

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

«TASDIQLAYMAN»
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Ekspert kengashi raisi t.f.d., professor

_____ **X.S. Axmedov**
«_____» _____ **2023 y.**

“JINSIY A’ZOLAR PROLAPSI: MUAMMONING HOZIRGI HOLATI”
(Uslubiy tavsiyanoma)

TOSHKENT - 2023

Ishlab chiqaruvchi muassasa: Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mualliflar:

Yuldasheva Dilchehra Yusufxonovna - TTA 2- sonli Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, tibbiyot fanlari doktori,

Saydaqulova Dilrabo Validjonovna – TTA 2- sonli Akusherlik va ginekologiya kafedrası mustaqil izlanuvchisi, Toshkent shahar 2-son tug‘ruq kompleksi vrach akusher-ginekologi.

Usmanova Barno Ilxomovna –Toshkent shahar 8-son tug‘ruq kompleksi bo‘lim mudiri

Taqrizchilar:

Saidjalilova D.D.- TTA 1-sonli Akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Kattaxodjayeva M.X. –Toshkent davlat stomatologiya instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori,

Uslubiy tavsiyanoma "Onalik va bolalikni muhofaza qilish" muammolar Hay’ati tomonidan 07.06.2022 yildagi 11-sonli bayonnoma bilan ko‘rib chiqildi.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashi tomonidan 29.06.2022 yildagi 11-son Bayonnoma bilan tasdiqlangan.

TTA ilmiy kotibi, professor:

G.A. Ismoilova

Uslubiy tavsiyanoma keng doiradagi shifokorlar, umumiy amaliyot shifokorlari, akusher-ginekologlar, tibbiyot fakulteti talabalari va magistrantlari uchun mo‘ljallangan.

Qisqartmalar ro'yxati

GASP – giperaktiv siydik pufagi

BTD - biriktiruvchi to'qima displaziyasi

OIT - oshqozon -ichak trakti

KQUT – keng qamrovli urodinamik tekshiruv

SSTO – Stressli siydik tuta olmaslik

IN - imkonyatlar nisbati

TAP - tos a'zolari prolapsi

G P - genitalliy prolapsi

UTT – ultra tovush tekshiruvi

TSME- tos suyagi mushaklarining yetishmovchiligi

ICS – International Continence Society

POP-Q – Pelvic Organ Prolapse Quantification

PFDI-20 – Pelvic Floor Distress Inventory

PFIQ-7 – Pelvic Floor Impact Questionnaire

PISQ-12 - Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire

Tos a'zolari prolapsining etiologik va epidemiologik tasviri

Hozirgi muammo ichki jinsiy a'zolar prolapsi bo'lgan bemorlar sonining ko'payish tendensiyasidir. Agar ilgari bu patologiya yoshi katta va qariyalarda kuzatilgan bo'lsa, bugungi kunda "yoshartirish" muammosi tufayli bemorlarning o'rtacha yoshi 50 yoshdan oshmaydi. Kasallik, odatda, reproduktiv yoshdan boshlanadi va har doim avj oladi. Bundan tashqari, jarayon rivojlanib borishi bilan funksional buzilishlar ham chuqurlashadi, bu ko'pincha jismoniy qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, shuningdek ushbu bemorlarni qisman yoki to'liq qobiliyatsiz qiladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, 2030 yilgacha dunyoda taxminan 63 million ayol jinsiy a'zolarining prolapsidan aziyat chekadi, har to'qqiz ayoldan birida 80 yoshgacha bu patologiya uchun jarrohlik aralashuvlar amalga oshiriladi va ularning 30%ga takroriy operatsiyalar talab etiladi. Kasallikning ko'payishi tendensiyasi bilan bog'liq holda, nafaqat keksa ayollar o'rtasida shuningdek, yosh va o'rta yoshli ayollar, jinsiy a'zolarining prolapsi davom etmoqda. Hozirda tos a'zolarining prolapsasini jarrohlik yo'li bilan tuzatishni 300 dan ortiq yo'llari bor, ammo tavsiya etilgan usullar yetarli emas, ularda kasallikning qaytalanish chastotasi 25-30% holatda kuzatiladi [47,50]. reproduktiv yoshdagi ayollarga eng diqqatga loyiqdir, bu esa davolash samaradorligini oshirishni talab qiladi bu kasallikning qaytalanishini kamaytirish va reproduktiv funktsiya muammosini hal qilish aspektidir [41,50].

Kasallikning og'irligini, yoshini, shuningdek imkoniyatlarini hisobga olgan holda tos a'zolarining prolapsi bemorlarning ushbu guruhida jarrohlik kontratsepsiya usulini takomillashtirish talab qilinadi [26].

Mamlakatimizda "2017-2021 yilda O'zbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustuvor yo'nalishi bo'yicha Harakatlar strategiyasida – aholining ijtimoiy himoyaga muhtoj toifalari o'zlarining to'liq hayot kechirishlarini ta'minlash. Bunga ko'ra tibbiy-ijtimoiy yordam tizimini rivojlantirish va takomillashtirish bo'yicha vazifalar belgilandi.

Shu sababli qin devorlarining qisman prolapsi bo'lgan ayollarda jarrohlik kontratsepsiya usullarini ishlab chiqish ayollarning hayot sifatiga ta'sirini baholash dolzarb yo'nalishlardan biridir [26].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallikning uchrashi 26% dan 63,1% gacha, shundan 30 yoshgacha bo'lgan bemorlarda - 10,1%, 30 dan 45 yoshgacha - 40,2% [13,14]. Tos azolari prolapsi (TAP), ya'ni genitaliy prolapsi (PG) ning jarrohlik yo'li bilan tuzatish uchun taklif qilingan ko'p sonli usullarning (20 dan ortiq) hech biri ideal emas va klinik kuzatuv ma'lumotlari - bemorlar shifokorlarning olingan natijalardan qoniqmaganligini ko'rsatadi [14,21]. Ushbu patologiya rivojlanishidagi ishlab chiqaruvchi omil ekzo - yoki endogen tabiatning qorin bo'shlig'i bosimining oshishi va moyillik qiluvchi omil tos suyagi tubining yetishmovchiligi bo'lib, uning paydo bo'lishida 4 asosiy sababni aniqlash mumkin (ehtimol ularning kombinatsiyasi) :

- Shikastlanishdan keyingi tos suyagi shikastlanishi;

- “Tizimli” yetishmovchilik shaklida biriktiruvchi to‘qima tuzilmalarining yetishmovchiligi;

- Jinsiy gormonlar sintezining buzilishi;
- Metabolik jarayonlarning buzilishi, mikrosirkulyatsiya buzilishi,
- qorin ichidagi bosimning to‘satdan tez-tez ko‘payishi bilan kechadigan surunkali kasalliklar.

Ushbu omillarning bir yoki bir nechtasining ta’siri ostida tos suyagi bog‘lov apparatining funksional yetishmovchiligi yuzaga keladi. Qorin bo‘shlig‘i bosimining oshishi bilan tos a‘zolari o‘z chegaralaridan tashqariga chiqq boshlaydi. Qovuq va qin devori orasidagi yaqin anatomik aloqalar tos diafragmasidagi patologik o‘zgarishlar fonida qin va siydik pufagining old devorini birgalikda tushishiga yordam beradi, bu esa churra xaltachasining tarkibiga aylanib, sistotseleni hosil qiladi. Sistotsele siydik pufagidagi o‘z ichki bosimi ta’siri ostida ham ko‘payadi, natijada ayanchli doira paydo bo‘ladi. Ushbu holatlar prolapslarning sabablari haqida chalkashliklarga olib keladi. Shu bilan birga, tos suyagi qavatining anatomik tuzilmalari bir butunni tashkil qiladi, tos a‘zolari prolapsining barcha turlari bilan birlamchi buzilish organga emas, balki tos suyagi qavatiga tegishli. Jarrohlik davolashda eng tipik xatolardan biri bu tos suyagi mushaklari va fassiyasining yetishmovchiligini tuzatmasdan siydik a‘zolari, jinsiy a‘zolar yoki rektum patologiyasini izolyatsiya qilish, simptomatik va "faqat anatomik" tuzatish.

Bachadonning to‘liq yoki qisman prolapsi bilan kuzatadigan barcha tos a‘zolarining prolapsi oxirgi bosqich bo‘lib, tos suyagi qavatining ko‘plab nuqsonlari natijasidir. Bachadon ekstirpatsiyasidan so‘ng qin gumbazi prolapsi bo‘lgan bemorlar alohida o‘rin egallaydi, bu asoratning chastotasi 0,3 dan 45% gacha. Bundan tashqari, quyidagi xususiyatlar yoki kasalliklarning bir nechtasi aniqlanganda bemorlarda aniqlanadigan biriktiruvchi to‘qimalarning zaifligi sindromi haqida aytib o‘tish kerak:bular esa o‘z navbatida genitalliy prolapsi yuzaga kelishida ahamiyatga ega.

- Tananing astenik holati,
- tos suyagi sinishi,
- mushaklarning gipotenziviyasi,
- yassi oyoqlar,
- yurak ritmi va o‘tkazuvchanlikning buzilishi,
- vegetativ-qon tomir disfunktsiyasi,
- skolyoz va kifoskolioz,
- varikoz tomirlari,
- haddan tashqari qo‘shma harakatchanlik va dislokatsiyaga moyillik,
- churralar,
- splanxnoptoz,
- dolixosigma va divertikuloz.

