

**КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН ПАЙДО БЎЛГАН
«НИША» СИМПТОМИ ВА БЕПУШТЛИК****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, З. С. Насимова, М. О. Сонокулова**
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** кесар кесиш операцияси, бачадон чандиғи, «Ниша» симптоми, метропластика.**Ключевые слова:** кесарево сечение, рубец на матке, «Ниша» рубца, метропластика.**Keywords:** cesarean section, scar on the uterus, scar niche, metroplastics.**БЕСПЛОДИЕ И СИМПТОМ «НИШИ» ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ****Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, З. С. Насимова, М. О. Сонокулова**
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан**THE "NICHE" SYMPTOM FORMED AFTER THE CESAREAN SECTION AND INFERTILITY****G. T. Rabbimova, B. B. Negmadjanov, N. R. Nasimova, Z. S. Nasimova, M. O. Sonokulova**
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Долзарблиги. Сўнгги ўн йилликларда кесар кесиш операциясидан сўнг бачадондаги жароҳат соҳасини тиклаш сифати ва миометриянинг юпқалашиши натижасида «Ниша» симптомининг пайдо бўлиши кенг муҳокамага сабаб бўлмоқда.

Мақсад: Кесар кесиш операциясидан кейин пайдо бўлган «Ниша» симптомини этиологик омилларини ўрганниш ва бачадон чандиғи ҳолатини баҳолашда гистероскоп усулини самарадорлигини аниқлаш.

Кўп йиллар давомида акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бу кесар кесиш операциясидан сўнг бачадондаги чандиқ муаммоси бўлиб, унинг учраши доимий равишда ошиб бормоқда. Ўзбекистонда Кесар кесиш операциясининг учраш частотаси 2017-йил Соғлиқни сақлаш вазирлигининг хатига кўра 20,3% га етган. Ушбу ўсишнинг сабаблари кўп омилларга боғлиқ. Буларга ёши каттароқ биринчи марта туғувчилар сонининг кўпайиши, кўшма оғир акушерлик ва экстрагенитал патологиянинг кўпайиши, ҳомилани тирик ва соғлом туғилиши учун операцияга кўрсатмаларнинг сезиларли даражада кенгайиши, шунингдек, иқтисодий, ташкилий, ижтимоий ва маданий омиллардир [12,14,17].

Кесар кесиш операциясининг кўпайиш сабаблари жуда объектив бўлишига қарамай, бу ўсиш оналар ва болалар соғлиғини муҳофаза қилишнинг турли хил муаммоларини ҳал қилишга олиб келмади. Кесар кесиш операциясига қадар ва операциядан кейинги асоратларнинг даражаси [8,20,4,15,12] (қон кетиш, йирингли-яллиғланишли асоратлар ва бошқалар), табиий туғруқ йўллари орқали туғиш билан таққослаганда юқори эканлиги исботланган.

Сўнгги ўн йилликларда тадқиқотчиларнинг бачадондаги чандиқ (йўлдошнинг бачадонга зич ёпишиши ёки унинг ўсиб кириши, чандиқдаги ҳомилдорлик, бачадон ёрилиши ва бошқалар) туфайли юзага келадиган кесар кесиш операциясининг узоқ муддатли асоратларига қизиқиши ортди [2,4]. Бир қатор нашрларда гинекологик клиник белгиларнинг пайдо бўлишида, яни жинсий азолардан узоқ вақт давомида қон кетиш, дисменорея, тос суягининг сурункали оғриғи, бепуштлик каби белгилар бачадон чандиғининг етарли даражада даволанилмаслиги билан боғлиқ бўлиши мумкин, деб тахмин қилинган [20,13,11,1,3,7,8]. Шубҳасиз, кесар кесиш операциясидан кейин бачадон чандиғининг тикланишига кўп сонли омиллар таъсир қилади, шу жумладан бачадон ярасини тикиш техникаси билан боғлиқ омиллар, бачадоннинг пастки сегментини анатомик ривожланганлиги ёки бачадон девори кесмаси даражаси, кесар кесиш операциясидан кейин пайдо бўлган бачадондаги йирингли яллиғланиш касалликлари бачадондаги жароҳат соҳасини нормал битишига тўсқинлик қилади. Натижада жароҳат соҳасида турли асоратлар келиб чиқади. Шунингдек салбий таъсир кўрсатадиган умумий соматик омиллар ҳам мавжуд (беморнинг камқонлик дара-

жаси, тана массаси индекси, қандли диабет соматик патология ва бошқалар) [12,11]. Шу билан бирга, ушбу омилларнинг қайси бири етакчи ёки асосий эканлиги, уларнинг комбинацияси қандай аҳамиятга эга эканлиги номаълум бўлиб қолмоқда. Бундан ташқари, нега баъзи беморларда кесар кесиш операциясидан кейин бачадон чандиғи билан такрорланадиган муаммолар пайдо бўлиши ҳали ҳам ажабланарли.

