



COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENT WAYS OF VINE CULTURE PROCESSING AFTER ABDOMINAL HYSTERECTOMY.

Shavazi Nargiz Nuraliyevna¹, Axadova Nigina Jamol²,

1 PhD, Department of Obstetrics and Gynecology №3, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

2, master degree resident, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

ANNOTATION: Total hysterectomy is the most common type of surgery in gynecology, and the number of indications for surgery is as follows: uterine fibroids in women over 45 years, detection of human viral papilloma in the cervix, and colposcopic examination of the cervix for background and cancer when diseases are found, uterine fibroids are accompanied by adenomyosis, abnormal bleeding from the uterus and tumors of the uterine excess. In the early stages of cervical and cervical cancer, pangisterectomy, total hysterectomy with bilateral uterine excess, is performed.

KEYWORDS: hysterectomy, cervical cancer, surgery in gynecology, culture processing

ABDOMINAL GISTEREKTOMIYADAN KEYIN QIN KULTYASIGA ISHLOV BERISHNING TURLI YO'LLARINI QIYOSIY BAHOLASH.

Dotsent, 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri

Shavazi Nargiz Nuraliyevna

3-son akusherlik va ginekologiya kafedrasining 1 - yil magistratura rezidenti

Axadova Nigina Jamol qizi

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston



Annotaciya: Total gisterectomiya ginekologiyada eng keng tarqalgan operatsiya turi bo'lib, bu jarrohlikka ko'rsatmalar soni ko'yidagilardir: 45 yoshdan oshgan ayollardagi bachadon miomasi, bachadon bo'ynida odam virus papillomasining topilishi va kolposkopik tekshiruvda bachadon bo'yni fon va rak oldi kasalliklari topilganda, bachadon miomasining adenomioz kasalligi bilan birga kelishida, bachadondan abnormal qon ketishlar va bachadon ortiqlarining o'smalarida amalga oshiriladi. Bachadon tanasi va bachadon bo'yni saratonining dastlabki bosqichlarida pangisterektomiya, ya'ni bachadonni ikki tomonlama ortiqlari bilan total gisterektomiya amalga oshiriladi.

Kalit so'zlar: gisterektomiya, bachadon bo'yni saratoni, operativ ginekologiya, qin kulyasi.

Ginekologiyada bachadon bo'yni patologiyasi bo'lgan, bachadon servical kanali rakiga xavfi bo'lgan ayollarni obdon tekshirib, to'g'ri tashxis qo'yish va davolash eng dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Chunki bachadon bo'yni rak kasalligi ayollar onkologik kasalliklari ichida 2 chi o'rinda, bachadon bo'yni patologiyasi esa ginekologik kasalliklar ichida 15 % ni tashkil qiladi. [11-16].

Adabiyotlarda peratsiyadan keyin qin kulyasining holati, uni davolash va yalliglanishining oldini olish usullari haqida ma'lumot juda kam bo'lib, bu operatsiyadan keyin, qin anatomo-fisiologik holatini va qin kulyasining yalliglanishsiz bitishini taminlashni urganish dolzarb masamalardan biri ekanligini tasdiqlaydi[3,4,9]

Gysterektomiyaga ko'rsatmalar, operatsiyaning turlari, asoratlari, asoratlarning oldini olish va davolash.

Gisterektomiya ginekologiyada keng qullaniladigan jarrohlik bo'lishiga qaramasdan, jarrohlar bu operatsiyaning optimal hajmi va yondashish yo'lini tanlashda bir qarorga kelishmagan. Gysterektomiya so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, Hystero-bachadon, ectomia-olib tashlash ma'nosini anglatib, boshqacha qilib aytganda bachadonni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashni anglatadi. Hozirgi kunda bunday jarrohlik na faqat Uzbekistonda, balki Rossiya va chet davlatlarda ginekologik operatsiyalar ichida 2 chi o'rinni, bachadon ortiqlarida qilinadigan operatsiyadan keyin, egallaydi. [2,3,7]. Bugungi kunda total histerektomiya ginekologiyada operatsiyalarning eng keng tarqalgan turi hisoblanadi [17-18, 21, 25] Total gisterektomiyaga ko'rsatmalar soni ko'p bo'lib, asosan qo'yudagilar hisoblanadi: bachadon