Tizimli biriktiruvchi to‘qima displaziyasi mavjud bo‘lmaganda, jinsiy a‘zolarining yetishmovchiligi va prolapsi bo‘lmaydi, aksincha, tug‘ruq paytida nomutanosib kichik travma bilan rivojlangan prolapsni biriktiruvchi to‘qima patologiyasining natijasi deb hisoblash kerak. Ushbu o‘zgarishlar tos suyagi

prolapsi bo'lgan har ikkinchi bemorda stress ostida siydik tuta olmaslik bilan birga keladi. Rektotsele xuddi shunday tarzda hosil bo'ladi. Qin va rektumning orqa devorini birgalikda tushishi bo'lib, u hernial xaltachaning tarkibiga aylanib, rektotseleni hosil qiladi. Yuqoridagi patologiya bilan har uchinchi bemorda proktologik asoratlarning rivojlanadi. Zamonaviy akusherlik va ginekologiyaning to'suyagi mushaklarining yetishmovchiligi (TSME) muammosini hal qilishda yetakchi vazifasi quyidagilardan iborat: kasallikning rivojlanishiga yordam beruvchi asosiy omillarni aniqlash; to'suyagi mushaklarining qisqarish kuchining yetarli emasligining dastlabki bosqichlarida erta tashxis qo'yish; o'z vaqtida tiklovchi terapiya va organlar sfinkterlari mushaklarining aniqlangan disfunktsiyalarini reabilitatsiya qilish. [21]. Etiologik omillar, perineal to'qimalarining tug'ma va orttirilgan nuqsonlari, to'suyagi organlari anomaliyalari va malformatsiyalar, tabiiy tug'ruq, jarrohlik aralashuvi va jarohatlar orqali tug'ruqdan keyingi sodir bo'ladigan to'suyagi organlari funksional va anatomik kasalliklar TSME va PG erta tashxis aniqlashda ahamiyatli masalalardir. [14,22]. Klinik jihatdan genital prolapsning ko'rinishi juda xilma-xildir [6, 11,18, 27, 40]. Vaginada begona jismni his qilishdan shikoyat qilish, tez-tez siyish, kamroq tez-tez siyish qiyinligi va qabziyat, bu ayollar ginekolog, urolog, proktologlarning bemorlariga aylanishadi [1,2,9,11,16,30,40,42,43,46].

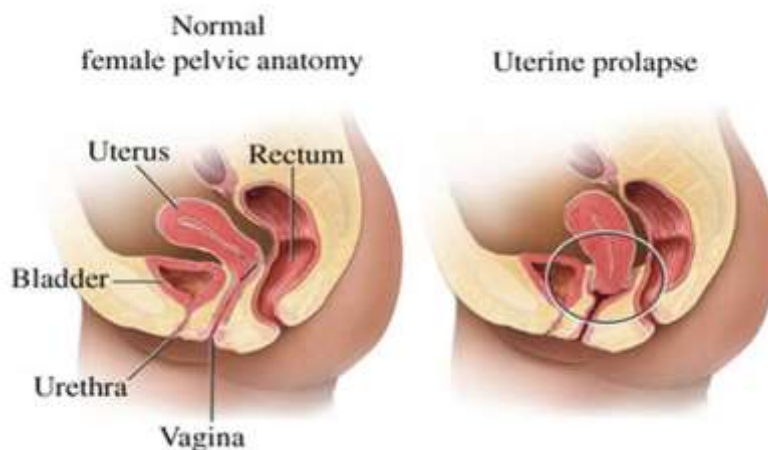
Zamonaviy uroginekologiyada genital prolapsi bo'lgan har ikkinchi ayolga siydik tizmining funktsiyalari buzilishlar tashxisi qo'yilgan. [27,48]. Zamonaviy tadqiqotlar natijalariga ko'ra, eng ko'p genital prolapsning shakllanishiga ta'sir qiluvchi muhim omillar og'ir jismoniy faollik va semirish ekanligi aniqlangan [36,74]. Biroq, prolaps rivojlanish xavfi ichki genital organlar bilan to'g'ridan-to'g'ri proporsionaldir, asosiy ko'p mutaxassislar homiladorlik va tug'ruqqa katta ahamiyat berishadi, ayniqsa katta homila bilan tug'ruq, jarrohlik yo'li bilan tug'ruq, tez tug'ruq va oraliq yirtilishlari deb hisoblashadi [3,6, 7, 15, 46]. Shunday qilib, Panman C. M. va boshqalar, muntazam profilaktik tekshiruvda tug'ayotgan ayollarning 44%da to'suyagi bo'shlig'ining prolapsi kuzatilganligini aniqladilar. Tug'magan ayollarda bo'lsa - 5,8% hollarda kuzatiladi va har oltinchi ayolda to'suyagi bo'shlig'i tushishining yagona belgisi uretrovezikal burmani silliqlashishi yuzaga keladi [2]. To'suyagi bo'shlig'i disfunktsiyasining rivojlanishi jarrohlik muolajasini o'tayotgan bemorlarda, birinchi navbatda biriktiruvchi to'qima displaziyasi mavjudligi ta'sir qiladi [25, 40, 42, 43]. To'suyagi a'zolarining prolapsi shakllanishiga moyil bog'lamlar va qo'llab-quvvatlovchi tuzilmalar bo'shashishi tufayli yuzaga keladigan biriktiruvchi to'qima nuqsoni omili muhimligicha qolmoqda [2,11,25,40]. Ayollarda genital organlarning bir-biriga va kichik to'suyagi devorlariga nisbatan joylashishi quyidagi anatomik shakllanishlar bilan ta'minlanadi: chiziqli mushaklar, biriktiruvchi to'qima va kichik to'suyagining silliq mushak elementlari [29].

Ushbu shakllanishlarning vazifasi tortishish kuchiga qarshi faol va passiv qarama-qarshi komponent komplekslari kamayadi va qorin bo'shlig'i bosimining oshishi yuzaga keltiradi [17,19]. Faol komponent: to'suyagi mushaklari va yo'talayotganda, kulganda, shuningdek zo'riqish paytida refleks qisqarishi. Boshqa to'suyagi bo'shlig'ining hosilalari bo'lgan biriktiruvchi to'qima tuzilmalari uzluksiz varaq

shaklida kichik organning devorlarini qoplaydigan fastsiya, tos suyagi, passiv qarama-qarshi komponentdir [8,10]. Bu fastsiyaga kollagen, elastik tolalar va silliq mushaklar kiradi. Ushbu tuzilmalarning nisbati, shuningdek, ularning faolligi fastsiyaning mustahkamligi va elastikligini bildiradi [16, 18, 40]. Birinchi marta Hallan va Tandler ureterohidronefroznining rivojlanishi to'g'risida (1907) o'z asarlarida genital prolapsning ta'sirini tasvirlab berishdi. Qin old devorining prolapsi siydik pufagi va siydik yo'llarining holati va shaklida namoyon bo'ladi, uretrosele va sistosele hosil bo'ladi. O'z navbatida, siydikning progressiv prolapsi avval pastki tomondan, so'ngra yuqori siydik yo'llari va buyraklar tomonidan siydik pufagi va siydik yo'llari anatomik va funktsional buzilishlarga olib keladi. [36]. Rektotsele, qin, bachadon devorlarining prolapsi, siydik tuta olmaslik, perineum, bachadon bo'yni deformatsiyasi, ich qotishi, gemorroy, anusning surunkali yoriqlari va boshqalar TSME va GP bilan bog'liq. Kasalliklarning yuqori darajasi aniqlanganda erta va kech asoratlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun organlarning disfunktsiyasining oldini olish va davolash muammolarini hal qilish kerak [5,20,23].

Xirurgik davolash usullarining hech biri strukturani tiklay olmaydi va yopuvchi qurilmalar (sfinkterlar) vazifasini bajara olmaydi. "Pulpa" shaklidagi tuzilishini organning bo'shlig'ini toraytirishi va organlarning aloqa darajasida mushak halqasini hosil qilish qobiliyatiga yordamchi komponentlar (burmalar, valiklar, lablar) yordam beradi. Sfinkterlarning yordamchi komponentlari ko'plab tartibga soluvchi nerv elementlariga ega bo'lib, ularning muhim vazifasi mahalliy joylashgan va qon oqimining barcha komponentlari (arterial, venoz, limfatik) sfinkterning tomir yotqizig'ida birlashtirishdir. Sfinkterlar yopilish qurilmasining burchagi va joyini o'zgartirishi mumkin, ular anatomik va gistologik jihatdan yaxshi ifodalangan, aniq chegaralarga ega, intraluminal bosimni, organdagi pH muhitning holatini o'zgartirish qobiliyatiga ega. Bu sanab o'tilgan tuzilmalar va hosilalar tabiiy tug'ruq yo'li orqali tug'ruq paytida turli travmatik xolatlarga uchraydi, keyinchalik organ funksiyasi buzilishiga sabab bo'ladi.

Ayollar jinsiy a'zolari tabiiy sfinkterlarining vazifalari murakkab tug'ruq tufayli yo'qoladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolarining yopiq holati, bachadon bo'yni ichki va tashqi farinks yaqinlikni yopilishi, ichki ayol jinsiy a'zolarini ko'plab infeksiyalar va boshqa zararli ta'sirlardan himoya qiladi [5,35]. V.I. Bodyajina (1980) ayol jinsiy organlarining sfinkter apparatining normal ishlashini ko'rib chiqadi: tashqi muhitdan qin ajratilishiga hissa qo'shadigan jinsiy yoriqning yopiq holati, qinning o'zini tozalash qobiliyati, qin muhiti va bachadon bo'yni pH ining siklik o'zgarishini o'rgandi.



Darajasini aniqlash uchun ishlatiladigan anatomik joylashuvlar.

Genitaliy prolapsining tasnifi

Dunyoda tos a'zolari prolapsining (TAP) ikkita tasnifi odatda qabul qilinadi: POP-Q va BadenWalker (half-way system — angl).

