

## GISTEROSKOPIYA AMALIYOTIDA KENG TARQALGAN ASORATLAR VA ULARNING REPRADUKTIV TIZIMGA TA'SIRI

*t.f.d professor Yusupov U.Y*

*espublika iqtisoslashtirilgan sog'lom ona va bola*

*ilmiy amaliy tibbiyot markazi*

*Abdullayeva N.A*

*Respublika iqtisoslashtirilgan sog'lom ona va bola*

*ilmiy amaliy tibbiyot markazi 2- kurs ordinatori*

*Abdullayevanilufar97@gmail.com*

**Dolzarbligi:** Endometriy va bachadon bo'shlig'ining patologiyasi giperplastik jarayonlar, bachadon tanasining leyomiomasi, rivojlanish anomaliyalari (Myuller anomaliyalari), rivojlangan va immunopatologik holatlar, o'sma jarayonlari bilan ifodalanadi va klinik jihatdan ular menstrual va reproduktiv funktsiyalarning buzilishi bilan namoyon bo'ladi shuningdek, o'simta shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan qo'shni organlarning sistemasida o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Bachadon patologiyasini baholash va klinik amaliyotda quyidagi ullaardan foydalanadi: Diagnostik gisteroskopning kuchi bilan tasvirlashda bachadon holatning normal yoki anormalligini aniqlash uchun, shuningdek poliplar, leiomyomalar, saraton, sinexiyalarning mavjudligi anatomik tuzilish anomaliyalari va boshqalar. Biopsiya yoki rezektsiya qilingan endometriyani gistologik tekshirilganda endometriy giperplaziya, endometriy saraton kasalligiga shubha qilingan to'qima hujayralari, siklning o'ziga xos vaqtida endometriyal o'zgarishlarning adekvat xususiyatlarini baholash, shuningdek endometriyada yoki infeksiyada yallig'lanish jarayoni to'g'risidagi ma'lumotlarni baxolashda aniq usul hisoblanadi. Bu usullarda foydalanish hozirgi kunda deyarli hamma ststionar davolash muosasalarida foydalaniladi va amaliyotni bajarish jarayonida turli asoratlar uchramoqda, asoratlar tufayli ayollar repraduktiv tizimida salbiy o'zgarishlar yuzaga kelmoqda.

Endometriyal kasalliklarni o'rganish va ko'pgina diagnostik gisteroskopiya va operativ gisteroskopiya amaliyotlari operatsiya xonasidan diagnostikaga asoslangan sharoitga o'tkazilmoqda. Randomize sinovlarda bemorlar diagnostikaga asoslangan gisteroskopiyaning afzal ko'rinishlari va diagnostikaga asoslangan amaliyotlari kasalxonaga asoslangan operativ histeroskopiya (3,4) bilan solishtirganda yuqori bo'lib u bemorning qoniqishi va tezroq tiklanishi bilan bog'liq. Diagnostik gisteroskopiyaning boshqa potentsial afzalliklari orasida bemor va shifokor uchun qulaylik, umumiy narkozdan qochish, operatsiya muhiti bilan tanishish bilan bog'liq

bo'lgan bemorlarning kamroq tashvishlanishi, iqtisodiy samaradorlik va murakkab gisteroskopik holatlar uchun operatsiya xonasidan samaraliroq foydalanish kiradi.

Agar texnologiya mavjud bo'lsa, endometriyal poliplarni davolash uchun diagnostik gisteroskopiyasini ko'rib chiqish kerak. diagnostik gisteroskopik polipektomiyasi an'anaviy statsionar gisteroskopik polipektomiya bilan solishtirganda xavfsiz, yaxshi muhosaba qilingan va iqtisodiy jihatdan samaraliroq ekanligi ko'rsatilgan (5). Ko'p markazli randomizatsiyalangan sinovda ambulatoriya polipektomiyasi anormal bachadon qon ketishini davolash uchun statsionar polipektomiyadan kam emasligi aniqlandi, shunga o'xshash davolash ta'siri 12 oy va 24 oy (6) da saqlanib qoldi. Ko'p markazli, randomizatsiyalangan, boshqariladigan, past bo'lmagan tadqiqot va ko'p markazli, istiqbolli kuzatuv sinovi diagnostik gisteroskopik polipektomiyasi muvaffaqiyatsiz yoki to'liq bo'lmagan polipni olib tashlash xavfi yuqori bo'lishi mumkinligini aniqladi (6,7). Aksincha, statsionar gisteroskopik polipektomiya asoratlarning katta xavfi bilan bog'liq bo'lishi mumkin (6,7).

