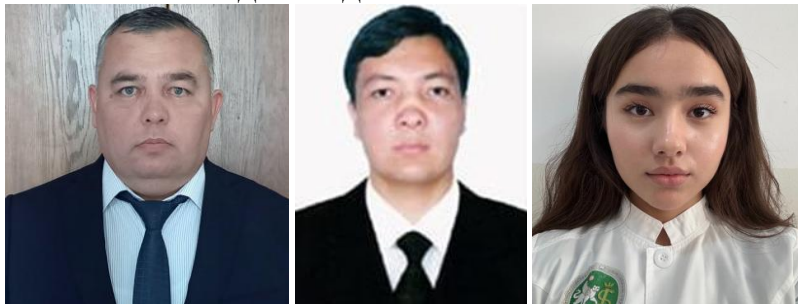


## ГИНЕКОЛОГИЯДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА БИТИШМАЛИ КАСАЛЛИКНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎРНИ



Эшдавлатов Илхом Эшниёзович, Қўшбаков Акбар Мавлиддинович, Ходжамкулова Комила Илёс кизи Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ СПАЕЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

Эшдавлатов Илхом Эшниёзович, Қўшбаков Акбар Мавлиддинович, Ходжамкулова Комила Илёс кизи Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## THE ROLE OF CONCOMITANT DISEASES IN THE DEVELOPMENT OF ADHESIVE DISEASES DURING SURGICAL INTERVENTION IN GYNECOLOGY

Eshdavlatov Ilkhom Eshniyazovich, Kushbakov Akbar Mavliddinovich, Khodjamkulova Komila Ilyos kizi Samarkand State Medical University, Republic Of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ушбу тадқиқотнинг мақсади: гинекологияда битишмали касалликнинг ривожланишида йўлдош касалликларнинг аҳамиятини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2017-2022 йилгача гинекологик операцияларни ўтказган 240 беморнинг клиник ва статистик таҳлили натижалари ўрганилиб битишмаларнинг кейинги диагностикаси учун уларнинг пайдо бўлиш хавф омиллари ретроспектив таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари: Тадқиқотни амалга ошириш учун икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: Асосий клиник гуруҳ (I гуруҳ) жарроҳлик аралашувлардан сўнг чаноқ аъзоларида битишмалар мавжуд бўлган 130 бемордан иборат эди. Таққослаш гуруҳи (II гуруҳ) Чаноқ аъзоларининг битишмаллиги бўлмаган жарроҳлик аралашувлардан сўнг 110 аёлдан иборат эди. Барча аёллар умумий клиник, биокимёвий, иммунологик ва инструментал текширувдан ўтказилди. I гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $31,6 \pm 1,9$ ; II гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $30,7 \pm 2,1$  ( $p > 0,05$ ). Аёлларнинг аксарияти фаол репродуктив ёшдаги аёллардир - мос равишда 86 (66,1%) ва 71 (64,5%) ( $p > 0,05$ ). Хулоса. Турли хил гинекологик патологиялар учун ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейин беморларда чаноқ аъзоларининг битишмалари пайдо бўлиш частотаси 140 (58,3%). Ушбу патологиянинг юқори даражада тарқалиши муаммонинг тиббий ва ижтимоий аҳамиятини тасдиқлайди. Чаноқ аъзоларининг битишмаси билан оғриган беморлар, асосан, сурункали характерга эга бўлган яллиғланиш касалликларининг сезиларли даражаси билан ажралиб туради. Сурункали экстрагенитал патологиялар билан биргаликда - хусусан, юрак-қон томир ва эндокрин тизимларнинг касалликлари; эндокрин дисфункция (эстроген етишмовчилиги ва тироксиннинг гиперфункцияси); аҳамиятли бўлиб терапевтик ва профилактика чораларини ишлаб чиқишда эътиборга олинishi мумкин.

