



О‘ЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

О‘ЗБЕКISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛГОВ

УЗБЕКИСТАН

GINEKOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI

Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi

ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»,

*Международной научно-практической
конференции*

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



2023

ФЕРГАНА

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Главный редактор	Сидиков А.А.	Профессор, д.м.н., ректор ФМИОЗ
Зам.главного редактора	Кадилова М.Р.	Проректор по научной работе и инновациям, Dsc, доцент
Редколлегия	Ахмадалиев Р.У	Начальник отдела науки, инновации и научно- педагогической подготовки, к.м.н.
	Суяркулова М.Э.	Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии», к.м.н.
	Тишабаева Н. А.	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»
Редактор компьютерной графики	Валитов Э.А	Руководитель центра информационных технологий

Мухаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас
Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган
оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов
конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских
текстов.

15.	Ашурова У.А., Нажмутдинова Д.К РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ И РАССЛАБЛЕНИЯ МИОМЕТРИЯ.	60
16.	Ашурова Н. Г., Бобоев К.Т., Зуфарова Ш.А. ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИ БУЗИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИДА ГЕНЕТИК МАРКЁРЛАРНИНГ РОЛИ.	69
17.	Бабаджанова Г.С., Саггарова К.А. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ RH- ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.	77
18.	Бабаджанова М.Ш, Уринбаева Н. А. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ И МЕДРАБОТНИКОВ В ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	79
19.	Bekchanova A.Sh., Ruzmetova D.T., Madaminova Z. R. QOQ'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADORLIKNI OLIV BORISHNI KUZATISH , VANOLASH VA O'TGAN YILGI NATIJALAR BILAN SOLISHTIRISH.	81
20.	Бекбаулиева Г.Н, Раззакова Н. С., Абидов Ф.О. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ТАЗОВЫХ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.	83
21.	Бекбаулиева Г.Н., Раззакова Н.С., Жураева А.Ж АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БЕССИМПТОНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОАНТОЦИАНИДА НОВАНЕФРОН.	88
22.	Бегижонова Д. Т. ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ.	93
23.	Бобокулова С. Б. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СУР 21A2 ГЕНИДАГИ ЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАР.	101
24.	Boltaeva M.M., Negmatullayeva M.N A MODERN VIEW ON THE ABDOMINAL DELIVERY METHOD.	106
25.	Болат К.С., Аманжолова Б.К., Сералиева Ж.Е., Карлова К.Б., Джарикова Б.Н РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.	113
26.	Веремчук Д. С., Рыбников В. Н. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА 2017- 2021 ГГ. НА ПРИМЕРЕ 1 ОТДЕЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ОБУЗ «КУРСКИЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ».	118
27.	Гуломова Р.И, Саиджалилова Д.Д. КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН БАЧАДОН ЧАНДИФИ ЕТИШМОВЧИЛИГИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.	120
28.	Гуломова Р.И., Алижонова Ш. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТАРҚАЛГАН КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИГА ҚАРШИ КУРАШ.	127
29.	Гуломова Р.И ПУТИ СОКРАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ДАННОМ ЭТАПЕ	131

**КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН БАЧАДОН ЧАНДИҒИ
ЕТИШМОВЧИЛИГИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.**

Р.И.Ғуломова¹, Д.Д.Саиджалилова¹.

¹Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Мақолада такрорий кесар кесиш амалиётидан сўнг бачадон чандиғини шакллантиришнинг асосий муаммоларига бағишланган илмий адабиётлар шарҳи келтирилган. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг асосий этиологик омиллари, патогенези ва диагностик усуллари. Бачадонга қўйилган чокларни етишмовчилигини асосий омилларига, яллиғланишдан ташқари, патологик интраоператив қон йўқотиш, туғруқнинг фаол фазасида кесар кесиш ва кесар кесиш амалиётидан кейин йил давомида бачадон ичи аралашувларнинг мавжудлиги, бачадонда везико-бачадон бурмасидан 2 см пастда кесма ўтказиш, жарроҳлик йўли билан кириш соҳасида йўлдошнинг жойлашиши, репарация соҳасидаги ишемик жараёнлар киради. Шу жумладан презклампсия, семизлик, қандли диабет, эндометриоз ва бириктирувчи тўқима дисплазияси фонида бачадон чокларни етишмовчилиги кўп аниқланди. Олинган маълумотларга кўра бачадон чандиғи бўлган аёллар кейинги ҳомиладорликда бачадон ёрилиши хавф гуруҳига киради. Кераксиз кесар кесиш амалиётининг олдини олиш оналар касалланиши ва ўлимини камайтиришга ёрдам беради .