POP-Q TIZIMI

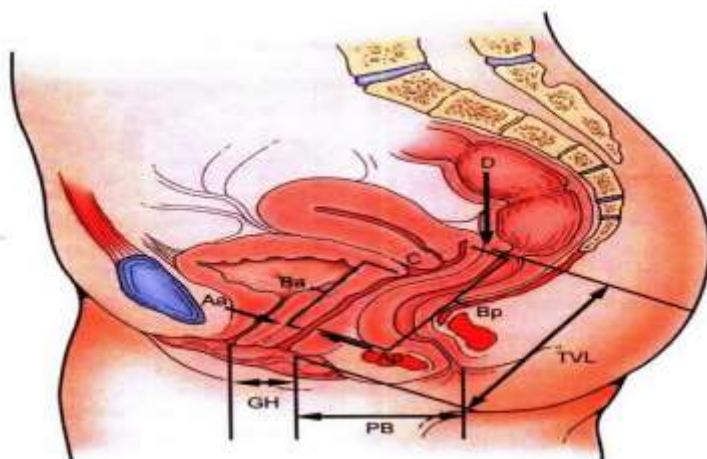
Tizimiga ko'ra TAP bosqichlari prinsipi POP-Q jiddiyligini aniqlash uchun mo'ljallangan standart nuqtalarni o'lchash orqali tos suyagi tuzilmalarining holatini va hajmini belgilashga asoslangan. Jinsiy tirqish chegarasidan yuqorida joylashgan nuqtalar “-” (minus) belgisi bilan ko'rsatiladi va (ortiqcha) nuqtalar “+” belgisi ostida joylashgan. Barcha o'lchovlar santimetrda amalga oshiriladi.

- Tadqiqot namunaning balandligida amalga oshiriladi.
- Agar pessariy kiygan bo'lsa, tadqiqot pessariy olib tashlagandan keyin bir kundan so'ng amalga oshiriladi.
- Tadqiqot birinchi navbatda to'liq siydik pufagi bilan o'tkazilishi kerak (istisno qilish uchun yashirin siydik tutib turishda) va siydik qopi bo'shagandan keyin (noto'g'ri salbiy ko'rsatkichlarni istisno qilish uchun).

Genital hiatus (gh) - genital bo'shliq, siydik chiqarish kanalining tashqi ochilishi va orqa komissura orasidagi masofa.

Perineal body (pb) - perineal tanasi, posterior komissura va anus o'rtasidagi masofa.

Total vaginal length (tvL) - qinning umumiy uzunligi.



2-rasm Nuqta joylashuvi taxmin qilingan interval

Aa- Oldingi qin devori: qinning kirish qismidan 3 sm proksimal (uretrovezikal segment) -3 sm dan +3 sm gacha

Ba -qin old devorining eng distal nuqtasi -3 sm dan +TVL

C- Bachadon bo'yni yoki qin gumbazining eng distal nuqtasi.

D- Posterior forniks (agar qayd etilmagan bo'lsa gisterektomiya)

Ap- Orqa qin devori: qinga kirish joyidan 3 sm proksimal -3 sm dan +3 sm gacha

Bp- qin old devorining eng distal nuqtasi -3 sm dan +TVL.

Prolapsning etakchi nuqtasini lokalizatsiya qilish orqali Quyidagi TAP turlarini ajratish odatiy holdir:

- sistosele - qovuq prolapsi – qinning old devorining prolapsi,
- Rektosele - to'g'ri ichak prolapsi -qinning orqa devorining prolapsi,
- enterosele - ingichka ichak qovuzloqlarining prolapsi - orqa (yoki oldingi) forniksning prolapsi.

- Uterosele - bachadon prolapsi – apikal prolaps,

- Qin gumbazining prolapsi - apikal gisterektomiyadan keyingi prolaps.

Ushbu tasniflardan foydalanish diagnostika, davolash va natijalarni baholashga, o'zaro tushunishga yondashuvlarni birlashtirishga imkon beradi va klinika ish doirasida qulaydir.

MISOLLAR:

POP-Q Ba+4 C-1 Bp-2 — bu sistosele 3 st. Apikal prolaps 2 st. (Baden-Walker, yoki BW).

POP-Q Ba+6 C+7 Bp+6 — bu bachadonni to'liq tushishi. (Sisto-utero-rektosele 4 st.) (BW).

POP-Q Ba-3 C0 Bp+2 pb0,5 — bu Rektosele 3 st. Apikal prolaps 2 st. (BW) va tendon markazidagi nuqson bilan birlashtirilgan perineum (uning o'lchami normada 0,5 sm -kamida 1,5-2 sm).

Ushbu tasnif Xalqaro siydik tuta olmaslikni davolash jamiyati tomonidan tavsiya etilgan (ICS) va Xalqaro Uroginekologiya Assotsiatsiyasi (IUGA), ammo Baden-Walker tizimi amaliy foydalanish uchun qulayroqdir.

BADEN-WALKER TIZIMI

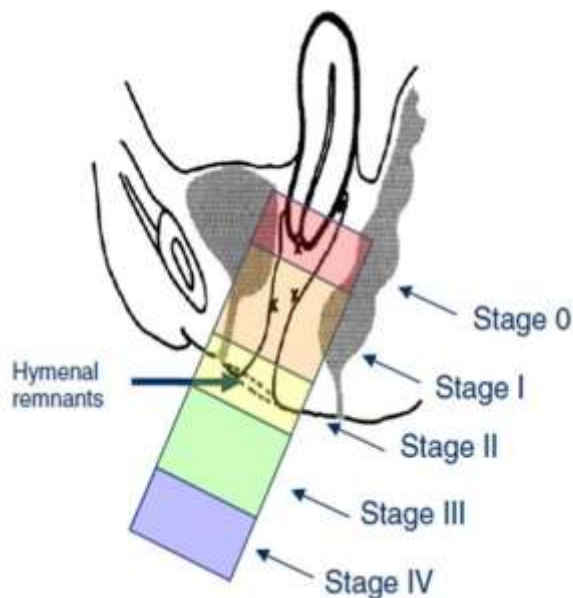
Tizimga ko'ra TAP bosqichlari prinsipi BADEN-WALKER - bu harakat to'liq prolaps uchun prolapsning etakchi nuqtasi to'rt bosqichga (bosqichlarga) bo'lingan, har biri shundan qizlik pardasi halqasiga nisbatan "yarim yo'l" dir.:

1-darajasi - bachadon bo'yni qin uzunligining yarmidan ko'p bo'lmagan pastga tushishi;

2 daraja - bachadon bo'yni yoki qin devorlari qinning kirish qismiga tushadi;

3-daraja - bachadon bo'yni yoki qin devorlari qinning kirish joyidan tashqariga tushadi va bachadon tanasi uning ustida joylashadi;

4-darajasi - butun bachadon yoki qin devori qinga kirish joyidan tashqarida.



3-rasmda genital prolaps darajasini aniqlash sxematik tasviri ko'rsatilgan

Genital prolaps ko'p omilli muammodir. Ba'zi mualliflarning [10] fikriga ko'ra, barcha havf omillari to'rt guruhga bo'linadi: Qo'zg'atuvchi, predispozitsiya (moyillik) qiluvchi, ta'sir etuvchi va dekompensatsiyalash (organlarning faoliyatini buzuvchi).

Predispozitsiya qiluvchi omillar: Biriktiruvchi to'qimalarning zaifligi - biriktiruvchi to'qimaning tug'ma irsiy nuqsoni bo'lib, bunda uning mustahkamligi va elastikligi uchun zarur bo'lgan kollagen sintezi buziladi.

Qo'zg'atuvchi omillar: Asoratli tug'ruqlar: yirik homila, tez tug'ilish (tug'iruvning davomiyligi 6 soatdan kam, ko'p tug'uvchilarda - 4 soatdan kam), ko'p tug'ruq, tug'ruq paytida akusherlik yordamlar (shifokor tomonidan himoya qilish uchun qo'lda bajariladigan manipulyatsiyalar - homila shikastlanishining oldini olish va tug'ilishning tezlashishi uchun) [4,11,12]. Shuni hisobga olish kerakki, homilador ayollarda tos bo'shlig'i mushaklarini bo'shashtiruvchi relaksin va prostaglandinlar sintezining kuchayishi tufayli biriktiruvchi to'qimalarda metabolizm buziladi [5].

Tos a'zolarida operatsiyalar. Masalan, agar gisterektomiya (bachadonni olib tashlash) paytida qinning gumbazi mahkamlanmagan bo'lsa, bog'lam apparatlarning joylashuvi buziladi, bu operatsiya davomida to'qimalarning shikastlanishiga olib keladi.

Ta'sir etuvchi omillar: Qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan bog'liq barcha sharoitlar: ich qotishi, gaz hosil bo'lishining kuchayishi, og'ir jismoniy ish, og'irliklarni ko'tarish, tik holatida uzoq vaqt ishlash, tez-tez shamollash bilan og'rigan yo'tal, qorin bo'shlig'i yoki a'zolari o'smalari. reproduktiv tizimning buzilishi kabi kiradi.

Dekompensatsiya qiluvchi omillar: To'qimalarda (shu jumladan bog'lamlarda) yoshga bog'liq o'zgarishlar: qin mushaklarining ingichkalashi, biriktiruvchi to'qimalarning bo'shashgan tarkibiy qismlari, ayol jinsiy gormonlari - estrogenlar darajasining pasayishi. Reproktiv, premenopauza, menopauza yoki postmenopozal yoshdagi zaiflashish (dietalar, jismoniy faollikni oshirish, boshqa

organlarning uzoq davom etadigan yoki og'ir kasalliklari tufayli tana vaznining me'yordan kamayishi).

