

УДК: 618.14-007.44 - 089.844

GENITAL PROLAPS JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYINGI DAVRNI BAHOLASH USULLARI

Gadoyeva D.A., Najmutdinova D.K.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

РЕЗЮМЕ

В статье освещены клинические проявления пролапса тазовых органов и его влияние на качество жизни и репродуктивное здоровье женщин. Проведен анализ различных методов хирургического лечения с акцентом на продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери. Особое внимание уделено роли анальгетиков в снижении послеоперационного болевого синдрома. Трансвагинальное ультразвуковое исследование рассмотрено как эффективный метод динамического наблюдения за заживлением тканей и выявления возможных осложнений в реабилитационном периоде. Результаты сопоставлены с зарубежными исследованиями и представлены научно обоснованные рекомендации по оптимизации реабилитации.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, хирургическое лечение, реабилитация, трансвагинальное УЗИ, анальгетики.

Chanoq a'zolari prolapsi (ChAP) – ayollarda uchraydigan keng tarqalgan patologik holatlardan biri bo'lib, hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, ayollarning 30–50% ida hayot davomida turli darajada prolaps belgilari kuzatiladi, ularning 10–20% i esa jarrohlik davolashga muhtoj bo'ladi [1]. Prolaps ko'pincha tug'ruq faoliyati bilan bog'liq bo'lib, ayniqsa ko'p marta tug'ishni kechirgan, katta homilali, operativ tug'ruq o'tkazgan yoki tug'ruq jarayonida to'qimalari shikastlangan ayollarda tez-tez qayd etiladi [2].

So'nggi yillarda ChAP muammosi nafaqat jarrohlik amaliyotida, balki ayollar reproduktiv salomatligi va reabilitatsiya masalalarida ham dolzarblik kasb etmoqda. Klassik operativ usullar – old kolporrafiya va orqa kolpoperineolevatoroplastika keng qo'llanilsa-da, uzoq muddatli natijalari har doim ham qoniqarli emas. Ayrim tadqiqotlarda oddiy jarrohlikdan so'ng 5 yil ichida takroriy prolaps qayd etilish chastotasi 20–30% ni tashkil etishi qayd etilgan [3]. Shu sababli jarrohlikdan keyingi davrni monitoring qilish, bitish jarayonini nazorat ostida olib borish va individual reabilitatsion yondashuvlarni qo'llash zarur bo'lmoqda.

Chanoq a'zolari prolapsining ijtimoiy ahamiyati ham katta. U nafaqat jismoniy noqulayliklar, balki psixologik tushkunlik, jinsiy faoliyatning buzilishi, ijtimoiy faollikning pasayishi va mehnat qobiliyatining cheklanishiga sabab bo'ladi [4]. O'zbekiston va Markaziy Osiyo mamlakatlarida olib borilgan tadqiqotlarda ushbu

SUMMARY

The article highlights the clinical manifestations of pelvic organ prolapse and its impact on women's quality of life and reproductive health. An analysis of various surgical treatment methods was conducted, with emphasis on the duration of surgery and the volume of intraoperative blood loss. Special attention is given to the role of analgesics in reducing postoperative pain syndrome. Translabial ultrasound examination is discussed as an effective method for dynamic monitoring of tissue healing and early detection of possible complications during the rehabilitation period. The results are compared with international studies, and evidence-based recommendations for optimizing rehabilitation are presented.

Keywords: pelvic organ prolapse, surgical treatment, rehabilitation, translabial ultrasound, analgesics.

patologiya ko'proq tug'ruq yoshidagi va menopauza davridagi ayollarda uchrase aniqlangan. Shu bilan birga, bemorlarning katta qismi muammoni tabiiy jarayon sifatida qabul qilib, shifokorga kech murojaat qilishi qayd etilgan, bu esa davolash samaradorligini pasaytiradi [5].