Калит сўзлар: *кесар кесиш амалиёти, бачадонда чандиқ етишмовчилиги.*

Кириш: Бугунги кунда кесар кесиш (КК) амалиёти билан оператив туғруқ частотаси бутун дунё бўйлаб барқарор ўсиб бормоқда. Шундай қилиб, Буюк Британияда туғруқ пайтида жарроҳлик аралашувлар частотаси 20%, Канадада -22,5%, АҚШда - 31,8%, Италияда минтақага қараб-44 - 60%, Хитойда 46% [1, 2]. Россия Федерациясида бу кўрсаткич 2020 йилда 30,3%, Бошқирдистон Республикасида 38,3% га етди [3]. Яқин ҳудудларда КК частотаси ўртача 15-16 % бўлиб, перинатал марказларда 30-40% га етади [4, 5]. Ҳар бир кейинги кесар кесиш амалиётида плацентанинг олдинда жойлашуви ва ўсиши, қон кетиши ва бачадоннинг ампутацияси, экстирпацияси хавфи ортади [2], бу эса, ўз навбатида, оналар ўлими ҳолатларининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Кесар кесиш оператив туғруқдан кейин аёлларнинг тахминан 30% келажакда фарзанд кўришни режалаштирмоқда [6]. Кейинги ҳомиладорлик ва туғруқнинг натижаси бачадондаги чандиқнинг етишмовчилигига боғлиқ. Россия Федерациясида шаклланган бачадон чандиғи ва бачадон чандиғи етишмовчилиги деб ажратилади, чет эллик ҳамкасблар эса бачадон чандиғининг "тарқалиши ва/ёки аневризмаси"

тушунчаларини алоҳида ажратибкўрсатишади [3, 7]. Бачадон чандиғи бўлган аёлларнинг атиги 55-85% бачадон чандиғи етишмовчилигига гумон қилинганлиги сабабли, фақат режалаштирилган асосда такрор Кесар кесиш амалиёти ўтказилади (Айламазян Е. К., 2017), аммо В. А. Ананев (2016), маълумотиغا кўра такрорий кесар кесиш ҳолатларининг атиги 24,1-31,6% да бачадон чандиғи етишмовчилиги тасдиқланади [8, 9]. Ушбу асоратларнинг кўрсатилган частотаси ишончсиз бўлиши мумкин, чунки чандиқнинг етишмовчилиги одатда унинг визуал ингичкалашиши билан баҳоланади, аммо кейинги вақтларда ҳар доим ҳам бачадоннинг ёрилишига ёки чандиқнинг тарқалишига олиб келмайди. Антенатал даврда бачадон чандиғи етишмовчилиги ташхиси қўйилган 80та аёлни туғруқ тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Улар ультратовуш маълумотларига кўра кесар кесишдан сўнг бачадонда пастки сегментнинг қалинлиги 1,2-1,0 мм дан камни кўрсатган, лекин чандиқ тўқималарининг гистологик текширилганда чандиқнинг фақат 1,0 мм гача юққалашганини, миометрийни бириктирувчи тўқима билан алмашганини 78,8% кўрсатди [3]. Клиник кўрсатмаларга кўра (2021), туғруқдан олдин ўлчанган пастки бачадон сегментининг қалинлиги принципаал жиҳатдан ва бошқа белгилар бўлмаса муҳим эмас. Ушбу гуруҳда, табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни амалга оширишда, туғруқ жараёнида олдиндан индукция ва туғруқни индукция қилиш шаклида фаол аралашув, утеротоникларни тайинлаш ва туғруқнинг вагинал жарроҳликни олдини олиш керак. Режалаштирилган кесар кесишни амалга ошираётганда, симптомсиз эрта туғруқнинг олдини олиш лозим. Ушбу чекловлар хавф гуруҳи паст бўлган аёлларда қўлланилмайди. Шундай қилиб, кесар кесишдан кейин бачадонида чандиқ бўлган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни режалаштириш муаммоси, шу жумладан табиий туғруқ йўллари орқали долзарб бўлиб бормоқда.

