TAKRORIY KESARCHA KESISHDA BACHADON CHANDIG‘INING MORFOLOGIK VA ULTRATOVUSH XUSUSIYATLARI: ONA VA PERINATAL NATIJALARGA TA’SIRI

Ismayilova Shaxiyna Islomovna
Termiz iqsisodiyot va servis universiteti Davolash ishi yo'nalishi 1-kurs 26-19 guruh talabasi
Ilmiy rahbari: Hidayev Nurislom Noraliyevich
(Viloyat shifoxonasi bosh vrach o'rinbosari)

ANNOTATSIYA

Takroriy kesarcha kesish sonining ortishi bachadonning pastki segmentida avvalgi gisterotomiya izidan hosil bo‘ladigan chandig‘ni baholashga bo‘lgan klinik ehtiyojni kuchaytirmoqda. Chandig‘ anatomiyasi keyingi homiladorlikning o‘tishi, platsenta joylashuvi, tug‘ruq usulini tanlash va jarrohlik xavfini baholashga ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Ushbu ishning maqsadi kesarcha kesishdan keyingi bachadon chandig‘ining morfologik xususiyatlari, nisha (istmotsele), qoldiq miometriy qalinligi, pastki bachadon segmenti ultratovush o‘lchovlari va ona-perinatal yakuniy natijalar o‘rtasidagi ilmiy dalillarni tanqidiy sintez qilishdir.

Maqola 2019–2026-yillardagi xalqaro ekspert konsensuslari, klinik tadqiqotlar va uslubiy sharhlarga, shuningdek, asosiy metaanalizlarga tayangan narrativ adabiyotlar tahlilidir. Birlamchi bemorlar bazasi shakllantirilmagan, tadqiqot uchun sun’iy klinik qiymatlar kiritilmagan. Qidiruvda nisha ultratovush ta’rifi, RMT va AMT standart o‘lchovlari, oldingi kesarcha kesishdan so‘ng vaginal tug‘ruq (VBAC), bachadon yorilishi, placenta accreta spectrum (PAS) hamda chandig‘ sohasiga implantatsiyalangan homiladorlik bo‘yicha rasmiy ko‘rsatmalar ustuvor bo‘ldi.

Xalqaro ekspert konsensusida nisha transvaginal ultratovushda oldingi kesarcha kesish chandig‘i sohasidagi kamida 2 mm chuqurlikdagi miometriy botig‘i sifatida aniqlanadi. 21 tadqiqot va 2776 ayolni birlashtirgan metaanaliz pastki bachadon segmenti qalinligi bachadon devori nuqsonini prognozlashda istiqbolli ekanini, lekin o‘lchash usullarining geterogenligi yagona, mutlaq xavfsiz kesim chegarasini belgilashga yo‘l qo‘ymasligini ko‘rsatgan. 2025-yilgi FIGO tavsiyalarida bir marta past ko‘ndalang kesarcha kesish bo‘lgan ayollarda vaginal tug‘ruq sinovida bachadon yorilishi taxminan 0,3–0,7% doirasida ekani ko‘rsatilgan; bu tanlangan populyatsiyaga tegishli.

Takroriy operatsiyalar soni, ayniqsa placenta previa bilan birga kelganda, PAS xavfini keskin o‘zgartiradi. PACCRETA populyatsion tadqiqotida ushbu yuqori xavf kontekstida kasallik chastotasi avvalgi operatsiyalar soni va platsenta joylashuviga ko‘ra 5% dan 63% gacha o‘zgargan. Xulosa: bachadon chandig‘ini baholashda standartlashtirilgan UTT protokoli, klinik anamnez, platsenta joylashuvi, tug‘ruq imkoniyatlari va multidisiplinar tavsiyalar kompleks ishlatilishi lozim; bitta millimetr ko‘rsatkichi bilan tug‘ruq usulini hal qilish ilmiy asoslanmagan.

Kalit so‘zlar: takroriy kesarcha kesish; bachadon chandig‘i; nisha; istmotsele; transvaginal ultratovush; qoldiq miometriy; pastki segment qalinligi; placenta accreta spectrum; bachadon yorilishi; VBAC; ona va perinatal natijalar.

