

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
2-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ПРОЛАПСИ"
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

"КЕЛИШИЛГАН"
"РИОваБСИАТМ" ДМ
директори
Н.С. Насириханова



"АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ПРОЛАПСИ" МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш.....	5
Асосий қисм.....	8
Адабиётлар руйхати.....	18
Иловалар	19

1. Кириш

ХКТ-10 бўйича кодлар:

N81	Аёл жинсий аъзоларининг пролапси
N81.0	Аёлларда уретроцеле
N81.1	Цистоцеле
N81.2	Бачадон ва қиннинг тўлиқ бўлмаган пролапси
N81.3	Бачадон ва вагинанинг тўлиқ пролапси
N81.4	Бачадон ва вагинанинг пролапси, ноаник
N81.5	Қиннинг энтероцеле
N81.6	Ректоцеле
N81.8	Аёл жинсий аъзоларининг пролапсининг бошқа шакллари
N81.9	Аёл жинсий аъзоларининг пролапси, аниқланмаган
N99.3	Гистеректомиядан сўнг вагинал гумбазни пролапси
Ҳавола: https://mkb-10.com/index.php?pid=13377	

ХКТ-11 бўйича кодлар:

GC40.Z	Чанок аъзоларининг пролапси. Аёл жинсий аъзоларининг пролапси
GC40.0Z	Олдинги вагинал деворнинг пролапси
GC40.30	Бачадон ва қиннинг тўлиқ бўлмаган пролапси
GC40.33	Бачадоннинг тўлиқ бўлмаган пролапси, Қинни олд ва орқа деворларининг пролапси.
GC40.34	Бачадон ва қиннинг тўлиқ пролапси
GC40.37	Олд ва орқа қин деворларнинг пролапси билан бачадоннинг тўлиқ пролапси
GC40.2Z	Қин гумбазини пролапси, ноаник. Қиннинг энтероцеле
GC40.1Z	Вагинал орқа деворнинг пролапси, ноаник. Ректоцеле
Ҳавола: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, кўриб чиқиш санаси 2030 ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази.

Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

№	Ф.И.Ш.	Лавозим	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	Директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Нажмутдинова Д.К.	Акушерлик ва гинекология кафедраси мудири. т.ф.д., профессор	ТТА
3	Абдуллаева Л.М.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош акушер-гинекологи, т.ф.д., профессор	ТТА

Муаллифлар рўйхати:

№	Ф.И.Ш.	Лавозим	Иш жойи
1	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ

3	Негмаджанов Б.Б.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	СамДТУ
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
5	Микиртчиев К.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
6	Юлдашев С.К.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
7	Миралиев Ф.К.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
8	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
9	Каримова Л.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
10	Давронова Ю.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
11	Саатова Х.М.	акушер-гинеколог	ТХКМРМ

Тақризчилар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозим	Иш жойи
1	Юсупов У.Ю.	Акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
2	Курбанов Д.Д.	Акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедра профессори, т.ф.д.	ТошПТИ

РИОваБСИАТМ – Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази
ТошПТИ – Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ давлат муассасаси филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) иштирокидаги ишчи гуруҳининг якуний йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. 2025 йил, 1-сонли протокол. Ишчи гуруҳ раҳбари – т.ф.д. Надирханова Н.С., “РИОваБСИАТМ” давлат муассасаси директори.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг “__11__” 2025 йил __февралдаги__ 2_ -сонли протоколси томонидан кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Ташқи эксперт баҳоси:

№	Ф.И.Ш.	Лавозим	Иш жойи
1	Беспалова О. Н.	Илмий ишлари бўйича директор ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори	“Д.О. Отт номидаги акушерлик, гинекология ва репродуктив фанлар илмий-тадқиқот институти” ФДБИМ (Санкт-Петербург, Россия Федерацияси)

Қисқартмалар рўйхати:

FIGO	International Federation of Obstetrics and Gynecology (Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
ХТФСП	Хаддан ташқари фаол сийдик пуфаги
БТД	Бирлаштирувчи тўқималарнинг дисплазия
ККУТ	Кенг қамровли уродинамик текширув

ХКТ-10	Халқаро касалликларнинг таснифи, 10-нашр
ХКТ-11	Халқаро касалликларнинг таснифи, 10-нашр
ССЧК	Стрессли сийдик чикиб кетиш
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
УТТ	Ултратовуш текшируви
ЧАП	Чанок аъзоларининг пролапси

Протоколнинг мақсади: Аёл жинсий аъзоларининг пролапсини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича далилларга асосланган тавсиялар бериш. Протокол ушбу патология билан оғриган беморларнинг асоратлари хавфини камайтириш ва даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган.

Бемор тоифалари: чанок аъзолари пролапси бўлган беморлар

Клиник протокол фойдаланувчилари: акушер-гинекологлар; урологлар; проктологлар; оилавий шифокорлар; соғлиқни сақлаш ташкилотчилари; талабалар; резидентлар; магистратура талабалари; аспирантлар; тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари; беморлар, уларнинг оила аъзолари.

Протокол тавсияларига риоя қилиш:

Протокол эълон қилинган пайтда мавжуд бўлган далилларга асосланган умумий тавсияларни тақдим этади.

Агар амалда ушбу протоколнинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлса, шифокорлар томонидан беморнинг тиббиёт тарихига қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак:

- бу қарорни ким қабул қилган;
- протоколдан четга чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморни бошқариш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини ўз ичига олмайди, яъни шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда, ҳурматли конфиденциал мулоқот тамойилига риоя қилган ҳолда беморлар билан индивидуал бошқарув тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- зарур ҳолларда таржимон хизматларидан фойдаланиш;
- бемор билан маслаҳатлашиш ва маълум бир манипуляция ёки амалиёт учун розилигини олиш;
- қонун талаблари ва касбий хулқ-атвор стандартларига риоя қилиш доирасида парвариш қилишни таъминлаш;
- умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай бошқарув ва парвариш амалиётларини ҳужжатлаштириш.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактика, диагностика, даволаш, реабилитация аралашувлари) учун тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи:

ТИД	Тавсифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган натижалар кўрсаткичлари муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсиялар (барча кўриб чиқилган натижалар кўрсаткичлари муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)

С	Заиф тавсиялар (адекват сифатни тасдиқловчи далилларнинг йўқлиги (барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
---	---

2. Асосий қисм

2.1. Таърифлар

Чанок аъзоларининг пролапси (аёл жинсий аъзоларининг пролапси) – бойламлар ёки мушакларнинг заифлиги туфайли чанок аъзоларининг қинга тушиши. Чанок аъзоларининг пролапси (ЧАП) пролапс бўлимига қараб кичик тоифаларга бўлинади. Цистоселе олд деворининг чуррасини, ректоцеле қин орқа деворининг пролапсини, қин гумбазини пролапси эса бачадон, бачадон бўйни ёки қин чўққисининг пролапсини характерлайди. Улар алоҳида ёки комбинацияланган ҳолда пайдо бўлиши мумкин.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>

2.2. Эпидемиологияси

Чанок аъзоларининг пролапси учраши ёш билан чамбарчас боғлиқ. Симптоматик чанок аъзолари пролапси бўлган кўплаб аёллар Физикал ва жинсий тангликни бошдан кечирадилар, бу эса аёлнинг ижтимоий, Физикал ва психологик фаровонлигига салбий таъсир қилади. Чанок аъзолари пролапсининг аниқ тарқалиши номаълум бўлса-да, шифохонадаги амалиётлар кодлари таҳлили шуни кўрсатадики, ҳар йили Қўшма Штатларда чанок аъзолари пролапсини даволаш учун тахминан 200 000 жарроҳлик операциялари ўтказилади. Аёлларнинг тахминан 41-50 фоизи физик текширувда чанок аъзоларининг пролапси белгиларига эга бўлса-да, фақат 3 фоизида аломатлар мавжуд. 2050 йилга келиб чанок аъзоларининг пролапси билан касалланиш даражаси 46 фоизга ошиб, 4,9 миллион кишига етиши тахмин қилинмоқда.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>

2.3. Чанок аъзолари пролапсининг таснифи:

ЧАПнинг оғирлигини, яъни максимал кучланиш пайтида (Валсалва синамаси) чанок бўшлигининг ҳолатини баҳолаш учун кўплаб таснифлар таклиф қилинган.

