Jinsiy a'zolarining mahalliy nospesifik qarshiligi ularning arxitekturasi va funktsionalligi bilan bog'liq, chunki to'siq funktsiyalari mikroorganizmlarning qin va bachadonga kirishidan himoya qiladi. Bularga oraliq mushaklarining doimiy tonusi tufayli qin yorig'ining yaqinligi, katta va kichik jinsiy lablarning bir-biriga qo'shilishi kiradi. Qinning epiteliy hujayralarida keratinning mavjudligi va ularning doimiy deskvamatsiyasi ham qinning himoya omillari hisoblanadi.

SSO ni davolashda antibakterial dorilarning keng tarqalgan va to'liq asoslanmagan retsepti ko'pincha ularga chidamli mikroorganizmlar yoki umuman floraning shakllanishiga olib keladi, shu bilan birga bemorda ichak disbiyozini keltirib chiqaradi, bu jigar va buyraklarni haddan tashqari yuklanishiga, allergik reaksiyalarning shakllanishiga yordam beradi, bu muqarrar ravishda bemorlarning hayot sifatini (HS) pasaytiradi, uning psixo-emotsional holatini yanada tushkunlikka soladi.

SSO klinikasida ko'pincha surunkali tos og'rig' sindromi (STOS) mavjud. Ba'zi tos a'zolaridagi og'riqlar haqli ravishda murojaat qilish bo'yicha yetakchi sindrom hisoblanadi, chunki ambulatoriya bemorlarining har beshdan biri bu haqda murojaat qiladi. STOS - bu og'riqni tushuntiruvchi infeksiyon yoki boshqa tashxis qo'yilgan patologiya fonida turli chastotadagi doimiy yoki takroriy tos a'zolarining og'rig'i bilan tavsiflangan sindrom. STOS ko'pincha salbiy kognitiv, psixo-xulq-atvor, jinsiy-emotsional alomatlar, pastki siydik yo'llarining funktsional buzilishlari, jinsiy va ginekologik funktsiyalarning buzilishi va oshqozon-ichak disfunktsiyasi bilan bog'liq.

Yangi ming yillikda ham STOS tibbiyot uchun diagnostik va terapevtik jumboqdir va uni davolash uchun yangi samarali choralarni izlashni talab qiladi, bu ixtisoslashgan adabiyotlarda keng muhokama qilinadi.

SSO tufayli surunkali og'riq ish samaradorligi, funktsional faollik va kundalik hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan keng tarqalgan holat bo'lib, ayni

paytda sog'liqni saqlash uchun katta xarajatlarni keltirib chiqaradi. Misol uchun, AQSh da surunkali og'riqlar tufayli yiliga moliyaviy yo'qotishlar qiymati 240 milliard dollarni tashkil qiladi. Ulardan xarajatlarning 75 foizi nogironlik to'lovlari hisoblanadi. Yevropa epidemiologik tadqiqotiga ko'ra, G'arbiy Evropada surunkali saraton bo'lmagan og'riq sindromlarining tarqalishi taxminan 20% ni tashkil qiladi. Mamlakatimizning ginekologiya bo'limiga faqat SSO tufayli og'riq uchun tashriflar tahlili shuni ko'rsatdiki, bu 17-46% hollarda shifokorga tashrif buyurishga sabab bo'ladi. Surunkali og'riq, shuningdek, ijtimoiy-demografik omillardan mustaqil ravishda o'lim xavfini oshiradi. Bu mehnat qobiliyatining cheklanganligi, hayot sifatining pasayishi, moliyaviy nochorlik va oilaviy muammolar bilan bog'liq. O'tkir va surunkali og'riq sindromlarining bunday yuqori tarqalishi, ularning og'ir gumanitar, ijtimoiy va iqtisodiy yuki bizni tibbiy yordamni tashkil etishni optimallashtirish va muammoni hukumat darajasiga yetkazish uchun klinik tadqiqotlar o'tkazishga majbur qildi.

Shu bilan birga, tan olishimiz kerakki, mamlakatimizda ilmiy tadqiqot faoliyatida ham, turli og'riq sindromi bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda ham sezilarli orqada qolish kuzatilmoqda. Og'riqning neyrofiziologiyasi va psixologiyasini tushunishda sezilarli yutuqlarga qaramay, surunkali og'riq muammosining asosiy va klinik jihatlari hali ham hal qilinmagan.

Surunkali og'riqlarda surunkali og'riqning tuzilishi odatda geterogen bo'lib, og'riqning notsitseptiv va neyrogen tarkibiy qismlarining mavjudligini aks ettiruvchi alomatlar to'plamining kombinatsiyasi bilan ifodalanadi. Og'riq ko'pincha to'qimalar shikastlanganda paydo bo'ladi va mos keladigan notsitseptorlarning faollashishi oqibatidir. Birlamchi giper-algeziyaning rivojlanishi notsitseptorlarning sensibilizatsiyasi fenomeniga asoslanadi - yallig'lanishga qarshi va algogen ta'sirga ega bo'lgan moddalar (prostaglandinlar, tsitokinlar, biogen aminlar, neyrokininlar, glutamat, asab o'sishi omili va boshqalar) ta'sirida ularning sezgirligining oshishi, shikastlangan to'qimalardan ajralib chiqadigan semiz hujayralari qon plazmasidan kelib chiqadi, miyelinsiz nerv tolalarining periferik

terminallaridan chiqariladi. Notsitseptiv C-tolalari faollashganda ajralib chiqadigan neuropeptidlar (modda P, neyrokinin A va boshqalar) neyrogen yallig'lanishning rivojlanishiga olib keladi, mahalliy tomirlarning kengayishini va tomir devorining o'tkazuvchanligini oshiradi. Chiqarilgan kimyoviy birikmalar notsitseptiv afferentlarning terminallaridagi mos keladigan retseptorlar bilan o'zaro ta'sir qilish orqali nerv tolasini tashqi stimullarga nisbatan sezgirroq qiladigan biokimyoviy reaksiyalar kaskadini qo'zg'atadi.

SSO da surunkali og'riq patogenezigiga biologik, psixologik va ijtimoiy omillarning turli hissasi bunday bemorlarga yordam berish uchun multidisiplinar yondashuvdan foydalanishni talab qiladi.

2010 yilda Og'riqni o'rganish xalqaro assotsiatsiyasining 13-Butunjahon kongressida deklaratsiya qabul qilindi, unda "og'riqni davolash insonning asosiy huquqi" ekanligini ta'kidlab, "... hukumatlar va sog'liqni saqlash organlari odamlarning sog'ligini saqlashni tashkil qilishlari shart" adekvat og'riq qoldiruvchi yordamidan foydalanish, bunday choralarni ko'rmaslik axloqiy emas va bunday harakatsizlik natijasida azob chekayotgan odamlarning huquqlarini buzadi.

Tahlil qilingan adabiyotlarga asoslanib, biz STOS yangi ming yillikning eng dolzarb fanlararo muammosi bo'lib, yangi diagnostika usullarini va samarali individual davolanishni zudlik bilan talab qiladi, chunki uning etiopatogenezi ko'p qirrali, murakkab va juda o'zgaruvchidir.

Ayollarda uzoq muddatli STOS ni tashxislash va davolash juda qiyin, chunki ayol anatomiyasining nuanslari va tos a'zolarining ko'plab mumkin bo'lgan patologiyalari, masalan, urologik, ginekologik, nevrologik, enterologik, mushak-skelet tizimi va psixosomatik. STOS ning bu tarqalishi qiziqishning oshishini nazarda tutadi.

## XULOSALAR

1. Eng ko'p uchraydigan holat 91,6% surunkali salpingooforitning qo'zg'alishi bo'lib, u surunkali tos og'rig'i sindromi va uzoq davom etuvchi qaytalanishlar bilan birgalikda 68,9% xolda kuzatildi. Klinik jihatdan kasallikning ikki shakli ajratildi: yaqqol kechuvchi va sust kechuvchi qo'zg'alishlar, ularning uchrash chastotasi deyarli bir xil (52,5%/47,5%).
2. Aniqlanishicha, surunkali salpingooforit xurujida og'riq peptidi SP <2000 pg/ml bo'lgan hollarda o'rtacha kuchli va o'rtacha darajadagi og'riq yallig'lanish og'irligiga mos kelgan ( $r=0,479$ ;  $r=0,001$ ). Shu bilan birga, surunkali salpingooforit xurujining klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lmasa ham, kuchli og'riqning mavjudligi neyrogen xususiyatga ega ekanligi aniqlandi. ( $g=0,0078$ ;  $r=0,9$ ).
3. Asosiy guruhdagi bemorlarida tsitokin holatida sezilarli nomutanosiblik aniqlandi: yallig'lanishni qo'zg'atuvchi tsitokinlar (TNF- $\alpha$  4,62 gacha va IL-6 4,04 gacha) darajasining 2 marta ortishi ( $p<0,05$ ) va yallig'lanishga qarshi tsitokinlar (IL-4) sekretsiasining kamayishi ( $p<0,05$ ), bu og'riqning yallig'lanishsiz kelib chiqishini ko'rsatdi.
4. Asosiy guruh patsiyentlarida tsitokin holatining yaqqol nomutanosibligi aniqlandi: yallig'lanishga qarshi tsitokinlar (IL-4) sekretsiasining pasayishi ( $r<0,05$ ) va yallig'lanish oldi tsitokinlar (TNF- $\alpha$  - 4,62 gacha va IL-6 - 4,04 gacha) darajasining ikki baravar ortishi ( $r<0,05$ ) kuzatildi. Bu esa og'riqning yallig'lanish bilan bog'liq emasligini ko'rsatdi.
5. Surunkali salpingooforit bilan kasallangan bemorlarda tavsiya etilgan kompleks terapiyaning erta boshlanishining samaradorligi aniqlandi, bu 3 oy ichida og'riq sindromining chastotasi 3,5-4 marta, qaytalanishlar esa 2 marta kamayishi, bemorlar hayot sifatining 1,3 marta yaxshilanishi, substantsiya P kontsentratsiyasi 3 marta kamayishi va yallig'lanishni qo'zg'atuvchi tsitokinlar darajasini normal bo'lishi bilan tasdiqlanadi.

## AMALIY TAVSIYALAR

**Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati.** Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati shundan iboratki, xulosalar va surunkali SSO uchun taklif etilayotgan davolash usuli diagnostika va davolashni takomillashtirishga katta hissa qo‘shadi. Tadqiqot kasallikning davomiyligiga, qo‘zg‘alishlar chastotasi va intensivligiga qarab ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamning turli bosqichlarida surunkali salpingooforit bilan bemorlarda kompleks terapiyadan foydalanish samaradorligini aniqlash imkonini beradi. Surunkali salpingooforit bilan bemorlarda qoniqarsiz davolanish natijalarining sabablarini tahlil qilish bemorlarning ushbu toifasi uchun davolash taktikasini takomillashtirish yo‘llarini aniqlash imkoniyati izohlangan.