**Maqsad:** Gisteroskopik amaliyotini asoratlarini chuqurroq o'rganish va reprodaktiv tizimga salbiy tasirini qanchalik darajada ekanligini o'rganib chiqish .

**Materiallar:**

**Perforatsiya.** Gisteroskopik jarrohlikning eng og'ir reprodaktiv tizimga chuqur tasir ko'rsatadigan operatsiya vaqtidagi asorati bachadon teshilishidir (8,9 ). Asoratlarning 1%ni tashkil qiladi .Bachadon teshilishi uchun ma'lum bo'lgan xavf omillari mavjud. Bachadon teshilishini davolash bachadon teshilishining joylashuvi, sababi va og'irligiga bog'liq. Gisteroskopiyaning har bir bosqichi, shu jumladan mexanik servikal kengayish, bachadonni zondlash, gisteroskopni kiritish yoki elektrojarrohlik yoki to'qimalarni olib tashlash moslamasidan foydalanish bachadon miyometriyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Gisteroskopiya paytida noto'g'ri yo'lning paydo bo'lishi holatlari to'g'risida ma'lumotlar yo'q bo'lsa-da, bu asorat bachadonga kirish qiyin bo'lgan hollarda yuzaga kelishi mumkin, bu esa bachadon teshilishi xavfini oshirishi mumkin. Tizimli tekshiruvda operatsiyadan oldingi mizoprostoldan foydalanish noto'g'ri o'tish hosil bo'lish tezligini kamaytirdi, ammo operativ gisteroskopiya paytida bachadon teshilish tezligini kamaytirmadi (1). Katta qon ketish, ichki organlarning shikastlanishiga shubha yoki elektrojarrohlik elektrodining teshilishi darhol jarrohlik aralashuvni talab qilishi mumkin.

**Infektsiya.** Muntazam gisteroskopik muolajalar uchun antibiotik profilaktikasi tavsiya etilmaydi. Gisteroskopiya faol tos a'zolari infektsiyasi (10) va prodromal yoki faol herpes infektsiyasi bo'lgan ayollarda kontrendikedir. Gisteroskopik muolajalar bilan bog'liq yuqumli asoratlar kamdan-kam hollarda bo'lib, amaliyotdan keyingi infektsiya (masalan, endometrit yoki endometrit, siydik yo'llari infektsiyalari) 0,01%

dan 1,42% gacha (8,11). 1952 operativ gisteroskopiyaning istiqbolli kuzatuv tadqiqotida endometrit xavfi leyomiyoma (nisbiy xavf [RR], 5.89; CI, 1.68–20.69,  $P = .0066$ ) yoki polip reza bilan solishtirganda adeziolizdan keyin yuqori ekanligi aniqlandi. 6.36; CI, 1.3–31.24,  $P = .0154$ ) (12). Randomize tekshiruvlarda antibiotik profilaktikasi qo'llanilishi diagnostik histeroskopiya (13,14) yoki operativ gisteroskopiya (14) dan keyin operatsiyadan keyingi infeksiyani kamaytirishi ko'rsatilmagan.