Энг кенг тарқалган бўлиб қўлланиладиган **тасниф POP-Q** бўлиб, у уролог ва акушер-гинекологнинг кундалик амалиётида фойдаланиш учун миллий ва халқаро урогинекологик ташкилотлар, шу жумладан Америка Урогинекологлар Жамияти, Гинекологик Жарроҳлар Жамияти ва Халқаро Инконтиненция Жамияти томонидан тавсия этилган. Ушбу тасниф сагиттал текисликда 9 та параметрни ўлчаш орқали вагинал девор пролапсини миқдорий баҳолаш имконини беради. Ўлчов ўрта сагиттал чизиқ бўйлаб сантиметр шкаласи бўлган махсус асбоб билан бемор орқа томонида ётган ҳолда ёки POP максимал ифодаланган бурчак остида (Валсалва маневри) олинади. Қизлик пардаси даражаси - қизлик пардаси ҳалқаси - бу аниқ визуал тарзда аниқланиши мумкин бўлган текислик бўлиб, унга нисбатан тизимнинг нуқталари ва параметрлари тасвирланади. Белгиланган 6 нуқтанинг анатомик ҳолати (Аа, Ва, Ар, Вр, С, D) қизлик пардаси даражасига нисбатан уларнинг жойлашувининг ижобий ёки салбий қийматларида ўлчанади. Қолган 3 та параметр (ТВЛ, GH, PV) мутлақ қийматларда ўлчанади.

6 та нуқтани аниқлаш.

Олд вагинал девор:

1. **Аа** нуқтаси: олдинги вагинал деворнинг ўрта чизиғида сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигидан уч (3) см проксималда жойлашган нуқта. Аа нуқтасининг қизлик пардасига нисбатан жойлашувининг потенциал диапазони -3 см дан олдинги вагинал пролапсининг йўқлигини кўрсатади, +3 см гача, бу тўлиқ пролапсага тўғри келади.
2. **Ва** нуқтаси: Юқори олд вагинал деворнинг исталган қисмининг энг дистал (яъни, энг узок) ҳолатини ифодаловчи нуқта (қин манжети ёки олдинги вагинал гумбази ва Аа нуқтаси ўртасида). Ва нуқтаси олдинги чанок аъзолари пролапси бўлмаган аёлда Аа (-3 см)

нуқтасига тўғри келади. Чанок аъзоларининг оғир пролапси бўлган аёлда Ва С нуқтасига тўғри келади.

Қиннинг юқори қисми:

3. С нуқтаси: бачадон бўйни энг дистал (яъни, энг олдиндаги) четида ёки вагинал манжетнинг олдинги четида жойлашган нуқта (гистеректомия кейинги Қин чултоғи).
4. D нуқтаси: бачадон бўйни бўлган аёлда.

Орқа вагинал девор:

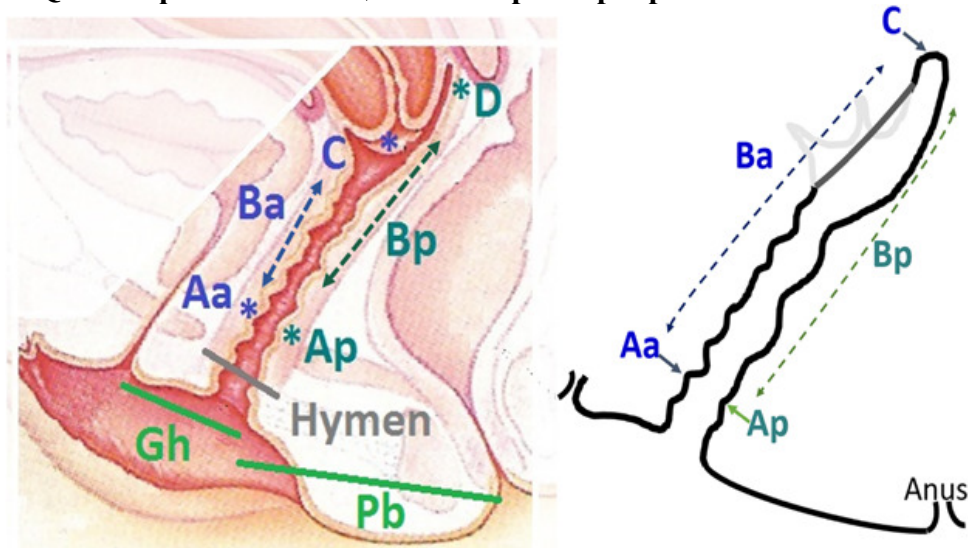
5. Ар нуқтаси: қиннинг орқа деворининг ўрта чизигида қизлик пардасидан уч (3) см проксималда жойлашган нуқта. Ар нуқтасининг қизлик пардасига нисбатан жойлашувининг потенциал диапазони -3 дан +3 см гача.
6. Вр нуқтаси: юқори орқа вагинал деворнинг исталган қисмининг энг дистал ҳолатини ифодаловчи нуқта (қин манжети ёки Қинни орқа гумбази ва Ар нуқтаси ўртасида).

Яна 3 та тавсифловчи белгилар ва ўлчамлар.

1. Жинсий ёриқ (GH) сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигининг ўртасидан қизлик пардасининг орқа четигача ўлчанади.
2. Умумий қин узунлиги (TVL) – бу С ёки D нуқталари тўлиқ нормал ҳолатга тушганда, қиннинг орқа тешиқдан қизлик пардасигача бўлган узунлиги (см).
3. Орalik танаси (PB) қизлик пардасининг орқа четидан ануснинг ўртасигача ўлчанади.

D нуқтаси бачадон бўйни чўзилишидан утеросакрал-кардинал бойлам комплексининг етишмовчилигини фарқлаш учун ўлчов нуқтаси сифатида киритилган. С нуқтасининг жойлашуви D нуқтасининг жойлашувидан сезиларли даражада ижобийроқ бўлса, бу носимметрик бўлиши мумкин бўлган бачадон бўйни чўзилишини кўрсатади. Бачадон бўйни бўлмаганда D нуқтаси тушади.

POP-Q таснифи билан аниқланган параметрларнинг схематик тасвири.