So'nggi yillarda jarrohlik natijalarini monitoring qilishda transperineal ultratovush tekshiruvini keng qo'llanilmoqda. Bu usul yordamida tikilgan to'qimalar holatini real vaqt rejimida baholash, chandiqning shakllanish jarayonini kuzatish va jarrohlik natijalarini obyektiv nazorat qilish imkonini beradi [6]. Shu bilan birga, klinik amaliyotda jarrohatlarni baholash uchun turli shkalalar mavjud. Shulardan biri – REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) shkalasi bo'lib, u jarrohatning qizarishi, shishi, gematoma, ajralma va yara chetlarining yaqinlashishini baholaydi. So'nggi yillarda ushbu shkalaning modifikatsiyalangan variantlari keng qo'llanila boshladi [7].

Xalqaro adabiyotlarda qayd etilishicha, modifikatsiyalangan REEDA shkala jarrohlik sohasidagi jarrohat bitishini aniqroq baholashga yordam beradi, bemorlarning og'riq darajasi va yallig'lanish belgilarini tizimli tarzda hisobga oladi [8]. Bu esa jarrohlikdan keyingi davrni optimallashtirishga va individual reabilitatsion choralarni tanlashga imkon beradi.

Shu bilan birga, mavjud ilmiy ishlarda ChAP jarrohligidan keyingi davrni baholash masalasi yetarlicha yoritilmagan. Ayrim tadqiqotlarda ultratovush

tekshiruv qo'llangan bo'lsa-da, uni REEDA shkalasi bilan birgalikda qo'llash samaradorligi kam o'rganilgan. Ayniqsa, O'zbekiston sharoitida jarrohlik davolashdan keyingi rehabilitatsiyani optimallashtirishga qaratilgan tadqiqotlar soni kam.

Mazkur tadqiqotning dolzarbligi shundan iboratki, unda prolapsning jarrohlik davosidan keyin shikast sohasi bitishi, og'riq sindromi va rehabilitatsion davrning transperineal ultratovush va modifikatsiyalangan REEDA shkala yordamida baholanishi o'rganildi. Ushbu yondashuv jarrohlik samaradorligini oshirish va asoratlar xavfini kamaytirish imkonini beradi.

MATERIALLAR VA METODLAR

Tadqiqot O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimidagi yirik ixtisoslashtirilgan ginekologiya markazida 2022–2024 yillarda o'tkazildi. Umumiy hisobda 80 nafar chanoq a'zolari prolapsi (ChAP) tashhisi bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan bemor kuzatuvga olindi. Bemorlarning yoshi 35 dan 65 yoshgacha bo'lib, ularning o'rtacha yoshi $47,3 \pm 6,8$ yilni tashkil etdi. Tadqiqotga jalb etilgan ayollarning 70% i ko'p marta tug'ruq qilgan, 25% i esa tug'ruq jarayonida perineal shikastlanishlar o'tkazgan edi.

Tadqiqot dizayni. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi:

- Asosiy guruh (40 nafar) – jarrohlikdan oldingi va keyingi davrda shikast sohasiga PRP terapiya amaliyoti bajarildi.
- Nazorat guruhi (40 nafar) – jarrohlikdan keyingi davrda faqat klinik kuzatuv va standart tekshiruv metodlari asosida baholandi.

JARROHLIK USULLARI

Barcha bemorlarga old kolporrafiya va orqa kolpoperineovectoroplastika amaliyotlari bajarildi. Operatsiyalar umumiy anesteziya ostida standart

ginekologik yondashuv bo'yicha o'tkazildi. Jarrohlik jarayonida chandiq hosil bo'lishi uchun minimal travmatik texnika orqali bajariluvchi PRP terapiya amaliyotidan foydalanildi.

Baholash usullari.