**Калит сўзлар:** гинекология, аёллар, битишмали касаллик, хирургия, йўлдош касаллик.

**Abstract.** The purpose of this study is to study the significance of comorbid pathology in the development of adhesions in gynecology. Materials and methods of research. The results of a clinical and statistical analysis of 240 patients who underwent gynecological surgery in the period 2017-2022 were studied, and the risk factors for their occurrence were retrospectively analyzed for further diagnosis of adhesions. Study results: The study was divided into two groups: The main clinical group (group I) consisted of 130 patients with pelvic adhesions after surgery. The comparison group (group II) consisted of 110 women who underwent surgery without pelvic adhesions. All women underwent general clinical, biochemical, immunological and instrumental examination. The average age of patients in group I is  $31.6 \pm 1.9$  years; the average age of patients in group II is  $30.7 \pm 2.1$  years ( $p > 0.05$ ). The majority of women are women of active reproductive age – 86 (66.1%) and 71 (64.5%), respectively ( $p > 0.05$ ). Conclusions. The frequency of pelvic adhesions in patients after UA performed for various gynecological pathologies is 140 (58.3%). The high prevalence of this pathology confirms the medical and social significance of the problem. Patients with pelvic organ adhesions are characterized by a significant degree of inflammatory diseases, which are predominantly chronic in nature. Together with chronic extragenital pathologies, in particular, diseases of the cardiovascular and endocrine systems; endocrine dysfunction (estrogen deficiency and thyroxine hyperfunction); They can be taken into account when developing therapeutic and preventive measures.

**Key words:** Gynecology, Women, joint diseases, surgery, placental diseases.

**Долзарблиги.** Жарроҳлик аралашуви (ЖА) битишма ривожланишининг бевосита сабаблари орасида этакчи ўринни эгаллайди. Беморларнинг 75-93 фоизда битишма жараёни илгари бажарилган операциялар оқибати эканлиги исботланган [1,3,5]. Шунингдек, ҳар хил турдаги гинекологик ЖАдан кейин битишмалар такрорланиши 87% га, битишмаларга қарши профилактика чоралари билан эса 51% га етиши мумкинлиги кўрсатилган.

Битишма жараёнининг ривожланиши асосий касалликнинг табиати, овқатланиш ҳолати ва генитал ва экстрагенитал локализация сурункали яллиғланиш кўшма патологиясининг хусусиятлари билан белгиланади[4]. Шундай қилиб, чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари билан оғриган аёлларнинг 43-78 фоизда битишмалар жараёни қайд этилади [2]. Гонорея ва хламидия инфекциялари, ташқи генитал эндометриоз яллиғланиш билан боғлиқ битишмалар пайдо бўлиши учун статистик аҳамиятга эга хавф омиллари сифатида тан олинган [6].

Битишма жараёнининг шаклланишидаги асосий омилларидан бири эндотелиал номутаносиблигига асосланган яллиғланиш эканлигини ҳисобга олсак, юрак-қон томир патологияларида тизимли ишемия-реперфузион шикастланиш ва ўзгаришларни тахмин қилиш мумкин. Эндокрин дисфункцияларида хужайра ичидаги патологик ўзгариш битишма шаклланишига сабаб бўлиши мумкин. Аммо шуни таъкидлаш керакки, ҳозирги кунга қадар чанок аъзоларида битишмалар ривожланиш хавфи нуқтаи назаридан юқорида қайд этилган касалликларнинг прогностик роли тўлалигича ўрганилмаган ва кўшимча ўрганишни талаб қилмоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади:** гинекологияда битишмалар касалликнинг ривожланишида йўлдош касалликларнинг аҳамиятини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** 2017-2022 йилгача гинекологик операцияларни ўтказган 240 беморнинг клиник ва статистик таҳлили натижалари ўрганилиб битишмаларнинг кейинги диагностикаси учун уларнинг пайдо бўлиш хавф омиллари ретроспектив таҳлил қилинди.

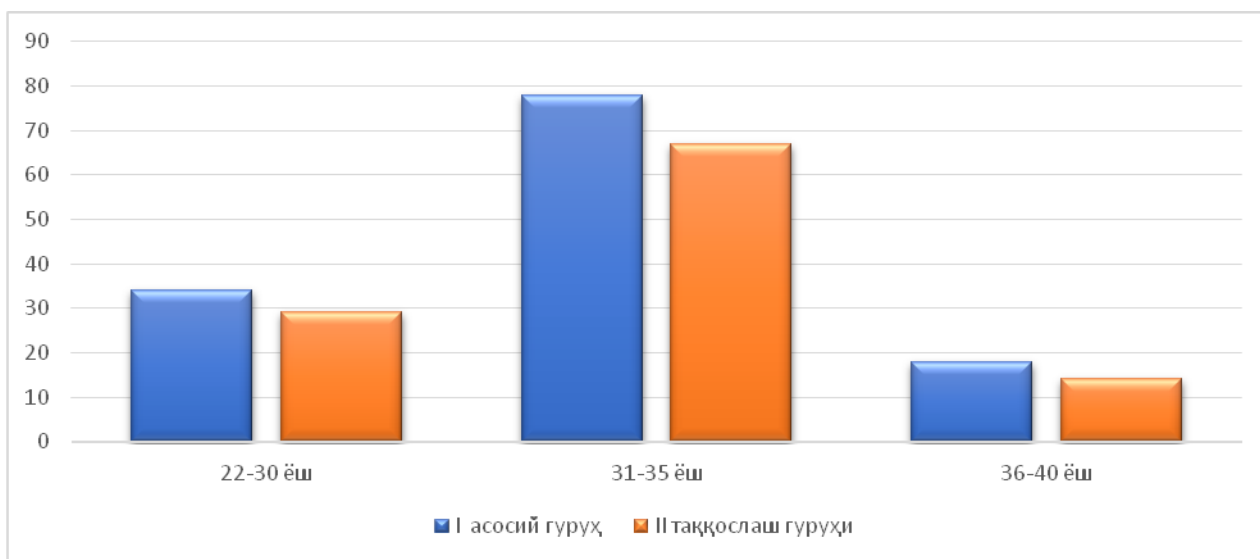
**Тадқиқот натижалари:** Тадқиқотни амалга ошириш учун икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: Асосий клиник гуруҳ (I гуруҳ) жарроҳлик аралашувлардан сўнг чанок аъзоларида битишмалар мавжуд бўлган 130 бемордан иборат эди.