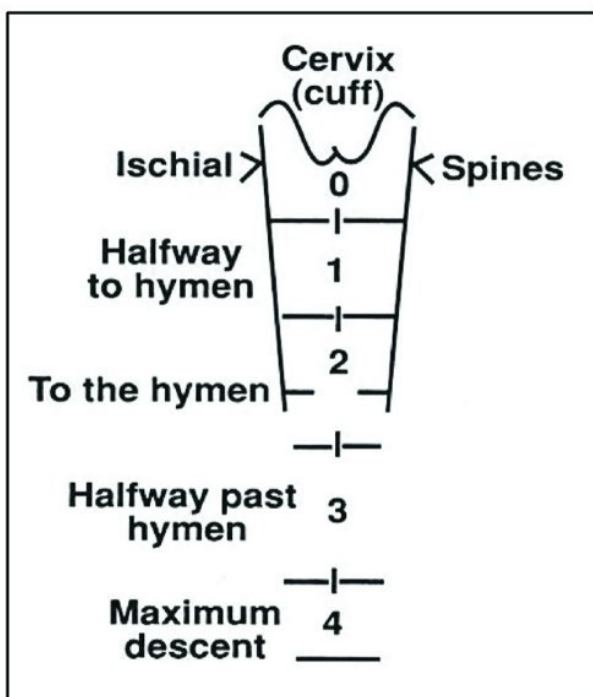
POP-Q тизими бўйича босқичлаш вагинал деворнинг энг дистал қисмига (ЧАПнинг асосий компоненти) мувофиқ амалга оширилади:

- **0-босқич:** пролапс аниқланмаган (Aa, Ba, C, D Ар ва Вр нуқталари ҳаммаси ≤ -3 см).
- **I босқич:** пролапснинг энг дистал қисми қизлик пардаси сатҳидан 1 см дан юқори (Aa, Ba, C, D, Ар ва Вр нуқталари ҳаммаси < -1 см).
- **II босқич:** пролапснинг энг дистал қисми қизлик пардасидан 1 см юқорида ва қизлик пардасидан 1 см пастда жойлашган (Aa, Ba, C, D, Ар ва Вр нуқталарининг ҳар бири -1 см дан +1 см гача қийматга эга).
- **III босқич:** пролапснинг энг дистал қисми қизлик пардаси текислигидан 1 см дан ортиқ чиқиб

туради, лекин тўлиқ ташқарига чиқмайди, яъни ҳеч қандай қиймат \geq ТВЛ -2 см (Аа, Ва, С, D, Ар, Бп нуқталарининг ҳар бири \geq +2 ва \leq твл -3 см) эмас.

- **IV босқич:** пастки жинсий йўлнинг умумий вагинал узунлигидан 2 см масофада тўлиқ чиқиши (Ба, С, D ёки Вр нуқталарининг ҳар бири \geq ТВЛ -2 см).

<https://doi.org/10.1002/nau.23740>



POP-Q тизими бўйича ЧАП босқичлари

Baden-Walker тизими бўйича ЧАПни ташкил этиш шундан иборатки, пролапснинг етакчи нуқтасининг тўлиқ пролапсга қадар ҳаракати тўрт босқичга бўлинади, уларнинг ҳар бири қизлик пардаси ҳалқасига нисбатан "ярим йўл" дир.

ЧАП нинг BadenWalker таснифига кўра, пролапснинг 4 босқичи мавжуд:

- **1-босқич:** энг пролапс нуқтаси вагина узунлигининг ярмига этади;
- **2-босқич:** қиннинг энг тушган нуқтаси қизлик пардаси ҳалқасига (қиннинг кириш жойи) етиб боради;
- **3-босқич:** энг пролапс нуқтаси қизлик пардаси ҳалқасидан ташқарида вагина узунлигининг ярмигача чўзилади;
- **4-босқич:** қин бутунлай тушиб кетади.

https://www.researchgate.net/figure/Baden-Walker-half-way-system-6-It-consists-of-four-grades-grade-0-no-prolapse_fig2_51063190

<https://uroportal.ru/upload/iblock/61b/61b557fd6b7d55bb69cb077108a65a2b.pdf>

[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(99\)70371-6/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(99)70371-6/abstract)

Ташхисни шакллантириш принципи

Қачон ташхисни шакллантиришчанок аъзоларининг пролапси ICD 10/11, POP-Q (чанок аъзоларининг пролапсини аниқлаш тизими) халқаро таснифларига асосланади, клиник кўринишлари, пролапс даражаси ва унинг асосий хусусиятларини акс эттириши керак:

1. Пролапснинг локализацияси:

- Цистоселе (олдинги вагинал деворнинг пролапси, сийдик пуфагининг пролапси)
- Ректоселе (қиннинг орқа деворининг пролапси, тўғри ичак пролапси)
- Энтероселе (қорин парданинг чурраси чиқиши)
- Утеровагинал пролапс (бачадон пролапси)
- Қин гумбазини пролапси (гистеректомиядан кейинги беморларда)

2. Пролапс даражаси (POP-Q бўйича):

- 0 даража - пролапс йўқ
- I даража - энг паст нуқта қизлик пардаси ҳалқасига нисбатан -1 см дан паст эмас
- II даража - қизлик пардаси ҳалқасидан -1 см дан +1 см гача бўлган энг пастки нуқта
- III даража - энг кўп тушган нуқта +1 см дан ортиқ, лекин тўлиқ эмас
- IV даража - генитал ёриқдан ташқарида органнинг тўлиқ пролапси

3. Асоратлар (агар мавжуд бўлса):

- Сурункали сийдик йўллари инфекцияси
- Сийдикни тута олмаслик ёки чиқара олмаслик
- Дизурия, ичак ҳаракатининг бузилиши
- Шиллиқ қаватнинг яралари

4. Ҳаёт сифатига таъсир даражаси

- Ўртача, оғир бузилиш
- Жинсий дисфункция

Ташхисни шакллантириш намунаси: "Чанок аъзоларининг пролапси: Цистосели II даража, ректосели I даража, сийдик фаолиятида бузилиш кузатилмаган. Агар қўшимча маълумотлар мавжуд бўлса (масалан, операциядан кейинги ўзгаришлар, асоратлар), улар ташхисда ҳам кўрсатилади.

2.4. Касалликнинг клиник кўриниши

ЧАПнинг энг кенг тарқалган белгилари қуйидагилардан иборат:

- Қин билан боғлиқ маҳаллий симптомлар: вагинал соҳадаги ноқулайлик, ораликда бегона жисмни ҳис қилиш, шунингдек, жинсий алоқа (квифинг) пайтида вагинадан ҳаво кириши ва чиқиши;
- Сийдик чиқариш йўллари билан боғлиқ аломатлар: сийдик тўпланиши билан боғлиқ кўринишлар (сийдик тута олмаслик, поллакиурия), шунингдек, бўшатиш билан боғлиқ аломатлар (сийдик чиқаришда қийинчилик, сийишнинг узоқ давом этиши, бўшатиш учун қўлда ёрдамга муҳтожлик, сийиш бошланиши ёки тугаши учун тана ҳолатининг ўзгариши), сийдик чиқаришдан кейинги симптомлар (сидик қолиб кетиш ҳисси);
- Ошқозон-ичак трактининг белгилари: ич қотиши, дефекацияга бўлган императив талаб, газ ёки ахлатни ушлаб турмаслик, ичакнинг тўлиқ бўшатишмаслиги, дефекацияни амалга ошириш учун қўлда ёрдамга муҳтожлик (оралик ёки вагинанинг орқа деворига бармок билан босиш);
- Жинсий дисфункция (диспаруния, вагинал сезгирликни йўқолиши);
- Баъзи ҳолларда касаллик аниқ аломатларсиз содир бўлиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11744905/>

2.5. Ташхислаш

Ташхислаш мезонлари:

ЧАП ташхиси беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физик текширув натижалари асосида шакллантирилади. Касаллик тарихини диққат билан таҳлил қилиш, ушбу патологиянинг ривожланишига ёрдам берадиган мумкин бўлган хавф омилларини аниқлаш ва симптомлар беморнинг ҳаёт сифатига қандай таъсир қилишини баҳолаш муҳимдир.