Ishning amaliy ahamiyati shundaki, surunkali salpingooforit bilan og‘rigan bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatishning turli bosqichlarida, kasallikning davomiyligi, qo‘zg‘alishlar chastotasi va intensivligiga qarab, kompleks davoni qo‘llash bo‘yicha optimal tavsiyalar ishlab chiqilgan. Klinik amaliyotga kiritilgan surunkali salpingooforit uchun kompleks davodan foydalanish natijalari qo‘zg‘alish chastotasini, ularning intensivligini kamaytirish, bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va ularning ijtimoiy-iqtisodiy samara berishi izohlangan.

Bemorlarda surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan hastaligini tashxislash va davolashni optimallashtirish bo‘yicha olingan ilmiy natijalar asosida tasdiqlangan:

1. Ayollarda kasallikning davomiyligi va qo‘zg‘alishlari tabiatiga qarab surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz hasta bemorlarning miqdoriy ko‘rsatkichlari va tipologik xususiyatlari o‘rganilishi asoslanganligi bo‘yicha takliflar Andijon davlat tibbiyot instituti Muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashining 2023 yil 12 dekabrda 6i-55/U-son qarori bilan tasdiqlangan “Surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan surunkali

salpingooforitni kompleks davolash uslubi” mavzusidagi uslubiy tavsiyanoma mazmuniga singdirilgan. Ilmiy yangilikning amaliyotga joriy qilinishi Respublika ixtisoslashtirilgan “Ona va bola salomatligi” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 12 dekabrda 85-sonli, Farg‘ona viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 13 dekabrda 104-sonli buyrug‘i bilan, Namangan viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 22 dekabrda 734-sonli buyrug‘i bilan amalga oshirilgan (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ilmiy texnik kengashning 2024 yil 25 sentyabrda 06/114 sonli xulosasi). Ijtimoiy samaradorligi: surunkali salpingooforit bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini va tabiati bilan bog‘liqligi nuqtayi nazaridan baholash kasallikni ambulator davolanishning tez va uzoq muddatli samaradorligini aniqlashga imkon berdi, ayniqsa bu bilan qo‘zg‘alishlar chastotasini kamaytirish va o‘z vaqtida surunkali salpingooforit tashxisi qo‘yilgan ayollar uchun davolash natijalarini yaxshilashga, davolanishdan norozilikni 45-50 foizgacha kamaytirishga olib keladi. Iqtisodiy samaradorligi: Surunkali salpingooforit bilan hasta ayollarda kasallanishning kamayishiga, surunkali salpingooforit ayollarni tiklash va qayta davolash xarajatlarini kamayishiga olib keladi. Bizning nazoratimizdagi 106 nafar bemorning qayta davolanishini qisqartirish hisobiga 33 million 338 ming 305 so‘m mablag‘ni tejash mumkinligi isbotlangan. Xulosa: kasallikning davomiyligi va tabiatiga qarab surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz hasta bemorlarning miqdoriy ko‘rsatkichlari va tipologik xususiyatlarini aniqlash, shuningdek kasallikning davomiyligi va tabiati bilan bog‘liq holda surunkali salpingooforit bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini baholash mazkur bemorlarni ambulator davolashning tez va uzoq muddatli samaradorligini ta’minlash, xar bir nafar bemor uchun 366 ming 355 so‘mini tejash imkonini berdi.

2. Kasallikning davomiyligi va qo‘zg‘alishi tabiati bilan bog‘liq bo‘lgan hayot sifati va davolashning bevosita va uzoq muddatli samaradorligini surunkali

salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz og‘rigan bemorlarda katamnestik baholash bilan baholanishi bo‘yicha takliflar Andijon davlat tibbiyot instituti Muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashining 2023 yil 12 dekabrda 6i-55/U-son qarori bilan tasdiqlangan “Surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan surunkali salpingooforitni kompleks davolash uslubi” mavzusidagi uslubiy tavsiyanoma mazmuniga singdirilgan. Ilmiy yangilikning amaliyotga joriy qilinishi Respublika ixtisoslashtirilgan Ona va bola salomatligi» ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 12 dekabrda 85- sonli, Farg‘ona viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 13 dekabrda 104-sonli buyrug‘i bilan, Namangan viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 22 dekabrda 734-sonli buyrug‘i bilan amalga oshirilgan (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ilmiy texnik kengashning 2024 yil 25 sentyabrda 06/114sonli xulosasi). Ijtimoiy samaradorligi: Surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yo‘ki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz bemorlarda ushbu kasallikning tarixi 5-10 yildan ortiq davom etishi isbotlangan, davolanishning qiyinligi, qo‘zg‘alishlarning ko‘p marta kuzatilishi bilan ajralib turadi, surunkali tos og‘rig‘i sindromi ayollarga katta tashvish tug‘diradi. Tadqiqot davrida bunday bemorlarning ahvoli og‘ir, ular yomon kayfiyatda, ular o‘zlariga joy topa olmaydilar, bemorlarning tahlilini hisobga olgan holda davolash usullarini qo‘llash kasallikning og‘irlik darajasining pasayishiga olib keldi. Bemorlar ruhiy jihatdan xotirjam bo‘ldilar.ularning subyektiv xavotirlari butunlay tinchidi, masalan, taranglik va qo‘rquv, bu holatlar kasallikning kuchayishini to‘xtatadi va bemorning ijtimoiy qarashlarini yumshatadi. Iqtisodiy samaradorligi: natijalar surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki u siz holda 54 nafar bemorlarda 11 600 000 so‘m miqdorida tejamkorlikka erishish mumkinligi isbotlangan Xulosa: bemorlarning tahlilini hisobga olgan holda davolash usullaridan foydalanish kasallikning og‘irligining pasayishiga, qo‘zg‘alishlar sonining kamayishiga, zo‘ravonlik darajasining pasayishiga,

davolash samaradorligining oshishiga olib keladi, shuningdek, har bir bemor uchun 10 kamida 250000 so'm xarajatlarni kamaytirishga erishilgan.

3. Surunkali salpingooforit surunkali tos og'rig'i sindromi bilan og'rigan ayollarda og'riq peptidi (SP) dinamikasi va sitokin holatining o'ziga xos xususiyatlari aniqlanishi, shuningdek, og'riq paydo bo'lishining yallig'lanishsiz genezi haqida gipoteza qilishga imkon berishi xaqidagi takliflar Andijon davlat tibbiyot instituti Muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashining 2023 yil 12 dekabrda 6i-55/U-son qarori bilan tasdiqlangan «Surunkali tos og'rig'i sindromi bilan surunkali salpingooforitni kompleks davolash uslubi» mavzusidagi uslubiy tavsiyanoma mazmuniga singdirilgan. Ilmiy yangilikning amaliyotga joriy qilinishi Respublika ixtisoslashtirilgan «Ona va bola salomatligi» ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon viloyati filiali bo'yicha ginekologiya bo'limi amaliyotiga 2023 yil 12 dekabrda 85-sonli, Farg'ona viloyati filiali bo'yicha ginekologiya bo'limi amaliyotiga 2023 yil 13 dekabrda 104-sonli buyrug'i bilan, Namangan viloyati filiali bo'yicha ginekologiya bo'limi amaliyotiga 2023 yil 22 dekabrda 734-sonli buyrug'i bilan amalga oshirilgan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ilmiy texnik kengashning 2024 yil 25 sentyabrda 06/114 sonli xulosasi). Ijtimoiy samaradorligi: Surunkali salpingooforit surunkali tos og'rig'i sindromi bilan yoki surunkali tos og'rig'i sindromisiz bemorlarning qon zardobi tahlil qilinganda surunkali salpingooforit surunkali tos og'rig'i sindromi bilan yoki surunkali tos og'rig'i sindromisiz bemorlarda bemorlarning qonida sitokin holati va og'riq sindromi markeri SP moddasi xususiyatlarini o'rganishlar yallig'lanish sitokinlarida katta o'zgarishlar bo'lmaganligi, ammo og'riq peptidi SP ko'rsatkichlari ochiq surunkali tos og'rig'i sindromi indekslarida og'riq darajalari bilan mutanosib ravishda yuqori ekanligi aniqlangan. Bu natija shuni ko'rsatdiki, surunkali salpingooforit qo'zg'alishi bilan bemorlarda surunkali tos og'rig'i sindromining ko'proq neyrogen xarakterga ega bo'lishi aniqlangan, yallig'lanish belgilari sezilarli darajada susayadi, bemorlarning ruhiy holati yaxshilanadi, surunkali salpingooforit ning qo'zg'alish davri qisqaradi. Iqtisodiy samaradorligi:

Har bir bemor uchun 125 000 so‘mga iqtisodiy xarajatlar kamaytirildi. Agar asosiy guruhda 54 nafar bemor bo‘lgan bo‘lsa, 6 750 000so‘m tejaldi. Xulosa: og‘riq peptidi SP dinamikasini aniqlash va surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz ayollarda sitokin holatining xususiyatlarini aniqlash, to‘g‘ri tashxis qo‘yish surunkali tos og‘rig‘i sindromining oldini olish imkoniyatini isbotladi va bu bilan katta ijtimoiy va iqtisodiy samaradorlikka erishish mumkinligi isbotlangan.