Асосий қисм: Кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи бор аёлларда вагинал туғруқлар 40-50% да муваффақиятли тугайди [10]. Анамнезида кесар кесиш ўтказган аёлларда вагинал туғруққа уринишдан бош тортишнинг асосий сабабларига мумкин бўлган асоратларнинг психологик сабаблари, биринчи навбатда бачадон ёрилиши, бу жарроҳлик йўли билан туғруқни танлаш эҳтимолини оширади. Бу кесар кесиш учун мажбурий кўрсатма бўлган бачадон ёрилиши хавфининг янги, ишончли омилларини излаш зарурлигини белгилайди. Бошқа барча ҳолатларда аёл бачадон чандиғи етишмовчилигининг паст хавфли гуруҳига бўлиниши керак ва уни туғруғини олиб боришда асоратланмаган акушерлик тарихи бўлган аёлларни туғруғидан фарқ қилмаслиги керак. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг асосий клиник белгилари сифатида бачадон чандиғи проекциясида қорин олд деворини пальпация пайтида оғриқ қайд этилади, аммо жуда кам учрайди. Бироқ, пастки бачадон сегментида миометрий тўлик тикланмаган тақдирда, оғриқли пайпаслаш кўрсаткичлари фақат 18,33% ҳолларда пайдо бўлган [2]. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг бошқа клиник белгиларининг ўзига хослигини

тасдиқлаш шарт эмас: ҳомиладорликни тўхтатиш хавфлари, кўнгил айниш, ҳомила ҳаракатлари фаоллигининг ошиши, унинг юрак фаолиятидаги ўзгаришлар. Бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларда ўз-ўзидан туғилишнинг хавфсизлиги пастки бачадон сегментидаги миометрийни даволаш жараёнларига боғлиқ. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг ишончли ва муҳим прогнозлари ҳамда белгилари ҳақидаги савол очик қолмоқда, бу эса бачадон чандиғи бўлган аёллар гуруҳларида кейинги клиник тадқиқотлар ўтказишни талаб қилади. Аёлни бачадон чандиғи етишмовчилиги учун юқори хавфли гуруҳ сифатида таснифлашга имкон берадиган истиқболли баҳолаш омиллари - бу кесар кесиш пайтида ва операциядан кейинги даврда миометрийнинг морфофункционал ҳолати, шунингдек, пастки бачадон сегментини гемодинамика ҳолати, бачадон чоклари соҳасидаги тўқима гипоксияси, ишемиясини истисно қиладиган оптимал қон таъминоти шароитларининг мавжудлигидир. Пастки бачадон сегментининг гемодинамик ҳолатига салбий таъсир кўрсатадиган, ишемияга ва кейинчалик бачадон чандиғининг етишмовчилигига олиб келадиган омилларга юрак-қон томир тизими касалликлари, семизлик, қандли диабет ва сурункали инфекция ўчоқлари мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар киради. Бачадоннинг ретрофлексиядаги ҳолати, бачадон чандиғини ривожланишининг юқори хавф омили бўлиб, шунингдек, механик тортишиш ва пастки бачадон сегменти перфузиясининг бузилиши билан боғлиқ [11]. Миометрийнинг морфофункционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатадиган, чандиқ етишмовчилигининг шаклланишига олиб келадиган омилларга куйидагилар киради: операциядан кейинги даврдаги септик асоратлар, кесар кесишни туғруқнинг актив даврида пастки сегментнинг кескин ингичкалашуви вақтида ўтказиш, патологик қон йўқотиш, бир йил давомида кесар кесишдан сўнг бачадон ичи аралашувлари, бачадон кесишни пастда қилиш (veziko-uterin бурмадан 2 см пастда), кесма соҳасида плацентанинг жойлашуви, бошини чиқариб олишда қўпол техникани қўллаш [11, 12, 15, 16]. Бачадон чандиғи етишмовчилигини ривожлантириш гипотезасини қўллаб-қувватлашга олдинги кесар кесиш давомида бачадон устида паст кесма қилинганлиги киради, истмоселе бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан кесар кесиш ўтказган кўп беморларда аниқланади [17, 18].