Шикоятлар ва анамнез

"Касалликнинг клиник кўриниши" бўлимига қаранг.

Физикал текширув

С Чанок аъзолари пролапси бўлган барча беморларга Физикал текширув тавсия этилади. Умумий текширув вақтида асосий эътиборни бириктирувчи тўқима дисплази (БТД) белгиларини аниқлашга қаратилиши керак, масалан, терининг эластиклигини ошириш, бўғимларнинг юқори

ҳаракатчанлиги, гематома шаклланишига мойиллик, оралик, қин ва оёқларнинг варикоз томирлари кенгайишининг мавжудлиги ва бошқа белгилар. ЧАПнинг намоён бўлиш даражаси тўғридан-тўғри экстрагенитал даражадаги БТД намоён бўлишининг оғирлигига боғлиқ. БТД белгилари қанчалик аниқ бўлса, ЧАП шунчалик эрта ва оғирроқ намоён бўлади.

<https://doi.org/10.1007/s00192-011-1532-y>

С Диагностик мақсадларда барча беморларга бимануал вагинал текширувдан ташқари, ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, шунингдек, бачадон бўйни ва қин деворларини кузгу ёрдамида текшириш тавсия этилади

Чанок бўшлиғи нуқсонини кўриш учун стерил гинекологик кузгулар ёки Симс вагинал кузгулари қўлланилади, улар бирма-бир қин бўшлиғига киритилади. Қуйидаги жиҳатларга эътибор бериш муҳимдир:

- уретранинг ташқи еригини шакли ва жойлашиши, шиллиқ қаватнинг ҳаракатчанлиги, мумкин бўлган патологияларнинг мавжудлиги (уретранинг шиллиқ қаватининг пролапси, уретранинг полипи, деструктив ўзгаришлар);
- вагинал шиллиқ қаватнинг ҳолати, чандиқлар ва деформациялар мавжудлиги, шунингдек вагинал ажралма табиати;
- олдинги ва орқа вагинал деворларининг тинч ва кучаниш ҳолатидаги ҳолати, уларнинг пролапс даражаси;
- бачадон бўйни ҳолати, унинг шакли, жойлашиши ва ҳаракатчанлиги; агар бачадон бўйни бўлмаса, қин гумбазини жойлашишини баҳолаш керак;
- бачадоннинг ҳолати, унинг шакли ва ҳаракатчанлиги
- чанок бўшлиғи мушакларининг ҳолати, нуқсонларнинг мавжудлиги;
- оралик марказининг ҳолати, унинг катталиги ва ҳаракатчанлиги.

С Текширув натижаларига ва аниқланган ўзига хос нуқсонларга, шунингдек, чанок аъзоларининг пролапси (ЧАП) даражасига қараб, жарроҳлик аралашув стратегияси ва кўлами шакллантирилади. ЧАП билан оғриган беморларда сийдик чиқиб кетиш, нажасни ушлаб туришнинг мавжудлигини объектив ташхислаш учун йўтал тестини ва кучаниш тестини (Валсалва тестини) ўтказиш тавсия этилади

Шуни таъкидлаш керакки, йўтал тести фақат беморда сийдик чиқариш истаги бўлса ва сийдик пуфагидаги сийдик миқдори камида 300 мл бўлса амалга оширилади.

С ЧАП билан оғриган беморларга чанок бўшлиғи мушаклари қисқаришининг кучи ва самарадорлигини баҳолаш тавсия этилади

Текширув вақтида беморга шифокорнинг бармоғи атрофида ануснинг леватор мушакларини сиқиш сўралади. Оралик териси ва қин шиллиқ қаватининг ҳолати ҳам баҳоланади, чунки эстроген этишмовчилигидан келиб чиққан вагинал эпителийнинг атрофияси одатда сийдик йўллари ва унинг атрофидаги тўқималарнинг атрофияси билан бирга келади. Кейинчалик, Қинга кириш тешиги диаметри ва оралик танасининг узунлиги таҳлил қилинади, чунки юмшоқ тўқималарнинг ёрилиши кўпроқ оралик паст аёлларда кузатилади. Бачадон ва қўшимчалар танасининг катталиги ва ҳаракатчанлигини аниқлаш учун бимануал текширув ўтказилади. Текширув охирида трансректал бармоқли текширув ўтказилади, унинг давомида тонус назорат қилинади ва энтероцели ёки ректоцели мавжудлиги текширилади.

<https://doi.org/10.3390/medicina59061004>

Лаборатор текшируви

С ЧАП билан оғриган беморларга умумий (клиник) сийдик таҳлилинини ўтказиш, шунингдек сийдик йўллари бўйича шикоятлар бўлса, аэроб ва факултатив анаэроб шартли патоген микроорганизмлар мавжудлиги учун сийдикнинг микробиологик (културал) тестини ўтказиш тавсия этилади

С Бачадон бўйни патологияси мавжудлигини истисно қилиш ва зарур жарроҳлик аралашуви даражасини аниқлаш учун бачадон бўйни усма олди касалликлари бўлган беморларга микроскопик намунанинг цитологик текширувидан ўтиш тавсия этилади
<https://www.ijmsph.org/fulltext/67-1425047327.pdf?1739647718>

Инструментал диагностика усуллари

С ЧАП билан оғриган беморларга чанок аъзоларининг кенг қамровли ултратовуш текширувидан ўтиш тавсия этилади, трансвагинал ва трансабдоминал текшириш йули оркали

Ҳозирги вақтда ЧАП билан оғриган аёлларда чанок бўшлиғини визуализация қилишнинг кўплаб усуллари мавжуд бўлиб, улар анатомик хусусиятларни чуқурроқ ўрганишга имкон беради. Бундай усуллар чанок аъзоларининг магнит-резонанс томографиясини ва рентген текширувларини ўз ичига олади. Ултратовуш текшируви ЧАП билан оғриган беморларга мураккаб ҳолатларда, айниқса касалликнинг қайталанишида тавсия этилиши мумкин.

С Дизурик касалликларга дучор бўлган ЧАП билан оғриган аёллар учун сийдик йўллари ва буйрақларнинг ултратовуш текширувини ўтказиш, шунингдек қорин бўшлиғи ултратовуш текшируви ёрдамида қолдиқ сийдик ҳажмини баҳолаш билан сийдик оқими тезлигини ўлчаш (урофлоуметрия) тавсия этилади, бу эса бирга келадиган патологиянинг мавжудлигини истисно қилишга ёрдам беради

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>

Бошқа диагностик тестлар

С ЧАП билан оғриган ва сийдик чиқиб кетиш ёки сийдик чиқаришда қийинчиликларга дуч келган беморларга пастки сийдик йўллариининг мумкин бўлган патологияларини истисно қилиш учун урологдан маслаҳат сўраш тавсия этилади

С Агар ЧАП билан оғриган беморларга сийдик чиқиб кетиш ёки сийдик чиқаришда қийинчилик ҳақида шикоят қилсалар, инвазив уродинамик текширувдан ўтиш тавсия этилади