4. Surunkali salpingooforit bilan hastalangan ayollarda surunkali tos og‘rig‘i sindromini tashxislash va davolash usullari takomillashtirilgan, klinik amaliyotga joriy etilgan va tavsiya etilgan SP og‘riq vositachisi miqdorini kamaytiradigan nevroitik preparatlarni qo‘llashga asoslangan kompleks terapiyaning samaradorligi isbotlanganligi bo‘yicha takliflar Andijon Davlat tibbiyot instituti Muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashining 2023yil 12 dekabrda 6i-55/U- son qarori bilan tasdiqlangan “Surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan surunkali salpingooforitni kompleks davolash uslubi” mavzusidagi uslubiy tavsiyanoma mazmuniga singdirilgan. Ilmiy yangilikning amaliyotga joriy qilinishi Respublika ixtisoslashtirilgan “Ona va bola salomatligi” ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon viloyati filiali bo‘yicha ginekolo giya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 12 dekabrda 85-sonli, Farg‘ona viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 13 dekabrda 104-sonli buyrug‘i bilan, Namangan viloyati filiali bo‘yicha ginekologiya bo‘limi amaliyotiga 2023 yil 22 dekabrda 734-sonli buyrug‘i bilan amalga oshirilgan (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ilmiy texnik kengashning 2024 yil 25 sentyabrda 06/114 sonli xulosasi). Ijtimoiy samaradorligi: Surunkali salpingooforit surunkali tos og‘rig‘i sindromi bilan yoki surunkali tos og‘rig‘i sindromisiz ayollarning qon zardobini tahlil qilishda og‘riq peptidi SP ning dinamikasini va sitokinlar holatining xususiyatlarini o‘rganish xolati uning qon zardobidagi miqdorini kamaytirish g‘oyasiga olib keldi. Bu holat SP og‘riq vositachisi miqdorini kamaytiradigan nevroitik dori-darmonlari ta’sirida amalga oshirildi va kompleks

davolash choralari surunkali tos og'riq sindromini keltirib chiqaradigan yallig'lanishsiz surunkali salpingooforitning qaytalanishini oldini olishga, bemorlarni jismoniy va ruhiy holatini ko'tarishga, shuningdek, SP miqdorini kamaytirishga, umuman ayollar sog'ligini yaxshilashga qaratilgan. Iqtisodiy samaradorligi: surunkali tos og'rig'i sindromi vaqtida og'riq peptidi SP ishlab chiqarishni kamaytirish ayollarda kasalxonada yotish davrini va qayta kasalxonaga yotqizish sonini keskin kamaytiradi. Har bir bemor uchun kasalxonaga yotqizish va dori-darmonlar kuniga 125 000so'm sarflansa, kasalxonada yotish vaqti 2 kunga qisqartirilgan bo'lsa, 54 ta asosiy guruhdagi bemorlar uchun 13 500 000 so'mni tejash mumkinligi isbotlangan. Xulosa: Surunkali salpingooforit surunkali tos og'rig'i sindromi bilan yoki surunkali tos og'rig'i sindromisiz ayollarda qo'zg'alishlar sonini kamaytirish uchun amaliyotda SP va sitokinlardagi xarakterli o'zgarishlarni chuqur o'rganish natijalariga asoslangan kompleks davolash usulini qo'llash surunkali salpingooforit bilan bemorlarning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatini yaxshilash ijtimoiy va iqtisodiy samaraga erishish imkonini berishi isbotlangan.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Abdullaev R.N., Abdullaeva M.A., Sobirova M.R. /Intraoperatsion usul bilan kichik tos-ovar bitishma kasalligini davolash va profilaktikasi.//Moskva. Ilm muammolari. - 2018, - №11(35),- S.56-60
2. Abdullaeva M.A., Ziyaeva E.R., Sobirova M.R. /Surunkali salpingooforit kasallarida qonda immunitet o'zgarishlari tuproq terapiya ta'siri bilan // Tibbiyot: Yangi imkoniyatlar. To'plam: 13-mavzu ilmiy-amaliy konferensiyasi mol.u chon TGMU xalqaro ishtirokida.- Dushanbe.- 2018 yil. - Tom.1.- S.126-127
3. Abusueva B.A., Xanmurzaeva S.B., Kamchatnov P.R. /Ayollar o'rtacha yosh guruhi bo'ylab surunkali tos og'rigi sindromining klinik xususiyatlari // Tibbiyot . a lifb. 2016. Jil 4, № 26. S. 26-30
4. Aganezov S.S., Aganezova N.V. /Erta tug'ilgan bolalarning kamchiliklarini kamaytirish imkoniyatlari // Akusherlik va ginekologiya jurnali. - 2015. - №4. – s. 62-68
5. Agarkov N.M., Budnik I.V. /Klinik belgilarning, immunologik, gematologik ko'rsatkichlarning va endogen intoksikatsiya belgilari va ko'rsatishlarning surunkali salpingooforitda ma'lumot berish qobiliyati. // Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. – 2012. - №61(4) . – s .11-15;
6. Ariyants I.R., Yagubov M.I. Surunkali tos og'rig`ida seksologik amaliyotlar . //Ijtimoiy va klinik psixiatriya. - 2020,- j. 30 № 3.- S. 93-98;
7. Alimova I.K., Xilkevich E.G., Chuprinin V.D. va boshqalar.// Retrotservikal endometrioz klinik va diagnostik xususiyatlari. // Akusherlik va ginekologiya. – 2018. – № 6. – S. 45–53.;
8. Andreeva E.N., Absatarova Yu.S. Vaginal infeksiyalarga ega bo'lgan xastalarni boshqarishda endokrin aspektlar. // Akusherlik va ginekologiya. -2019 – 3. – b. 141-146

9. Apolikhina I.A., Mirkin Ya.B., Eyzanax I.A. va boshqalar. /Urolog praktikasida siydik chiqarish disfunktsiyalari va og'riq sindromlari // Eksperimental va klinik urologiya. - 2021 - №2 – b.85-90.;
10. Arxipkina T.L./ Tuhumdon polikistozi sindromi bilan ayolning reproduktiv sog'ligida folik kislotaning roli . // Svit tibbiyoti va biologiyasi. - 2016. - № 1 (55), - Kiyev.- b. 9-17.;
11. Axtamova N.A., Zakiyeva N.I. /Surunkali tos og`rig`ining salpingooforit tomonidan qo`zg`atilganda davolash taktikasini takomillashtirish.// Biologiya va tibbiyot muammolari,- 2021,- №1.1 (126),- 83-85
12. Bezmenko A.A., Kislicina N.D. /Kichik intestin disbiozi - homiladorlikning sababi yoki to'g'ri sababimi? // Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. - 2018. - Jild 67. - № 2. - s 70–78.;
13. Bronovets I.N. /Ishonchli o'zgarishlar: tan diagnos, profilaktika va tibbiyot // Tibbiy yangiliklar. – 2016. – №11. – b. 56–58.;
14. Vinogradova O.P. Biryuchkova O.A., Korshunov G.V., Podimkina A.V. /Kichik chanoq organlarining o'pka kasalliklarining qo'zg'atuvchi va o'pka kasalliklarining belgilari bo'yicha og'irlik darajasini tashxislash. // Modern ijtimoiy muammolar so'zlashgichlari . – 2014. – №9 (41) . b . 54-62
15. Andreeva E.N., Absatarova Yu.S. /Endokrin aspektlariga ega bo'lgan xastalarni boshqarishda vajinal infeksiyalar // Akusherlik va ginekologiya. -2019 – 3. – s. 141-146
16. Apolikhina I.A., Mirkin Ya.B., Eyzanax I.A. va boshqalar. /Chanoq a`zolari disfunktsiyalari va og'riq sindromlari urolog praktikasida // Eksperimental va klinik urologiya. - 2021 - №2 – r.85-90.;
17. Axtamova N.A., Zakiyeva N.I. / Surunkali tos og`rig`ining salpingooforit tomonidan qo`zg`atilganda davolash taktikasini takomillashtirish.// Biologiya va tibbiyot muammolari,- 2021,- №1.1 (126),- 83-85

18. Bezmenko A.A., Kislicina N.D. Kichik chanoq disbiozi - homiladorlikning sababi yoki to'g'ri sababi. // Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. - 2018. - Jild 67. - № 2. - s 70–78.;
19. Vinogradova O.P. Biryuchkova O.A., Korshunov G.V., Podimkina A.V. /Jigar tizimining va og'riq tizimining og'irligi darajasini qanday aniqlash haqida // Modern ijtimoiy muammolar so'zlashgichlari. – 2014. – №9 (41). s. 54-62
20. Vinogradova O.P. Kuznetsova M.N., Biryuchkova O.A. Anti-anemiya dori xavfiylik organlarining og'riq tizimi infeksiyalarini qanday davolashda qo'llaniladi // Akusherlik va ginekologiya. – 2015. – №2. – S. 49–52
21. Vinogradova O.P. /Salpingoofaritning tizimli og'riq javobi ko'rsatkichidan chiqqan salpingooforit. Dokt. ilmiy darajasi bo'yicha avtoref. - Volgograd, 2014. – 45b
22. Volchegorskiy I.A., Pravdin E.V., Uzlova T.V. Xronik endometrit / salpingooforit o'sib ketgan infeksiyalarga qarshi infeksiyon xususiyatlari // Rossiyskiy akusher-ginekologiyasi vestnik. – 2014. – №6. – S. 75–79
23. Gavrilov S.G., Vasilieva G.Yu., Vasiliev I.M., Efremova O.I. /Peptid CGRP va substance P venozli tos og'rig`ining bashoratlari sifatida // Actanaturae – 2019. - Tom 11 - № 4(43) – s.88-92.
24. Gadzhieva Z.K. /Pastki siydik yo'llarining takrorlanuvchi infeksiyalarining diagnos va davolashga yondashishning xususiyatlari // Urologiya. 2013 - №3 – s.84-90
25. Gazazyan M.G., Xardikov A.V. /Klinik tadqiqot: 44% xatoliklar. surunkali tos og'rigi sindromining diagnosini ta'minlashga o'xshash usullar // Status Praesens. Ginekologiya, akusherlik, noyob nikoh. – 2012. – № 1 (7). – S. 59–65
26. Ginekologiya: milliy to`plam / tahr. G.M. Savelyova, G.T. Sukhikh, V.N. Serov [va boshq.]. - 2-e nashr, yangilangan va rivojlangan. - Moskva : GEOTAR-Media, 2017. - 1008 s
27. Grek L.P., Dubossarskaya Z.M. /Genital endometriozda surunkali tos og'rigi sindromining patogenez va davolashning xususiyatlari (adabiyotni ko'rib

chiqish) // Reproktiv sog'lik. Sharqiy Yevropa. – 2016. – T. 6, № 4 (46). – S. 493–503

28. Gusev E.I. /Nevrologiya: milliy to'plam. / E.I. Gusev, A.N. Konovalov, V.I. Skvortsova. 2-e nashr. T. 1. Moskva: GEOTAR-Media; 2018. 880s

29. Davydov O.S., Yakhno N.N., Kukushkin M.L. va boshq. /Nevropatik og'riq: belangini o'rganishga oid klinik tavsiyalar Rossiya og'riqni tadqiq qilish jamiyati tomonidan // Rossiya og'riq jurnali. – 2018. - №4. – r.35–41.;

30. Delyagin V.M., Toniyan K.A., Myasnikova S.V. /Qiz va qizlar-yoshlarning kichik tosini ultrasonografiyasi va klinik asoslari // Ginekologiya. – 2010. – T.12, №6. – S. 55-58.;

31. Demirov A.V. /Ayollarning kichik chanoq sohasidagi infeksiyon kasalliklari jarayonlarida organnlarni saqlash jarayonlarining tibbiy va ijtimoiy asoslari // "Voronej GMA im. H.H. Burdenko" MZ RF, Voronej, 2014. – S. 50–55

32. Igushina V.F., Kurnosenko I.V., Mezentseva E.A., Feklyunina E.S. /Bachadon ichi infeksiyasiga ega bo'lgan ayollarda erkin tug'ilgan bolalar proqnozi // Joriy ilm va ta'lim muammolari. – 2017. – № 2. s. 40-45

33. Evseyev A.A., Gankovskaya L.V., Kuznetsov M.V., Svitich O.A. /Topik immunoterapiyani qo'llab-quvvatlash bilan surunkali salpingooforitli xastalarni kompleks davolashning samaradorligi. // Rossiyskiy akusher-ginekologiya vestnik. – 2015. - №15(5). – s.106-111

34. Yefimenko T.O. Tashqi genital endometriozning turli shakllari bo'yicha og'riq sindromining tuzilishi, xususiyati va intensivligi. // Journ. akusherlik va ayollar kasalliklari. – 2016. – T. 65, № 2. – S. 24–30.;

35. Zaytsev A.V., Sharov M.N., Kan Ya.D. /Surunkali tos og'rigi sindromi. Muassasaviy ta'sirning zamonaviy ko'rinishi. Diagnostika va davolashning nazoratlari // Rossiyskiy og'riq jurnali. 2015. № 2. S. 3–8.