Genital prolapsning belgilari

Ba'zi mualliflarning ma'lumotlariga asoslanib, ayollarning 2,9% dan 53% gacha genital prolaps bilan bog'liq turli xil shikoyatlarni qayd etishadi [9,10]. Aksariyat hollarda organlarning prolapsi hech qanday alomat bilan birga kelmaydi. Shikoyatlar, odatda, yillar davomida paydo bo'ladi va qin devorlarining tushishi yoki siydik tuta olmaslik hissi shaklida namoyon bo'ladi [8]. Shikoyatlar genital, siydik va ovqat hazm qilish tizimlaridan va jinsiy sohaning buzilishidan bo'lishi mumkin. Genital prolaps bilan eng keng tarqalgan shikoyat qinda begona yot jismni ("to'p") to'rgandek hiss qilish hisoblanadi. Bundan tashqari, qiyinchilik bilan siydik tuta olmaslik, siydik pufagi to'liq bo'shamaslik hissi, tez-tez siyish, shoshilinch siyish bavl uchun favqulodda turtki kabilar kiradi. Bu shikoyatlar qovuqning tushishiga xosdir. To'g'ri ichak prolapsi bilan, defekatsiyaning qiyin harakati shikoyatlari bo'lishi mumkin, uni amalga oshirish uchun tashqi yordam zarurligi bo'lishi mumkin. Jinsiy aloqa paytida noqulayliklar va xar xil tovushlarni yuzaga kelishidir. Pastki qorinda og'irlik, bosim va noqulaylik hissi ham bo'lishi mumkin.

Simptomlar bir necha guruhlariga bo'linadi:

Qindan shikoyatlar: ayol qinda og'irlik yoki tiqilish his qiladi, bosim sezgilari, qindagi og'irlik, bo'rtma chiqib ketishi, begona jism, shuningdek oqindi (qin shilliq qavatida yara bo'lishi); qinda begona yot jismni ("to'p") hiss qilish hisoblanadi

Siydik chiqarish tizimidan shikoyatlar: to'satdan siydik chiqarish istagi bilan siydikning nazoratsiz siydik tuta olmaslik; kechasi siyish istagidan uyg'onish zarurati (bir necha marta); kun davomida bir necha marta siydik chiqarish zarurati: kuniga sakkiz martadan ortiq (soatiga 10-15 martagacha etishi mumkin) bo'lganda kam siyish yoki tomchilab siyish; alohida alomati - stressli siydik tuta olmaslik (kulish va yo'talish, sport bilan shug'ullanish, zo'riqish paytida siyishni ushlab turolmaslik).

Oshqozon-ichak traktidan shikoyatlar: ich qotishi; ich ketishi, gazlarni ushlab tura olmaslik; ayolning ichakni to'liq bo'shamaganlik hissi, to'g'ri ichakni bo'shatish uchun tashqi qo'lda yordam berish zarurati.

Jinsiy disfunksiya: "siqilish tovushlari" hissi; jinsiy aloqa paytida quruqlik yoki achishish hissi; jinsiy hayot kechirish istagining kamayishi yoki yo'qolishi.

Bundan tashqari, qorinning pastki qismida, lumber va sakral hududlarda og'irlik va og'riqlar haqida qo'shimcha shikoyatlar mavjuddir. Ushbu patologiyaning ayrim belgilarining jiddiyligi va tarqalishi asosan prolapsning turiga va bosqichiga bog'liq. TAP belgilari bo'lgan ayollarda asimptomatik kasallikka nisbatan ko'proq tos organi prolapsi tashxisi qo'yilganligi isbotlangan [45.], bu bosqich va bu kasallikning klinikasi o'rtasida mustahkam aloqa borligini isbotlaydi [49]. Bachadon prolapsida qo'shni organlarning topografiyasi va funksiyalari - siydik pufagi va to'g'ri ichak buziladi. sistoselning rivojlanishi zo'riqish paytida (yo'tal, kulish, og'irlikni ko'tarish) majburiy siyish bilan tavsiflanadi. Keyinchalik og'ir holatlarda siyish qiyinlashadi va faqat bachadonni

oldindan qisqartirgandan keyin siyish mumkin bo'ladi. Ba'zida o'tkir siydik tutilishi rivojlanadi, bu siydik yo'llarining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Qovuqdagi qoldiq siydikning doimiy mavjudligi sistit, pielonefrit va urolitazning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Bachadonning uzoq vaqt davomida tuzatilmagan prolapsi gidronefrozga olib kelishi mumkin.

Rektosel bilan defekatsiya buziladi, bu to'g'ri ichakni to'liq bo'shatishda yoki qiyin bo'shatishda namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan bemorlarda kolit, gemorroy, anal sfinkter etishmovchiligi, gaz va najasni ushlab turmaslik rivojlanadi va to'g'ri davolanmaslik havfli o'sma kasalliklar shakllanishiga olib kelii mumkin.

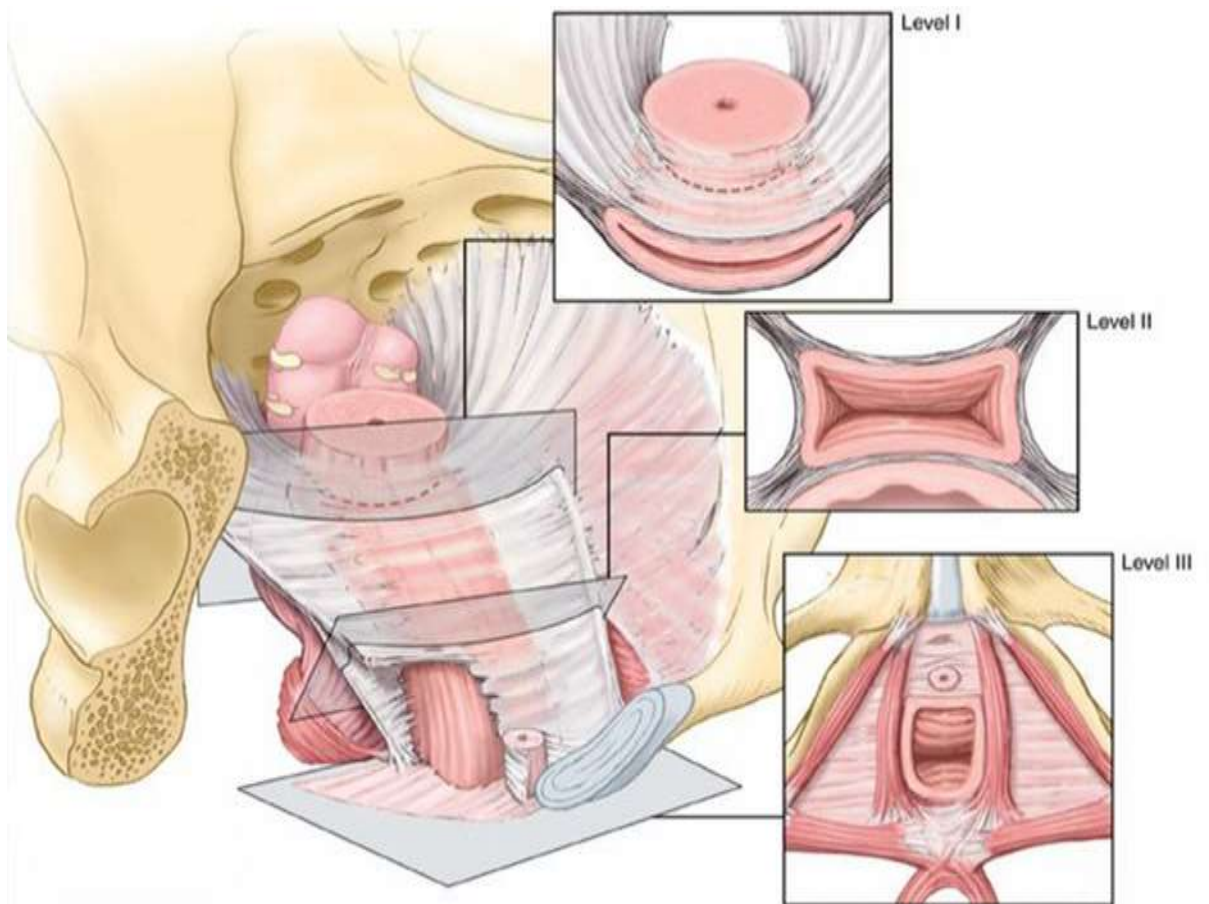
Bachadon va qinning prolapsi genital bo'shlig'iga infeksiyaning kirib borishi va endoservitsit rivojlanishi uchun sharoit yaratadi. Qinning devorlari quriydi, ularning shilliq qavati ingichka bo'ladi yoki aksincha, keskin gipertrofiyalanadi. Prolapslangan jinsiy a'zolarining doimiy travmatizatsiyasi yotoq yaralari, trofik yaralar, psevdoroziya, bachadon bo'yni va qinl devorlarining shishishi, kontaktli qon ketishiga olib keladi. Bachadonning kuchli shishishi va yallig'lanish infiltratsiyasi kuzatilishi mumkin.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda bachadon prolapsi bilan hayz ko'rish tabiati algomenoreya va menorragiya turiga qarab o'zgaradi va bepustlik rivojlanishi mumkin. Bachadonning prolapsi bilan jinsiy hayot sifatini keskin pasayishi bo'ladi. Bachadon prolapsi bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha pastki va kichik tosning varikoz tomirlari rivojlanishiga olib keladi, bu esa venoz chiqishining yuzaga keltiradi.

Prolapsning rivojlanishi genitourinar organlar tomonidan tos bo'shlig'ining suyak va fastsial tuzilmalari bilan to'liq aloqalarni qisman yoki to'liq yo'qotishiga, shuningdek, ligamentozdagi ikkilamchi nuqsonlar natijasida tos bo'shlig'i mushaklarining apparatlari zaiflashishiga asoslanadi.(biriktiruvchi to'qimalarda shikastlanishdan keyingi, menopauzadan keyingi o'zgarishlar) [5].