ABSTRACT

This critical narrative review examines morphological and sonographic features of the uterine scar after cesarean delivery, with emphasis on residual myometrial thickness, cesarean scar niche, lower uterine segment measurements, and implications for repeat cesarean birth, vaginal birth after cesarean, and placenta accreta spectrum. Sources comprise international consensus documents, prospective studies, a meta-analysis of lower uterine segment sonography, and recent FIGO and professional society recommendations. No original patient-level data were collected or analyzed. A uterine niche is commonly defined as an indentation of at least 2 mm at the scar on transvaginal ultrasonography. Evidence suggests that lower uterine segment measurements contribute to risk assessment, yet varying techniques and outcome definitions preclude a single universal decision threshold. Risk of placenta accreta spectrum depends strongly on placental location and the number of previous cesareans. Standardized reporting, clinical history, and access to appropriate obstetric services are necessary for individualized counseling and safe management.

Keywords: cesarean scar; uterine niche; isthmocele; ultrasonography; residual myometrial thickness; uterine rupture; vaginal birth after cesarean; placenta accreta spectrum.

1. KIRISH (INTRODUCTION)

Oldingi kesarcha kesish keyingi homiladorlik va ginekologik sog‘liq uchun uzoq muddatli anatomik iz qoldiradi. Bachadonning pastki segmentidagi kesma bitishi bir xil kechmaydi: ayrim ayollarda miometriyning uzluksizligi yaxshi tiklanadi, boshqalarida esa lokal botish yoki divertikulga o‘xshash nisha shakllanadi. Morfologik o‘zgarishning mavjudligi har doim simptom yoki klinik xavfning mavjudligini

anglatmaydi. Shu nuqta tasvirlash topilmasi bilan alohida kasallik sindromini farqlash uchun asosiydir [3,5,6].

Terminologiya bir qarashda o‘xshash bo‘lsa-da, uch xil tushuncha aniqlik bilan ajratilishi kerak. “Chandiq” — bitgan gisterotomiya joyi; “nisha / istmotsele” — odatda transvaginal UTTda miometriyga kirib boruvchi botish; “chandiq kasalligi” — nisha bilan bog‘liq simptomlar kompleksi. 2023-yilgi JAMA Network Open ekspert konsensusi simptomatik chandig‘ kasalligi tushunchasini faqat ultratovushda nisha mavjudligidan ajratishni taklif etdi [6]. Bu farq sog‘lom ayolga asossiz jarrohlik tavsiya qilishdan saqlaydi.

Uchinchi trimesterda pastki bachadon segmenti qalinligi (lower uterine segment, LUS) va homilador bo‘lmagan ayolda qoldiq miometriy qalinligi (residual myometrial thickness, RMT) o‘rtasida fiziologik tafovut bor. Ularni bir xil o‘lchov sifatida o‘qish mumkin emas. Homiladorlik haftasi ortishi bilan LUS cho‘ziladi va yupqalashadi; homilador bo‘lmagan davrda esa nisha shakli, sikl fazasi va transvaginal zond bosimi natijani o‘zgartirishi mumkin [3,4].

Takroriy kesarcha kesish xavfi faqat bachadon yorilishi bilan bog‘liq emas. Chandiq yuzasida endometriy-miometriy chegarasining buzilishi kelgusi homiladorlikda anomal implantatsiya va placenta accreta spectrum (PAS) ehtimolini oshirishi mumkin. ACOG va SMFM avvalgi kesarcha kesishlar soni ortishi bilan PAS xavfi o‘sishini, ayniqsa placenta previa bilan birga kelganda klinik hushyorlik zarurligini ta’kidlaydi [7,8].

VBAC — avvalgi kesarcha kesishdan so‘ng vaginal tug‘ruq — tegishli tanlangan bemorlarda takroriy operatsiyaning ayrim xavflaridan qochish imkonini beradi. Biroq uning xavfsizligi chandiq turi, operatsiya sababi, tug‘ruqlar oralig‘i, boshqa klinik holatlar va tug‘ruqxonaning favqulodda operatsiya qila olish salohiyatiga bog‘liq. FIGO 2025-yilgi ko‘rsatmalarida bitta avvalgi past ko‘ndalang kesma bo‘lgan ayollarda vaginal tug‘ruq sinovida bachadon yorilishi taxminan 0,3–0,7% deb beriladi; bu umumiy barcha chandiqli ayollar uchun qoida emas [2].

Ushbu sharhning dolzarbligi shundaki, UTTdagi son ko‘rsatkichini ortiqcha talqin qilish natijasida ayolning tug‘ruq usulini tanlash huquqi va real klinik xavfi nomutanosib baholanishi mumkin. Aksincha, PAS yoki chandiq homiladorligi belgilari e’tibordan chetda qolishi hayotiy xavf tug‘diradi. Shuning uchun standart o‘lchov, klinik kontekst va individual maslahatga asoslangan yondashuv muhim.