Таққослаш гуруҳи (II гуруҳ) Чанок аъзоларининг битишмалари бўлмаган жарроҳлик аралашувлардан сўнг 110 аёлдан иборат эди. Барча аёллар умумий клиник, биокимёвий, иммунологик ва инструментал текширувдан ўтказилди. I гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $31,6 \pm 1,9$ ; II гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $30,7 \pm 2,1$  ( $p > 0,05$ ). Аёлларнинг аксарияти фаол репродуктив ёшдаги аёллардир - мос равишда 86 (66,1) ва 71 (64,5%) ( $p > 0,05$ ) (1-расм).

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, иккала клиник гуруҳдаги беморларнинг ёши бир хил эди.

Текширувдан ўтганлар орасида 22 нафар бемор ёмон одатлар мавжудлигини кўрсатди, бу 9,2% ни ташкил этди. I гуруҳда 13 (11%), II гуруҳда 9 (8,2%) иштирок этди. Ушбу кўрсаткич бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқ эди.

Тана таркиби тана массаси индекси ёрдамида баҳоланди, шунинг учун I гуруҳда ўртача ТМИ  $33,1 \pm 1,1$ , II гуруҳда  $29,44 \pm 3,29$  ни ташкил этди, бу ёғ ыалмашинуви бузилишининг мавжудлигини ва биринчи ва иккинчи даражали семириш мавжудлигини кўрсатди, аммо бу фарқ муҳим эмас эди.



**Расм 1.** Ретроспектив гуруҳларда беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши

**Жадвал 1.** Аёлларнинг ёшга қараб тақсимланиши

Текширилган аёллар гуруҳи	22-30 ёш		31-35 ёш		36-40 ёш		Жами (n=240)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Асосий гуруҳ (I)	34	26.2	78	60,0	18	13.85	130	54.2
Таққослаш гуруҳи (II)	29	26.4	67	61.1	14	12.73	110	45.83

**Жадвал 2.** Ретроспектив гуруҳлардаги беморларда экстрагенитал патология (мутлак сон,%)

Экстрагенитал патология	I гуруҳ, (n = 130)	II гуруҳ, (n=110)
Юрак-қон томир тизимининг касалликлари	43 (33,1) *	19 (17,3)
Эндокрин тизим касалликлари	46 (35,4) *	21 (19,1)
Нафас олиш тизими касалликлари	16 (12,3)	10 (9,1)
Гастроэнтерологик касалликлар	48 (36,9)	42 (38,2)
Урологик касалликлар	29 (22,3)	23 (20,9)
Гематологик касалликлар	4 (3,1)	3 (2,7)

*Изоҳ:* \*–  $p < 0,05$  таққослаш гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан

**Жадвал 3.** Асосий гуруҳда ва таққослаш гуруҳида экстрагенитал патологиянинг қиёсий тавсифи

Экстрагенитал патология	Асосий гуруҳ, (I гуруҳ) n=130		Таққослаш гуруҳи (II) n=110	
	абс.	%	абс.	%
Нафас олиш тизимининг касалликлари: бронхиал астма, сурункали бронхит	16	12,3%	10	9,1%
Артериал гипертензия	31	23,9%*	11	10%
Коронер юрак касаллиги	9	7%*	5	4,5%
Юрак ритмининг бузилиши	6	4,6%*	3	2,73%
Ошқозон-ичак тракти касалликлари	48	36,9%	42	38,2%
Турли локализациядаги чурралар (герниопластика)	23	17,7%*	12	10,9%
Сийдик чиқариш тизимининг касалликлари	29	22,3%	23	20,9%
Остеохондроз, сколиёз, артроз	32	24,6%*	13	11,8%
Пастки экстремиталарнинг варикоз томирлари, флебектомия	14	10,8%	9	8,1%
Гипотирозидизм	4	3,07%	2	1,82%
Тугунли зоб	6	4,6%	3	2,72%
II турдаги қандли диабет	14	10,77%	7	6,4%
Семириб кетиш	24	18,46%	11	10%
Аллергик касалликларга мойиллик, тонзиллектомия	31	22,14%	21	16,2%