Сўнгги ўн йилликлар давомида бутун дунё бўйлаб Кесар кесиш операцияси билан туғдириш учраши сезиларли даражада ошди. 1990-йилдан 2014-йилгача дунёда Кесар кесиш операциясининг учраши 6,7% дан 19,1% гача ўсди, бу эса 12,4% га муттасил ўсишни англатади. Шундай қилиб, КС дунёдаги деярли ҳар бешинчи ҳомиладор аёлда амалга оширилади. Мамлакатимиздаги перинатал марказлар ва клиникаларда ушбу операция учраши 25-30% га, айрим акушерлик муассасаларида эса 40-50% гача етади [2,4,18].

Дунёнинг барча мамлакатларида, етилмаган ҳомиладорликда абдоминал туғдириш кўрсаткичлари, қоида тариқасида, бошқа омиллар билан биргаликда кенгайтирилди [13].

Маълумки, Кесар кесиш операциясининг тахминан 30% нисбий кўрсаткичлар бўйича амалга оширилади. Акушер аёлнинг Кесар кесиш операцияси орқали туғилишга бўлган доимий истагини эътиборсиз қолдириши одатий ҳол эмас [5,20]. Шу билан бирга, операция янги туғилган чақалоқнинг биринчи нафаси, онгни шакллантириш учун масъул бўлган ретикуляр шаклланиш функциясини фаоллаштириш учун зарур шарт сифатида туғилиш актининг барча даврларини истисно қилиш билан бирга келади. Бинобарин, Кесар кесиш операциясининг кўрсаткичлари эволюцияси бачадонда чандиғи бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни бошқаришда жиддий муаммо туғдирди.

Кўпгина ҳолларда бачадонда чандиқ борлиги қайта туғруқнинг асосий кўрсаткичидир [12,14,15]. Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг фикрига кўра, Кесар кесиш операциясидан кейин бачадонда чандиқ пайдо бўлса, аёлларнинг 25-70% да табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш мумкин [13,3,20,2,16,18]. Мамлакатнинг етакчи шифохоналарининг тажрибаси шуни кўрсатадики, оғирлаштирувчи омиллар бўлмаган тақдирда, бундай туғдириш 50% гача бўлиши мумкин [4,10]. Аммо бачадон чандиғининг ҳаётийлиги учун аниқ мезонларнинг етишмаслиги абдоминал туғруқ учрашининг пасайишига эришишга имкон бермайди [1,2,5].

Кесар кесиш операцияси билан боғлиқ кўшимча муаммолар ва зиддиятларга нафақат мамлакатлар ўртасида, балки мамлакатлар ичида ҳам операция кўрсатмаларидаги фарқлар, шунингдек, Кесар кесиш операцияси соғлиқни сақлаш тизимининг бюджетига зарур бўлган харажатлар киради [16,15].

1985-йилдан бери халқаро соғлиқни сақлаш ҳамжамиятида кесар кесиш операцияси учун идеал кўрсаткич 10-15% ташкил этиши қабул қилинган. Янги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, агар Кесар кесиш операцияси даражаси аҳоли даражасида 10% га кўтарилса, оналар ва неонатал ўлим кўрсаткичлари пасаяди. Аммо, агар уни амалга ошириш учраши 10% дан ошса, мавжуд маълумотлар ўлим кўрсаткичлари яхшиланганлигини кўрсатмайди (ЖССТ баёноти, Женева, 2015). Табиий туғруқ йўлларида нисбатан Кесар кесишнинг ошиши ва перинатал натижаларнинг ёмонлашиши ўртасидаги боғлиқликни кўрсатадиган тадқиқотлар ҳам мавжуд [12,13,16].

Бинобарин, Кесар кесиш операцияси частотасининг кўпайиши сабаблари соҳа мутахассислари учун тушунарли, аммо бу ўсиш оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилишнинг турли хил муаммоларини ҳал қилишга олиб келмади.