Урогенитал инфекцияларнинг кўзғалиши (52%), ҳомиладорлик даврида сурункали яллиғланиш ва соматик касалликлар (30%) бачадон чандиғи етишмовчилиги келиб чиқишини олиб келади [19]. Иммунитетнинг физиологик пасайиши фониде туғруқдан кейинги давр турли юқумли ва яллиғланиш касалликлари (эндометрит, мастит) пайдо бўлиши учун энг заиф давр ҳисобланади. Табиий туғруқдан кейин эндометрит билан касалланиш 5% га етади ва кесар кесишдан сўнг у 2 дан 55% гача, ўртача 15% гача [20] етади. Кўпинча эндометрит фониде кесар кесишдан кейин чандиқ етишмовчилигининг келиб чиқишида узоқ муддатли

грануломатоз яллиғланишнинг натижаси фиброз тўқима [21] билан кенг грануляция зоналари шаклланиши ривожланади. Бачадон чандиғининг этиологиясида туғруқдан кейинги эндометритнинг "носимптом" шакли муҳим рол ўйнайди, бу "қисқа" ўткир босқич, бачадон субинволюцияси никоблари остида содир бўладиган яширин клиник кечиши билан намоён бўлади, касаллик, кеч намоён бўлиши, инфилтратив касалликнинг устунлиги ва яллиғланишнинг некротик шакллари ва ўткир яллиғланиш реакциясининг одатий лаборатор кўрсаткичларининг йўқлиги билан кечади. Эндометрит бор аёлларда туғруқдан кейин лаборатор кўрсаткичлар кўпинча ЭЧТнинг ошиши, енгил анемия, гипо- ва диспротеинемия ва С-реактив оқсилнинг 72,3% га ошиши билан ифодаланади. Энг ёмон прогностик белги - септик жараёнга хос бўлган лейкопения. Қон плазмасида прокалцитонин даражасини 2 дан 10 нг / мл гача аниқлаш радикал жарроҳлик даволашни талаб қиладиган оғир яллиғланиш-интоксикация синдроми учун муҳимдир [12, 22].

Бачадон чандиғи етишмовчилигига олиб келадиган миометрийнинг морфофункционал ҳолатини яна бир долзарб муаммоси бачадон чандиғида эндометриознинг ривожланиши ҳисобланади. Кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи соҳасидаги эндометриознинг биринчи ҳолатлари 1996 йилда А. Кафкасли ва бошқ., бачадондаги патологик ўзгаришларнинг оғирлиги туфайли беморга гистеректомия қилинганида аниқланган ва эндометриоз ташхиси гистологик тасдиқланган. В.Б.Цхай тадқиқотларига кўра, операциядан кейинги чандиқни гистологик материалларини ўрганиш жараёнида, чандиқда фиброз ва эндометриознинг бирикмаси 21,4% қайд етилган [22]. Миометрийнинг морфофункционал ҳолати ва бачадон пастки сегментининг гемодинамикасига таъсир килувчи бир гуруҳ омилларга бачадон деворини тикиш жарроҳлик техникаси, тикув материали хусусиятлари киради. Чокни қўллашда тикув соҳасидаги оптимал қон таъминоти шароитлари тўқима реактив материал билан минимал яллиғланиш реакцияси, тикув техникаси билан боғлиқ равишда ҳосил бўлади [12]. Мазуркевич Е. Л., Hutton Е. К. ларнинг маълумотларига кўра, операциядан кейинги чандиқнинг мустаҳкамлиги ва етишмовчилигини баҳоловчи омил бўлиб, чандиқ соҳасида мушак ёки бириктирувчи тўқима шаклланишининг устунлиги ҳисобланади. Бачадон пастки сегментини яхши қон билан таъминлашида мустаҳкам бачадон чандиғининг асосини ташкил етувчи мушак тўқималари шаклланишининг устунлиги билан давом етади [23]. Кесар кесишдан кейин бачадондаги ярани тикишнинг умумий қабул қилинган усули ҳақида ягона нуқтаи назар йўқ. Ишончли маълумотларнинг етишмаслиги ва тасдиқланган меъёрий ҳужжатларнинг етишмаслиги туфайли икки қаторли ёки битта қаторли тикув, узлуксиз ёки тугунли тикув ва эндометрийни тикишдан фойдаланиш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда. Кесар кесиш пайтида бачадонни тикиш техникаси бўйича асосий рандомизацияланган тадқиқотлар операциядан кейинги асоратларнинг табиати ва сонига асосланган, кейинги