bo'ynidagi colposkopik va sitologik tasdiqlangan displaziya va boshqa patologik uzgarishlar, 45 yoshdan katta ayollarda bachadon miomasi, Adenomioz bilan bachadon miomasi birga uchrashi, adenomiyozning xavli holatlari, Odam papillomavirusining xavli shtamplarining (16: 18) topilishi, sababi aniqlanmagan (idiopatic) abnormal qon ketishlar, kichik chanoqdagi kuchli ogriqlar. [25-20]. Bachadon tanasi va bachadon bo'yni saratonining dastlabki bosqichlarida pangisterekтомиya, ya'ni bachadonni ikki tomonlama ortiqlari bilan total histerekтомиya amalga oshiriladi. Ginekologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lgan, bachadon bo'yni saratoni xavfi yuqori bo'lgan bemorlarni to'g'ri tanlash va etarli darajada davolashdir, chunki bachadon bo'yni patologiyasi barcha ginekologik kasalliklarning kamida 15% ni tashkil qiladi va bachadon bo'yni saratoni ayollarda onkologik kasallik tarkibida ikkinchi o'rinni egallaydi [11-12,14].

Bachadon miomasi ginekologik kasalliklar orasida, reproduktiv yoshdagi ayollarning 25 – 35% tashkil qiladi [8-9] . Reprodukativ yoshda ayollarda (30 – 34 yoshda), bachadon miomasining uchrashi chastotasi 55,0% tashkil qiladi [2, 3, 7]. 35 yoshdan keyin ayollarda bachadon miomasi uchrashi xavfi maksimal qiymatlarga etib, -76% - 80% ni tashkil qiladi. [14-15, 20]. So'nggi yillarda 30 yoshgacha bo'lgan ayollarda bachadon miomasi kasalligini aniqlash va davolash tendentsiyasi tobora dolzarb masalaga aylanib bormoqda. [4,5]. Shunday qilib, bachadon miomasi tashxisining o'rtacha yoshi 32 yil 8 oylik yoshida. To'g'ridan-to'g'ri jarrohlik yo'li bilan davolash esa o'rtacha 43 yil 4 oylik yoshni tashkil qiladi. Myomaning rivojlanishi o'rtacha 5 yilni o'z ichida o'ladi; tugunlarning soni ko'p hollarda ko'plikni tashkil qilib, uchrash holati ham yuqoridir [3,2].

Miomaning eng keng tarqalgan simptomi, bu bachadondan abnormal qon ketish hisoblanadi va 70% ni tashkil qiladi, oq'riq va kichik chanoq a'zolariga bosim berishi har 3 ta holatdan birida uchraydi, bundan tashqari dispareuniya, urologic va oshqozon va ichakda buzilishlar ham uchraydi. [1,8].

Har 5 chi ayolda bachadin miomasi bepushtlik bilan birga kichadi. O.B. Panina 2015, [5,8,12]. Bachadon miomasi 5-10% ayollarda bepusht ayollarda, 2.5% ayollarda esa bepushtlikning yagona faktori bo'lishi mumkin. L.Domeniko 2017, [6,14].

Birnci marta 30 yoshdan oshib, tuqqan ayollarning 20-30% ida bachadon miomasi aniqlanadi [1,8]. Bachon miomasi bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ish asoratlar bilan



kichadi. Farmokoterapiya etishmovchiligi natijasida kasallik simptomlarinig progressi jarrohlik aralashuviga olib keladi. R.F. Nurullin, 2011 [95-98,101]. Ginekologik statsionarlarda jarrohlik aralashuvlarining 50-70% mioma sababli amalga oshiriladi, bachadon amputatsiyasi va ekstripatsoiyasi jarrohlik aralashuvlarning 60-95% ni tashkil qiladi [23,24,25].

Ma'lumotlariga ko'ra, so'nggi yillarda bachadon va uning ortiqlarining yaxshi sifatli o'smalari, yallig'lanish etiologiyasi bilan bo'lgan tubovarial hosilalar, va endometrioz kasalligi ko'payishining aniq tendentsiya kuzatilmoqda.