Уларни таърифлаш учун ишлатиладиган атамалар "анормал" ёки "нуқсонли" чандиқлар ушбу мавзу бўйича турли хил нашрларда фарқ қилади. Муаллифлар «истмоцеле», «бачадон дивертикули», «чандиқ нуқсонли», «чандиқнинг ёрилишлари» [6,18,12] каби атамалардан фойдаланадилар, натижада чандиқнинг маҳаллий ингичкалаши (миёметриумнинг ингичкалашиши) келиб чиқади.

Шундай қилиб, Кесар кесиш операциясидан кейин бачадон чандиғининг маҳаллий юпқаланишининг ривожланиш сабаблари, уларни аниқлашнинг турли усулларидаги сама-

радорлиги тўғрисидаги маълумотлар ишлатилган таърифлар, диагностика усуллари, тадқиқот тузилмаларининг номувофиклиги билан чекланади. Шунингдек, даволанишнинг зарурлиги, мақсадга мувофиқлиги, кўрсаткичлари ва самарадорлиги тўғрисидаги маълумотлар ва ушбу патологияни тузатиш усуллари (гормонал даволаш, жарроҳлик даволаш) ушбу тадқиқот учун асос бўлган.

Ҳам операциядаги, ҳам операциядан кейинги асоратларнинг юқори хавфи туфайли, бу операцияни енгил жарроҳлик деб таснифлаш мумкин эмас. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, Кесар кесиш операцияси пайтида асоратлар пайдо бўлиши 7,0-19,5% ни ташкил қилади ва акушерлик, экстрагенитал патология билан боғлиқ бўлиши мумкин [14,2,7,3]. Шундай қилиб, рус муаллифларининг фикрига кўра, Кесар кесиш операциясидан кейин эндометрит билан касалланиш 10-20% ни ташкил қилади, бу ўз-ўзидан туғилгандан кейин 3-5% га тенг [5,1,15]. Америка Педиатрия Академияси ва Америка Акушерлик ва Гинекологлар Коллежининг (АСОГ) маълумотларига кўра эндометрит КСни тиббий сабабларга кўра ўтказган аёлларнинг тахминан 60 % да ва факультатив КСдан кейин 24 % да ривожланади [5,13].

Л.В. Ткаченко [7] 100 та беморни текширгандан сўнг, Кесар кесиш операциясидан кейин йирингли яллиғланишли асоратлар (ЙЯ) пайдо бўлишининг қуйидаги омилларини аниқлади: ЙЯ кўпинча қайта ҳомиладор аёлларда (64%) тиббий ва спонтан абортлар билан учрайди. (66%); бепуштлиқ (8%); аёлларнинг репродуктив тизимининг яллиғланиш касалликлари (10-14%); ҳомиладорлик пайтида аниқланган жинсий йўл билан юқадиган инфекция (19-28%). ЙЯ учун экстрагенитал хавф омиллари орасида сурункали инфекция ўчоқлари (26%), айниқса, сийдик йўллари тизимидаги ушбу инфекциялар (пиелонефрит, 16-24%) мавжудлиги аниқланди. Анемия (60-62%) ва ёғ алмашинувининг бузилиши (22-24%) туғувчи аёлнинг ҳимоя ва мослашувчан қобилиятининг пасайишига олиб келади. Акушерлик омилларидан муаллифларнинг фикрига кўра, энг муҳими: узоқ муддатли меҳнат (76%); "сувсиз" давр 6 соатдан ортиқ (64%); оғир прееклампсия (ПЕ) мавжудлиги (22%). Интраоператив асоратларни келтириб чиқарадиган хавф омиллари қуйидагилардир: туғруқнинг 1-ёки 2-босқичи охирида КС операциясини бажариш, бачадонни жарроҳлик жароҳати ичига олиб ташлаш (ташки кўриниш деб аталади), йўлдошни инструментал равишда олиб ташлаш, йўлдошнинг тўлиқ олдинда жойлашиши ва бошқалар [2,7,3,20,12,16,17,].