Elektrojarroxlik shukastlanishi. Operativ gisteroskopik muolajalar paytida, odatda, bachadon teshilishi sharoitida elektrojarroxlik elektrodleri tomonidan jiddiy shikastlanish paydo bo'lishi mumkin. Agar klinik jihatdan muhim qon ketish yuzaga kelsa yoki visseral tuzilmalarning termal shikastlanishiga shubha bo'lsa, eksplorativ jarroxlik ko'rsatilishi mumkin. Pastki jinsiy a'zolar tuzilmalari (masalan, vagina yoki perineum) ham termal shikastlanish xavfi ostida bo'lishi mumkin. Potensial xavf omillari bachadon bo'yni kanalida tashqi qobiq etarlicha rivojlangan bo'lmaganda bachadon bo'yni haddan tashqari kengayishi, asbob izolyatsiyasi nuqsoni yoki elektrod faollashuvini o'z ichiga oladi (15).

Suyuqlikni haddan tashqari yuklanishi. Suyuqlikning haddan tashqari so'rilishi og'ir asoratlarga, jumladan, o'pka shishi, nevrologik asoratlari va o'limga olib kelishi mumkin. Elektrolitlarsiz, gipotonik cho'zuvchi vositalardan foydalanish gipotonik giponatremiya va miya shishi xavfining oshishi bilan bog'liq. Suyuqlikning haddan tashqari yuklanishidan kelib chiqadigan asoratlarni ehtiyotkorlik bilan perioperativ rejalashtirish, suyuqlikni boshqarish tizimidan foydalanish va olib tashlanishi kerak bo'lgan intrakavitar lezyonlarni baholash bilan kamaytirish mumkin. Suyuqlik tanqisligiga olib tashlangan jarohatlarning hajmi va soni, miyometriyal rezektsiya chuqurligi, ochilgan miyometriyal sinuslar soni va intrauterin bosim ta'sir qiladi. Profilaktik chora-tadbirlar ortiqcha suyuqlikning so'rilishini cheklash, suyuqlikning haddan tashqari yuklanishini darhol aniqlash va davolash, shuningdek, xavfni minimallashtiradigan kengayadigan vositani tanlashni o'z ichiga oladi. Servikal stromada vazopressin in'ektsiyasi suyuqlik intravazatsiyasi hajmini kamaytirishi mumkin (2). Ortiqcha suyuqlik intravazatsiyasini cheklashning eng yaxshi usuli suyuqlik tanqisligini protsedura davomida yaqindan va tez-tez kuzatib borishdir. Suyuqlikning ortiqcha yuklanishini boshqarish protsedurani tugatishni o'z ichiga oladi; gemodinamik, nevrologik, nafas olish va yurak-qon tomir holatini baholash; sarum elektrolitlari va osmolyarligini o'lchash; va diuretik administratsiyani hisobga olish. Yangi suyuqlikni boshqarish tizimlari suyuqlik monitoringini yanada aniqroq qildi; ammo, bu tizimlarning ba'zilari qimmat bo'lishi va barcha sozlamalarda mavjud bo'lmasligi mumkin.

Havo gaz emboliyasi. 2 ni gisteroskopik cho'zuvchi vosita sifatida kiritish , bachadon bo'yni yoki bachadonni asbob-uskunalar bilan jihozlash paytida xona havosi, monopolyar yoki bipolyar elektrojarrohlik paytida hosil bo'lgan gazsimon yon mahsulotlar yoki bemorni Trendelenburg pozitsiyasiga dastlabki joylashtirish natijasida yuzaga kelishi mumkin (16). Gazlarning kimyoviy xossalari emboliya xavfiga ta'sir qiladi. CO<sub>2</sub> ning qondagi eruvchanligi kisloroddan yuqori; shuning uchun xona havosidan (kislorod va azot o'z ichiga olgan) havo emboliyasi xavfi karbonat angidrid gazining emboliyasi xavfidan kattaroqdir (17). Havo yoki gaz emboliyasining og'ir asoratlariga yurak yoki o'pka etishmovchiligi yoki o'lim kiradi. Havo yoki gaz emboliyasining eng ko'p uchraydigan alomatlari nafas qisilishi va ko'krak qafasidagi og'riqlar sifatida tavsiflanadi, garchi behushlik qilingan bemorda so'nggi karbonat angidrid bosimining pasayishi yoki gemodinamik holatning o'zgarishi (gipotenziya, taxikardiya) emboliya hodisasiga klinik shubha tug'dirishi kerak. Xiralashgan yoki chayqaladigan auskultativ tovush ("tegirmon g'ildiragi" shovqini) klassik fizik tekshiruv natijasidir, garchi u hamma hollarda ham aniqlanmasligi mumkin. Adabiyotda qayd etilgan emboliya holatlari o'zgaruvchan bo'lsa-da, klinik jihatdan ahamiyatli gaz emboliyasi darajasi past (18,19).