*Изоҳ:* \*–  $p < 0,05$  таққослаш гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан

Анамнестик маълумотларни баҳолашда биз экстрагенитал касалликларни ва умуман беморларнинг саломатлик индексини таҳлил қилдик ва омилларни аниқладик.

Иккала гуруҳда ҳам учрайдиган соматик патологияни батафсил таҳлил қилиш натижалари 3-жадвалда келтирилган.

Касаллик анамнезни ўрганишда (2-жадвал) I гуруҳ беморларида статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори даражадаги коморбидлик аниқланди: экстрагенитал патология II гуруҳга нисбатан 1,6 марта тез-тез қайд этилган ( $p = 0,001$ ). 21 (16,2%) ва 11 (10%) ( $p=0,048$ ) ҳолларда бир нечта органлар ва тизимларнинг комбинацияланган шикастланиши кузатилди. I гуруҳдаги беморларда юрак-қон томир (артериал гипертензия, сурункали веноз касалликлар) ва эндокрин тизим касалликлари (семизлик, гипер- ва гипотирозидизм) II гуруҳга нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори эканлигини таъкидлаш керак - 2,0 ( $p = 0,038$ ) ва мос равишда 1,9 марта ( $p=0,045$ ).

Шуни таъкидлаш керакки, кўриб чиқилаётган патологиялар, ўзига хос нозологиядан қатъи назар, умумий шикастланиш механизми (оксидланиш стресси, эндотелиал дисфункция, яллиғланишга қарши цитокинларнинг ҳаддан ташқари ишлаб чиқарилиши) маҳаллий гиперергик яллиғланиш реакциясининг ривожланиши билан тавсифланади.

3-жадвал натижаларидан кўриниб турибдики, битишмалар (I гуруҳ) бўлган беморларда артериал

гипертензия 31 (23,9%), коронар артерия касаллиги 9 (7%), варикоз томирлари каби касалликларга кўпроқ мойил бўлган. пастки экстремиталардан 14 (10,8%), эндокрин тизим касалликлари - 46 (35,4%), таянч-ҳаракат тизими - 32 (24,6%) ( $p < 0,05$ ). экстрагенитал касалликлар борлиги аниқланди. Олинган натижалар текширилган беморларда генитал пролапсаси бўлган аёлларнинг саломатлик кўрсаткичи пастлигини кўрсатади.

Операциядан кейинги перитонеал битишмаларнинг шаклланишига конституциявий мойиллик масаласи ўтган асрнинг бошидан бери муҳокама қилинмоқда [4]. Замонавий адабиётда бириктирувчи тўқима дисплазияси ва операциядан кейинги битишмали асоратларнинг ривожланиши ўртасидаги болиқликни ўрганишга баишланган бир нечта асарлар мавжуд [5]. Таянч-ҳаракат тизими касалликлари, веноз касалликлар, эндокрин патологиялар, турли локализатсия чурралари билан касалланишнинг юқори даражаси жинсий аъзоларнинг пролапсаси патогенезида бириктирувчи тўқималарнинг тизимли этишмовчилигининг (бириктирувчи тўқима дисплазияси) маълум ролини кўрсатади.

Бирлаштирувчи тўқима дисплазиясининг намоён бўлишига хос бўлган касалликлар ва ҳолатларнинг пайдо бўлиш частотасини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, I гуруҳдаги беморларда бу ҳолатлар сезиларли даражада тез-тез кузатилган: турли жойларда чурралар (17,7%), совуққа мойилликнинг ошиши (12,3%), варикоз томирлари касаллиги (10,8%),

сколиоз (24,7%), юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши (4,6%) II гуруҳга нисбатан, бу патологиялар билан касалланиш сезиларли даражада паст бўлган. Бинобарин, ушбу омилларнинг аниқ намоён бўлган беморлар операциядан кейин битишмалар ривожланиши учун хавф гуруҳини ташкил қилади ва бу ҳолатларнинг олдини олиш керак.