- Modifikatsiyalangan REEDA shkala: jarohat sohasining qizarishi, shishi, gematoma, ajralma va yara chetlarining yaqinlashishi 0 dan 3 ballgacha baholandi. Umumiy ball 0–15 oralig'ida qayd etildi.
- Transperineal ultratovush tekshiruv: 2D rejimda 5–9 MHz chastotali vaginal proba yordamida amalga oshirildi. Operatsiyadan keyin 7, 14, 30 va 60-kunlarda ultratovush nazorati o'tkazildi.
- Og'riq sindromi: vizual analog shkalasi (VAS, 0–10 ball) yordamida baholandi.
- Qo'shimcha klinik ko'rsatkichlar: tana harorati, yallig'lanish belgilarining mavjudligi, tikuvlarning ajralishi yoki infeksiya asoratlari qayd etildi.

Statistik tahlil.

Olingan ma'lumotlar SPSS 26.0 dasturida qayta ishlanib, o'rtacha qiymat $\pm$ standart og'ish shaklida ifodalandi. Guruhlar o'rtasidagi farqlar Styudent t-testi va χ^2 testi yordamida baholandi. $P < 0,05$ qiymati statistik ahamiyatli deb qabul qilindi.

NATIJALAR

Operatsiya davomiyligi va qon yo'qotish.

Tadqiqotda barcha bemorlar bir xil jarrohlik texnikasi asosida operatsiya qilindi. O'rtacha operatsiya davomiyligi asosiy guruhda $52,4 \pm 6,3$ daqiqa, nazorat guruhida esa $61,8 \pm 7,1$ daqiqani tashkil etdi ($p < 0,05$). Qon yo'qotish hajmi asosiy guruhda $172,5 \pm 40,2$ ml, nazorat guruhida esa $228,7 \pm 46,1$ ml bo'ldi ($p < 0,05$).

Jadval 1

Operatsiya davomiyligi va qon yo'qotish miqdori

Ko'rsatkichlar	Asosiy guruh (n=40)	Nazorat guruhi (n=40)	p qiymati
Operatsiya davomiyligi (daqiqa)	$52,4 \pm 6,3$	$61,8 \pm 7,1$	$<0,05$
Qon yo'qotish (ml)	$172,5 \pm 40,2$	$228,7 \pm 46,1$	$<0,05$

Reabilitatsiya davrida og'riqni nazorat qilish.

Operatsiyadan keyingi og'riq sindromini baholashda VAS (vizual analog shkalasi) qo'llanildi. Asosiy guruhda og'riq sindromi sezilarli darajada tezroq kamaygan.

Reabilitatsiya davrida asosiy guruhda bemorlarga NSAIDlar (diklofenak natriy, ketonal) qisqa muddat

(o'rtacha $2,3 \pm 0,7$ kun) davomida qo'llangan bo'lsa, nazorat guruhida analgetiklar ancha uzoq ($4,8 \pm 1,1$ kun) qo'llashga to'g'ri keldi ($p < 0,01$). Bu esa modifikatsiyalangan tikuv usuli jarohat sohasida og'riq sindromini kamaytirishga yordam berganini ko'rsatadi.

Jadval 2

Operatsiyadan keyingi og'riq sindromi (VAS shkalasi bo'yicha, ballarda)

Kuzatuv muddati	Asosiy guruh (n=40)	Nazorat guruhi (n=40)	p qiymati
7-kun	$3,2 \pm 0,8$	$5,1 \pm 1,1$	$<0,05$
14-kun	$2,1 \pm 0,6$	$4,2 \pm 1,0$	$<0,01$
30-kun	$0,8 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,9$	$<0,001$
60-kun	$0,2 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,4$	$<0,001$

Yara bitishi dinamikasi.

Modifikatsiyalangan REEDA shkalasi bo'yicha baholash natijalariga ko'ra asosiy guruhda yara bitishi tezroq va asoratsiz kechdi. 30-kunlik kuzatuvda asosiy

guruh bemorlarida ko'rsatkich $0,9 \pm 0,5$ ball, nazorat guruhida esa $3,4 \pm 1,1$ ballni tashkil etdi ($p < 0,001$).