36. Zakharova T.V. Volkov V.G. /Bakterial vaginozning kandidozli vulvovaginitga bog'liq davolash tajribasi // Akusherlik va ginekologiya. – 2016. – №11. – S. 131–135
37. Zemskov A.M., Zemskov V.M., Karaulov A.V. /Klinik immunologiya va allergologiya. Qisqacha qo'llanma. //VGU nashri, Voronej, 1997, 155 s
38. Ziganshin A.M., Nazmutdinova R.R., Nurtdinova I.G., Lando E.I. Surunkali tos og'rigi sindromi – multidisciplinar muammo. // Joriy ilm va ta'lim muammolari. – 2019. – № 6. – s.78-86.
39. Ziyaeva E.R., Ro'zieva N.X. Surunkali salpingooforit bilan surunkali tos og'rig'i sindromi - patogenezing zamonaviy ko'rinishi. // Re-Health Journal 2021. No 2. P.193-195
40. Ziyaeva E.R., Ro'zieva N.X. Surunkali tos og'rig'i sindromi bilan surunkali salpingo-ooforitni kompleks davolash metodologiyasi. // Uslubiy tavsiyalar. Andijon – 2024. B.26.
41. Ziyaeva E.R. Andijon viloyati ayollarida fertil yoshdagi surunkali salpingooforitlarning kompleks davolashining natijalari // Tibbiyotda yangi kun, - 3 (31),- 2020 y.- S. 302-308.
42. Zubchenko S.A., Chopyak V.V. /Gistamin intiqom qilish qobiliyatining buzilishi sindromi: etiologiya, patogenezing, klinika, zamonaviy ta'sirning diagnostikasi va davolashga zamonaviy qarashlar // Journ. Klinik immunologiya. Allergologiya. Infektsiya. – 2016. - №7. – s. 40-45
43. Ivanova G.E. /Rossiya Federatsiyada tibbiy qayta tiklash tizimi rivojlanishiga yo'nalishli loyiha uchun.// Metodik tavsiyalari 2016 - 91s
44. Ivashkina S.G., Ruslyakova M.V. /Onkologik kasalliklarda gemostaz tizimi buzilishlari // Tromboz, gemostaz va reologiya. – 2016. – №3(67). – S. 56–58.
45. Femoflor ushbu PCR real vaqtda tadqiqot usuli bilan ayollar urinogenital yo'li biotsenozini tadqiq qilish uchun reagentlar to'plamining qo'llanishiga doir qo'llanma. LLC "DNA-TeXnologiya", 2017.

46. Kanaeva T.V., Oganyan S.E., Stepantsova Yu.N. /Fertillikdagi ayollar urinogenital infeksiyon kasalliklardan bepushtlik sababi sifatida surunkali salpingooforit // Tibbiy internet-konferentsiyalar xabarnomasi. 2018 - Vol. 8, № 8, - p. 315-318
47. Karaulov A.V., Afanasyev M.S., Nesvizhskiy Yu.V. va boshq. /Ayollar urinogenital infeksiyon kasalliklarda mikroob patogenlari // Mikrobiologiya, epidemiologiya va immunobiologiya jurnali. - 2019. - № 6. - S. 13-20
48. Kira E.F. Bakterial vaginoz // M.: MIA. – 2012. - s. 472.;
49. Kira E.F., Rogovskaya S.I., Artymuk N.V., Savicheva A.M. /Ornidasolni vajinal qo'llanishining bakterial vaginoz davolashida samaradorligi va xavfsizligi bo'yicha tadqiqot natijalari // Akusherlik va ginekologiya jurnali. – 2015. - №8. – s. 89-95
50. Kiseleva T.V./Bachadon va chanoq tomonidan tuzilgan yangiliklarning spetsifik olmos asboblarining holati xususiyatlari: //Ilmiy darajada ilmiy ishi. - Novosibirsk, 2004. - 228 s.;
51. Klenina N.M., Rykalina E.B. /Saratov viloyati klinik uskunalarda salpingooforitlarni antimikrob terapiyasi farmako-epidemiologik tahlili // Tibbiy internet-konferentsiyalar xabarname. – 2014. – № 4. - S. 799-806.;
52. ROAG klinik tavsiyalari. Akusherlik va ginekologiya / Muharriri V.N. Serova, G.T. Sukhix. – 4-e nashr. – M.: GEOTAR-Media, 2014. – 1024 s.
53. Konoval A.A. /Surunkali salpingooforit asosida xotinlarning immun holati xususiyatlari // Ilmiy maqolalar. Tibbiyot va farmatsiya seriyasi. 2013. №25 (168). 24-son - s. 84-89
54. Konoplya A.A. /Surunkali salpingooforit kasallari immun, tsitokin va antioksidant holatlarning tiklanishi korreksiyasi // Tibbiy immunologiya. - 2006. - T. 8, № 1. - S. 97-100

55. Korzhova E.V. /Yo`g`on ichak funksional va tuzilish o'zgarishlarida surunkali salpingooforitning qo`zg`alishi variantlari. //Avtoref. Diss. kand.med.nauk. Volgograd, 2011, 22s
56. Korzhova E.V., Kozlova I.V., Xripunova G.I. Surunkali salpingooforit kasalligida kolorektal patologiya // Ural tibbiyoti va ta'limi. – 2010. - №2. – S.22-25
57. Korzhova E.V., Kozlova I.V., Xripunova G.I. /Qorinchi o'rganda patologiya surunkali salpingooforit kasalligida. // Sankt-Peterburg gastroenterologiyasi. – 2010. - №2-3: 12- xalqaro slavyan-boltiq ilmiy forum materiallari «Sankt- Peterburg – Gastro-2010». – SPb., 2010. – S.42.;
58. Korolyuk I.P. /Tibbiy axborotshunoslik: O'quv kitobi // I.P. Korolyuk. – 2-nashr., tiklanib qaytarilgan va qo'shilgan. Samarqand: OOO "Ofort" GBOU VPO "SamGMU". – 2012. – S. 244.;
59. Krasikov N.V., Filyaeva Yu.A., Totchiev G.F. /Vaginal mikrobiotsenoz: klinik aspektlar, nosozliklar tuzilishi va profilaktika yo'llari // Akusherlik va ginekologiya. – 2016. – №11. – S. 57–63.;
60. Kryuchkova M.N., Soldatkin V.A. /Surunkali tos og'riq sindromi: psixopatologik aspektlar // Urologiya vestnik. – 2017 - №5(1). – s.52-63.
61. Kuznetsova D.E. /Tashqi jinsiy endometrioz va surunkali tos og'riq sindromi bilan chorak asrdagi xasta bemorlarining vegetativ gomeostaz holati va hayot sifati // Maqbullik mezonning mezhdostlik ilmiy-amaliy konfrensiya materiallari. – Krasnoyarsk, 2019. – S. 73-79.
62. Kuznetsova D.E., Prokopenko S.V., Makarenko T.A. va boshqalar. /Infiltrativ endometrioz va dastlabki oqim og'riq sindromi asosida o'qitishli davolashga qarshi mamlakatlar bo'yicha avtomatik holati // Reproduksiya muammolari. - 2018. - № 6. - B. 121–131 .;
63. Kuznetsova D.E., Prokopenko S.V., Makarenko T.A. /Tashqi jinsiy a`zolari endometrioz va dastlabki oqim og'riq sindromi bilan qarama-qarshi

ayollarining avtomatik holati va hayot sifati xususiyatlari // Akusherlik va ayol kasalliklari jurnali. - 2019. - № 3. - B. 12–21 .;

64. Kuznetsova, I.V. /Insonning reproduksiyasida oksidatsiya stresi va antioksidant himoyasining ahamiyati // Akusherlik va ginekologiya. - 2016. - №3. - B. 116–121

65. Kuzmin V.N., Murrieva G.A. /Tsitokin genlarining polimorfizmi va ekspresiyasining oldini olishdagi ahamiyati // Davolovchi tabib. - 2013. - № 11. - B. 26-29.

66. Kulavskiy V.A., Ziganshin A.M./ Susurunkali tos a`zolari og`riq sindromida qondagi o`ziga o`zgarishlarni o`rganish. // Akusherlik va ginekologiya. 2022. № 3 (14). B. 45-49.

67. Kulavskiy V.A., Ziganshin A.M., Kulavskiy E.V. /Ayollarda kichik tos organlarining faoliyatida bitishma muammolari profilaktikasining klinik jihatlari // Akusherlik va ginekologiya. 2019. № 2 (14). B. 14-20

68. Kungurtseva E.A., Popkova S.M., Leshchenko O.Ya. /Ayollarning o'zaro mikroflorani shakli uchun doimiy mavjud biotoplariga o'zaro ta'sirini o'zlashtirish ularning reproduktiv sog'liqlari uchun muhim omil // Rossiya Tibbiyot Akademiyasi maqolasi. - 2014. - Jild. 69. - №9-10. - B. 27–32 .;

69. Lang T.A., Sesik M. /Tibbiyotda statistikani qanday tasvirlash. Mualliflar, redaktorlar va rewizorlar uchun qo'llanma / Ingliz tilidan tarjima V.P. Leonov. - M.: Amaliy Tibbiyot, 2011. - 480 b.

70. Laskevich A.V., Adamyan L.V., Sonova M.M. va boshqalar. Tashqi jinsiy endometriozda dastlabki oqim og'riq sindromining qulay davolash // Reproduksiya muammolari. - 2017. - T. 23, № 6. - B. 83–89

71. Men'shikov V.V./ Klinik laboratoriyani tadqiqotlarni metodikasi: Qo'llanma. 3-jild. Klinik mikrobiologiya.: M.: Labora, 2009. - 880 b .;

72. Moskvenko N.V., Beznoshchenko G.B., Moskvenko A.V. /Psixofizik tiklanishni kuzatishda tos og'rigi sindromining profilaktikasi tibbiy qismlarda 20-35 yoshdagi ayollarda // Ural meditsina jurnali. – 2012. – № 9 (101). – B. 78–83.