2. MATERIALLAR VA USULLAR (MATERIALS AND METHODS)

Ish dizayni — klinik radiologiya va akusherlik bo‘yicha narrativ, tanqidiy adabiyotlar sintezi. 2020–2026-yillardagi ko‘rsatmalar, konsensus hujjatlari, prospektiv populyatsion tadqiqotlar va sistematik sharhlar ustuvor ko‘rib chiqildi. Bachadon chandig‘ini o‘lchash bo‘yicha 2019-yildagi Yevropa Delphi konsensusi hamda 2013-yildagi LUS metaanalizi metodologik bazis sifatida kiritildi. PubMed indekslari, professional tashkilotlar (FIGO, SMFM, ACOG) sahifalari va ilmiy jurnallar ochiq yozuvlari tekshirildi.

Asosiy konseptual qidiruv atamalari: “cesarean scar niche”, “isthmocele”, “residual myometrial thickness”, “lower uterine segment thickness”, “uterine rupture”, “vaginal birth after cesarean”, “placenta accreta spectrum”, “cesarean scar pregnancy”. Inspeksiya obyekti — tashxisni standartlashtirish, klinik xavfning prediktiv qiymati, perinatal va ona natijalariga ta’sir hamda noto‘g‘ri tasniflash ehtimoli. Bu PRISMA formatidagi to‘liq sistematik sharh emas; maqolalar soni va chiqarib tashlash diagrammasi haqida tasdiqlanmagan hisob-kitob keltirilmaydi.

Tahlilda homilador bo‘lmagan ayolning transvaginal UTTdagi nisha o‘lchovlari va homiladorlik oxiridagi LUS o‘lchovlari alohida guruhda talqin qilindi. Ko‘rsatkichlar orasida nisha chuqurligi, uzunligi, ko‘ndalang kengligi, RMT, adjacent myometrial thickness (AMT), homiladorlik haftasi, platsenta joylashuvi, oldingi kesarcha kesishlar soni va tug‘ruq usuli ko‘rib chiqildi. Pooled sezgirlik/spetsifiklik faqat asl metaanalizdan olingan; yangi statistik sintez bajarilmadi.

Klinik xavf baholarida jarrohlik indikatsiyasi, seleksiya va registr farqlari hisobga olindi. Xususan, placenta previa va oldingi kesarcha kesish bo‘lgan PACCRETA kohortasining foizlarini barcha homilador ayollarga tatbiq etib bo‘lmaydi. Ultrasound threshold o‘rtasidagi farqlar faqat standartlashtirilgan o‘lchash protokollari bilan qiyoslanishi mumkin.

3. NATIJALAR (RESULTS)

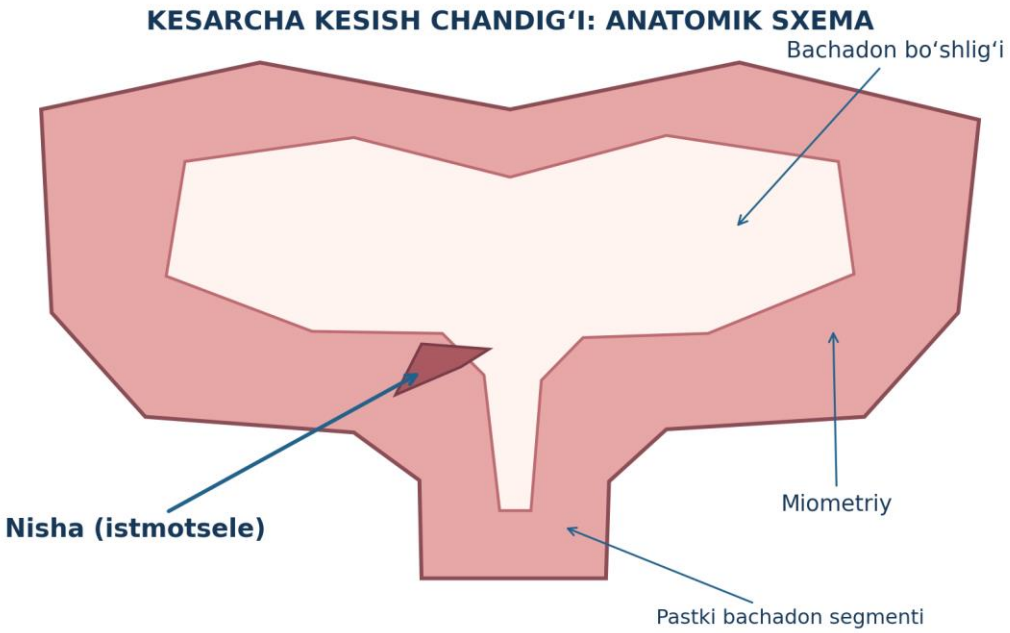
3.1. Chandiq morfologiyasi: to‘liq bitish, nisha va simptomatik kasallik