Ayollarda tos bo'shlig'i mushaklar va ligamentlardan iborat bo'lib, ularning vazifasi reproduktiv tizim organlarini, siydik pufagini va yo'g'on ichakning eng uzoq qismini to'xtatilgan holatda qo'llab-quvvatlashdir. Yuqoridagi omillar ta'siri ostida qorin bo'shlig'i bosimining oshishi va tos a'zolarining siqib chiqarilishi kuzatiladi, bu erda organlar churra qopiga kiradi. Shunday qilib, ularning bir-biriga nisbatan normal joylashishi buziladi.

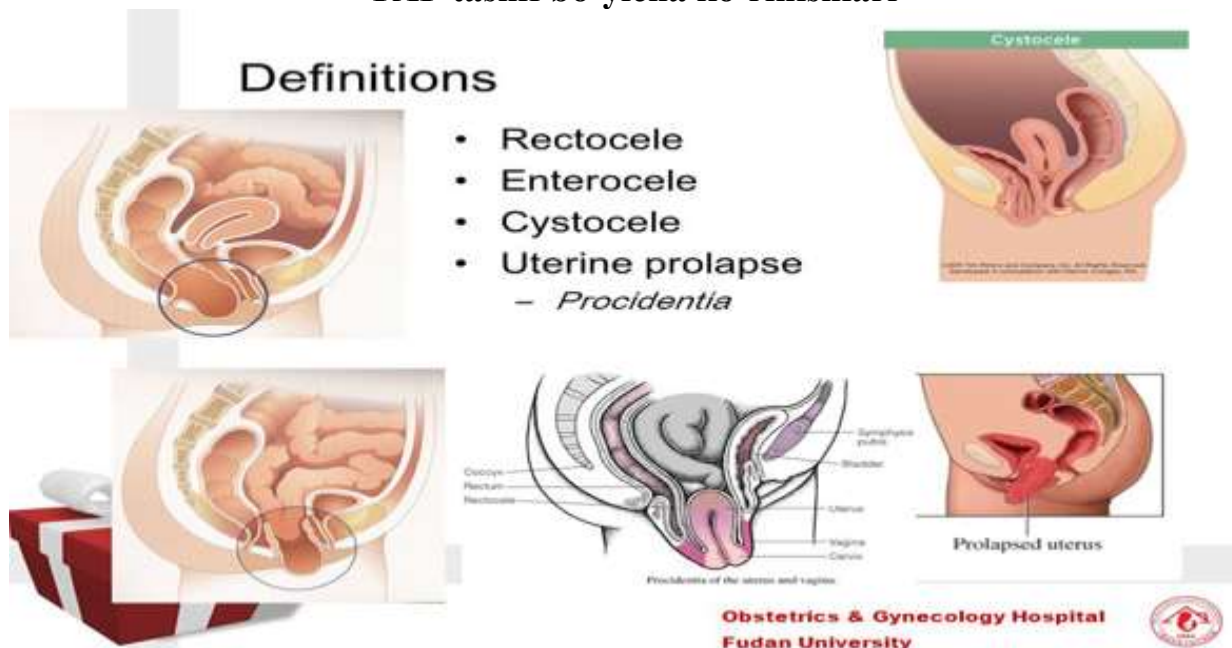
Amerikalik shifokor Jon Oliver Delansi va hammualliflarning fikriga ko'ra, tos bo'shlig'ining osma va tayanch majmuasi uchta darajadan iborat .



Birinchi daraja (eng yuqori) bachadonning kardinal ligamenti va bachadon bo'yni fastsiyasi bo'lib, ular bachadon bo'yni va qin teshigini sakrum va tos suyagining lateral devorlariga bog'laydi. Agar ularning qo'llab-quvvatlovchi funksiyasi buzilgan bo'lsa, bachadon va qinning yuqori uchdan bir qismi va uning gumbazi tushadi. Bu holat ba'zi patologik sharoitlar tufayli bachadonni olib tashlangandan so'ng paydo bo'lishi mumkin: bir nechta bachadon miomasi, katta tugunli mioma, bachadon endometriozi (adenomioz) bilan birgalikda mioma, bachadon bo'yni yoki bachadon tanasining xavfli kasalliklari.

Ikkinchi daraja (o'rta) qinning o'rta qismini qo'llab-quvvatlaydi. Bu pubouretral va uretrotazik ligamentlar majmuasi, tos bo'shlig'i tendon yoyi fastsiyasi, anusni ko'taradigan mushakni qoplaydigan periuretral, perivesikal, rektoqinl fastsiya. Ushbu darajadagi qo'llab-quvvatlashning buzilishi natijasida sistosele (qoviqning bir qismining prolapsi), uretrosele (uretra devorining chiqib ketishi va chiqishi), rektosele (to'g'ri ichakning old devorining tushib ketishi va prolapsi), enterosele (qovuqning bir qismining prolapsi va qinning orqa teshigi tushishi), shuningdek, stressli siydik tuta olmaslik rivojlanadi.

TAP tasnif bo'yicha ko'rinishlari



Hozirgi vaqtda diagnostika uchun quyidagi turlar qo'llaniladi ichki genital organlarning prolapsi va prolapsi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish:

1. Anamnez.
2. Ginekologik tekshiruv.
3. Transqinl ultratovush.
4. Kombinatsiyalangan urodinamik tadqiqot.
5. Gisteroskopiya, sistoskopiya, rektoskopiya.

Anamnezni yig'ishda e'tibor tug'ruq jarayonining xususiyatlariga, ekstragenital patologiya mavjudligiga, qorin bo'shlig'i bosimi uning ko'payishi bilan ., o'tkazilgan operatsiyalarni aniqlanadi.

Prolapslarni tashxislash uchun stress testlari bilan to'g'ri bajarilgan ikki qo'lli ginekologik tekshiruvdir. Stress testlari (Valsalva testi, yo'tal testi) bachadon va qin devorlarining prolapsi va prolapsi tekshirish majburiy.

a



NMPN ning yashirin shakli diagnostikasi - ko'zgularida tekshirish (a) ijobiy, sistosele bilan yo'tal testi repozitsiya (b)

Rektoqinl tekshiruv anal sfinkterning holati haqida ma'lumot beradi. Tashxisni aniqlashtirish uchun tos a'zolarining transqinl ultratovush tekshiruvi UTT. Siydik pufagi va uning sfinkteri holati haqida qo'shimcha ma'lumot beradi

Bachadon bo'shlig'ini, siydik pufagini va to'g'ri ichakni batafsilroq va maqsadli tekshirish muayyan ko'rsatkichlar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi. SHunday qilib, masalan, endometriyal giperplaziya, polip, endometrium saratoniga shubha qilingan hollarda endoskopik usullar qo'llaniladi.

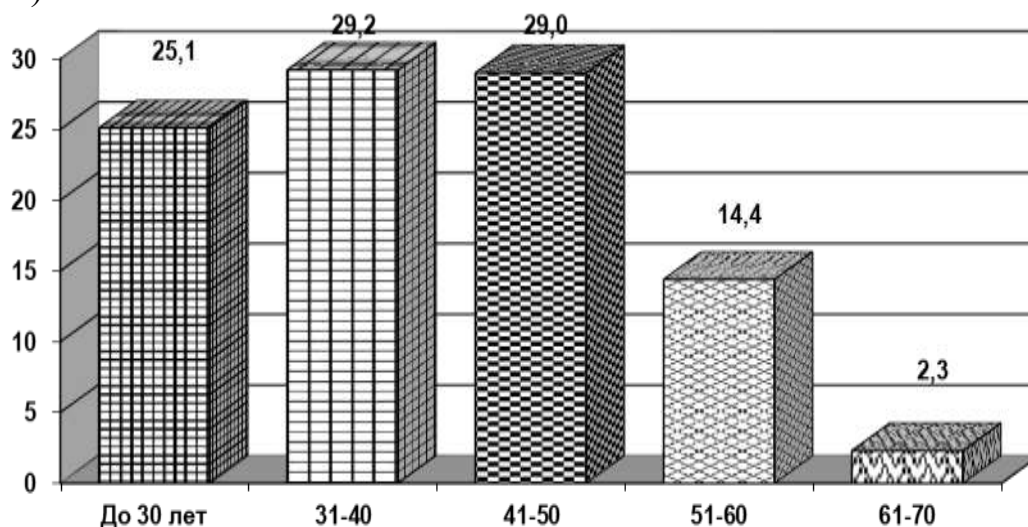
Kiritish mezonlari: Tadqiqotimizda 19 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan genitaliy prolapsi va yondosh kasalliklari bo'lgan ayollar o'z roziliklariga asoslanib so'rovnamada itirok etishdi

Chetlatish mezonlari; Tadqiqotimizda 55 yoshdan oshgan genitaliy prolapsi kasalligi bo'lganlar, prolaps kasalliklari bo'lmagan ayollar, xomilador ayollardan so'rovnomalar o'tkazilmadi.

Tadqiqotimiz maqsadi: Kollagen genlarining polimorfizmini va esterogen retseptorlarini o'rganish asosida, tos a'zolari prolapsli ayollarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni prognoz qilish va optimallashtirish uchun yangi samarali mezonlarni aniqlash va rivojlantirish usullarini takomillashtirish.