Histerektomiya ginekologiyada jarrohlikning eng keng tarqalgan turi hisoblanadi. Shu bilan birga, hozirgi kunga qadar jarrohlar ushbu jarrohlikning o'tkazish hajmi va qulay turi haqida bir fikrga kelishmagan.

NTS AG va PRAMNko'rsatgichlarga asosan, bachadon gisterektomiyasi chastotasi, Buyuk Britaniyada 25% va Shvetsiyada 38% (Kulakov VI 25 g), Rossiyada gisterektomi chastotasi 38% va AQShda 36%ni tashkil qiladi. O'tgan 25 yil davomida gisterektomiya ko'plab muhokamalarning mavzusi bo'lib qoldi. Jarrohlik aralashuvining ayol organizmining neyroendokrin, somatic va psixologik funksiyalariga ta'sir qilishi haqida ma'lumotlar chop etila boshladi.

Operatsiya hajmi va sifati ayolning sog'lig'ida muhim rol o'ynaydi. Haddan tashqari konservatizm jinsiy a'zolar tizimning qolgan qismlarida (Bohman Y. v, 1989) neoplazmalar paydo bo'lish xavfini oshiradi. Nohaq radikalizm murakkab neyroendokrin o'zgarishlar, qon ta'minoti, innervatsiya, limfa tizimi va chanoq tubi holatiga kuchli o'zgarishlarga olib keladi. (Kulakov VI, 1999). Bachadonni bachadon bo'yni bilan birga olib tashlash (total gisterektomiya) yoki bachadonni bachadon bo'nini qoldirib olib tashlash (subtotal gisterektomiya), onkologik, urologik va psixologik nuqtai nazardan muhokama qilinishi juda muhimdir [3,4,9].

Gisterektomiyaga ko'rsatmalar keng bo'lib, bular: bachadon miomasi, bunda katta hajmli tugunlar yoki ularning tez o'sishi, qo'shni organlar siqishi, mioma oqibatida bachadondan abnormal qon ketishlarda va shuningdek, gisterektomiya amalga: bachadonning past tashlashi yoki tushishi holatlarida, Adenomioz bilan, qon ketishiga va bemorni anemizatsiyasiga olib kelishida, tuxumdon va bachadonning xavfli neoplazmalari mavjud bo'lganda, bachadon bo'yni xavfli neoplazmalarida,



bachadon va ortiqlarining yallig'lanish kasalliklarida amalga oshiriladi[5,19,20].

Ko'pincha, bachadon bo'ynini saqlab qolish yoki bachadon bilan birga olib tashlash masalasi, onkologik tomondan (reproduktiv tizimning boshqa qismlarida saraton xavfi) hushyorlikni hisobga olgan holda hal qilinadi[8,9,14].

Operatsiyaning qay hajmda qilinishi, ayolning keying hayotida kata rol uynaydi. Haddan ziyod konservatism, qoldirilgan jinsiy a'zolarida hosilalar, o'smalar rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'z o'rnini topmagan radicalism neyroendokrin sistemasida, qon aylanish sistemasida, limfa sistemasida, innervatsiya va toz bo'shligida jiddiy o'zgarishlarga olib boradi. Bachodoni, bachadon bo'yni bilan olib tashlash yoki bachadon bo'ynini qoldirish onkologik, urologic va psixologik tomonlarni hisobga olgan holda, har bir bemor uchun indivudial qaror qilinishi muhim [10,14].

Bachadon ekstripatsiyasidan keyin, qin gumbazining butunligi buziladi, chandiqlar hosil bo'ladi, qinnig proksimal bo'limining avtanom innervatsiyasi buziladi va kichik chanoq bo'shligi a'zolarining anatomiyasida ham o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bachadonsiz ayol o'zini jinsiy hayotga noloyiq his etadi, operatsiyadan keyin, jinsiy aloqadan qo'rqish paydo bo'ladi, o'zining ayollik xususiyatini yo'qotgan deb hisoblaydi.

BACHADON MIOMASI.