Ушбу тадқиқот усули детрузор ва уретрал сфинктернинг функционал ҳолати ҳақида қўшимча маълумот олиш, шунингдек, агар тегишли шикоятлар мавжуд бўлса, ОАБ ва стрессли сийдик ўғирлаб кетишнинг клиник кўринишларида детрузор гиперактивлиги мавжудлигини тасдиқлаш имконини беради. Ҳозирги вақтда оғир ЧАП ҳолатларини олдини олмай туриб уродинамик тадқиқот ўтказиш мақсадга мувофиқлиги тўғрисида ягона хулосага келинмаган. Замонавий хорижий адабиётларда сийдик ўғирлаб кетишнинг яширин шакли ва детрузорнинг мумкин бўлган гиперактивлигини аниқлаш учун пролапсани қисқартириш билан уродинамик тадқиқотнинг аҳамияти ва зарурлиги, айниқса цистосел аниқланган аёлларда бир неча бор муҳокама қилинган. Шу билан бирга, ЧАП гиперкоррекцияси хавфини ҳисобга олиш керак, бу эса тадқиқотнинг артефакти бўлган қисқариш натижасида уретранинг сиқилишига олиб келиши мумкин.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4921370/>

2.6. Даволаш

Даволаш стратегиясини танлаш учун (консерватив ёки жарроҳлик) акушер-гинеколог қуйидаги жиҳатларни ҳисобга олиши керак:

1. беморнинг жарроҳлик амалиётга розилиги мавжудлиги;
2. беморнинг соғлиғи ҳолати, унинг ёши, касалликнинг давомийлиги, шунингдек репродуктив ва жинсий функцияларни сақлаш зарурияти;
3. шикоятларнинг табиати, клиник белгиларнинг оғирлиги ва уларнинг ҳаёт сифатига таъсири;
4. бир вақтнинг ўзида даволанишни талаб қиладиган контрэндикациялар, экстрагенитал патология ва бирга келадиган гинекологик касалликларни ўз ичига олган жарроҳлик аралашувни амалга ошириш учун шарт-шароитлар мавжудлиги.

Консерватив даво

С ЧАП билан оғриган барча беморларга вазн йўқотиш (рационал овқатланиш ҳисобига), оғир юкларни кўтариш билан боғлиқ жисмоний фаолиятни чеклаш, ич қотишининг олдини олиш ва даволашни ўз ичига олган турмуш тарзи ўзгаришларини кўриб чиқиш тавсия этилади

Қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан боғлиқ тана вазнини ва Физикал фаолликни камайтириш, шунингдек ич қотишни даволаш, қорин бўшлиғи босимининг ортиши чанок бўшлиғига таъсирини камайтириш орқали ЧАП клиник кўринишининг оғирлигини камайтиришга объектив ёрдам беради.

С ЧАП ва вагинал шиллик қават атрофияси бўлган барча беморларга трофика ва қон айланишини яхшилаш, шунингдек, вагинал шиллик қаватнинг репаратив ва регенератив хусусиятларини яхшилаш учун эстрогенларнинг маҳаллий шаклларида фойдаланиш тавсия этилади

Паст дозали маҳаллий эстроген терапияси вагинал қуруқлик, диспаруния ёки ушбу шартлар билан боғлиқ бўлган жинсий алоқа пайтида ноқулайлик каби аломатларни бошдан кечирадиган пери- ва постменопазал аёллар учун афзал усулдир. 6-24 ой давомида ўтказилган узоқ муддатли кузатувлар маҳаллий эстрогенларнинг эндометрийга салбий таъсирини аниқламади. Терапиянинг бошида дорилар ҳар куни терапевтик дозада 2 дан 4 ҳафтагача, ва вазият яхшиланганда, узоқ вақт давомида ҳафтасига икки марта буюрилади.

https://www.cochrane.org/CD014592/INCONT_does-oestrogen-therapy-help-treat-pelvic-organ-prolapse-postmenopausal-women

А Касалликнинг бирламчи ёки иккиламчи босқичи бўлган барча беморларга чанок бўшлиғи мушакларини кучайтириш бўйича машқ курсидан ўтиш тавсия этилади

Кегел томонидан ишлаб чиқилган машқлар тўпламидан фойдаланиш чанок бўшлиғи мушаклари дисфункциясининг ривожланишини секинлаштиришга ёрдам беради. Кегел машқлари турли хил оғирликдаги вагинал машқлар асбоблари билан тўлдирилиши мумкин.

<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283>

С Чанок аъзолари пролапси (ЧАП) бўлган аёлларда консерватив даво усули (жарроҳликка муқобил) сифатида пессарлардан фойдаланиш тавсия этилади

Пессариядан фойдаланиш учун кўрсатмалар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Жарроҳлик даволашга тайёргарлик
- Жарроҳлик аралашувини амалга оширишнинг мумкин эмаслиги

Беморга ЧАП ривожланиш хавфи ва мумкин бўлган жарроҳлик аралашув зарурати ҳақида хабар бериш керак. Шакл ва ўлчамда фарқ қилувчи турли хил пессарлар мавжуд.

Пессарийларнинг иккита асосий тоифаси мавжуд: қўллаб-қувватловчи ва ҳажмни тўлдирувчи.

Тадқиқотларга кўра, пролапснинг ҳар бир босқичи учун тегишли турдаги пессарийни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Пессарийни ўрнатиш ва кийиш самарадорлиги мезонларига қуйидагилар киради:

- Энг катта пессарий тик ҳолатидадир, шунингдек, Физикал фаолият (йўтал, юриш, зўриқиш) пайтида ноқулайлик туғдирмаслиги керак;
- Пессарийни вагинага киритиш ва олиб ташлаш осон бўлиши керак;
- Пессарий сийдик чиқаришда қийинчилик туғдирмаслиги керак.

40% ҳолларда қайд этилган пессарийларни қўллашни тўхтатишнинг асосий сабаблари қуйидагилардир: кийиш пайтида ноқулайлик, сийдик чиқиб кетиш, оғриқ, вагинал ажралма, шунингдек, колпит, ётоқ яралари, оқма ва яралар каби асоратларнинг ривожланиши. Бундан ташқари, баъзи беморлар жарроҳлик аралашувни афзал кўришади. Силикон пессарийларнинг латексга нисбатан афзалликлари бор, чунки улар эластик бу бактерияларнинг кўпайиши ва шиллик қаватнинг шикастланиш хавфини камайтиришга ёрдам беради.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21472447/>

Жарроҳлик даволаш

С Олдинги вагинал деворнинг пролапси билан оғриган беморларга олдинги колпорафия шаклида жарроҳлик аралашувни ўтказиш тавсия этилади, бу эса ушбу ҳолатни тузатиш учун амалиёт ҳисобланади

Олдинги вагинал девор пролапсини трансвагинал тузатишда синтетик тўр ёки биологик трансплантатдан фойдаланиш табиий тўқималарни тиклашга нисбатан фақат кичик афзалликларни кўрсатади. Синтетик тўр имплантлардан фойдаланиш обструктив сийиш, ретроперитонеал гематомалар ва вагинал шиллик қават эрозияси каби бир қатор асоратларга олиб келиши мумкин. Асосан жинсий ҳаётни амалга оширмаган аёллар учун тавсия этилади (70 ёшдан кейин).