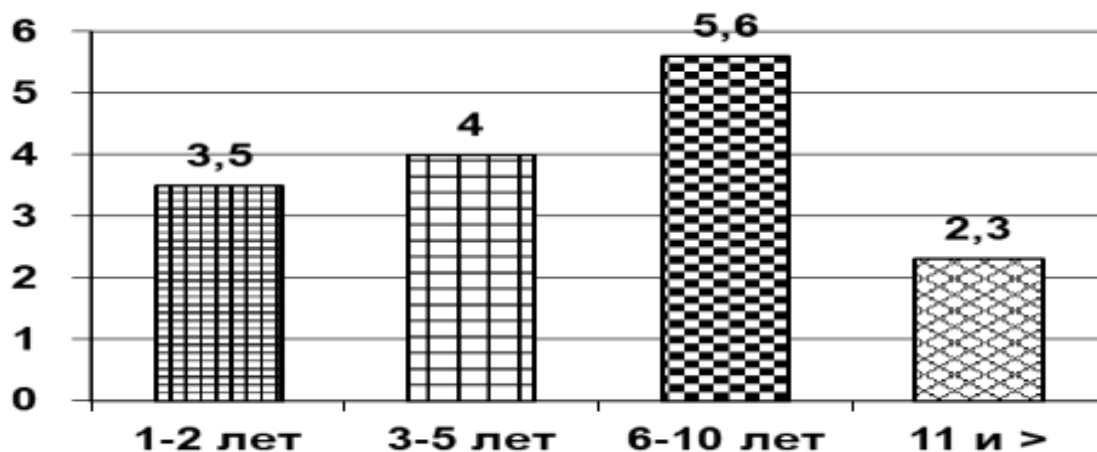
Natijalar va tahlillar: Dastlab shahar CITY MED klinikasi va Mubina Wellness sog'lomlashtirish markaziga murojaat qilgan 18-68 yoshdagi 70 nafar bemor (o'rtacha yoshi $39,4 \pm 0,26$ yoshni tashkil etgan) va 50 nafar kuzatuv uchun kontrol gruppadagi ayollar jami 120 nafar ayol tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Homilador ayollar, jinsiy prolaps uchun gisterektomiya va jarrohlik muolajasini o'tkazgan ayollardan tadqiqot uchun ma'lumot olinmadi. Pastki jinsiy a'zolariga yallig'lanish jarayonining yaqqol klinik va vizual namoyon bo'lmagan barcha ayollar tos qavat bezovtalanishi inventarizatsiya anketasi yordamida so'roq qilindi, POP-Q va Baden-Walker tasniflashiga ko'ra genital prolaps darajasi kasaligi aniqlandi. Anamnez va reproduktiv funksiyasi o'rganildi. SHikoyatlar chastotasiga ko'ra 35-45 yoshdagi 59 (29.5%) ayollar ko'pincha shikoyat qilishlarini aniqladik. Xotin-qizlar murojaatlari chastotasi quyidagicha bo'ldi: 28 (23%) 35 yoshgacha

qo‘llaniladi, 59 (29,5%) - 35 dan 45 yoshgacha, 18 (18%) - 41 va undan yuqori (2.1 rasm).

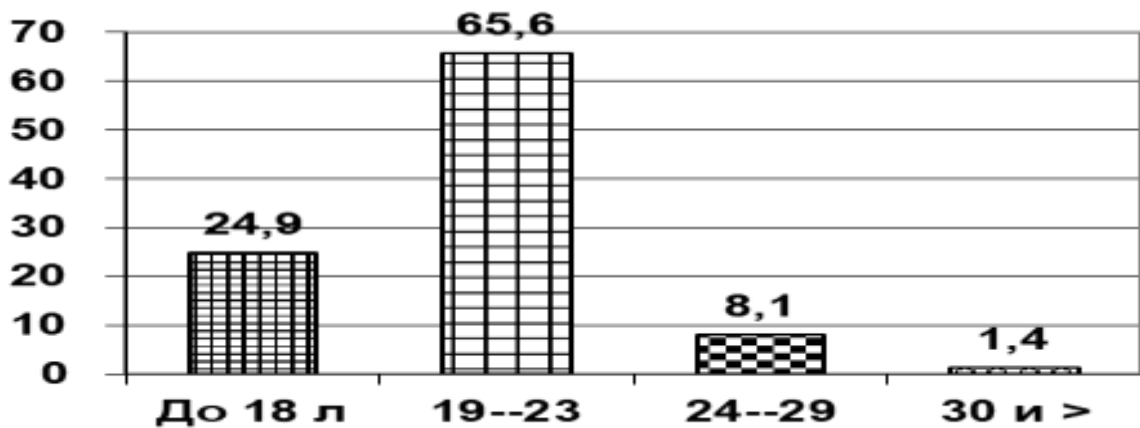


2.1.Rasm. Yosh jihatdan ayollar tashrif qilish chastotasi

Tahlillar shuni ko‘rsatdiki, o‘rganilgan ayollarning 71 tasi (65,2%) muntazam hayz sikliga ega bo‘lgan; hayz funksiyasining buzilishi tashxisi qo‘yilgan 29 (19,4%); 59 (15,4%) bemorlar meno va postmenopozal davrda edi. Tekshirilayotgan bemorlarda hayz ko‘rmaslik muddati 1 yildan 14 yilgacha o‘zgarib turgan. O‘rganilgan ayollarning 58 (3,5%) da menopauz davomiyligi 1-2 yil, 3-5 yil-68 (4,0%), 6-10 yil - 94 (5,6%), 11 yil va undan yuqori - 39 (2,3%) bemorda bo‘lgan (2.2. Rasm).



2.2. Rasm. Tekshirilayotgan bemorlarda hayz ko‘rmaslik muddati.



2.3. Rasm. Jinsiy hayotning boshlanishi so'rov o'tkazilganda.

Tug'ilganlarni tahlil qilib anamnezida tug'ilganlar soni quyidagicha ekanligini aniqladik: 27 (23%) ayollarda 3 marta tug'ruq, 70 (58 %) ayollarda 3 yoki undan ortiq tug'ruqgacha bo'lgan, mos ravishda; perineal yorilishlar ayollarning 44% da, epiziotomiya va raffiya esa 45% da, kesar kesish orqali operativ etkazib berish esa 11% da kuzatilgan. Genital prolapsning rivojlanishiga TMI ta'sirini hisobga olib, tekshirilganlarning 30% da 20 kg/m² gacha TMI, 31-40 kg/m²-28%, 41 kg/m² va undan yuqori 53% da TMI kuzatilganligini aniqladik. O'rganilgan ayollarning turmush tarzi natijalari shuni ko'rsatdiki, 64% o'tirgan xolatdagi turmush tarzini olib borgan, 34% og'ir jismoniy faoliyatga ega bo'lgan, 38% butun kunni tik oyoqda o'tkazgan, so'rovnoma 26% sport bilan shug'ullangan, 50% kunlik yurishlarga ega bo'lgan. kofe, gazli ichimliklar iste'mol qilish bo'yicha 13% kam yoki istemol qilmaydigan va 87% ko'p istemol qiluvchi ayollar ekanligi ko'rsatdi. Ma'lumki, qorin ichi bosimining oshishi TMI ning oshishi bilan bog'liq bo'lib, shu munosabat bilan biz mavzularning ovqatlanish xususiyatini o'rganishimiz qiziq bo'ldi. 32% to'g'ri ovqatlanish va meva va sabzavotlardan foydalanish, 78% tez oziq-ovqat va yarim tayyor mahsulotlar va 77% gazli ichimliklar iste'mol qilgani aniqlandi.

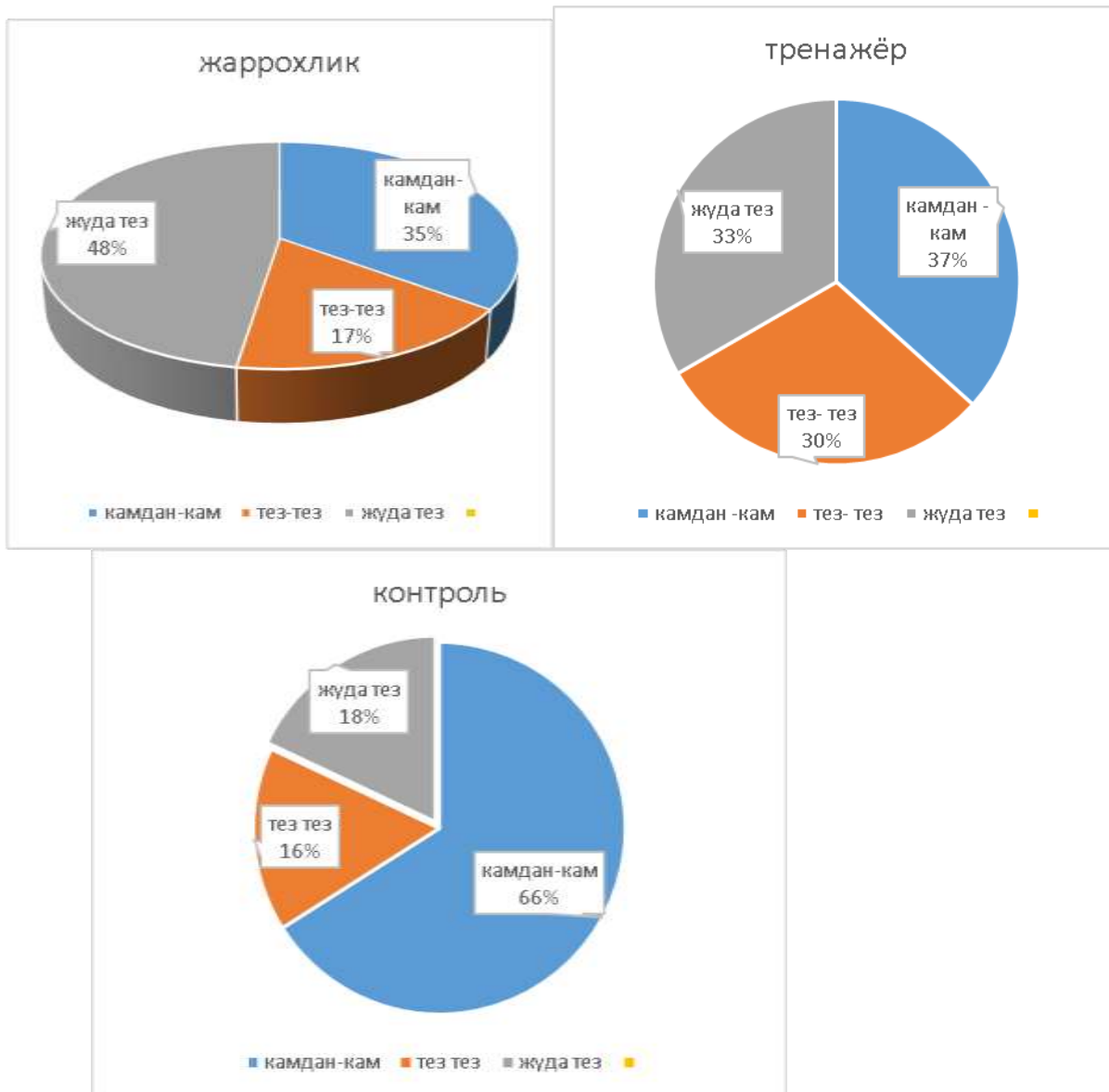
Mahalliy simptomlar orasida, qin tomondan, quyidagilar ustunlik qildi. Alomatlar:

- 1) qinda begona jismni sezish (97,5%);
- 2) o'tirgan holatda uzoq vaqt ishlash (62%).

Ikki holatda prolapslangan shilliq qavatning yarasi aniqlangan. Beshta bemorda tekshiruv vaqtida bachadon bo'yni eroziyasi aniqlangan (3%), bu ham oldindan davolanishni talab qildi. Eng katta qiziqish siydik yo'llarining belgilaridir.

Alomatlarining zo'ravonligi sezilarli darajada o'zgarib turardi, hech qanday alomat yo'qligidan boshlab surunkali siydik tutilishi yoki qo'lda yordamga ehtiyoj bilan siydik pufagini bo'shatish.

121 nafar bemorning 83 nafari (68,6%) ayol siyish buzilishiga shikoyat qilgan



1-shakl. Siydik ushlab tura olmaslik(yo‘tal,aks urganda) (sub’ektiv shakl bemorlarning shikoyatlarini o‘rganish asosida baholash) (n = 121)

Jadval 1.

Siydik chiqarish buzilishi	Soni			%		
	Jarroxlik guppa	Trenajyor guppa	Kontrol guppa	Jarroxlik guppa	Trenajyor guppa	Kontrol guppa
Giperaktiv belgilar	18	10	9	45	36,67	18
Obstruktiv belgilar	15	11	32	37,50	33,33	64
obstruktiv + giperaktiv belgilar	7	9	9	17,50	30,00	18

Siydik chiqarish buzilishini gruppalar orasidagi farqlari

TAP ayol hayotiga xavf tug'dirmaydigan kasalliklarni nazarda tutganligi sababli, mutaxassislar tomonidan o'rganishning asosiy mavzusi uning belgilarining hayot sifatiga ta'siri hisoblanadi. Hayot sifatini aniqlashning asosiy usuli ixtisoslashgan so'rovnoma yordamida standartlashtirilgan so'rovdur. Keng tarqalgan anketa, tos qavat buzilishi inventarizatsiyasi, (The Pelvic Floor Distress Inventory) 46 (to'liq shakli) yoki 20 savollar (qisqa shakli) iborat va 3 qismga bo'linadi: Tos organ prolapsi kelib chiqqan buzilishlarni ro'yxatga olish kitobi (Pelvic organ prolapse distress inventory 6, POPDI-6) – PG oqibatida belgilarni buzilishini sub'ektiv baholash uchun, pastki oshqozon-ichak trakti (OIT) kasalliklar ro'yxatga olish kitobi (Colorectal-Anal Distress Inventory 8, CARDI-8) - oshqozon-ichak buzilishlarini sub'ektiv baholash uchun va siydik tuta olmaslikni buzilishlarini ruyxatga olish kitobi (Urinary Distress Inventory 6, UDI-6). – siyish buzilishi belgilari jiddiyligini sub'ektiv baholash uchun. Test The Pelvic Floor Distress Inventory Bu har bir uch sanab o'tilgan bo'limlardan ajralmas ko'rsatkich hisoblandi, har biri 4 ta javob variantini taklif qiladi – simptomning muayyan minimal darajasidan maksimal darajasigacha baholandi va barcha ko'rsatkichlar statistik jihatdan tahlil qilindi.

Iqtisodiy samaradorlik

Iqtisodiy samaradorlikni aniqlash (IS) uslubiy tavsiya qo'llanishida quyidagicha amalga oshiriladi.

1. Genital prolapsni iqtisodiy samaradorlikni bashorat qilishda (ISbash) jarrohlik amaliyoti o'tkazgan ayollarda tavsiya etilgan ko'rsatmalar:

2. Birinchidan, an'anaviy tashxis qo'yishda klinikaning narxini aniqlash (Sskl):

$$S(skl)1 = Ab * (T(m)1 + Z(zp)1) = 58 * (80000 + 12000) = 53\,360\,000 \text{ cym}$$

$$T(m)1 = DJ * CJ + MN = (D1 * C1 + D2 * C2 + D3 * C3) + MN = 80000 \text{ cym}$$

DJ - Bir bemorning klinikada ishlatiladigan sarf materiallari turi bo'yicha ($J = 1, 2, \dots, N$);

CJ - Bir bemorning klinik tashxisini aniqlashda; ishlatiladigan sarf materiallari turi bo'yicha xarajat;

$T(m)1$ – bitta kasalda murakkab klinik tashxisning narxi.

$Z(zp)1$ - Natijalarni qayta diagnostika qilish uchun mutaxassisga to'lash qiymati

$$Z(zp)1 = Zvro + Zzpcm = 9000 + 3000 = 12000 \text{ so'm}$$

$Z(vro)1$ – ultra tovush tekshiruvi shifokorining vaqt birligi uchun ish haqi;

$Z(zpsm)1$ - tibbiyot xodimlarining ish haqi.

1.2 Endi biz diagnostika narxini metodik tavsiyalar jihatdan aniqlaymiz:

$$S(prd)1 = Ab * T(m)1 = 55 * 80\,000 = 44\,000\,000 \text{ sum}$$

Bunda foydalanish hisobiga iqtisodiy samara (ISbash)

Taklif etilayotgan uslubiy tavsiyalar quyidagilar bilan belgilanadi:

$$IS(bash)1 = Sskl - Sprd = 53\,360\,000 - 44\,000\,000 \text{ cym} = 9\,360\,000 \text{ cym}$$

Ushbu ko'rsatkich esa taglik stimulyatordan foydalangan trenajyor shug'ullangan ayollarda quydagichani tashkil etadi.

$$S(skl)2 = Ab * (T(m)2 + Z(zp)2) = 58 * (1000 + 12000) = 754\,000 \text{ cym}$$

DJ2 - Bir bemorning trenajyor sarfi bo'yicha ($J = 1, 2, \dots, N$);

$T(m)_2$ – bitta kasalda tashxisning narxi.

$Z(zp)_2$ - Natijalarni qayta diagnostika qilish uchun mutaxassisga to'lash qiymati

$T(m)_2 = DJ * CJ + MN = (D1 * C1 + D2 * C2 + D3 * C3) + MN = 1000 \text{ so'm}$

$Z(zp)_2 = Z_{vro} + Z_{zpcm} = 9000 + 3000 = 12000 \text{ so'm}$

$S(prd)_2 = Ab * Tm = 55 * 1000 = 55\,000 \text{ so'm}$

$Is(bash)_2 = S(skl)_2 - S(prd)_2 = 754\,000 - 55\,000 \text{ cyM} = 699\,000 \text{ cyM}$. Ushbu samaradorlikni jarohlik ko'rsatkichlaridan trenajor samaradorlik ko'rsatkichini bir-biridan ayirganimizda iqtisodiy samaradorlik kelib chiqadi.

$IS(bash) = IS(bash)_1 - IS(bash)_2 = 9\,300\,000 - 699\,000 = 8\,601\,000$

Shunday qilib, joriy etishdan umumiy iqtisodiy samaradorlik yo'riqnomalari qoidalaridan 8 601 000 so'mni tashkil qiladi

XULOSALAR

1. Shunday qilib, genital prolaps muammosi juda dolzarbdir ayollarning umr ko'rish davomiyligi oshirish uchun, har qanday yoshdagi hayot sifatini yaxshilash shu jumladan diagnostika va anatomiya va funktsiya buzilishlarini tuzatish to's a'zolari prolapsini kelib chiqishini oldindan aniqlab profilaktika qilish muxim ahamiyatga ega.

2. Biz aniqlagan ma'lumotlar o'z ichiga oladi konservativ va jarrohlik yondashuvlar (zamonaviy bemorlarda minimal invaziv usullar va an'anaviy operatsiyalar, prolapsni oldini olish uchun profilaktika maqsadidagi stimulyatorlardan foydalanib bajariladigan intim mashqlar) to's a'zolarining disfunktsiyasi hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin. Bu esa o'z navbatida kerakli miqdordagi asoratlarni kelib chiqishini oldini olishga etarli darajada xizmat qiladi.