Havo yoki gaz emboliyasining oldini olish uchun xavfni kamaytirish strategiyalari histeroskopik quvurlar va asboblardan havoni tozalashni o'z ichiga oladi; serviks orqali asboblarni takroriy kiritishni minimallashtirish, bu esa bachadonga havoni "pistonga o'xshash" tarzda kiritishi mumkin; intrauterin gaz pufakchalarini olib tashlash; va bachadon ichi bosimni cheklash. Havo va gaz emboliyasini o'tkir davolash qo'llab-quvvatlovchi yordam va faol choralarni o'z ichiga oladi, shu jumladan protsedurani tezda tugatish, bachadon bo'shlig'ini deflyatsiya qilish va suyuqlik va gaz manbalarini yo'q qilish. Bemorni chap lateral dekubitusga va Trendelenburg pozitsiyasiga yotqizish sifatida tavsiflangan Durantning manevri o'ng qorincha chiqish yo'lidagi obstruksiyaning kamaytirish uchun havo yoki gazning o'ng qorincha tomon migratsiyasini rag'batlantirish uchun bajarilishi mumkin (17).

Qon ketishi. Qon ketishini davolash uchun qon ketishining og'irligi, tabiati va joyiga qarab turli xil intraoperativ gemostaz choralarni qo'llash mumkin; ammo, bu usullarning samaradorligi to'g'risida ma'lumotlar etarli emas. Masalan, qon ketish manbasiga qo'llaniladigan elektrokoteriya, intrauterin balondan foydalanish (Foley kateteri), bachadon arteriyasi embolizatsiyasi, vazopressin yoki epinefrin, traneksamik kislota va gisterektomiya.

Vegato-tomir reaksiyasi . Vegato-tomir belgilar (gipotenziya, bradikardiya) yoki simptomlar (ko'ngil aynishi, qusish, diaforez, rangparlik yoki ongni yo'qotish) aniqlangandan so'ng, protsedurani to'xtatish va bemorni baholash va qo'llab-quvvatlovchi yordam ko'rsatish kerak (hayotiy belgilar, shu jumladan yurak urishi va

qon bosimi va "ABC" - havo yo'llari, nafas olish va qon aylanish). Vegeto-tomir reaksiyalarning aksariyati bemorning oyoqlarini ko'tarish yoki Trendelenburg pozitsiyasiga joylashtirish kabi qo'llab-quvvatlovchi choralar bilan hal qilinadi. Agar simptomlar yoki bradikardiya davom etsa, atropinni vena ichiga 0,5 mg dan bir martalik dozada har 3-5 daqiqada, jami 3 mg dan oshmasligi kerak (20).

Markazimizda gisteroskopik bachadon ichi manipulyatsiyalar o'tkazishda reprodaktiv azolarga tasiri o'rganilmoqda. Xozirga kelib 10-15 bemor nazoratimizda.