Bachadon miomasi paydo bo'lishiga yakuniy sababni kursatish qiyin, ammo ilmiy izlanishlar gormonal va molekulyar-genetik ma'lumotlarga kerakli darajada ega bo'lib, bu bachadonning yaxshi sifatli o'smasi hisoblanadi[1-2] Bachadon miomasi rivojlanishining risk factorlari:

Otegashenniy genetic anamnez-naslida kasallikga moyillik quyidagi faktlar bilan bog'liq-evropa ayollariga nisbatan afro-amerikan ayollarda bachadon miomasining ko'p uchrashi, 1 chi naslda kasallikning 4.2 baravar ko'p uchrashi, dizigot egizaklarga nisbatan, 1 tuxumdan rivojlangan egizaklarda 2 baravar ko'p uchrashi.

Yoshi. 20-35, estrogen va progesteronning bachadon mushak qavatiga kumulyativ ta'siri.

Semizlik. Tana vazning indeksi 24kg/m² oshganda bachadon miomasiga riskning oshishi va tana vazning har 10% oshishida bu risk 21% ko'tarilishi aniqlanga.

Homiladorlikdan sun'iy saqlanish. KOK ni erta yoshda (13-16) qabul qila boshlash bachadon miomasiga riskni oshirishi qayd etilgan.



Menopausa yoshida gormanal terapiya. Gormonal menopausal davolash, bachadon miomasining tabiiy postmenopausal reggresini pasaytirishi qayd etilgan.

Tamoksifen qabul qilish- bu preparat sut bezi estrogenga sezgir rakida ishlatiladi, u qisman estrogen agonisti bo'lsada, bachadonda proliferativ faoliyatni oshirishi aniqlangan.

Jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalligida- yalliglanishdagi sitokinlar bachadon proleferativ faktorlarini stimulyatsiya qiladi.

Bachadon miomasining turlari-Submucos, (bachadon ichiga o'sib kiruvchi), intramural (bachadon mushak qavatida joylashgan) va subserous (bachadon serous qavatida joylashgan) turlari mavjud.

Klinik simptomlari- asosan bachadondan abnormal qon ketishlar. Hayz qoning qo'p miqdorda ketishi, qon laxtalari bilan ketishi, hayzning davomiyliginig oshishi, submukous formasida ba'zida hayzlar orasida ham qon ketishlar kuzatiladi.

Davolash- konservativ va jarrohlik yuli bilan.

Bachadondan abnormal qon ketishlar.

Bachadondan abnormal qon ketishlar sababi turlicha bo'lib, gipofiz, gipotalamus, buyrak usti bezi, tuxumdonlar, qalqonsimon bezdagi patologiyalar va bachadondagi o'zgarishlar oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

Abnormal qon ketishlarning quyidagi turlari mavjud:

Polymenorea- hayz siklining qisqarishi natijasida hayzning tez-tez kelishi bilan kechib, qisqa vaqtda anemiaga olib keladi.

Metrorrrrhagia- Hayz siklining orasigagi qon ketishlar, bu ham tezda anemiaga olib boradi.

Menorrhagia- hayz vaqtida ko'p qon ketish bo'lib, bu ham tezda anemiaga olib keladi.

Yuvenil qon ketishlar- 12-17 yoshda bo'lgan qizlarda bo'ladigan qon ketishlar.

Premenopauzal qon ketishlar- 46-55 yoshdagi ayollarda bachadondan qon ketishlar.

Tug'ish yoshidagi qon ketishlar.-18-45 yoshgacha uchraydi.

Davolash uning sabablariga qarab- konservativ va xirurgik usulda olib boriladi.

Adenomioz. (ichki genital endometrioz)

Bu kasallika bachadon endometriy tuqimasi bachadonning mushak qavatiga patologik o'sib kirishi bilan baholanadi. Uning kechishi endometriyning mushak qavatiga qay darajada o'sib kirganligiga bo'liq bo'lib, bachadon miomasidan ko'ra, bachadon endometriysi rakiga xavf



tug'diradi. Bu o'z navbatida endometriy toqimasida siklik o'zgarishlarga olib keladi. Endometriyda proliferatsiya, jelizistaya transformatsiya va uning quporilishi natijasida kuchli oq'riqli qon ketishlarga sabab bo'ladi [2,8,10]

Adenomiozning 4 ta darajasi mavjud bo'lib, bular:

1 darajasi - endometriyning mushak qavatining 1/3 qismiga o'sib kirishi.