Bachadon devorining tiklanishi kollagen remodellanishi, gisterotomiya joylashuvi, kesma yopilish usuli, infeksiya yoki ishemiya kabi omillarning birgalikdagi ta’sirida shakllanadi. Radiologik mezonlar patologik-gistologik mezonlar bilan har doim bir xil emas. Transvaginal UTTda nisha oldingi kesarcha kesish chandig‘i joyidagi kamida 2 mm chuqurlikdagi botish sifatida qabul qilinadi [3,5]. Bu son kasallik og‘irligi yoki bachadon yorilishi uchun avtomatik chegaraviy qiymat emas.

Yevropa ekspertlari konsensusiga ko‘ra nishaning uzunligi va chuqurligi sagittal tekislikda, kengligi esa ko‘ndalang tekislikda o‘lchanadi. RMT — nishaning eng chuqur nuqtasidan bachadon serozasigacha qolgan miometriy qalinligi; AMT — nuqson yaqinidagi normalroq miometriy qalinligi. Shuningdek, nisha tarmoqlanishi, bachadon holati va kerak bo‘lsa devor topografiyasi tavsiflanadi [3].

Tasvirlash topilmasini simptomatik chandig‘ sindromidan ajratish zarur. JAMA Network Open ekspertlar guruhi nisha bilan bog‘liq postmenstrual dog‘lanish, menstruatsiya vaqtida og‘riq, ayrim reproduktiv muammolar kabi klinik belgilarni birga baholashni tavsiya etadi [6]. Simptomsiz nisha odatda faqat tasvirlash topilmasi bo‘lib, uni aniqlashning o‘zi operatsion davolashga ko‘rsatma bo‘lavermaydi [5].

2025-yilgi Kanada klinik konsensusi transvaginal UTTni birinchi bosqich sifatida tasdiqlaydi va kelgusida farzand ko‘rish rejasi, simptomlar og‘irligi va RMT bo‘yicha individual qaror qabul qilishni qo‘llab-quvvatlaydi [5]. Bachadon chandig‘i muammolarini turlicha tasniflash tufayli nishaning bildirilib kelgan chastota ko‘rsatkichlari juda keng oraliqda uchraydi; diagnostik usul va vaqtning bir xil emasligi asosiy sababdir.



1-rasm. Kesarcha kesish chandig‘i va nisha joylashuvining original anatomik sxemasi. Diagnostik UTT yoki real bemor materiali emas.

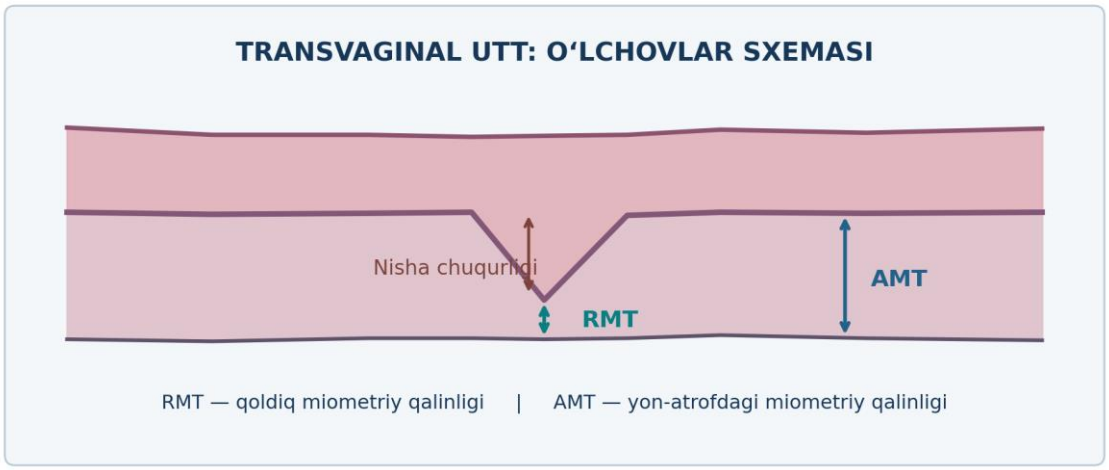
3.2. UTT o‘lchash protokoli va kuzatuv vaqti

Non-gravid ayolda nishani transvaginal UTT orqali bachadon sagittal tekisligida ko‘rish maqsadga muvofiq. Nisha aniqlansa asosiy o‘lchovlar: chuqurlik, bo‘ylama

uzunlik, ko‘ndalang kenglik, RMT va AMT. Nishaning murakkab shakli, yon shoxlari yoki suyuqlik bo‘lsa alohida qayd etiladi. Transvaginal ultratovushda aniq ko‘rinmagan hollarda fiziologik eritma yoki gel bilan sonogisterografiya tuzilmani yaxshiroq ko‘rsatishi mumkin [3].