#### **Хулоса:**

Турли хил гинекологик патологиялар учун ўтказилган ЖА дан кейин беморларда чаноқ аъзоларининг битишмалари пайдо бўлиш частотаси 140 (58,3%). Ушбу патологиянинг юқори даражада тарқалиши муаммонинг тиббий ва ижтимоий аҳамиятини тасдиқлайди.

Чаноқ аъзоларининг битишмалари билан орган беморлар, асосан, сурункали характерга эга бўлган яллиғланиш касалликларининг сезиларли даражаси билан ажралиб туради. Сурункали экстрагенитал патологиялар билан биргаликда - хусусан, юрак-кон томир ва эндокрин тизимларнинг касалликлари; эндокрин дисфункция (эстроген этишмовчилиги ва тироксиннинг гиперфункцияси); аҳамиятли бўлиб терапевтик ва профилактика чораларини ишлаб чиқишда этиборга олинishi мумкин.

#### **Адабиётлар:**

1. Is patient yeducation about adhesions a requirement in abdominopelvic surgery / A. Hirschelmann, C. W. Wallwiener, M. Wallwiener [yet al.] // Geburts'hilfe Frauenheilkd. - 2012. - Vol. 72. - P. 299 - 304.
2. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery / The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society of Reproductive Surgeons // Fertil Steril. -2013. - Vol. 99, № 6. - P. 1550 - 1555.
3. Crosslinked hyaluronan hydrogels containing mitomycin C reduce postoperative abdominal adhesions / Y. Liu, H. Li, X. Z. S'hu [yet al.] // Fertil. Steril. -2005. Vol. 83, № SUPPL 1. - P. 1275 - 1283.
4. Molinas C.R., Konincks P.R. Hypoxemia induced by CO2 or helium pneumoperitoneum is a co-factor in adhesion formation in rabbits. Hum Reprod 2020; 15: 1758-1763
5. Molinas C.R., Mynbaev O., Pauwels A., Novak P, Konlnckx P.R. Peritoneal mesothelial hypoxia during pneumoperitoneum is a cofactor in adhesion formation in a laparoscopic mouse model. Fenil Steril 2021; 76: 560-567.
6. Miller C.E. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques. Obstet Gynec Clin Nonh Am 2020; 27:407—420.
7. Indiaminov S.I., Abdumuminov K.N., Boymanov F. K. Characteristics of injuries in cyclists injured when other vehicles collide with the side of the body of moving bicycles //Russian Journal of Forensic Medicine. - 2022. - Т. 8. - №. 4. - С. 57-65.

8. Kushbakov A. M., Rashidov F. F. Morphological features of stab-cut wounds of the skin of the trunk and limbs inflicted by kitchen knives //Reports of Morphology. - 2023. - Т. 29. - №. 2. - С. 32-37.

9. Boymanov F. K., Kushbakov A. M. Morphological features of heart damages caused by national Uzbek knives //Reports of Morphology. - 2023. - Т. 29. - №. 1. - С. 46-49.

### **РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ СПАЕЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В ГИНЕКОЛОГИИ**

*Эшдавлатов И.Э., Кушбаков А.М., Ходжамкулова К.И.*

**Резюме.** Цель настоящего исследования: изучить значение коморбидной патологии в развитии спаечной болезни в гинекологии. Материалы и методы исследования. Изучены результаты клинико-статистического анализа 240 пациенток, перенесших гинекологические операции в период 2017-2022 гг., и ретроспективно проанализированы факторы риска их возникновения для дальнейшей диагностики спаек. Результаты исследования: Исследование было разделено на две группы: Основную клиническую группу (I группа) составили 130 пациенток со спайками таза после хирургических вмешательств. Группу сравнения (II группа) составили 110 женщин, перенесших хирургические вмешательства без спаек таза. Всем женщинам проведено общеклиническое, биохимическое, иммунологическое и инструментальное обследование. Средний возраст больных I группы — 31,6±1,9 лет; Средний возраст пациенток II группы составляет 30,7±2,1 года ( $p>0,05$ ). Большинство женщин составляют женщины активного репродуктивного возраста — 86 (66,1) и 71 (64,5%) соответственно ( $p>0,05$ ). Выводы. Частота спаек таза у больных после ЮА, выполненного по поводу различной гинекологической патологии, составляет 140 (58,3%). Высокая распространенность данной патологии подтверждает медико-социальную значимость проблемы. Больные спайками органов малого таза отличаются значительной степенью воспалительных заболеваний, имеющих преимущественно хронический характер. Вместе с хроническими экстрагенитальными патологиями — в частности, заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем; эндокринная дисфункция (дефицит эстрогенов и гиперфункция тироксина); могут быть учтены при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** гинекология, женщины, заболевания суставов, хирургия, заболевания плаценты.