**Xulosa :** Yuqoridagi malumotlardan kelib chiqib operatsiyadan oldin puxta tekshirish ,bemorlarni tayyorlash va bachadon ichi aralashuvlarida qo'yiladigan klassik talablar bilaan bir qatorda gaz va suyuqlik gisteroskopiyai texnologiyasiga rioya qilish ko'plab asoratlarni oldini olishga imkon beradi .Ginekologik jarroxlarni operativ gisteroskopiya bo'yicha o'qitish polipektomiya bo'yicha o'qitishdan boshlash ,chunki bu operatsiya kamroq asoratlar bilan kechadi.Bachadon ichi bitishmalarini ajratish eng ko'p asoratlar bilan birga kechadi, shuning uchun biz ularni katta tajribaga va yuqori malakaga ega bo'lgan jarroxlardan tomonidan bajarilishini taklif qilamiz

#### FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD005998. DOI: 10.1002/14651858.CD005998.pub2.
2. Phillips DR, Nathanson HG, Milim SJ, Haselkorn JS. The effect of dilute vasopressin solution on the force needed for cervical dilatation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1997;89:507–11.
3. Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:279–82.
4. Marsh FA, Rogerson LJ, Duffy SR. A randomised controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial polypectomy. *BJOG* 2006;113:896–901.
5. Diwakar L, Roberts TE, Cooper NA, Middleton L, Jowett S, Daniels J, et al. An economic evaluation of outpatient versus inpatient polyp treatment for abnormal uterine bleeding. *BJOG* 2016;123:625–31.
6. Cooper NA, Clark TJ, Middleton L, Diwakar L, Smith P, Denny E, et al. Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomised controlled non-inferiority study. OPT Trial Collaborative Group. *BMJ* 2015;350:h1398.
7. Luerti M, Vitagliano A, Di Spiezio Sardo A, Angioni S, Garuti G, De Angelis C. Effectiveness of hysteroscopic techniques for endometrial polyp removal: The

Italian Multicenter Trial. Italian School of Minimally Invasive Gynecological Surgery Hysteroscopists Group. *J Minim Invasive Gynecol* 2019;26:1169–76.

8. Aydeniz B, Gruber IV, Schauf B, Kurek R, Meyer A, Wallwiener D. A multicenter survey of complications associated with 21,676 operative hysteroscopies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;104:160–4.

9. Agostini A, Cravello L, Bretelle F, Shojai R, Roger V, Blanc B. Risk of uterine perforation during hysteroscopic surgery. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:264–7.

10. Prevention of infection after gynecologic procedures. ACOG Practice Bulletin No. 195. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e172–189.

11. Agostini A, Cravello L, Desbriere R, Maisonneuve AS, Roger V, Blanc B. Hemorrhage risk during operative hysteroscopy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:878–81.

12. Agostini A, Cravello L, Shojai R, Ronda I, Roger V, Blanc B. Postoperative infection and surgical hysteroscopy. *Fertil Steril* 2002;77:766–8.

13. Kasius JC, Broekmans FJ, Fauser BC, Devroey P, Fatemi HM. Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy evaluation of the uterine cavity. *Fertil Steril* 2011;95:792–4.

14. Nappi L, Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Guida M, Mencaglia L, Greco P, et al. A multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess whether antibiotic administration should be recommended during office operative hysteroscopy. *Reprod Sci* 2013;20:755–61.

15. Munro MG. Mechanisms of thermal injury to the lower genital tract with radiofrequency resectoscopic surgery [published erratum appears in *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:268]. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:36–42.

16. Brooks PG. Venous air embolism during operative hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:399–402.

17. Groenman FA, Peters LW, Rademaker BM, Bakkum EA. Embolism of air and gas in hysteroscopic procedures: pathophysiology and implication for daily practice. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:241–7.

18. Brandner P, Neis KJ, Ehmer C. The etiology, frequency, and prevention of gas embolism during CO(2) hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:421–8.

19. Dyrbye BA, Overdijk LE, van Kesteren PJ, de Haan P, Riezebos RK, Bakkum EA, et al. Gas embolism during hysteroscopic surgery using bipolar or monopolar diathermia: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:271.e1–6.

20. American Heart Association. Web-based integrated guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care—part 7: adult advanced cardiovascular life support. Dallas, TX: AHA; 2018. Retrieved November 12, 2019.