хомиладорликдан олдин хомиладорликгача тайёргарлик боскичида бачадон чандиғининг ҳаётийлиги баҳоланмаган. Shashikant L. Sholapurkar бачадон чандиғининг ривожланишининг асосий омили ишемик некроз бўлиб, у тикувдаги эндометрийнинг ҳаддан ташқари кучли тортилиши ва тутилиши натижасида юзага келади, деб тахмин қиладилар. Муаллифлар биринчи қаторда минимал эндометрий (5 мм дан кам) қўшилган, миометрийнинг учдан икки қисмини киритиш билан доимий мушак-мушак чокларни ва иккинчи қаторда миометрийнинг юқори учдан бир қисмини ушлаб турадиган доимий мушак-мушак чокларини қўйишни тавсия этадилар. Ушбу усул кесма қирраларини иложи борича мослаштиришга ва тўқима ишемиясини олдини олишга имкон беради [24]. В.И. Краснополский ва бошқалар Елцов-Стрелков бўйича алоҳида шиллиқ-мускул чоклардан фойдаланганда, чандиқ етишмовчилигининг частотаси 38,5%ни, алоҳида мушак-мушак чоклари ва бачадоннинг ўз фасциясига узлуксиз чокни қўллашда - 13,2%ни, бачадонга бир ва икки қаторли узлуксиз чок билан кесма тикишда - 95,4 % ва бачадонни Реверден бўйича узлуксиз чок билан тикишда - 95% ни ташкил этишини аниқладилар [16, 25]. L.S. Логутованинг сўзларига кўра, битта қаторли мушак-мушак тикувидан фойдаланганда операциядан кейинги эндометрит ҳолатларининг частотаси 2 баравар камаяди. Тананинг бириктирувчи тўқима дисплазиясига (БТД) индивидуал хусусияти ҳам бачадонда чандиқ етишмовчилиги шаклланиши учун хавф омилidir [11]. Ушбу патологик ҳолат генетик бўлиб, турли хил клиник шаклларга эга ва бириктирувчи тўқима шаклланишининг бузилиши билан боғлиқ механик кучнинг пасайишига олиб келадиган маълум турдаги коллаген таркибининг камайиши репарация жараёнларининг бузилишига олиб келиши мумкин [25, 26]. Маҳаллий адабиётларда алоҳида дифференциялашмаган БТД бўлган беморларни бачадон чандиғи неоангиогенезининг морфологик хусусиятлари ўрганилганда, бачадон чандиғи етишмовчилигининг юқори даражада учраши, миопиянинг юқори даражаси ва митрал клапан пролапсининг мавжудлиги билан боғлиқлиги аниқланди. БТД билан оғриган беморларда чандиқ етишмовчилиги маҳаллий ишемия туфайли бириктирувчи тўқималарнинг дисорганизациясига олиб келиши мумкин бўлган ангиогенезнинг нисбатан камайиш даражаси билан характерланади [26, 27, 28]. Ҳозирги вақтда кўплаб олимлар КК дан кейин етилган бачадон чандиғи шаклланишининг патогенезида иштирок этадиган жараёнларга таъсир қилиш йўллари кидирмоқдалар. Масалан, Е.В. Енькова ва ҳаммуаллифлари билан биринчи ККдан кейин бачадон пастки сегментининг миометрийсини иммуногистокимёвий тадқиқот ўтказдилар. Бу ККдан кейин бачадонда ўзгарган ва ўзгармаган соҳасида иммуногистокимёвий тадқиқот ўтказдилар. Бунда чандиқ тўқимасида секретор фаол хужайраларнинг кўплиги аниқланди, миометрийда бириктирувчи тўқима ҳосил бўлиши, кейинчалик фиброзга айланишига хавф омили бўлиб ҳисобланади [29].