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5948274/>

А Вагинал орқа деворнинг пролапси бўлган беморларга жарроҳлик аралашуви, шу жумладан коллоперинеорафия ва леваторорафияни ўтказиш тавсия этилади

Орқа вагинал девор пролапсини трансвагинал тузатишда синтетик тўр ёки биологик трансплантатлардан фойдаланиш бирламчи беморларда яхши натижаларга олиб келмайди.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9781416023395501233>

С Бачадон ва вагинал деворларнинг пролапси бўлган беморларга умумий вагинал гистерэктомия (ортиклари ва ортиктарисиз), олдинги колпорафия, коллоперинеорафия ва леваторорафия микдориди жарроҳлик аралашувни ўтказиш тавсия этилади

Бачадон пролапси билан оғриган аёлларда 82% ҳолларда вагинал гистерэктомия, сўнгра қин бўшлиғини тузатиш афзал қилинган жарроҳлик усули ҳисобланади. Бачадон ва энтероселни олиб ташлангандан кейин вагинал бўшлиқларнинг пролапсини олдини олиш ёки йўқ қилиш учун қинни маҳкамлашнинг куп ишлатиладиган усулларида бири бу McCall усули бўйича кулдорафия (Маккалл бўйича лапароскопик кулдорафия), шунингдек Halban и ва Мошкович усуллари. Операция пайтида қорин парданинг орқа юзасига сакроутерин ва кардинал бойламлар мажмуаси тикилади, бу эса бачадонни орқа бўшлиқни ёпиш имконини беради.

<https://doi.org/10.1007/s00192-021-04890-z>

С ЧаП билан оғриган беморларга вагинани қисман ёпишга қаратилган жарроҳлик аралашувлар, масалан, Лефорт-Неугебауэр усулидан фойдаланган ҳолда ўрта колпорафия ва Лабхардт операцияси деб номланувчи вагинал-ораликал клейзис тавсия этилади

Ўрта колпорафия, энг кам инвазив ва энг самарали усул бўлиб, жинсий алоқада бўлмайдиган ва жинсий аъзолар пролапсининг оғир шакллари бўлган 70 ёшдан ошган аёллар учун танланган операция ҳисобланади. Ушбу процедурадан сўнг бачадон бўйни ва қин касалликларини қўшимча текшириш ва ташхислаш имконсиз бўлади.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.002>

С Бачадон бўйни тушиши (элонгацияси) ва қин деворининг пролапси бўлса, Манчестер операциясини бажариш тавсия этилади

Бачадон бўйни тушиши (элонгацияси) ампутация қилинади, шунингдек, кардинал бойламлар кесиб улар бачадон бўйни олд деворига маҳкамланади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16427641/>

В Апикал пролапс мавжуд бўлганда, бачадон ва бачадон бўйни фиксациясининг турли усуллари, масалан, сакроспинал фиксация, пектопексия ва сакроколлопекцияни бажариш тавсия этилади

Бачадон пролапсини даволаш усулларида бири бу бачадон ёки вагинал чултоғни сакроспинал бойламга маҳкамлашдир. Операция вагинал кириш орқали амалга оширилади, бу ректоцеле патологияларни бир вақтнинг ўзида тузатишга имкон беради. Ушбу усул вагинал гумбаз пролапси

ва энтеросел учун кўрсатилади. Операциянинг асосий мақсади вагинал гумбаз ёки бачадон бўйни сакроспиноз бойламларга маҳкамлаш орқали пролапси тузатишдир, бу уларнинг чанок деворига қараб юқорига ва латерал ҳаракатланишини таъминлайди.

Пектопексия – бу генитал органларнинг апикал пролапсини тузатишга қаратилган жарроҳлик муолажа. Ушбу техника доирасида пролапсда пастга тушган тузилмаларни Купернинг бойламига тўр ёрдамида маҳкамлаш орқали тузатилади, бу органларнинг нормал анатомик ҳолатини тиклашга ёрдам беради. Супрацервикал гистеректомия билан ҳам, супрацервикал гистеректомиясиз ҳам сакроколпопексияни амалга ошираётганда, вагинал орқа деворнинг проксимал учдан икки қисми ёки бачадон танаси (агар сакланиб қолган бўлса) лапаротомик ёки лапароскопик ёндашув ёрдамида тўр имплантацияси билан сакрумнинг олдинги буйлама лигаментига ўрнатилади.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>

В Апикал пролапс мавжуд бўлганда, промонтофиксация усули ёрдамида лапароскопик ёки роботик сакрал колпопексия / гистеропексияни бажариш тавсия этилади

Лапароскопик ёки роботик усулда ўтказиладиган сакроколпопексия ёки гистеропексия минимал инвазив усул бўлиб, анъанавий очиқ операцияларга нисбатан бир қатор афзалликларга эга, айниқса операциядан кейинги оғриқлар ва тикланиш тез булади.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000006>

А Аралашув самарадорлигини ошириш учун бир вақтнинг ўзида чанок аъзоларининг бирламчи дисфункцияси ва стрессли сийдик чикиб кетишни тузатиш тавсия этилади. Шу билан бирга, кетма-кет тузатиш билан солиштирганда, комбинацияланган даволаниш билан боғлиқ асоратлар хавфи ортиши ҳақида хабар бериш керак

А ЧаП билан оғриган, аммо сийдик тута олмасликга шикоят бўлмаган беморлар ЧаП тузатиш вақтида потентсиал сийдик тута олмасликни йўқ қилиш учун профилактик жарроҳлик амалиётини ўтказмасликлари керак

А Пролапснинг қайталаниш хавфи юқори бўлган ЧаПли аёлларга (шу жумладан қайта операция қилиш, чанок аъзоларининг тўлиқ пролапси ва ЧаПга генетик мойиллик) тўрли имплантлардан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашувни ўтказиш тавсия этилади

Тўрли имплантлардан фойдаланиш такрорий аралашувларда, шунингдек, 3 ва 4 даражали пролапс ҳолатларида ва Элерс-Данлос синдроми мавжуд бўлганда пролапснинг такрорланиш эҳтимолини камайтириши мумкин. Бироқ, синтетик имплантлардан фойдаланиш тўрли имплантларнинг вагинага чиқиши, диспаруния ва чанок аъзоларидаги оғриқлар каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Бундай операцияларни ихтисослаштирилган тиббиёт муассасаларида ўтказиш тавсия этилади.

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/mesh-implants-have-similar-outcomes-hysterectomy-vaginal-prolapse-repair>

ЧаП учун жарроҳлик вариантлари.

Олдинги вагинал деворнинг пролапси учун операциялар:

- Олдинги колпорафия
- Лапароскопик Ричардсон процедураси (пубоцервикал фациянинг латерал нуқсонларини тузатиш)
- Қайталаниш хавфи юқори бўлган беморларда олдинги колпорафия (қайта операциялар, такрорланиш учун бир нечта хавф омиллари)
- Тўрли протезлар
- Сийдик туюлмасликда комбинацияланган операциялар

Бачадон пролапси ёки вагинал гумбази/бачадон бўйни учун операциялар:

- Колпорифия ва леваторорифия, орқа колпоперинеорифия
- Манчестер операцияси
- Сакроспинал фиксация
- Сакроколпопексия (лапаротомия, лапароскопик)
- Сакрогистеропексия (лапаротомия, лапароскопик)

Орқа вагинал девор пролапси учун операциялар:

- Колпопериниорифия ва леваторорифия
- Қайталаниш хавфи юқори бўлган беморларда колпорифия (такрорий операциялар, такрорланиш учун бир нечта хавф омиллари)
- Тўрли протезлар

Гистерэктомия ва вагинал облитерация операциялари:

- Вагинал гистеректомия
- Лапаротомик гистеректомия
- Лапароскопик гистеректомия
- Гистерэктомия билан сакроколпексия (супрацервикал гистеректомия билан ёки бўлмасдан) - лапаротомия, лапароскопик
- Колпоклеиз (Лефорт-Неугебауэр урта колпорифияси, вагинал-оралик клеиз (Лабхарт операцияси))

Сийдик тута олмасликда бир босқичли операциялари:

- Жинсий органларнинг пролапсини тузатиш Берч жаррохлик усули билан биргаликда
- Жинсий аъзоларнинг пролапсини тузатиш билан субуретрал слингли пластик жаррохлик (сийдик тута олмасликда слинг операциялари, ретропубик кириш орқали эркин синтетик слинг билан уретропексия, трансобтуратор орқали эркин синтетик слинг билан уретропексия).