2 darajasi - endometriyning mushak qavatining 1/2 qismiga o'sib kirishi.

3 darajasi - endometriyning mushak qavatini to'liq qamrab olishi.

4 darajasi - endometriyning mushak qavatini to'liq qamrab olishi va seroz qavatiga ham tarqalishi, qulay vaziyatda atrofdagi qorin bo'shligi a'zolariga tarqalishi.

Adenomiozni tashxizlashda- MRT oltin qoida hisoblanadi.

Tuxumdon kistasi va kistomalari.

Tuxumdonda har xil o'zgarishlar rivojlanishi sababli uning hajmining kattalshishi yusaga keladi, bu jarayonlar hayot uchun xavli va xavsiz bo'lishi mumkin. Ko'p holatlarda bunday uzgarishlar yaxshi sifatli bo'lib, qobiq ichida suyuqlik to'planishi bilan namoyon bo'ladi.

Kista- bu qop yoki pufak ma'nosini bildiradi, bunday o'zgarish tuxumdon strukturasi paydo bo'lib, uning hajmini bir necha bor kattalashtiradi. Buning sabablari aniq bo'lmasada, uning mexanizmining negizida garmonal o'zgarishlar kata rol o'ynaydi.

Kistalar bir necha xil bo'lib, bulardan biri follicular kistalar- hayz siklining buzilishi sababli ovulyatsiyaning sodir bo'lmasligi natijasida paydo b'ladi. Uning razmeri 7-8 sm gacha borib, davomida ko'p holatlarda 2-3 menstrual sikl o'z-o'zidan asoratsiz yoriladi[6].

Sariq tana kistasi- ovulatsiyadan keyin sariq tanada suyuqlik to'planishi bilan xarakterlanib, ko'pincha homiladorlik bilan birga kechadi. Bun kista puak ichida suyuqlik yoki qon to'playdi.

Sariq tana kistasi bir necha menstrual sikl davomida yoki homiladorlikning ilk 3-4 oyigacha saqlanib, keyin asoratsiz surilib ketadi. Ammo yorilishda qorin bo'shlig'iga qon ketishi va jarrohlik aralashuvlariga sabab bo'lishi mumkin.

Tuxumdon polikistozi- bunda tuxumdonda etilmagan, razmenri 10 mm gacha bo'lgan follikularaning 12 ta va undan ko'p bo'lgan miqdorda rivojlanishi tushiniladi. Bu asosan hayz siklining buzilishlari va uning oqibatida abnormal bachadondan qon ketishlar kuzatilib, bepushtlikka olib keladi. Bu kasallik follikulalarning o'sishini va ovulatsiyani stimulyatsiya



qilish bilan davolanadi. Homiladorlik rejalashtirilmagan holatlarda esa oral kontrasepsiya bilan bir necha sikl davolaniladi.

Endometrioz kistalar- tuxumdonda endometriy to'qimasining o'sishi va menstrual sikl davomida bu to'qimalardan qon ketib, qobiq ichida qon to'lanishi oqibatida jigar rang suyuqliq yigilishi sababli, shekolad kista nomi ham qo'llaniladi. Bu kistalar ham bepushtlikka olib kelishi mumkin, hayzning kuchli og'riq bilan kechishiga sabab bo'ladi, ba'zi holatlarda yorilib, jarrohlik aralashmalariga sabba bo'ladi.

Dermoid kistalar-tuxumdon haqiqiy o'smalaridan bir turi bo'lib, embryonal to'qimalar difrensirovkasining buzilishi natijasida zachatochniy to'qimadan paydo boladi. Bunday kistomalar yosh ayollarda ko'prq uchraydi. Kistoma devoir qalin bo'lib, xalta ichida yog', soch, tirnoq, tish, tog'ay va suyak bo'lishi mumkin. Kistoma oyoqchada bo'lganligi sababli, aylanib qolishi va qon bilan ta'minlanishinig buzilishi oqibatida ekstrenniy jarrohlik aralashuviga sabab bo'ladi.