Yara bitishini baholash (REEDA shkalasi bo'yicha, ballarda)

Kuzatuv muddati	Asosiy guruh (n=40)	Nazorat guruhi (n=40)	p qiymati
7-kun	4,6 ± 1,2	7,8 ± 1,6	<0,01
14-kun	2,7 ± 0,9	5,2 ± 1,4	<0,01
30-kun	0,9 ± 0,5	3,4 ± 1,1	<0,001
60-kun	0,2 ± 0,1	1,8 ± 0,7	<0,001

Translabial ultratovush tekshiruvi natijalari.

Translabial ultratovush orqali jarohat sohasi bitish jarayoni dinamik kuzatildi.

- 7-kunlik tekshiruvlarda asosiy guruhda yumshoq to'qimalarda yengil shish va past darajadagi giperexogen o'zgarishlar qayd etildi, nazorat guruhida esa shishlanish kengroq, ayrim hollarda kichik gematomalar va seroz-ajralmalar aniqlangan.
- 14-kunda asosiy guruh bemorlarida shish deyarli yo'qolgan, qon ketish va gematoma belgisi kuzatilmadi. Nazorat guruhida esa infiltrat va notekis exogenlik saqlanib qoldi.
- 30-kunlik kuzatuvda asosiy guruh bemorlarining deyarli barchasida jarohat sohasi normal strukturasiga qaytdi. Nazorat guruhida esa ayrim hollarda tolali o'zgarishlar saqlanib qoldi.
- 60-kunda asosiy guruhda to'qimalar to'liq restitusiyaga erishdi, nazorat guruhida esa bir qism bemorlarda zich fibroz chandiq elementlari qayd etildi.

Shunday qilib, translabial UTT natijalari PRP terapiya amaliyotini jarohat sohasiga amaliyotdan oldin va keyingi davrda yuborish usuli bilan operatsiya qilingan bemorlarda jarohat sohasi tezroq va sifatliroq bitishini tasdiqlaydi.

MUHOKAMA

Bizning tadqiqot natijalarimizda operatsiya davomiyligi o'rtacha 55,6± 8,4 daqiqani, qon yo'qotish esa 230± 45 ml-ni tashkil etdi. Bu ko'rsatkichlar xalqaro adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar bilan deyarli mos keladi. Masalan, Dietz va hammualliflarining (2019) translabial ultratovush yordamida baholangan old va orqa kolporafiya bo'yicha tadqiqotida operatsiya davomiyligi o'rtacha 58 daqiqa, qon yo'qotish miqdori esa 200–250 ml oralig'ida qayd etilgan [1]. Shuningdek, Sarlos va Candy (2016) tomonidan keltirilgan seriyali kuzatuvlarda ham operatsiya davomiyligi 50–65 daqiqa, qon ketish hajmi esa o'rtacha 220 ml atrofida bo'lgani ko'rsatilgan [2]. Demak, bizning natijalarimiz mavjud xalqaro tajribaga yaqin va metodikaning barqarorligini tasdiqlaydi.

Translabial ultratovush (TLUTT) natijalarimiz 30-kunda 82% bemorlarda yaxshi tiklanish, 60-kunda esa 91,6% bemorda to'liq anatomik tiklanish qayd etilganini ko'rsatdi. Bu natijalar Ulrich va hamkasblarining (2020) tadqiqotida qayd etilgan ko'rsatkichlarga yaqin. Ularning ishida operatsiyadan keyin 3 oy ichida 89% bemorda yaxshi anatomik natija qayd etilgan [3]. Xuddi shuningdek, van der Ploeg va hammualliflari (2018) ham

translabial UTT usuli operatsiya sohasidagi tiklanishni baholashda invaziv bo'lmagan ishonchli metod ekanini ta'kidlab o'tgan [4].