2.7. Тиббий реабилитация

Махсус реабилитация йўқ.

2.8. Профилактика ва диспансер кузатуви

ЧАПнинг ўзига хос профилактикаси ва диспансер кузатуви ишлаб чиқилмаган.

Асосий профилактика чораларига қуйидагилар киради:

1. Туғишни эҳтиёткорлик билан бошқариш, узоқ ва шикастли жараёнлардан қочиш.
2. Қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келиши мумкин бўлган соматик патологияни даволаш.
3. Туғилгандан кейин йиртилиш, эпизиотомия ёки периниотомия булганда қаватли анатомик тиклаш.
4. Паст эстроген ҳолатларида гормонал терапиядан фойдаланиш.
5. Чанок бўшлиғи мушакларини кучайтириш учун машқлар тўпламини ўтказиш.

2.9. Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Тиббий муассасада режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Чанок аъзоларининг пролапси учун жаррохлик аралашув.

Тиббий муассасадан чиқиш учун кўрсатмалар:

- Клиник тикланиш.

2.10. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезони	Ҳа/йўқ
1	Чанок аъзоларининг (трансвагинал ва трансабдоминал) кенг қамровли ултратовуш текшируви ўтказилди	Ҳа/йўқ
2	Ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, бачадон бўйни ва қин	Ҳа/йўқ

	деворларини найзаларда текшириш ва бимануал вагинал текширув ўтказилди	
3	Кўрсатмаларга мувофиқ етарли жарроҳлик даволаш амалга оширилди	Ҳа/йу

3. Адабиётлар рўйхати.

1. ACOG Practice Bulletin No. 195 (2020) ([Хавола](#))
2. Aboseif C, Liu P. Pelvic Organ Prolapse. [Updated 2022 Oct 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
3. Abrams P, Andersson KE, [et al.](#); Fourth International Consultation on Incontinence. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40. [doi: 10.1002/nau.20870](https://doi.org/10.1002/nau.20870). [PMID: 20025020](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20025020/).
4. Anger, J. T., Mueller, E. R., Tarnay, C., Smith, B., Stroupe, K., Rosenman, A., Brubaker, L., Bresee, C., & Kenton, K. (2014). Robotic compared with laparoscopic sacrocolpopexy: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 123(1), 5–12. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000006>
5. Ayhan, A., Esin, S., Guven, S., Salman, C., & Ozyuncu, O. (2006). The Manchester operation for uterine prolapse. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 92(3), 228–233. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.002>
6. Barber, E., Kleiner, I., Tairy, D., Bar, J., & Ginath, S. (2021). The effectiveness of McCall culdoplasty following vaginal hysterectomy in advanced stages of uterine prolapse. *International urogynecology journal*, 32(8), 2143–2148. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04890-z>
7. Costantini, E., Brubaker, L., Cervigni, M., Matthews, C. A., O'Reilly, B. A., Rizk, D., Giannitsas, K., & Maher, C. F. (2016). Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 205, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>
8. Curillo-Aguirre, C. A., & Gea-Izquierdo, E. (2023). Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(6), 1004. <https://doi.org/10.3390/medicina59061004>
9. Dietz H. P. (2019). Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 54, 12–30. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>
10. Ellerkmann, R. M., Cundiff, G. W., Melick, C. F., Nihira, M. A., Leffler, K., & Bent, A. E. (2001). Correlation of symЧАПms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), 1332–1338. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.119078>
11. [Giovanni Pecorella et al.](#) Literature review, surgical decision making algorithm, and AGREE II-S comparison of national and international recommendations and guidelines in pelvic organ prolapse surgery. 17 May 2024. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15614>
12. Goldman, J., Ovadia, J., & Feldberg, D. (1981). The Neugebauer-Le Fort operation: a review of 118 partial colpocleises. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 12(1), 31–35. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(81\)90063-0](https://doi.org/10.1016/0028-2243(81)90063-0)
13. Halpern-Elenskaia, K., Umek, W., Bodner-Adler, B., & Hanzal, E. (2018). Anterior colporrhaphy: a standard operation? Systematic review of the technical aspects of a common procedure in randomized controlled trials. *International urogynecology journal*, 29(6), 781–788. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3510-5>
14. Lamers, B. H., Broekman, B. M., & Milani, A. L. (2011). Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *International urogynecology journal*, 22(6), 637–644. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1390-7>

15. Lammers, K., Lince, S. L., Spath, M. A., van Kempen, L. C., Hendriks, J. C., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2012). Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. *International urogynecology journal*, 23(3), 313–319. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1532-y>
16. Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourol Urodyn.* 2018;37(S6):S39–43. <https://doi.org/10.1002/nau.23740>.
17. Panicker, R., & Srinivas, S. (2009). Urodynamic Changes in Pelvic Organ Prolapse and the Role of Surgery. *Medical journal, Armed Forces India*, 65(3), 221–224. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(09\)80007-5](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(09)80007-5)
18. Taithongchai A, Johnson EE, Ismail SI, Barron-Millar E, Kernohan A, Thakar R. Oestrogen therapy for treating pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 7. Art. No.: CD014592. https://www.cochrane.org/CD014592/INCONT_does-oestrogen-therapy-help-treat-pelvic-organ-prolapse-postmenopausal-women
19. Tristi W. Muir, Chapter 74 - POSTERIOR WALL PROLAPSE: SEGMENTAL DEFECT REPAIR, 2008, Pages 729-736, ISBN 9781416023395, <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-2339-5.50123-3>.
20. Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2024. [Доступно на сайте Минздрава](#)

4. Иловалар.

4.1. Протоколни ишлаб чиқиш методологияси.

Миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 7-декабрдаги 5590-сонли "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги фармони ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024-йил 23-февралдаги 52-сонли "Миллий/маҳаллий клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ва тиббиёт амалиётига жорий этиш методологиясини тасдиқлаш тўғрисида"ги буйруғи талабларига мувофиқ ишлаб чиқилган.

Протоколни ишлаб чиқишда "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" давлат муассасаси, Тошкент тиббиёт академияси, Самарқанд давлат тиббиёт университети, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази акушер-гинекологлари иштирок этди.

Ушбу протоколнинг яратилиши муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлиги тўғрисида кўплаб замонавий далиллар манбаларининг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: Ушбу протоколни яратиш бўйича ишни бошлашдан олдин ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномани тўлдиришди. Ёзувчи гуруҳ аъзоларининг ҳеч бири фармацевтика компаниялари ёки ушбу протокол мавзуси бўйича клиник амалиётда фойдаланиш учун маҳсулотлар ишлаб чиқарадиган бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларнинг иштироки: Протокол кўрсатмалари ва тавсияларини ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари) фикрлари, шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашувнинг хавфлари), ахлоқий, маданий ва диний жиҳатлари ўрганилди ва ҳисобга олинди. Фикрларни сўраш РИОваБСИАТМ давлат муассасасининг ихтисослаштирилган бўлинмаларида аёллар билан норасмий суҳбатлар орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплаш, синтез қилиш ва танқидий баҳолаш.