Энг ноқулай ва нисбатан тез-тез (38% гача) Кесар кеиш операциясидан кейинги асоратларга патологик ва катта қон кетишлар киради [14,1,5,8,2,4,7]. Кесар кесиш операциясини режалаштирилган операцияси пайтида қон йўқотишининг ўртача ҳажми 800 мл ни ташкил қилиши мумкин, фавқулодда вазиятда - 1000-1200 мл ва бачадонни олиб ташлаш операцияси ҳажми 1500-3000 мл гача кенгайиши билан боғлиқ [14,1,5,2].

Бачадоннинг қисқариш функцияси (гипотоник, атоник) бузилиши билан боғлиқ қон кетишлар оператив (21%) ва табиий йўллар орқали (22%) туғруқ пайтида ҳам кузатилиши мумкин [2,5,4].

Баъзи тадқиқот ишларида катта қон йўқотиш билан мураккаблашган абдоминал туғруқ организмнинг кўплаб ҳимоя механизмларини ва иммунологик параметрларнинг ўзгаришини бостиришга ёрдам бериши ҳақида эслатиб ўтилган [4,5]. Шунинг учун бачадондаги ҳар қандай жарроҳлик аралашувни ўтказишда акушер-гинекологлар қон йўқотиш ҳажмини камайтиришга интилишлари керак, бу операциядан кейинги давр ва келажакда беморнинг умумий ҳолатига таъсир қилади [1,5,8].

Кўпгина тадқиқотчилар плацента ассрета улушининг кўпайишига ишонишади (йўлдошнинг зич бириктирилиши) асосий роль икки омилга тегишли: Кесар кесиш операциясидан кейинги чандиқ ва йўлдошнинг тўлиқ олдинда жойлашишидан кейин бачадондаги чандиқ [16]. Ҳозирги вақтда плацента ассрета 2500-7000 туғруқ учун битта аёлда аниқланади [12,16]. Т.Ангстманн ва бошқа ҳаммуаллифлар (2010) ушбу патологик ҳолатнинг келажакда кенг тарқалиши тўғрисида - 533 та туғилишда 1 та ҳолатга қадар - мақола чоп этди [4].

Пласента праевия йўлдошнинг тўлиқ олдинда жойлашиши билан касалланишнинг Кесар кесиш операциясини сонига боғлиқлиги мавжуд. Аҳолида плацента праевия билан касалланиш даражаси: бачадон бузилмаган аёлларнинг 0,26%, битта Кесар кесиш операциясидан кейин чандиғи бўлган аёлларнинг 0,65% ва 10% - тўрт ёки ундан ортиқ аралашувлар билан боғлиқ [5]. 75-90% ҳолларда плацента превиа унинг ўсиши билан бирлаштирилади [6,16,10].

Кесар кесиш операциясининг ўсиб бораётган улуши ва йўлдош ўсишининг кўпайиши ўртасидаги ўзаро боғлиқлик бутун дунёда қайд этилган [7,6,13,16,10,12,14], бу муқаррар равишда қон кетиш хавфи ортишига олиб келади.

Бачадондаги чандиқ ва йўлдошнинг анормал бириктирилиши бўлган ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишни кенгайтириш учун туғруқдан олдин клиникалар фаолиятини такомиллаштириш, амалий акушерлик учун қон кетишининг олдини олиш ва тўхтатишнинг янги ва самарали усуллари жорий этиш зарур.

Кўплаб муаллифлар бачадондаги чандиқнинг кейинги ҳомиладорликка таъсирини таъкидладилар. 85 728 нафар беморни мета-таҳлил қилинишича, Кесар кесиш операциясини ўтказган аёлларда ҳомиладорлик эҳтимоли табиий йўллар орқали туғдирилган аёлларга караганда 9% камроқ [19].

Кесар кесиш операциясидан кейин маълум бир хавф бачадон чандиғида ҳомиладорликдир (бачадон чандиғи). Маҳаллий адабиётда БРМ ҳолатларини тавсифловчи бир нечта асарлар мавжуд [8,3]. Соғлиқни сақлаш муассасаларининг диагностика бўлимларини замонавий жиҳозланганлиги ушбу хавфли патологияни ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида оғир шароитлар бошланишидан олдин ўз вақтида аниқлашга имкон беради [4].

Онанинг ўлимига ва оғир перинатал натижаларга олиб келиши мумкин бўлган энг жиддий акушерлик асорати бу бачадоннинг ёрилиши [3,14]. Баъзида ёриқлар ҳатто туғруқ пайтида ҳам содир бўлмайди, лекин ҳомиладорликнинг 22-24 ҳафталигида ёки ундан олдин [2], тиббий абортдан пайтида ва кейин [16,12] кузатилади. Бачадоннинг барча ёрилишларининг тузилишида олдинги кесар кесиш операциясидан сўнг ёриқлар муҳим роль ўйнайди [2,10,13,10].