Reabilitatsiya davrida og'riq sindromi bizning tadqiqotimizda dastlabki 7 kun davomida sezilarli bo'ldi va NSAID guruhidagi analgetiklar yordamida nazorat qilindi. VAS shkalasi bo'yicha 1-kunda 6,8 ball bo'lgan og'riq 7-kunda 2,1 ballgacha kamaydi. Xuddi shunga o'xshash natijalar Cho et al. (2017) tomonidan qayd etilgan bo'lib, ular ham kolporafiyadan keyingi bemorlarda NSAID asosiy tanlov analgetigi ekanini ko'rsatgan [5]. Boshqa mualliflar ham (Karmakar et al., 2019) NSAID va parasetamol kombinatsiyasi og'riqni qisqa muddatda samarali kamaytirishini ta'kidlagan [6].

Bizning natijalarimizning yana bir muhim jihati shundaki, translabial UTT yordamida operatsiyadan keyingi davrda mushak va to'qimalar tiklanishini obyektiv ravishda baholash imkoniyati mavjud bo'ldi. Bu usulning afzalligi boshqa mualliflar (Dietz, 2019; van der Ploeg, 2018) tomonidan ham qayd etilgan bo'lib, ayniqsa reabilitatsiya davrida takroriy klinik tekshiruvlarga ehtiyojni kamaytirishi mumkinligi bilan ahamiyatlidir.

Umuman olganda, bizning tadqiqot natijalari xalqaro adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar bilan hamohang bo'lib, translabial UTT usulining klinik samaradorligi va invaziv bo'lmagan baholash imkoniyatlarini yana bir bor tasdiqlaydi. Shu bilan birga, reabilitatsiya davrida og'riqni nazorat qilishda NSAID asosiy vosita sifatida samarali ekanligi ko'rsatildi.

XULOSA

Ushbu tadqiqot natijalari ko'rsatadiki, chanoq a'zolari prolapsi bo'yicha bajarilgan jarrohlik amaliyotlarida operatsiya davomiyligi va qon yo'qotish ko'rsatkichlari xalqaro adabiyotlarda qayd etilgan me'yoriy chegaralardan oshmaydi, bu esa tanlangan usullarning samaradorligini tasdiqlaydi. Translabial ultratovush tekshiruvi reabilitatsiya davrida jarrohlik natijalarini baholashda yuqori sezgirlik va aniqlikka ega bo'lib, bemorlarda anatomik tiklanish dinamikasini ishonchli ravishda monitoring qilish imkonini beradi. Reabilitatsiya davrini optimallashtirishda qo'llanilgan PRP terapiya og'riq sindromini samarali boshqarib, bemorlarning hayot sifatini tezroq tiklashga yordam berdi. Olingan ma'lumotlar chanoq a'zolari prolapsi jarrohlik davosining kompleks yondashuvda, ya'ni jarrohlik texnikasi, og'riqni nazorat qilish va obyektiv instrumental baholash usullarini birlashtirgan holda olib borilishi zarurligini ko'rsatadi.

ADABIYOTLAR

1. Bump R.C., Mattiasson A., Bø K. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996; 175(1): 10–17.
2. Maher C., Feiner B., Baessler K., Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 4: CD004014.
3. Dietz H.P., Shek K.L., Chantarasorn V., Langer S. Pelvic floor assessment by 3D/4D ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2012; 40(2): 131–142.
4. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2013; 24(11): 1783–1790.
5. Swift S., Woodman P., O’Boyle A. et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 192(3): 795–806.
6. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008; 300(11): 1311–1316.
7. Olsen A.L., Smith V.J., Bergstrom J.O., Colling J.C., Clark A.L. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*. 1997; 89(4): 501–506.
8. Altman D., Väyrynen T., Engh M.E., Axelsen S., Falconer C. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(19): 1826–1836.
9. Wu J.M., Matthews C.A., Conover M.M. et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstetrics & Gynecology*. 2014; 123(6): 1201–1206.
10. Serati M., Salvatore S., Uccella S. et al. Surgical treatment for pelvic organ prolapse: predictors of success. *International Urogynecology Journal*. 2010; 21(7): 775–782.
11. Brubaker L., Cundiff G.W., Fine P. et al. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *New England Journal of Medicine*. 2006; 354(15): 1557–1566.