73. Musaxodjayeva D.A. /Ayollarda noyob va zararli faktorlar ta'siri ostida immunbiologik ko'rsatkichlar // Avtoref. Diss. dokt. biol. ilm. - Toshkent. - 2010. – 34s .;
74. Najmutdinova D.K., Kim D.K./ Normallikda joylashgan platsentaning oldida to'g'ridan-to'g'ri yiriklashishning immun mexanizmlarining ahamiyati // NNGU xabarnomasi. Biologiya, klinik tibbiyot seriyasi. - 2011. - T.9. - Chiqq. 3. - B.107-109
75. Neymark A.I., Shelkovnikova N.V., Taragina T.S. /Uroginekologiyada birgalikda patologiya: diagnos va davolash – M.: E-noto, 2014. – 223s.
76. Nikiforova, D.E. Makarenko T.A., Salmina A.B. /Tashqi jinsiy endometrioz bilan dastlabki oqim og'riq sindromining molekulyar mexanizmlari: belgilash va davolash uchun markazlar va maqsadlar (adabiyotlar tavsifi) // Rossiya Tibbiyot Akademiyasi xabarlar. – 2018. – T. 73, №4. – B. 221–228
77. Orazov M.R., Simonovskaya X.Yu., Ryabinkina T.S. /Tos ogqrigi sindromi. Etiopatogenez tushunchasida yangilikdan diagnostik va terapiyaga yangi yo'l.// Klinik lektsiya. – M.: StatusPraesens, 2016. – 24b.
78. Parashchuk Yu.S. Kalinovskaya O.I./ Oilada ajralish (sabablar, diagnos va davolash usullari): // talabalar va interndagi tabiblar uchun metod. tavsifi. - Xarkov: XDMU, 2012. - 44 b
79. Pestrivkova T.Yu., Yurasov I.V., Yurasova E.A. /Tos organlarining yallig`lanish kasalliklari: diagnos va terapiyaning zamonaviy yo'nalishlari (adabiyotlar tavsifi) // Ginekologiya. - 2018. - T. 20, № 6. - b.35-41
80. Pestrivkova T.Yu., Yurasov I.V., Yurasova E.A. /Klinik jarayon, diagnostika va terapiya, ayollarda tos organlarining yallig`lanish kasalliklarining zamonaviy ko'rinishi. // Rossiya akusher-ginekologiyasi xabarlar. 2015. - №4. – b.23-28

81. Pitirimova L.N. /Odatiy to'qishdan oldin tarqalgan hayotni immunologik va genetik indikatorlari // Avtoref. dissertatsiya...dokt. med. ilmi. SPb, - 2014. – 36 b.
82. Podzolkova N.M., Glazkova O.L. /Simptom, sindrom va xastalik. Ginekologiyada differentsial diagnostika. //M.: GEOTAR-Media. 2014. 736b.
83. Podzolkova N.M., Nikitina T.I. /Qaytalanuvchi vulvovaginal infeksiyalar terapiyasi yangi imkoniyatlari: ВИОС-2 mutaxassislarining ko'rsatmalarining tahlili va munozarasi // Akusherlik va ginekologiya. – 2014. – № 4. – B. 68–74
84. Polianskaya I.B. Chanoq organlarining yallig'lanish kasalliklari. IV pokolni floksaolonlarining qo'llanish tajribasi // Ginekologiya. – 2010. – T.12, № 6. – B. 68–73
85. Popkov V.M., Chesnokova N.P., Zakharova N.B. /Tsitokinlar: normal va patologik sharoitlarida adaptatsiya va zarar qo'zg'alishish reaksiyalarining biologik ahamiyati. –// M.: Sarat. davlat tibbiyot universiteti nashriyoti, 2016. – 448 b
86. Popkova S.M., Rakova E.B., Hramova E.E., va boshqalar./ Ayollarda qurol yonib turuvchi va terisi biotoplari o'rtasidagi mikroekologik biriktirishlar // RANMB bulletin. - 2013. - T. 33. - №4. - B. 77–83.
87. Prilepskaya V.N, Yaglov V.V. /Toc organlarning yallig'lanish kasalliklari.– M.: GEOTAR-Media, 2010. – 128 b.
88. Prilepskaya V.N. /Jinsiy yo'ldan o'tkazib yuboriladigan infeksiyalar. – M.: GEOTAR-Media, 2014. – 160 b.
89. Prilepskaya V.N., Bebneva T.N. Galavit immunomodulyatorining tazoviy organlarning sovuq kasalliklarining davolashida samaradorligi // Rossiya Tibbiyot jurnali. – 2013. – №1. – B. 10–14.;
90. Radzinskiy V.E. Alyautdin R.N. Akusherlik. Ginekologiya. Tarqalgan oila. Klinik farmakologiya - M.: GEOTAR-Media; 2016. 672 b.;

91. Rebrova O.Yu. /Tibbiy ma'lumotlar statistik tahlili. STATISTICA ilovalar to'plamidan foydalanish – M.: Media Sfera, 2006. – 3-jild. – 312 b.;
92. Rishchuk S.V., Punchenko O.E., Malyisheva A.A. /Vulvani endogen mikrobiotasi va uning regulatsiyasi // Orenburg ilmiy markazi bukleti, Ural OA RAH. - 2013. - № 4. - B. 9-15
93. Rossiyskoye obshchestvo akusherov-ginekologov. /Ayollar jinsiy yo'li orqali yorib ketadigan patologik tashqi salbiyotlarga ega kasalliklarning diagnos va davolashlari // Klinik tavsiyalar. - M.: GOETAR. –Media. - 2013. –47 b.
94. Ruzieva N.X. /Tarqalishning oldini olishda, davolashda va profilaktik tadbirlarda, erta tuqqan ayollarda diagnostikani optimallashtirish.// Diss...dokt. med. ilmi. Toshkent. 2019. 160b.;
95. Ruzieva N.X., Bektemirova A. /Candida nematodlari tomonidan jinsiy organlarda biriktiriladigan maya o'simliklari ayollarda // Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya maqolalar to'plami. - Moskva, 2016. - B. 51-53
96. Ruzieva N.X., Nazarova D.E. /Reproduktiv yoshdagi ayollarda genital biota o'zgarishlari // Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya. - Kurgan, 2016. - B. 218-222.;
97. Ruzieva N.X., Shodiyeva X.T., Nazarova D.E./ Infeksiyani tashqariga chiqqan tractning infeksiyalari bilan homiladorlarning homiladorlik davri, tug'ilish va perinatal natijalari // "XXI asr ilmi: nazariy, amaliy, mustaqilliklar" - Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya. - Ufa, 2015. - B. 266-268
98. Rybina E.V. /Vulvada mikrobiotsenozni baholashning zamonaviy usullari. //Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali, LXIV, 1/2015 tomi. B. 53-66.
99. Savicheva A.M., Shipitsyna E.V., Vorobyeva N.E. /Vulvadan infeksiyalar va ularning diagnostikasi va davolashida zamonaviy yondashuvlar // Akusherlik va ginekologiya. – 2016. – №2. – B. 120–126
100. Savchenko T.N., Khashukoyeva A.Z., Ilyina I.Yu. va boshqalar. /Kichik tos organlarning og'riq kasalliklari: ayollar reproduktiv holati ustida ta'sir, davolash imkoniyatlari // Davolashchi tabib. – 2014. – №12. – B. 8–12

101. Samorodskaya I.V., Rylov A.L. Tos og`rigi kasalligi. // Tibbiy vestnik. – 2014. - №30(679) – B.9-10
102. Safiullina G.I., Iskhakova A.Sh. /Ayollar reproduktiv yoshda tos og`rigi kasalligi sindromining tibbiy-ijtimoiy asoslari // Jamoatchilik sog'liqni saqlash va tibbiyot. – 2014. – № 1. – B. 60–65.;
103. Sivkov A.V., Romikh V.V., Zakharchenko A.V. /III B turdagi surunkali prostatit / tos og`rig`I kasalligi sindromi va jinsiy disfunktsiyalar // Andrologiya va jinsiy shirinlik jiruvchilik. - 2015 - №16(4) – B.18-26.
104. Sinchikhin S.P., Mamiev O.B., Stepanyan L.V. /Kichik tos organlarning surunkali og'riq kasalliklari haqida ba'zi zamonaviy ko'rsatkichlar // Konsilium meditsina. – 2015. – №6. – B. 73–76
105. Smirnova L.E., Umakhanova M.M., Torchynov A.M. /Chanoq qavatining o'lchamlarining o'zgarishlari tubo-peritonitli infantil ayollarda // Akusherlik va ginekologiya – 2016. – №11. – B. 148–152.
106. Solovyova A.V., Gache V./ Ayollar reproduktiv yoshda vulvani mikrobiotani buzish ko`lamlari. // Akusherlik va ginekologiya jurnali. – 2017. - №4. – B. 126-136.;
107. Stashkevich D.S. FilippovaYu.Yu., BurmistrovaA.L. /Immunologik savollar: tsitokin tizimi biologik ahamiyati, genetik polimorfizmi, aniqlash usullari // O'qitishmateriali. Chelyabinsk. Tsitsero. – 2016. –82b.;
108. Shigan E.N. /Ijtimoiy-gigiyenik tadqiqotlarda bashoratlash va modellash usullari. — M., 1986. — 207 b.
109. Shipitsyna E.V., Xusnutdinova T.A., Ryjikova O.S., Krysanova A.A. va boshq. /Bakterial vulvovaginozni klinik alomatlar asosida diagnos qilishning samaradorligini laboratoriya tadqiqotlari natijalari bilan taqqoslash. // Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. - 2016. - T. 65. - №4. - B. 76-82.
110. Shlyapnikov M.E. /Klinik mikrobiologiya va antimikrob ximioterapiya -akusherlik va ginekologiyada. //O'quv qo'llanma. Samara: Ofort. 2013. 136b