Adabiyotlar

1. Апресян, С.В. Профилактика развития эстрогензависимых осложнений в предоперационной подготовке женщин с пролапсом гениталий, стрессовым недержанием мочи / С. В. Апресян, В. И. Димитрова, О.А. Слюсарева // Медицинский совет. – 2016. – № 2. – С. 96–99.
2. Ассоциация полиморфизма 1800255 гена *col3a1* с развитием пролапса тазовых органов и недержания мочи у женщин: предварительные данные / Г. Р. Касян, Д. А. Вишневский, Л. В. Акуленко [и др.] // Урология. – 2017. – № 6. – С. 30–33..
3. Бактериальная колонизация репродуктивного тракта женщин при пролапсе гениталий (предварительные результаты) / Ю. Набока, А. Н. Рымашевский, М. И. Коган [и др.] // Медицинский совет. – 2014. – № 19. – С. 53–55.
4. Гинекология: Руков. для врачей /Серов В.Н., Кира Е.Ф., Аполихина И.А и др. - М., 2008. - 840 с.
5. Гинекология: нац. руков. /Кулаков В.И. и др.; под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина. - М., 2007. - С. 1072.
6. Гусева, Е.С. Дифференцированные подходы к хирургической коррекции генитального пролапса с применением различных синтетических имплантатов / Е.С. Гусева, В.Ф. Беженарь // Акушерство и гинекология Санкт Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 46–53.
7. Дикке, Г.Б. Патогенетические подходы к выбору метода лечения дисфункции тазового дна / Г. Б. Дикке // Фарматека. – 2017. – № 12 (345). – С. 30–36.
8. Дикке, Г.Б. Ранняя диагностика и консервативное лечение пролапса гениталий / Г.Б. Дикке // Главный врач Юга России. – 2017. – № 1 (53). – С. 21–25.
9. Дисфункция тазового дна: современные принципы диагностики и лечения / И.А. Аполихина, Е.Г. Додова, Е.А. Бородина [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – № 22. – С. 16–23.
10. Дифференцированный подход к коррекции апикального дефекта при несостоятельности тазового дна у женщин / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова Р.Э. Кузнецов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 31–36.
11. Доброхотова, Ю.Э. Прولاпс гениталий и недержание мочи: возможности терапии /Ю.Э. Доброхотова // ConsiliumMedicum. – 2016. – Т. 18, № 6. – С. 94–97.
12. Де-Черни, А.Х. Акушерство и гинекология: Учеб. пособие: пер с англ. /Де-Черни А.Х. - М., 2009. - 696 с.
13. Зиганшин, А.М. Состояние мышц тазового дна у женщин, перенесших преждевременные роды /Зиганшин А.М., Кулавский В.А //Инновационные технологии в охране репродуктивного здоровья женщины: Матер. науч. форума. - Самара, 2007. - С. 207-209.

14. Зиганшин, А.М. Комплексная диагностика несостоятельности мышц тазового дна после родов через естественные родовые пути /А.М. Зиганшин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2011. - 22 с.
15. Ильина, И.Ю. Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушений мочеиспускания / И.Ю. Ильина, Ю. Э. Доброхотова // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 2. – С. 28–31.
16. Камоева, С.В. Ранняя диагностика развивающегося пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста при отсутствии клинических признаков / С.В. Камоева // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2 (6). – С. 88–93.
17. Касян, Г.Р. Оценка подвижности тазового дна у женщин с недержанием мочи и пролапсом гениталий с использованием трехмерного моделирования / Г.Р. Касян, Н.В. Тупикина, Д.Ю. Пушкарь // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 3. – С. 70–75.
18. Клинические особенности и факторы риска ранних форм пролапса тазовых органов / Е.Д. Дубинская, И.А. Бабичева, С.Н. Колесникова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14, № 6. – С. 5–11.
19. Коршунов, М. Ю. Индекс пролапса тазовых органов в оценке тяжести заболевания у женщин / М.Ю. Коршунов, Е.Н. Сазыкина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. LX, вып. 5. – С. 62–66.
20. Колоректальная хирургия /под ред. Р.К.С. Филлипса //Руководства для специалистов хирургической практики; пер. с англ. Г.И. Воробьева. - М., 2009. - 352 с.
21. Кулавский, В.А. Влияние неблагоприятных факторов образа жизни на развитие несостоятельности мышц тазового дна и пролапса тазовых органов /Кулавский В.А., Зиганшин А.М. //Рос. вестн. акуш.-гинеколога. - 2009. - № 4, Т. 9. - С. 36-41.
22. Кулавский, В.А. Несостоятельность тазового дна женщин /Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В. - Уфа, 2011. - 288 с.
23. Куликовский, В.Ф. Тазовый пролапс у женщин: Руков. для врачей /Куликовский В.Ф., Олейник Н.В. - М., 2008. - 256 с.
24. Луценко, Н.С. Пролапс гениталий как проявление несостоятельности тазового дна: современный взгляд на проблему и возможности консервативной коррекции / Н.С. Луценко, О.Д. Мазур, И.А. Евтерева // Охрана материнства и детства. – 2016. – № 1 (27). – С. 100–104.
25. Марченко, Т. Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста: дис. ...канд.мед. наук:14.01.01 / Т. Б. Марченко, науч. рук. С. Н. Буянова; Моск. обл. науч.-исслед. ин-т акушерства и гинекологии. –М., 2015. – 135 с.
26. Маматкулова М.Д. и др. Грибковое поражение вульвы и влагалища у женщин с искусственным влагалищем // ООО «Maxliyo-shifo» & V. С. 101.

27. Нечипоренко, А. Н. Диагностика генитального пролапса и вызванных им расстройств мочеиспускания / А.Н. Нечипоренко, А. С. Нечипоренко : монография. –Гродно :ГрГМУ, 2016. – 120 с.
28. Особенности клинической картины и характер функциональных нарушений у больных ректоцеле /Воробьев Г.И. и др. //Колопроктология. - 2004. - № 2(8). - С. 3-7.
29. Отдаленные результаты срединной кольпорафии и mesh-вагинопексии / С.Н. Буянова, А.А. Попов, Н.А. Щукина [и др.] // Российский вестник акушера гинеколога. – 2017. – Т. 17, № 3. – С. 78–82.
30. Пролапс гениталий / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Е.С. Зубова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – Т. 17, № 1. – С. 37–45.
31. Парфенов, А.И. Профилактика и лечение функциональных запоров в свете консенсуса Рим III /Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Силь-вестрова С.Ю. //Рус. мед. журн. - 2006. - № 2, Т. 8. - С. 109-113.
32. Перинеология: Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах /под ред. В.Е. Радзинского. - М., 2006. - 336 с.
33. Ребекки, У.-Ч. Менопауза: пер. с англ. /под ред. Л.Г. Тумилович. - М., 2008. - 347 с.
34. Смольнова, Т.Ю. Состояние микроциркуляторного русла у больных с пролапсом гениталий /Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В., Сидоров В.В. //Соврем. технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М., 2006. - С. 170-172.
35. Токтар, Л.Р. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности /Л.Р. Токтар: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 25 с.
36. Ханзадян, М.Л. Особенности соединительной ткани связочного аппарата матки у женщин с пролапсом гениталий / М.Л. Ханзадян, Т.А. Демура //Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 4. – С. 498–505.
37. Хирш, Х.А. Оперативная гинекология: Атлас /Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле; под ред. В.И. Кулакова, И.Ф. Федорова; пер. с англ. -М., 2004. - 656 с.
38. Электрофизиологическая характеристика мышц тазового дна у женщин с пролапсом гениталий /Смольнова Т.Ю. и др. //Мать и дитя: матер. 7-го Всерос. ауч. форума. - М., 2005. - С. 506.
39. Ящук, А.Г. Генетические аспекты развития пролапса гениталий /А.Г. Ящук //Рос. вест. акуш.-гинеколог. - 2008. - № 4. - С. 31-36.
40. Ящук, А. Г. Семейные формы пролапса тазовых органов: причины и описание клинических случаев / А. Г. Ящук // Российский вестник акушера гинеколога. -2013. - № 5. - Т. 13. - С. 12-15.
41. Якубова Г.К., Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Влияние сахарного диабета I-го типа на становление менструальной функции у девушек-подростков // Врач-аспирант.,2010. Т. 39. № 2.2. С. 275-278.
42. Щербина, Н.А. Сравнительная эффективность способов консервативной коррекции пролапса гениталий у женщин в перименопаузе/

Н.А. Щербина, А. Ламиа // WschodnioeuropejskieCzasopismoNaukowe.– 2016. – Т. 12, № 16. – С. 39–41.

43. Changes in mitochondrial DNA copy number and extracellular matrix (ECM) proteins in the uterosacral bogs of premenopausal women with pelvic organ prolapsed / M.J. Sun, Y.S. Cheng, R. Sun [et al.] // Taiwane J. Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 55, № 1. – P. 9–15.

44. De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence / A.N. Alas, O. Chinthakanan, L. Espaillet [et al.] // Int. Urogynecol. J. – 2017. – Vol. 28, № 4. – P. 583–590.

45. Digesu G. A., Chaliha C., Salvatore S. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. BJOG 2005;112(7):971–6.

46. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care / C.M. Panman, M. Wiegersma, B.J. Kollen [et al.] // Menopause. – 2016. – Vol. 23, № 12. – P. 1307–1318.

47. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.

48. Liang, X. Treatment of total pelvic organ prolapse using a whole biological

patch: A pilot study of 17 patients / X. Liang, L. Zhang, Y. Lv // J. Obstet. Gynaecol. Res.

– 2017. – Vol. 43, № 1. – P. 164–172.

49 .Swift S. E., Tate S. B., Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? Am J Obstet Gynecol 2003;189:372–72

50. Surgical treatment of reduction of uterine strain and vaginal margins after gisteroenterfixation Negmadjanov B.B., Shavkatov H.Sh., Mamatkulova M.Dj.(republic of Uzbekistan) department of obstetrics-gynecology № 2, Samarkand state medical institute-2017

51. U.S Food and Drug Administration Home Page - URL; <http://www.fda.gov> - Дата обращения: 28.12.2011. №3(50) 2012