Хулоса: Шундай қилиб, кесар кесиш частотасини ошишининг ҳозирги тенденцияси кейинги ҳомиладорлик пайтида бачадон чандиғи етишмовчилигининг олдини олиш ва бачадон чандиғи билан туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб боришнинг профилактик чора-тадбирларини ишлаб чиқиш зарурлигини тақозо этади. Етилган бачадон чандиғи ташхисиди, кейинги ҳомиладорликда кесар кесиш учун умумий қабул қилинган кўрсатмалар бўлмаса, туғруқни эҳтиёткорлик билан клиник ва монитор назорати остида табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкин ва туғруқдаги ҳар қандай асоратлар бўлса, дарҳол жарроҳлик туғруқни амалга ошириш учун оператив хоналар тайёр бўлиши лозим. Бачадонда чандиғи бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнини прогнозлашнинг янги усулларини илмий жиҳатдан янада ривожлантириш мақсадга мувофиқ кўринади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Антонов А.Г. Исходы абдоминального родоразрешения для плода и новорожденного / А.Г. Антонов // Кесарево сечение. – Москва, 2017. – С. 170–184.
2. Стрижаков А.Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А.Н. Стрижаков, Т.Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Т. 1. – № 2. – С. 40–46.
3. Расползание рубца на матке после кесарева сечения / М.А. Курцер, И.Ю. Бреслав, О.П. Барыкина и др. // Акушерство и гинекология. – 2022. – № 2. – С. 59–64.
4. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2016. – 37с.
5. Лебедев А.С. Экстраперитонеальное кесарево сечение как средство снижения септической заболеваемости / А.С. Лебедев // Тезисы докладов I съезда Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – Москва, 1995. – С. 57–58.
6. Обоскалова Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных / Т.А. Обоскалова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5. – С. 39–41.
7. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде: клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021.
8. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство / Э.К. Айламазян. – Санкт-Петербург : Издательство Н-Л, 2017. – 560 с.
9. Ананьев В.А. Кесарево сечение в снижении материнской и перинатальной патологии в современном акушерстве: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2016. – 42 с.
10. Случай полного разрыва матки во втором триместре беременности у пациентки с рубцом на матке / С.А. Лысенков, Г.Ж. Жатканбаева, Ж.А. Иманбаева и др. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2017. – № 3–2. – С. 5–7.