111. Shostak N.A., Pravdyuk N.G. /Miofasiyal og'riq sindromi: diagnos va davolash // Klinitist. 2010. № 1. S.55-59
112. Shperling N.V., Shperling I.A., Vengerovskiy A.I./ Salpinjooforitlarda og'riq sindromining davolash printsiplari // Ginekologiya, akusherlik va perinatologiya muammolari. – 2014. – №1. – S. 35–40
113. Shramko S.V., Zorina V.N., Bazhenova L.G. va boshq. /Regulyator-transport proteinlari va tsitokinlar qon zardobidagi kasallar qonida // Akusherlik va ginekologiya. – 2016. – №5. – S. 104–108.
114. Shurpyak S. A. /Tos og'rig'i sindromi ginekologik amaliyotda (ko'rib chiqish maqolasi) // Ayolning sog'lig'i. 2016. - № 6. - S. 12-18
115. Yakovleva E.B., Babenko O.M., Bugaev A.B. /Tos og'riq kasalligini davolash muammolari haqida zamonaviy fikrlar // Muddatli tibbiyot. – 2014 - №2(57) – s.134–139
116. Yarotskaya E.L. /Tos og'riqlar ginekologiyada: kasallarni tekshirish, davolash va ularning tiklanishi uchun zamonaviy yondashuvlar // Akusherlik va ginekologiya: yangiliklar, fikrlar, o'qitish. 2016 - №2(12) – s. 82–94.
117. Akiyama Y, Yao JR, Kreder KJ, O'Donnell MA. /Autoimmunity to urothelial antigen causes bladder inflammation, pelvic pain, and voiding dysfunction: a novel animal model for Hunner-type interstitial cystitis. // Am J Physiol Renal Physiol. 2021 Feb 1 - №320(2). – p.F174-F182.
118. Ashtiani EM, Shokouhi N, Mohseni M, Saedi N, Haeri-Mehrizi AA, Bakhtiyari M. /A novel radiofrequency modulation therapy versus routine physiotherapy modalities in treatment of myofascial pelvic pain syndrome: a pilot randomized trial. // Obstet Gynecol Sci. 2023 - №66(3) – p.230-240.
119. Ayorinde A.A., Bhattacharya S., Druce K.L., Jones G.T., Macfarlane G.J. /Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. // Eur. J. Pain. 2017. - Vol. 21. № 3. - P. 445-455

120. Berlund P, Reddington C, Cheng C, Healey M. /Constipation after Elective Laparoscopy for Benign Gynecological Indications-a Prospective Observational Study. // J Minim Invasive Gynecol. 2023 - №13 – p.240-246.
121. Bonkat G., Pickard R., Bartoletti R., Cai T. et al. /Guidelines on Urological Infections. // European Association of Urology. 2018. P.45-66;
122. Bonnema R., McNamara M., Harsh J., Hopkins E. /Primary care management of chronic pelvic pain in women // Cleveland Clinic J. Med. - 2018.- Vol. 85.- N3.- P. 215–223
123. Borges AL, Sanha N, Pereira H, Martins A, Costa C. Herlyn-Werner- /Wunderlich syndrome also known as obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly: A case report and a comprehensive review of literature. // Radiol Case Rep. 2023 - №18(8) – p. 2771-2784.
124. Breivik H., Gordh T., Kalso E., Jensen T.S., Lindal E. /A networking and publishing tool for pain researchers and pain clinicians in the Nordic countries. // Scand. J. Pain.- 2010. - Vol.1. №1. - P. 1-2.;
125. Brünahl C.A. Klotz S.G.R., DybowSQi C.et al. /Combined Cognitive-Behavioural and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-STOS): study protocol for a controlled feasibility trial // Trials. 2018 Jan 9 - №19(1) – p.20-27.
126. Canavan C. et al. /Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome // Aliment Pharmacol Ther, - 2019. - №40 – p.10-23.
127. Carmel M., Lebel M., Tu le M. /Pudendal nerve neuromodulation with neurophysiology guidance: a potential treatment option for refractory chronic pelvi-perineal pain // Int Urogynecol J. 2010 - № 21(5). – p.613-616.
128. Chang L. /Brain responses to visceral and somatic stimuli in irritable bowel syndrome: a central nervous system disorder? Gastroenterol. // Clin. North. Am. 2015. - Vol. 34.№2. - P. 271-279

129. Chelimsky G., Simpson P., Mc Cabe N., Zhang L., Chelimsky T. /Autonomic Testing in Women with Chronic Pelvic Pain. // J. Urol. - 2016. - Vol. 196.№2. - P. 429-434
130. Chen H, Wu Z, Wu Z, Huang Q. /Proximal coil occlusion preceding distal sclerotherapy in patients with pelvic congestion syndrome: A multicenter, retrospective study. // J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2023 - №11(1) – p.149-155.
131. Chiarotto A., Maxwell LJ., Ostelo R.W. et al. /Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: A systematic review // J. Pain. -2019. -Vol. 20. -№3. -P. 245-263.
132. de Souza RJ, Villela NR, Brollo LCS, Oliveira MAP. /Impact of chronic pelvic pain and painful bladder syndrome on the Pittsburgh Sleep Quality Index on women with deep endometriosis: a cross-sectional study. // Int Urogynecol J. 2023 - №20. – p. 78-83
133. Demetriou L, KrassowSQi M, Abreu Mendes P, Garbutt K. /Clinical profiling of specific diagnostic subgroups of women with chronic pelvic pain. // Front Reprod Health. 2023 - №5 – p.141-157.
134. Dosenovic S., Nikolic Z., Ivancev B. et al. /Awareness and acceptability of initiative on methods, measurement, and pain assessment in clinical trials care outcome set for chronic pain among surveyed neuropathic pain authors // J. Comp. Eff. Res. - 2019. -Vol. 8. - №9. -P. 671-683.;
135. Duc Ninh Nguyen, Thomas Thymann, Sandra K. Goericke-Pesch, Shuqiang Ren. /Prenatal Intra-Amniotic Endotoxin Induces Fetal Gut and Lung Immune Responses and Postnatal Systemic Inflammation in Preterm Pigs // Am J Pathol. - 2018 Nov; №188 (11). - P. 2629–2643.;
136. Dunphy L, Wood F, Mubarak ES, Coughlin L. /Levator Ani Syndrome Presenting with Vaginal Pain. // BMJ Case Rep. 2023 - №16(5) – p.255-270

137. Elgendi M., Allaire C., Williams C. et al. /Machine learning revealed new correlates of chronic pelvic pain in women // *Front. Digit. Health.* - 2020. - Vol. 2. -P. 600-604
138. Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka I. D., Cottrell A.M. et al./ *Guidelines on chronic pelvic pain.* // *EAU.* - 2018. 82p
139. Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka I. /*EAU guidelines on chronic pelvic pain* // *Chronic pelvic pain-limited.* 2017. - №5. P.45-51.
140. Galea M, Brincat MR, Calleja-Agius J./ A review of the pathophysiology and evidence-based management of varicoceles and pelvic congestion syndrome. // *Hum Fertil (Camb).* 2023 - №16. – p.1-12
141. Garcia-Jimenez R, Valero I, Borrero C. /*Transvaginal ultrasonography predictive model for the detection of pelvic congestion syndrome.* // *Quant Imaging Med Surg.* 2023 - №13(6). – p.3735-3746
142. Gavorník P., Holomán K., Gašpar Ľ., Dukát A., Komorníková A., Gavorník E./ *Pelvic venous congestion syndrome - diagnosis and management. Guidelines of the angiology section of slovak medical chamber.* // *Vnitr. Lek.* 2015. Vol. 61. No. 3. P. 244-250.;
143. Gavrilov SG, Vasilieva GY, Vasiliev IM, Efremova OI. /*Calcitonin Gene-Related Peptide and Substance P As Predictors of Venous Pelvic Pain.* // *Acta Naturae.* 2019 - №11(4). – p.88-92
144. Giannantoni A., Gubbiotti M., Balzarro M., Rubilotta E. /*Resilience in the face of pelvic pain: A pilot study in males and females affected by urologic chronic pelvic pain* // *Neurourol. Urodyn.* -2021. -Vol. 40. - №4. - P. 1011-1020.;
145. Gruber N, Gesell-May S, Scholler D, Zablotski Y, May A. /*Evaluation of substance P as a biomarker for pain in equine colic.* // *J Equine Vet Sci.* 2023 - №132 – p.104-119
146. Guan Q, Velho RV, Jordan A, Pommer S. *Nociceptin./Orphanin FQ Opioid Peptide-Receptor Expression in the Endometriosis-Associated Nerve Fibers-Possible Treatment Option?* // *Cells.* 2023 May №12(10) – p.1395-1402.

147. Horner P., Blee K., Adams E. /Time to manage Mycoplasma genitalium as an STI: but not with azithromycin 1g // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2014. – 27 (1). – P. 68–74. <https://psyttests.org/anxiety/stai-run.html>
148. Hua F, Wang HR, Bai YF, Sun JP. /Substance P promotes epidural fibrosis via induction of type 2 macrophages. // Neural Regen Res. 2023 - №18(10). – p.2252-2259
149. Huntzinger J, Selassie M. /Interventional Pain Management in the Treatment of Chronic Pelvic Pain. // Curr Urol Rep. 2023 - №24(4) – p.165-171
150. International Pelvic Pain Society (IPPS). URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx>;
151. Jackson L.W., Schisterman E.F., Dey-Rao R. et al. /Oxidative stress and endometriosis // Hum. Reprod. – 2018. – №20 (7). – P. 2014–2020
152. Jarrell J.F., Vilos G.A., Allaire C. et al. /№164 consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain // J. Obstet. Gynaecol. Can. -2018. - Vol. 40. - №11. -P. e747-e787
153. Jin Z, Kim JB, Jin YH. /Effect of endogenous substance P on visceral afferent signal integration in the nucleus tractus solitaries of rat brainstem slices. // IBRO Neurosci Rep. 2023 - №15 – p.327-334.
154. Karcioğlu O., Topacoglu H., Dikme O., Dikme O. /A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? // Am.J. Emerg. Med. -2018. - Vol. 36. - №4. - P. 707-714
155. Kim HJ., Jung S.O. /Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale // J. Clin. Nurs. - 2020. - Vol. 29. -№15-16. - P. 2945-2952.;
156. Knuttinen MG, Machan L, Khilnani NM, Louie M, Caridi TM. /Diagnosis and Management of Pelvic Venous Disorders: AJR Expert Panel Narrative Review. // AJR Am J Roentgenol. 2023 - №12. – p.36-42