Далилларни тўплашда қўлланиладиган усуллар: электрон маълумотлар базаларида, кутубхона ресурсларида кидириш. Фойдаланилган асосий маълумот манбалари 2014-2024 йиллар учун турли мамлакатлардаги тиббий жамоалар ва бошқа ихтисослашган ташкилотларнинг клиник кўрсатмалари эди; Протоколни ишлаб чиқишда дарслик ва монографиялар сифатсиз ёки умуман

далилсиз манба сифатида фойдаланилмаган. Бирламчи маълумотлар манбаларини тизимли излаш куйидаги маълумотлар базаларини ўз ичига олади:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - [Guidelines@health.qld.gov.au](http://www.health.qld.gov.au/Guidelines@health.qld.gov.au)
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Тавсияларни олиш ва мослаштириш учун манба хужжат сифатида турли мамлакатлардан бир нечта клиник кўрсатмалар ишлатилган.

Топилган ва баҳоланган клиник кўрсатмаларда керакли тавсиялар мавжуд бўлмаган ёки улар этарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитларда қўлланилмайдиган ёки эскирган ҳолларда, рандомизатсияланган назорат остида синовлар, тизимли текширувлар, мета-таҳлиллар ва куйидаги маълумотлар базаларида кўшимча изланишлар ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқалар.

Топилган манбаларнинг сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлигини, уларни ишлаб чиқиш методологиясини, далилларнинг ишончлилиги ва ишонарлилик / кучлилиги даражалари бўйича тавсиялар рейтингини ва тиббий ёрдамнинг маҳаллий шароитларига қўлланилишини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи. Якуний протокол тавсиялари бир нечта клиник кўрсатмалардан тавсияларнинг бир қисмини ўзгартиришларсиз асл нусхаларида олиш, клиник кўрсатмалардаги баъзи тавсияларни маҳаллий шароитга мослаштириш ва кўшимча адабиётларни излаш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш йўли билан тузилган. Далиллар сифати паст бўлган ва маҳаллий шароитларга тааллуқли бўлмаган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник кўрсатмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Агар хорижий клиник кўрсатмалар муаллифлари далиллар даражасининг бошқа шқалаларидан фойдаланган бўлса, улар (агар иложи бўлса) GRADE тизимига таржима қилинган. Турли хил клиник кўрсатмаларда бир хил тавсиялар топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ ишончлироқ илмий далиллар асосида тузилган тавсияни протоколга киритади.

Протокол хужжатлаштирилган ва ички ва ташқи экспертлар томонидан кўриб чиқилган. Тавсиялар учун далиллар базаси шарҳловчи/мутахассис фикридан кучлироқ ёки мақсадли соғлиқни сақлаш тизимида фойдаланиш учун кўпроқ мос бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳукуқини сақлаб қолишади.

Протоколнинг якуний таҳририни шакллантиришда протокол лойиҳаси олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ давлат муассасаси худудий бўлинмалари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), вилоят туғруқ тизими муассасалари шифокорлари қаторидан кенг доирадаги мутахассисларга муҳокама учун такдим этилди. Муҳокама учун протокол лойиҳаси билан РИОваБСИАТМ давлат муассасасининг расмий веб-сайтида танишиш мумкин <https://akusherstvo.uz/> Фикр-мулоҳазалар стандарт фикр-мулоҳаза варақаси ёрдамида электрон почта орқали қабул қилинди. Протокол лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги

манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу клиник протоколнинг тавсияларида барча маълумотлар ушбу масала бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб тавсиялар кучи (ТИД) бўйича тартибланган.

4.2. ЧАПда шифокорнинг ҳаракатлари алгоритми



Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+	+	+
Беморнинг касллик тарихини йиғишда аёл жинсий аъзоларининг пролапси белгилари ҳақидаги билимларни қўлланг	+	+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапси бўлган беморларнинг тўлиқ тиббий тарихини шакллантириш.		+	+
Хавф омилини баҳолаш	+	+	+
Физикал текширув			
Антропометрик маълумотларни ўлчаш бўйича малакани кўрсатиш	+	+	+
Ҳаётий белгиларни (пулс, қон босими, онг, нафас олиш, ҳарорат) ўлчаш қобилиятини намоиш этинг.	+	+	+
Протокол тавсияларига мувофиқ беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказиш малакасини кўрсатиш		+	+
Ташхис қўйиш			
ХКД 10/11 асосида аёл жинсий аъзоларининг пролапси ташхисини ўрнатиш	+	+	+
Лаборатор диагностикаси			
ЧАП учун асосий лаборатория тестларини буюртма қилиш	+	+	+
Асосий лаборатория синовлари натижаларини талқин қилиш		+	+
Агар керак бўлса, қўшимча лаборатория текширувларини буюринг.		+	+
Қўшимча лаборатория текшируви натижаларини талқин қилиш		+	+
Инструментал диагностика			
ЧАП учун асосий инструментал тадқиқотларни тайинланг	+	+	+
Асосий инструментал тадқиқотлар натижаларини талқин қилиш		+	+
Агар керак бўлса, ЧАП учун қўшимча инструментал тадқиқотларни тайинланг		+	+
Қўшимча инструментал тадқиқотлар натижаларини талқин қилиш		+	+
Даволаш			
Гиёҳванд моддаларсиз даволаш кўламини аниқланг	+	+	+
Жарроҳлик аралашувлар доирасини аниқланг			+
Протокол бўйича жарроҳлик			+

аралашувларни амалга ошириш компетенцияси			
Олдини олиш			
Хулқ-атворни такомиллаштириш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+

4.5. Аёл жинсий аъзоларининг пролапсини бошқариш бўйича билим компетентсиялари (вазифани ўзгартириш)

	Ҳамшира/ доя	Бирламчи тиббий ёрдамнинг оилавий шифокори (бакалавр)	Акушер- гинеколог/бошқа тегишли мутахассислар
Аёл жинсий аъзоларининг пролапсини аниқланг	+	+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапси ҳолатида шикоятларни, хавф омилларини, аломатларини тасвирлаб беринг	+	+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапси билан боғлиқ терминологияни тавсифланг		+	+
ХКД 10/11 бўйича аёл жинсий аъзоларининг пролапсини таснифланг	+	+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапсининг патофизиологик механизмларини айтиб беринг		+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапси ривожланишининг хавф омилларини тавсифланг		+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапси учун анамнез жараёнини тавсифланг	+	+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапсини физик текшириш усулларини тавсифланг	+	+	+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар асосида аёл жинсий аъзоларининг пролапсини ташхислаш учун ёндашувни ишлаб чиқиш	+	+	+
Асосий тестлар ва инструментал тадқиқотларни талқин қилиш		+	+
ЧАП терапиясига ёндашувни яратинг		+	+
Дори бўлмаган терапияни тавсифланг	+	+	+
Аёл жинсий аъзолари пролапсида қўлланиладиган турли дориларнинг таъсир қилиш		+	+

механизми, кўрсатмалари ва ён таъсирини муҳокама қилинг.			
Аёл жинсий аъзоларининг пролапсидаги патофизиологик ўзгаришларни кўриб чиқинг		+	+
Аёл жинсий аъзоларининг пролапсини олдини олиш чораларини билинг	+	+	+