11. Donnez O. Cesarean scar defects: management of an iatrogenic pathology whose prevalence has dramatically increased / O. Donnez // *Fertil. Steril.* – 2020. – Vol. 113. – № 4. – P. 704–716. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.01.037.
12. Полянин Д.В. Дискуссионные вопросы несостоятельного рубца на матке в эру эпидемии кесарева сечения / Д.В. Полянин, А.А. Михельсон, О.А. Мелкозерова и др. // *Уральский медицинский журнал.* – 2019. – № 5. – С. 17–22.
13. Т.Ю. Павлова Комплексная оценка характера репаративных процессов в области разреза матки после кесарева сечения / Т.Ю. Павлова, Р.Д. Филиппова, В.А. Крамарский и др. // *Якутский медицинский журнал.* – 2008. – № 4. – С. 37–40.
14. Густоварова Т.А. Ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, С.И. Коржув // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2007. – № 4. – С. 45–9.
15. Крамарский В.А. Основные факторы риска развития неполноценности рубца на матке после кесарева сечения / В.А. Крамарский, Л.И. Машакевич, В.Н. Дудакова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2003. – № 2. – С. 37–9.
16. Vervoot A.J.M.W. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development / A.J.M.W. Vervoort, L.B. Uittenbogaard, W.J.K. Hehenkamp et al. // *Human Reprod.* – 2015. – Vol. 30. – № 12. – P. 2695–2702. DOI: 10.1093/humrep/dev240.
17. Щукина Н.А. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения / Н.А. Щукина, Е.И. Благина, И.В. Барина // *Альманах клинической медицины.* – 2015. – № 37. – С. 85–89.
18. Lannon S.M.R. Uterine rupture risk after periviable Cesarean delivery / S.M.R. Lannon, K.A. Guthrie, J.P. Vanderhoeven et al. // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 125. – № 5. – P. 1095–1100. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000832.
19. Хасанов А.А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с вращением плаценты / А.А. Хасанов // *Казанский медицинский журнал.* – 2016. – Т. 9. – № 4. – С. 477–485. DOI: 10.17750/kmj2015-477
20. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1200 с.
21. Хасанов А.А. Отдаленные исходы реконструктивной пластики несостоятельности рубца на матке влагалищным доступом / А.А. Хасанов, В.И. Журавлева, Д.И. Галаутдинова // *Практическая медицина.* – 2017. – № 8. – С. 168–170.
22. Цхай В.Б. Эндометриоз несостоятельного рубца на матке после операции кесарева сечения / В.Б. Цхай, Е.В. Леванович, В.Г. Кельберг // *Акушерство и гинекология.* – 2016. – № 8. – С. 119–123.

23. Mozurkewich E.L. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999 / E.L. Mozurkewich, E.K. Hutton // *Obstetr. Gynecol.* – 2000. – Vol. 183. – P. 1187–1197.
24. Sholapurkar S.L. Etiology of Cesarean Uterine Scar Defect (Niche): Detailed Critical Analysis of Hypotheses and Prevention Strategies and Peritoneal Closure Debate / S.L. Sholapurkar // *Clin. Med. Res.* – 2018. – Vol. 10. – № 3. – P. 166–173.0
25. Краснопольский В.И. Несостоятельность шва (рубца) на матке после кесарева сечения: проблемы и решения (редакционная статья) / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2015. – Т. 15. – № 3. – С. 4–8.
26. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – Санкт-Петербург : Невский диалект; 2000. – 272 с.
27. Гарифуллова Ю.В. Пластика несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом при сопутствующей дисплазии соединительной ткани / Ю.В. Гарифуллова, В.И. Журавлева // *Практическая медицина.* – 2019. – Т. 17. – № 4. – С. 85–87.
28. Сухих Г.Т. Беременность, роды и послеродовый период у женщин после операций на матке при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани / Г.Т. Сухих, М.И. Кесова, Н.Е. Кан и др. // *Акушерство и гинекология.* – 2010. – № 2. – С. 26–9.
29. Енькова Е.В. Прогнозирование несостоятельности рубца на матке путем оценки популяции тучных клеток / Е.В. Енькова, Д.А. Атякшин, В.А. Вуколова, Ю.С. Рыжиков // *Научные результаты биомедицинских исследований.* – 2019. – Т. 5. – № 2. – С. 86–95.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТАРҚАЛГАН КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИГА
ҚАРШИ КУРАШИШ**

Р.И.Ғуломова¹, Ш.Алижонова¹.

¹Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Маълумки, кейинги йилларда ҳомиладорларнинг анемия билан касалланиши ошиб бормоқда. Шуларни ҳисобга олган ҳолда, эндиликда тадқиқотларимиз ёшларда бу касалликнинг олдини олиш ва даволашнинг янги мезонларини ишлаб чиқиш ҳамда шу асосда профилактик тадбирлар мажмуасини амалиётга татбиқ этиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат. Ёшларда камқонлик касаллигининг олдини олиш ва даволашда ўсмирларнинг оптимал