157. Lam CM, Keim SA, Latif U. /Novel implantation technique for pudendal nerve peripheral nerve stimulation for treatment of chronic pelvic pain. // Reg Anesth Pain Med. 2023 - №10 – p. 45-51.
158. Larsen ML, Hilden M. Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Center. // J. Forensic Leg. Med. - 2016. - Vol. 43. - P. 8-11
159. Lee HJ., Cho Y., Joo H. et al. /Comparative study of verbal rating scale and numerical rating scale to assess postoperative pain intensity in the post anesthesia care unit: A prospective observational cohort study // Medicine (Baltimore). -2021. - Vol. 100. -№6. - P. e243-254.;
160. Liu G, Yu M, Liao M, Ran Z, Tang X, Hu J, Su B, Fu G, Wu Q. /The ratio of alpha-calcitonin gene-related peptide to substance P is associated with the transition of bone metabolic states during aging and healing. // J Mol Histol. 2023 - №54(6) – p.689-702
161. Lutgendorf SG, Zia S, Luo Y, O'Donnell M. /Early and recent exposure to adversity, TLR-4 stimulated inflammation, and diurnal cortisol in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A MAPP research network study. // Brain Behav Immun. 2023 - №111. – p.116-123.
162. Methods In Medicine CAM. Retracted: Electroacupuncture Treats Myocardial Infarction by Influencing the Regulation of Substance P in the Neurovascular to Modulate PGI2/TXA2 Metabolic Homeostasis via PI3K/AKT Pathway: A Bioinformatics-Based Multiomics and Experimental Study. // Comput Math Methods Med. 2023 - №13 p.979-988
163. Mika Mizoguchi, Yuko Ishida, Mizuho Nosaka, Akihiko Kimura. /Prevention of lipopolysaccharide-induced preterm labor by the lack of CX3CL1-CX3CR1 interaction in mice // Prog Clin Biol Res. - 2018. - V.92. - P. 263-272.
164. Mukherjee N, Ghosh S. /Substance P-Derived Extracellular-Matrix-Mimicking Peptide Hydrogel as a Cytocompatible Biomaterial Platform. // Chembiochem. 2023 - №24(18) – p. 202-206

165. Muñoz M, Pavon A. /Long-term Use of Angiotensin-converting Enzyme Inhibitors Increases Substance P Levels, Which is Involved in the RiSQ of Lung Cancer. // Arch Bronconeumol. 2023 - №59(12) – p.848-849
166. Naitou K, Iwashita H, Ueda HH, Shiraishi M. /Intrathecaly administered substance P activated the spinal defecation center and enhanced colorectal motility in anesthetized rats. // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2022 - №323(1). – p.G21-G30
167. Nickel J.C., Shoskes D., Irvine-Bird K. /Clinical phenotyping of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a key to classification and potentially improved management. // J. Urol. - 2009. - Vol.182. - P. 155-160
168. Park DS, Oh S, Jin YJ, Na MH. et al./Preliminary Investigation on Efficacy and Safety of Substance P-Coated Stent for Promoting Re-Endothelialization: A Porcine Coronary Artery Restenosis Model. // Tissue Eng Regen Med. 2024 - №21(1) p.53-64
169. Pierce J, Harte SE, Afari N, Bradley CS, Griffith JW. MAPP Research Network. /Mediators of the association between childhood trauma and pain sensitivity in adulthood: a Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network analysis. // Pain. 2023 - №5 – p.12-19.
170. Piontek K., Ketels G., Klotz S.G.R. et al. /The longitudinal association of symptom-related and psychological factors with health-related quality of life in patients with chronic pel-vic pain syndrome // J. Psychosom. Res. -2022. -Vol.153. -P.110-117
171. Pitts M.K., Ferris J.A., Smith A.M., Shelley J.M., Richters J. /Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. // Med. J. Aust. - 2018. - Vol.189.№3. - P. 138-143
172. Ploteau S., Labat J.J., Riant T., Levesque A., Robert R., Nizard J. /New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology

and multidisciplinary management. // *Discov. Med.* 2015. - Vol.19. №104. - P.185-192

173. Riegel B., Bruenahl C.A., Ahyai S., Bingel U., Fisch M., Löwe B. /Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/STOS) in men - a systematic review. // *J. Psychosom. Res.* 2014. - Vol. 77.№5. - P. 333-350

174. Rush G., Misajon R., Hunter J.A. et al. /The relationship between endometriosis-related pelvic pain and symptom frequency, and subjective wellbeing // *Health Qual Life Out-comes.* -2019. -Vol. 17. - №1. - P. 123-128

175. Ruzieva N. H., Pakhomova J. E. /Endotoxin aggression in the pathogenesis of preterm birth // *Journal of research in health science. Health Science.– Israel, Yashresh,* 2019. - №1. - p. 50-54

176. Schooley R.T. /The human microbiome: implications for health and disease, including HIV infection // *Top. Antivir. - Med.* – 2018. – 26 (3). – p. 75-78

177. Schrepf A, Mawla I, Naliboff BD, Gallop B. /Neurobiology and long-term impact of bladder-filling pain in humans: a Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain (MAPP) research network study. // *Pain.* 2023 - №6 – p. 29-44

178. Shahat M, Hussein RS, Ahmed AKS. /Foam Sclerotherapy in Pelvic Congestion Syndrome. // *Vasc Endovascular Surg.* 2023 - №57(5) – p. 456-462.

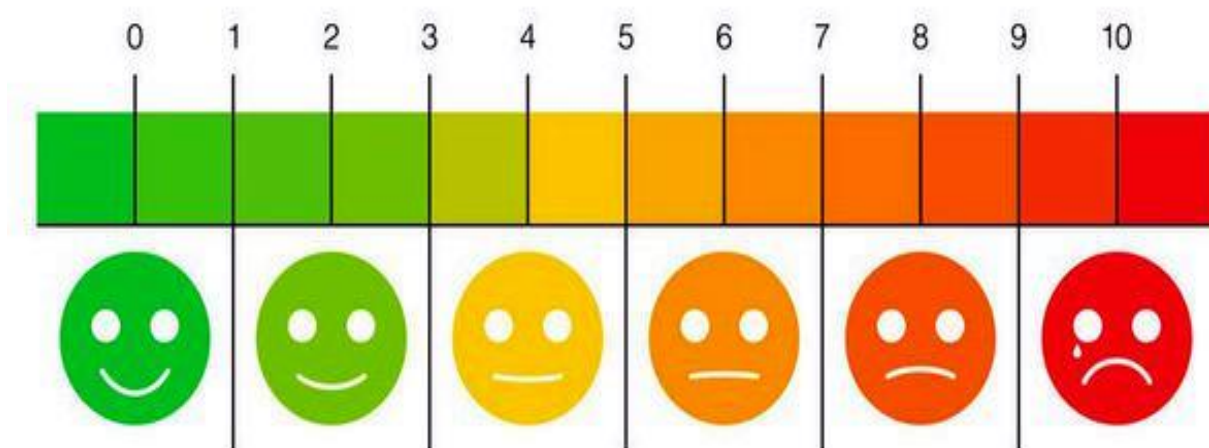
179. Sung Tae Cho. /Is Urethral Pain Syndrome Really Part of Bladder Pain Syndrome? // *Urogenit Tract Infect.* - 2017. - Vol. 12.№1. - P. 22-27

180. Sutcliffe S, Newcomb C, Bradley CS, Clemens JQ, Erickson B. /Associations Between Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome Symptom Flares, Illness Impact, and Health Care Seeking Activity: Findings From the Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Symptom Patterns Study. // *J Urol.* 2023 - №11 – p. 39-55.

181. Taylor H.C. /Vascular congestion and hyperemia. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1949. - Vol.57. №2. P. 211-230
182. Tempest N., Efstathiou E., Petros Z., Hapangama O.K. /Laparoscopic outcomes after normal clinical and ultrasound findings in young women with chronic pelvic pain: A cross-sectional study // J. Clin. Med. -2020. -Vol. 9. - №8. - P. 2593-2601
183. Thong I.S.K., Jensen M.P., Mir6 J., Tan G. /The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? // Scand. J. Pain. - 2018. -Vol. 18. -№1. - P. 99-107
184. Vehof J., Zavos H.M., Lachance G., Hammond C.J., Williams F.M. /Shared genetic factors chronic pain syndrome. // Pain. 2014. Vol. 155. №8. P. 1562-1568
185. Velho RV, Sehouli J, Mechsner S. Mechanisms of peripheral sensitization in endometriosis patients with peritoneal lesions and acyclical pain. // Arch Gynecol Obstet. 2023 - №308(4). – p.1327-1340.
186. Visaria S.D., Davis J.D. /Pelvic vein thrombosis as a cause of acute pelvic pain // Obstet Gynecol. - 2002. - Vol. 99.№5. P.897-899.;
187. Zaks N, Batuure A, Lin E, Rommel AS. /Association Between Mental Health and Reproductive System Disorders in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. // JAMA Netw Open. 2023 - №6(4) – p. e238-245
188. Zhang J, Zhang C, Miao L, Meng Z, Gu N, Song G. /Stigmasterol alleviates allergic airway inflammation and airway hyperresponsiveness in asthma mice through inhibiting substance-P receptor. // Pharm Biol. 2023 - №61(1) – p.449-458
189. Zhou Z, Sui X, Cao Z, Li X, Qing L, Tang J. /Substance P promote macrophage M2 polarization to attenuate secondary lymphedema by regulating NF-kB/NLRP3 signaling pathway. // Peptides. 2023 - №168. – p.171-185

190. Ziyaeva E.R. /Microbiocenosis Of Open Cavities Of The Body//The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research,- 2021.- Vol.3. – №7, - P.1–45.

## 1-ILOVA.



**STOSDA: Og‘riqning raqamli reyting shkalasi (RRS).**

## 2-ILOVA.

### **Kasalxona Tashvish va Depressiya Shkalasi (HADS)**

Ko‘rsatmalardan so‘ng bemor mustaqil ravishda o‘lchov shaklini to‘ldiradi. To‘ldirish vaqti: 5-10 daqiqa. Agar bemorda afaziya yoki boshqa aloqa muammolari bo‘lsa (Intubatsiya, mexanik ventilyatsiya) - hech qanday baholash o‘tkazilmaydi yoki bemor ko‘rsatmalarni to‘liq tushunsa - test bemorga o‘qiladi, bemor oldindan kelishilgan belgilar yordamida kerakli javobni tanlaydi. Agar bemor hushidan ketsa, tekshiruv o‘tkazilmaydi.

Kasalxona tashvish va depressiya shkalasi umumiy tibbiy amaliyotida depressiya va tashvishni birlamchi aniqlash uchun ishlab chiqilgan.

HADS shkalasidagi har bir bayonotda 4 ta javob varianti mavjud. Bemordan oxirgi 7 kun ichida uning holatiga mos keladigan javobni tanlash so‘raladi, so‘ngra ballar har bir qism uchun alohida yig‘iladi.

Kognitiv jihatdan buzilmagan bemorlar uchun o‘lchovning klassik turi toq son raqamlar bilan "tashvish" kichik shkalasi bo‘yicha savollar va juft raqamlar bilan "depressiya" kichik shkalasi bo‘yicha savollardan iborat. Toq sonli (tashvish)

va juft sonli (depressiya) ballar Alohida hisoblab chiqiladi, natijada har bir kichik o'lov uchun ikkita ball olinadi.