Tuxumdonnig haqiqiy o'smalaridan biri- sistadenomadir. Bu tuxumdonning ma'lum to'qimalaring keragidan ortiq darajada o'sishi bilan namoyon bo'ladi. Ular ko'p kamerali bo'lib, qobigida suyqlik yigadi, bazida bu kistomada rak xujayralari rivojlamnadi. Uning o'zoga xos xususiyati hayz buzilishlari bilan birga, qorinning pastki qismida pastga tortuvchi, osilib turuvchi his paydo bo'lib, jinsiy aloqa vaqtida og'riq berishi mumkin. Uning buralib qolishi ekstrenniy jarrohlik aralashuviga sabab bo'ladi [15,19].

Bachadon bo'yni patologiyasi.

Bachadon bo'yni eroziyasi- bachadon bo'yni ko'p qavatli epiteliysining ma'lum bir qismda yo'qligi bilan xarakterlanadi. Spesifik erozia (sifilitik yoki tuberkulez) juda kam holatda uchraydi. Trofik va travmatik erosialar menopausa yoshidagi ayollarda uchraydi.

Psevdoerosia- bu silindrik epiteliyning yassi epiteliy qavatga qarab siljishidir.

Servisitlar- enzo-endo servisit- bachadon bo'ning yalliglanishi, diffuz yoki mahalliy, o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin.

Polip- biriktiruvchi to'qimqli, epithelial qobiqli o'smalar. Strukturasiga qarab bez yoki epidermial bo'lishi mumkin.

Leykoplakiya- shilliq qavatning muguzlanishi, oq rangdagi, artilishi qiyin bo'lgan qoplama paydo bo'lishi.



Ектропion- silindrik kanalning tashqariga qarab burilishi.

Bachadon bo'yni endometrioz- bachadon bo'ynida endometrial transformatsiyalarning uchrashi, manupulyatsiyalardan keyin paydo buladi.

Bachadon bo'yni displasiasi- bachadon bo'yni rak oldi kasalligi bo'lib, bu morfologik tushunchaga ega va mikros

Bugungi kunda bachadon olib tashlash operatsiyasining 3 xil jarrohlik yo'li ma'lum:

1. Bachadon tanasini olib tashlash, yani subtotal gisterektomiya.

2. Bachadonni bachadon bo'ni bilan birga olib tashlash- total gisterektomiya yoki bachadon ekstripatsiyasi deb ataladi.

3. Bachadonni to'liq, ortiqlari bilan olib tashlash radikal gisterektomiya deyiladi.

Ushbu variantlarning barchasi jarrohlik operatsiyalari bo'lib, bemorning to'liq sog'ayiga olib boradi.

Adabiyotlar:

1. Висоцкий М.М., Манухин И.Б., Овакимян М.А. Особенности техники лапароскопической гистерэктомии при больших размерах матки. Эндоскопическая хирургия. 2009;4: 37-40. [Vysotskii MM, Manukhin IB, Ovakimyan MA. Osobennosti tekhniki laparoskopicheskoi gisterektomii pri bol'shikh razmerakh matki. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2009;4:37-40.]

2. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. М. 2015. [Adamyan LV, Andreeva EN, Artymuk NV. i dr. Mioma matki: diagnostika, lechenie i reabilitatsiya. Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'shikh. M. 2015. (In Russ.)]

3. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К., Бочоришвили Р.Г. Лапароскопическая гистерэктомия — семилетний опыт. Журнал акушерства и женских болезней. 2011;60(4):12-20. [Bezhenar' VF, Tsyurdeeva AA, Dolinskii AK, Bochorishvili RG. Laparoskopicheskaya gisterektomiya — semiletanii opyt. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei. 2011;60(4):12-20. (In Russ.)]