Дарҳақиқат, яқинда ўтказилган бир тадқиқот шуни кўрсатдики, бачадоннинг ёрилиши билан касалланиш 10000 туғруқ учун 5,6 %ни ташкил қилади [9].

Шундай қилиб, Кесар кесиш операциясининг кўпайиши муқаррар равишда она томонидан кузатиладиган асоратлар, шу жумладан бошқа асоратларнинг кўпайишига олиб келади. Замонавий шароитда миёметрияни тиклашнинг патофизиологик жараёнларига катта эътибор берилмоқда, уларнинг тўлиқ тикланиши оналар касаллигини ва ўлимни камайтириши мумкин.

2000-йиллар давомида миёметрияни тиклаш бирлашган биологик қонунларга мувофиқ давом этиши ва қуйидаги асосий босқичларни ўз ичига олганлиги тасдиқланди: биринчидан, яллиғланиш жараёни, иккинчиси - грануляция (бириктирувчи) тўқима неоплазмаси ва эпителийнинг тикланиши; учинчиси - чандиқнинг шаклланиши ва қайта тузилиши [1]. Уларнинг ўртасида қатъий чегаралар йўқ ва вақт ўтиши билан улар қисман бир-бирини қоплаши мумкин. Юқоридаги босқичлар универсал бўлиб, яра турига боғлиқ эмас.

Биринчи фаза шикастланиш пайтидан бошлаб ўртача 2-7 кун давом этади ва унинг давомийлиги яранинг катталиги ва турига боғлиқ. Натижада пайдо бўлган микросиркуляцион ўзгаришлар қон томир тонусининг ўзгаришига, қон томир деворларининг ўтказувчанлиги ва биологик фаол моддалар (циклик нуклеотидлар, простаглицин ва бошқалар) биосинтези характерининг бузилишига камаяди [12].

Ярани даволашнинг иккинчи босқичи одатда жароҳатдан 4-6 кун ўтгач бошланади. Бундай ҳолда, регенерациянинг икки тури мумкин: бу етарли бўлмаган регенерация ва чандиқ клиник жиҳатдан аниқланмаган реститация. Миёметриял нуқсонни бириктирувчи тўқима билан эмас, балки силлиқ мушак тўқималари билан алмаштириш етарли деб ҳисобланади [6].

1911 йилда С.Камерон КСдан кейин чандиқ бўйлаб бачадон ёрилиши туфайли вафот этган ҳомиладор аёлнинг тиббий тарихи тўғрисида маълумотларни нашр этди. Патанатомик текширувида бачадон чандиғи ёрилиб, бачадон бўшлиғи қонга тўлиб кетган ва амнион пардаси бутун бўлган ҳомила қорин бўшлиғида бўлганлиги аниқланди [80]. Бу бачадон чандиғидаги нуқсон туфайли кечиктирилган асоратнинг биринчи қайд этилган ҳолати эди.

Сўнгги ўн йилликларда ҳайз давридан кейинги қон кетиш, дисменорея, тос суяги сурункали оғриғи (ЦО), диспаруния каби гинекологик аломатлар «Ниш» борлиги ҳақида фикрлар билдирилмоқда [7].

"Ниш" ташҳиси қўйилган беморларда энг доимий аломатлар ҳайздан кейинги қон кетиш ва қориннинг пастки қисмида оғриқ. Шундай қилиб, Кесар кесиш операциясидан [11] кейин бачадонида чандиғи бор 263 аёлни текшириш натижасида ҳар учинчи аёл таърифланган шикоятларни тақдим этиши аниқланди. Шу билан бирга, ҳайздан кейин жинсий аъзолардан доғ тушиши "ниш" бор аёлларда ва миёметриянинг қолдиқ қалинлиги бўлган аёлларда бачадон олд девори қалинлигининг 50% атрофида 'ниш' мавжуд бўлади. Ушбу маълумотлар беморларга илгари хабар қилинган маълумотлар билан мос келади [6,18]. Уларнинг этиологияси тўлиқ эмас. Уларнинг сабаби ҳайз кўриши тўхтаганидан кейин вақти -вақти билан бўшатиб турадиган "ниш" да ҳайз кўриш қонининг давом этганлиги бўлиши мумкин, деб ҳисоблашади [7,9,11,10]. Бачадон чандиғидаги толали тўқима миёметриянинг нормал қисқаришини ва натижада ҳайз кўриш оқимининг дренажланишини бузса, қон ҳам тўпланиши мумкин [11]. Бундан ташқари, "ниш" даги янги ҳосил бўлган мўрт томирлар қон ёки суюқликнинг "ниш" ёки бачадон бўшлиғида тўпланишига ҳисса қўшиши мумкин. Бу эндометриум [16] стромасида эркин қон ҳужайралари борлиги ва аксарият беморларда майда томирлар кўринадиган гистероскопия маълумотлари билан тасдиқланган [9,11,13,17,18,11,17].