Savollar bemorga ma'lumotlarni buzilmasligi uchun sharhlar va hisoblashning tushuntirishlaridan alohida beriladi.

**Sharh:**

0-7 ball "normal" (tashvish va depressiyaning sezilarli alomatlari yo'qligi)

8-10 ball "subklinik tashvish/depressiya"

11 ball va undan yuqori "klinik jihatdan ahamiyatli tashvish/depressiya"

Masalan: tashvish shkalasi bo'yicha (chapda) 11 ball, depressiya shkalasi bo'yicha (o'ngda) - 3 ball bo'lsa, biz klinik jihatdan ahamiyatli tashvish bor, degan xulosaga kelishimiz mumkin va depressiya darajasi normal diapazonda.

Yoki: tashvish shkalasi bo'yicha 15 ball, depressiya shkalasi bo'yicha - 9 ball chiqdi. Xulosa qilish mumkinki, klinik jihatdan ahamiyatli tashvish va subklinik depressiya mavjud.

Yoki: tashvish shkalasi bo'yicha 6 ball, depressiya shkalasi bo'yicha - 1 ball chiqdi. Bundan xulosa qilish mumkinki, tashvish va depressiya darajasi mayor chegarasida

**Bemor uchun ko'rsatmalar:**

Har bir bayonotda 4 ta javob varianti mavjud. Sizning shartingizga mos keladigan javobni tanlang.

**I qism (Tashvish darajasini baholash)**

1) Men zo'riqishni his qilyapman, o'zimni noqulay his qilyapman

3 - har doim

2 - tez-tez

1 - vaqti-vaqti bilan, ba'zan

0 - Men buni umuman his qilmayman

2) Men qo'rqib ketyapman, dahshatli narsa sodir bo'layotgandek tuyuladi

3 - albatta bu to'g'ri va qo'rquv juda katta

2 - ha, bu haqiqat, lekin qo'rquv unchalik katta emas

1 - baʼzan, lekin bu meni bezovta qilmaydi

0 - Men buni umuman his qilmayman

3) Boshimda tinimsiz bezovta fikrlar aylanib turibdi

3 - doimiy

2 - koʻpincha

1 - vaqti-vaqti bilan va tez-tez emas

0 - faqat baʼzan

4). Men osongina oʻtirib, dam olaman

0 - albatta toʻgʻri

1 - ehtimol shunday

2 - bu toʻgʻri, faqat vaqti-vaqti bilan

3 - Men buni umuman qila olmayman

5) Men ichki kuchlanish yoki titroqni boshdan kechiraman

0 - Men buni umuman his qilmayman

1 - baʼzan

2 - tez-tez

3 - juda tez-tez

6) Men oʻzimni bezovta his qilyapman, doimo harakat qilishim kerak

3 - albatta toʻgʻri

2 - bu haqiqatdir

1 - bu toʻgʻri, faqat maʼlum darajada

0 - Men buni umuman his qilmayman

7) Menda toʻsatdan vahima paydo boʻldi

3 - juda tez-tez

2 - tez-tez

1 - tez-tez emas

0 - hech qachon sodir boʻlmaydi

## **II qism (DEPRESSIYA darajasini baholash)**

1) Menga katta zavq keltirgan narsa hali ham xuddi shunday tuygʻuni beradi

0 - albatta to'g'ri

1 - bu haqiqatdir

2 - bu to'g'ri, faqat juda kichik darajada

3 - bu umuman to'g'ri emas

2) Men u yoki bu voqeaning kulgili tomonlarini ko'rishga va kulishga qodirman

0 - albatta to'g'ri

1 - bu haqiqatdir

2 - bu to'g'ri, faqat juda kichik darajada

3 - umuman qodir emas

3) Men o'zimni quvnoq his qilyapman

3 - Men buni umuman his qilmayman

2 - juda kamdan-kam hollarda

1 - ba'zan

0 - deyarli har doim

4) Menimcha, men hamma narsani juda sekin qila boshladim

3 - deyarli har doim

2 - tez-tez

1 - ba'zan

0 - umuman emas

5) Men tashqi ko'rinishimga e'tibor bermayman

3 - albatta to'g'ri

2 - Men bunga kerakli darajada ko'p vaqt sarflamayman

1 - ehtimol men bunga kamroq vaqt ajrata boshlaganman

0 - Men avvalgidek o'zimga g'amxo'rlik qilaman

6) Mening faoliyatim (faoliyatim, sevimli mashg'ulotlarim) menga qoniqish hissini olib kelishi mumkinligiga ishonaman

0 - odatdagidek xuddi shunday

1 - ha, lekin avvalgidek emas

2 - odatdagidan sezilarli darajada kamroq

3 - Men umuman bunday deb o‘ylamayman

7) Men yaxshi kitob, radio yoki teledasturdan bahramand bo‘lishim mumkin

0 - tez-tez

1 - ba‘zan

2 - kamdan-kam hollarda

3 - juda kamdan-kam hollarda

### **3-ILOVA.**

#### **Spilberg-Hanin tashvish shkalasi, STAI**

**(Muallif: Charlz Spilberg (1970), moslashuv: Y.L. Khanin (1978))**

Bu hozirgi vaqtda tashvish darajasini (reaktiv tashvish, holat sifatida) va shaxsiy tashvish (odamning barqaror xususiyati sifatida) o‘zini o‘zi baholashning informatsion usulidir.

#### **Birinchi blokda (20 ta savol):**

Quyidagi jummalarning har birini diqqat bilan o‘qing.

O‘zingizni qanday his qilayotganingizga qarab javobingizni tanlang.

#### **Ikkinchi blokda (20 ta savol):**

Quyidagi jummalarning har birini diqqat bilan o‘qing.

Odatda o‘zingizni qanday his qilayotganingizga qarab javobingizni tanlang.

Savollar haqida ko‘p o‘ylamang; bu erda to‘g‘ri yoki noto‘g‘ri javoblar yo‘q.

#### **1. Ayni paytda men xotirjamman.**

Yo‘q, bu unday emas

Balki shundaydir

To‘g‘ri

Juda to‘g‘ri

#### **2. Ayni paytda menga hech narsa tahdid solmaydi.**

Yo‘q, bu unday emas

Balki shundaydir

To‘g‘ri

Juda to'g'ri

3. Men hozir stressdaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

4. Ayni damda men ichimdan siqilganman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

5. Ayni paytda o'zimni erkin his qilyapman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

6. Men hozir xafaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

7. Ayni paytda men mumkin bo'lgan muvaffaqiyatsizliklardan xavotirdaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

8. Ayni damda o'zimni xotirjam his qilyapman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

9. Ayni paytda men xavotirdaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

10. Ayni damda men ichki qoniqish hissini his qilyapman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

11. Ayni paytda men o'zimga ishonaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

12. Men hozir asabiyman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

13. Ayni damda o'zimga joy topolmayapman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

14. Men hozir asabiyman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

15. Ayni paytda men qattqlik yoki zo'riqish his qilmayapman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

16. Hozir men baxtliman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

17. Ayni damda men bandman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

18. Ayni paytda men juda hayajonli va bezovtaman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

19. Ayni damda men baxtliman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'gri

20. Hozir men mamnunman.

Yo'q, bu unday emas

Balki shundaydir

To'g'ri

Juda to'g'ri

21. Ba'zida o'zimni xursand his qilaman.

Deyarli hech qachon

Ba'zan

Ko'pincha

Deyarli har doim

22. Men asabiy bo'lishim mumkin.

Deyarli hech qachon

Ba'zan

Ko'pincha

Deyarli har doim

23. Men tez xafa bo'laman.

Deyarli hech qachon

Ba'zan

Ko'pincha

Deyarli har doim

24. Men ham boshqalar kabi omadli bo'lishni xohlardim.

Deyarli hech qachon

Ba'zan

Ko'pincha

Deyarli har doim

25. Men muammolar haqida ko'p tashvishlanaman va ular haqida uzoq vaqt eslay olmayman.

Deyarli hech qachon

Ba'zan

Ko'pincha

Deyarli har doim

26. Menda kuch va ishlash istagi paydo bo‘ladi.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

27. Men xotirjam, sovuqqon va o‘zimni bosib olganman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

28. Mumkin bo‘lgan qiyinchiliklardan xavotirdaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

29. Men arziyas narsalar haqida juda ko‘p tashvishlanaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

30. Men juda xursandman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

31. Men hamma narsani yurakdan qabul qilaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

32. O‘zimga ishonchim yo‘q.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

33. Men o‘zimni himoyasiz his qilyapman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

34. Men tanqidiy vaziyatlar va qiyinchiliklardan qochishga harakat qilaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

35. Menda dangasalik bo‘ladi.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

36. Men baxtliman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

37. Har xil arziyas narsalar meni chalg‘itadi va tashvishlantiradi.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

38. Ba‘zida o‘zimni muvaffaqiyatsizlikka uchragandek his qilaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

39. Men muvozanatli odamman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim

40. Ishlarim va tashvishlarim haqida o‘ylaganimda tashvishlanaman.

Deyarli hech qachon

Ba‘zan

Ko‘pincha

Deyarli har doim.

#### 4-ILOVA.

#### SSO qo‘zg‘alishining og‘irlik mezonlari

No.	Ko‘rsatkich nuqtasi	ball
1.	Kuchli ( $VAS \geq 6$ ), qorinning pastki qismida doimiy og‘riq, hayz ko‘rish bilan bog‘liq emas	1
2.	Ortiqlar kattalashgan, palpatsiya paytida konturlanmaganligi tufayli keskin og‘riqli yoki kuchli og‘riq, bachadon bo‘ynidagi og‘riqli tortishish tufayli (kichik belgilar)	1

3.	Intoksikatsiya belgilari (darmonsizlik, zaiflik, bosh og‘rig‘i, terlash, mushak og‘rig‘i)	1
4.	Haroratning febril darajaga ko‘tarilishi ( $> 37,5^{\circ} \text{C}$ )	1
5	Qonda leykotsitlarning ko‘payishi $9 \times 10^9 / \text{l}$ dan ortiq	1
6	ECHT ning 15 mm / soat dan ortiq tezlashishi	1
7	Ultrtovush tekshiruvining tipik ko‘rinishi	1
8	Tekshiruv natijalariga ko‘ra aralash infektsiyaning mavjudligi ( $3 \geq$ patogen)	1
9	Mikroskopda - endoserviksdan surtmada leykotsitozni aniqlaydi	1
10	Peritoneal simptomlarning mavjudligi	1
<b>Ballar yig‘indisi</b>		

Agar SSO bilan bemorning ko‘rsatkichi  $\leq 5$  bo‘lsa, sust kechuvchi qo‘zg‘alish, ko‘rsatkichi  $\geq 6$  bo‘lsa, yaqqol kechuvchi qo‘zg‘alishni ko‘rsatadi.