4. Andersen LL, Ottesen B, Alling-Møller LM et al. Subtotal versus total abdominal



hysterectomy: randomized clinical trial with 14-year questionnaire follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2014. pii: S0002-9378(14)02498-3. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.039

5. Mettler L, Sammur W, Schollmeyer T. Sun beams on hysterectomies. *Gynecol Surg.*

2011;8:255-267. 13. Nissole M. Perspectives on laparoscopic hysterectomy. *Gynecolog Surg.* 2010;7:105-107.

6. van Evert JS, Smeenk JM, Dijkhuizen FP et al. Laparoscopic subtotal hysterectomy versus laparoscopic total hysterectomy: a decade of experience. *Gynecol Surg.* 2010;7(1):9-12.

7. Oscarsson U, Poromaa IS, Nussler E, Lofgren M. No difference in length of hospital stay between laparoscopic and abdominal supravaginal hysterectomy — a preliminary

8. Robert M, Soraisham A, Sauve R. *Am J Obstet Gynecol.* 2008. Postoperative urinary incontinence after total abdominal hysterectomy or supracervical hysterectomy: a metaanalysis

9. Todd R. Jenkins. Laparoscopicsupracervical hysterectomy. *American Journal of obstetrics and gynecology.* 2004;191:1875-1884.

Шавази Н., Халилова Д. Медико–социальная проблема детей с ограниченными возможностями //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 56-62.

12. doctoral Student S. N. N. B. The Role Of Fetal Fibronectin In The Prediction Of Premature Births Shavazi Nn (Republic of Uzbekistan) Email: Shavazi451@ scientifictext. ru.

13. Shavazi N. N., Babamuradova Z. B. Ratio Of Pro-And Antiangiogenic Factors In Pathogenesis Of Premature Delivery In Pregnant Women Against Background Of Undifferentiated Connective Tissue Dysplasia.

14. Ахтамова Н. А., Наргиз Ш., Тиявова С. А. Инновационный Метод Лечения Хронической Тазовой Боли //Re-health journal. – 2021. – №. 1 (9).

15. Шавази Н. Н., Бабамурадова З. Б. Соотношение Про-И Антиангиогенных Факторов В Патогенезе Преждевременных Родов У Беременных На Фоне Недифференцированной Дисплазии Соединительной Ткани //European Research: Innovation In Science, Education And Technology. – 2020. – С. 93-96.

16. Nuralievna S. N. The role of fetal fibronectin in the prediction of premature births //European science. – 2020. – №. 2-1 (51). – С. 87-89.



-
17. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина; 1999. [Kulakov VI, Adamyan LV, Askol'skaya SI. Gisterektomiya i zdorov'e zhenshchiny. M.: Meditsina; 1999. (In Russ.)]
 18. Паукер В.А. Здоровье женщины после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки: Дис. ... канд. мед. наук. М. 1997. [Pauker VA. Zdorov'e zhenshchiny posle total'noi i subtotal'noi gisterektomii, proizvedennoi po povodu miomy matki: Dis. ... kand. med. nauk. M. 1997. (In Russ.)]
 19. Scott JR, Sharp HT, Dodson MK, Norton PA, Warner HR. Subtotal hysterectomy in modern gynaecology: a decision analysis. *Am J Obstet Gynaecol.* 1997;176:1186-1192.
 20. Vale DB et al. Usefulness of vaginal cytology tests in women with previous hysterectomy for benign diseases: assessment of 53.891 tests. *Gynecologic oncology.* 2015;137(2):270-273.
 21. Hannoun-Levi J, Peiffert D, Hoffstetter S, Luporsi E, Bey P, Pernot M. Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases. *Radiother Oncol.* 1997;43(2):147-153.
 22. Akintobi A, Bello O, Asaolu OA et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy and uterine morcellation: case report from Asokoro District Hospital, Abuja, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2015;18:824-827.
 23. Erian J, El-Shawarby SA, Hassan M et al. Laparoscopic subtotal hysterectomy using the plasma kinetic and lap loop systems: An alternative approach in the surgical management of women with uterine fibroids. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2008;137(1):84-87.
 24. Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. *Actaobstetricia et gynecologicascandinavica.* 2007;86(2):133-144.
 25. Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. *J Reprod Med* 1993;38:781-790.