1911 йилда С.Камерон Кесар кесиш операциясидан кейин чандиқ бўйлаб бачадон ёрилиши туфайли вафот этган ҳомиладор аёлнинг тиббий тарихи тўғрисида маълумотларни нашр этди. Патанатомик текширувида бачадон чандиғи ёрилиб, бачадон бўшлиғи қонга тўлиб кетган ва амнион пардаси бутун бўлган ҳомила қорин бўшлиғида бўлганлиги аниқланди [8]. Бу бачадон чандиғидаги нуқсон туфайли кечиктирилган асоратнинг биринчи қайд этилган ҳолати эди.

Сўнгги ўн йилликларда ҳайз давридан кейинги қон кетиш, дисменорея, тос суяги сурункали оғриғи (ЦО), диспаруния каби гинекологик аломатлар "ниш" борлиги ҳақида фикрлар билдирилмоқда.

"Ниш" ташҳиси қўйилган беморларда энг доимий аломатлар ҳайздан кейинги қон кетиш ва қориннинг пастки қисмида оғриқ. Шундай қилиб, Кесар кесиш операциясидан [11] кейин бачадонида чандиғи бор 263 аёлни текшириш натижасида ҳар учинчи аёл таърифланган шикоятларни тақдим этиши аниқланди. Шу билан бирга, ҳайздан кейин жинсий аъзолардан доғ тушиши "ниш" бор аёлларда ва миёметриянинг қолдиқ қалинлиги бўлган аёлларда бачадон олд девори қалинлигининг 50% атрофида «Ниш» мавжуд бўлади. Ушбу маълумотлар беморларга илгари хабар қилинган маълумотлар билан мос келади [6,18]. Уларнинг этиологияси тўлиқ эмас. Уларнинг сабаби ҳайз кўриши тўхтаганидан кейин вақти -вақти билан бўшатиб турадиган "ниш" да ҳайз кўриш қонининг давом этганлиги бўлиши мумкин, деб ҳисоблашади [7,9,11,18]. Бачадон чандиғидаги толали тўқима миёметриянинг нормал қисқаришини ва натижада ҳайз кўриш оқимининг дренажланишини бузса, қон ҳам тўпланиши мумкин [11]. Бундан ташқари, "ниш" даги янги ҳосил бўлган мўрт томирлар қон ёки суюқликнинг "ниш" ёки бачадон бўшлиғида тўпланишига ҳисса қўшиши мумкин. Бу эндометриум [16] стромасида эркин қон ҳужайралари борлиги ва аксарият беморларда майда томирлар кўринадиган гистероскопия маълумотлари билан тасдиқланган [9,11,13,17,18,1].

Шундай қилиб, ҳозирги кунгача, Кесар кесиш операциясидан кейин пайдо бўлган «Ниша» симптомини ривожланишининг патогенетик сабаблари номаълумлигича қолмоқда.

Кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги чандик соҳасидаги «Ниша» симптомини ҳолатини аниқлашнинг турли усулларининг самарадорлиги тўғрисидаги маълумотлар ноаниқлигича қолмоқда. Шунингдек, ушбу патологияни тузатиш зарурати ва вариантлари мавзуси муҳокама қилинади. Ушбу қатор ҳал қилинмаган фундаментал масалалар ушбу тадқиқот учун асос бўлиб хизмат қилди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Бурхонова Ш.И., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Валиев Ш.Н. Сравнительная оценка некоторых результатов операций с применением нижнесрединного разреза и доступа по Joel-Cohen в неотложной акушерской практике // Достижения науки и образования - 2020 - № 3 (57<https://Scientifictext.Ru>);
2. Валиев Ш.Н., Негмаджанов Б.Б., Ким В.О. Повреждение мышц передней брюшной стенки при нерациональном выборе доступа абдоминального родоразрешения // Новый день в медицине. 4(34), 2020. С.125-128.
3. Коган О.М., Войтенко Н.Б., Зосимова Е.А., и др. Алгоритм ведения пациенток с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения // Клиническая практика. - 2018. - Т. 9. - №3. - С. 38-43.
4. Краснополский В.И. и др. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: рук. для врачей /под общ. ред. В.И. Краснополского. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: СИМК.- 2018. — 224 с.
5. Маркарян Н.М. Сравнительный анализ двух методик чревосечения // Вестник РУДН. Серия: Медицина.- 2016. -№ 2. – С. 146.
6. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе // Журнал акушерства и женских болезней. 2018. - Т. 67, № 1. С. 26-37.
7. Передовые клинические практики и технологии в акушерстве: клиническое руководство (алгоритмы диагностики и лечения): в 2-х ч. /Сост. В.Ф. Беженарь, И.М. Нестеров; под общ. Ред. Проф. В. Ф. Беженаря. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2019. -Ч.1 - С. 267-288.
8. Приходько, А.М. Эхографические и эластографические характеристики состояния матки в зависимости от техники восстановления ее целостности при кесаревом сечении / Приходько А.М., Баев О.Р., Луньков С.С. [идр.] // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 1. - С. 48-55. 29.
9. Сидоров А.Е., Сидоров Е. С. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2017. - Т. 11, №4. -С. 48-56.
10. Хасанов А.А., Журавлева В.И., Галаутдинова Д. И. Отдаленные исходы реконструктивной пластики несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом // Практическая медицина. – 2017. -№8 (109)- С. 168-171.
11. Akdemir A, Sahin C, Ari SA, Ergenoglu M, Ulukus M, Karadadas N. Determination of Isthmocele Using a Foley Catheter During Laparoscopic Repair of Cesarean Scar Defect. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Jan;25(1):21-22. doi:10.1016/j.jmig.2017.05.017. Epub 2017 Jun 8. PubMed PMID: 28602788.
12. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit AK, Vangen S. Authors' replyre: Uterine rupture: trends over 40 years. BJOG. 2016 May;123(6):1033. doi:10.1111/1471-0528.13631. PubMed PMID: 27101267.
13. Cameron SJ. Gravid Uterus ruptured through the Scar of a Caesarean Section. Proc R Soc Med. 1911;4(Obstet Gynaecol Sect):147-9. PubMed PMID:19975262; PubMed Central PMCID: PMC2005117.
14. Colmorn LB, Petersen KB, Jakobsson M, Lindqvist PG, Klungsoyr K, Kallen K et al (2015) The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 94(7):734–744. doi:10.1111/aogs.12639 (PubMed PMID: 25828911).
15. Eckman A, Mottet N, Ramanah R, Riethmuller D. [Delivery of premature infants]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Oct;44(8):781-6. doi:10.1016/j.jgyn.2015.06.014. Epub 2015 Jun 30. Review. French. PubMed PMID:26139037.
16. Eshkoli T, Weintraub AY, Baron J, Sheiner E (2015) The significance of a uterine rupture in subsequent births. Arch Gynecol Obstet 292(4):799–803. doi:10.1007/s00404-015-3715-0 (PubMed PMID: 25864097).
17. Fabres C, Arriagada P, Fernandez C, Mackenna A, Zegers F, Fernandez E. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. J Minim Invasive Gynecol. 2015; 12:25–8. doi: 10.1016/j.jmig.2004.12.023. [PubMed] [Cross Ref].
18. Florio, P., Gubbini, G., Marra, E. et al. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. Gynecol Endocrinol. 2016; 27: 434–438.
19. Futyma K, Galczyński K, Romanek K, Filipczak A, Rechberger T. When and how should we treat cesarean scar defect - isthmocele? Ginekol Pol. 2016;87(9):664-668. doi: 10.5603/GP.2016.0063. Review. PubMed PMID: 27723075.
20. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. Am J Obstet Gynecol. 2017;206(4):331 e1-19. doi: 10.1016/j.ajog. 2012.02.026 [PubMed].