Chandiq bitish dinamikasi hisobga olinishi zarur. Ekspert tavsiyalarida nishani tug‘ruqdan kamida 3 oy o‘tgach baholash maqsadga muvofiq deb hisoblanadi; homiladorlik davrida bu uslub bevosita qo‘llanmaydi [3,5]. Sonografist zond bosimi, tasvir tekisligi va o‘lchash nuqtasini imkon qadar standartlashtirishi lozim.

RMT ning past bo‘lishi har doim bachadon yorilishi xavfi yuqori degani emas; u klinik kontekstga va hatto keyingi homiladorlikdagi placentar joylashuvga bog‘liq. Shuning uchun UTT xulosasida “RMT 2,5 mm, xavfli” kabi normativ tasnif o‘rniga aniq o‘lcham, usul, tekislik va tasvirlash cheklovi yozilishi maqsadga muvofiq. Shifokor klinik qaror uchun tegishli standart va bemorning butun tarixini baholaydi.



2-rasm. Nisha chuqurligi, qoldiq (RMT) va qo‘shni (AMT) miometriy qalinligini o‘lchashning original sxemasi. Ultrasonogramma emas.

3.3. LUS qalinligi va bachadon yorilishini prognozlash

Pastki bachadon segmenti qalinligini baholash homiladorlikning oxirida VBAC uchun maslahat berishda yordamchi ma’lumot bo‘lishi mumkin. Kok va hammualliflarning 21 tadqiqot hamda 2776 ayolni birlashtirgan metaanalizi myometriyal LUS o‘lchovlari uchun 0,6–2,0 mm chegaralarida yig‘ma sezgirlik 0,76 va spetsifiklik 0,92; 2,1–4,0 mm chegaralarida esa sezgirlik 0,94, spetsifiklik 0,64 ekanini ko‘rsatgan [4]. Bu toifalar turli tadqiqotlardagi kesish nuqtalarini birlashtirish orqali shakllangan, individual bemor uchun universal qoida emas.

Shu metaanalizda butun LUS qalinligini o‘lchash bo‘yicha 2,0–3,0 mm chegaralarda sezgirlik 0,61, spetsifiklik 0,91; 3,1–5,1 mm chegaralarda sezgirlik 0,96 va spetsifiklik 0,63 bo‘lgan [4]. Nisha RMT bilan homiladorlikning oxiridagi “full LUS thickness” bir xil anatomik qatlamlarni ifodalamaydi. O‘lchash vaqtiga, sonografik yondashuvga, siydik pufagi to‘lishiga va kesish nuqtasiga qarab test ishlashi o‘zgaradi.

Bu ma’lumotlar sezgirlik va spetsifiklikning o‘zaro almashinuvini ham ochib beradi: ayrim past chegara qiymatlari uchun spetsifiklik yuqoriroq, yuqoriroq chegaralar uchun esa sezgirlik yuqori bo‘lishi mumkin. Demak, faqat “3 mm dan kam bo‘lsa xavfli” kabi sodda formula qaror xatosini keltirib chiqaradi. Qolaversa, “bachadon devori nuqsoni” yakuniy nuqtasi ba’zi tadqiqotlarda chandiq dehissensiyasini ham, to‘liq yorilishni ham birgalikda qamrab oladi.

FIGO 2025-yilgi ko‘rsatmalarida mos tanlangan ayollarda VBAC muvaffaqiyati taxminan 60–80% oraliqda, bitta avvalgi past ko‘ndalang kesma bo‘lganlarda bachadon yorilishi xavfi esa 0,3–0,7% deb keltiriladi [2]. Ushbu natija bemor bilan birgalikda qaror qabul qilishda muhim, lekin operatsiya turi, tug‘ruqni induksiya qilish, oldingi vaginal tug‘ruq tarixi, resurs va ayol tanlovi aniqlanmasdan ehtimolni individual bemorga ko‘chirib bo‘lmaydi.

1-jadval. Bachadon chandig‘ining asosiy UTT ko‘rsatkichlari va klinik talqini.

UTT ko‘rsatkichi	Klinik kontekst	Adabiyotlarda qo‘llanishi	Cheklovi
Nisha chuqurligi ≥2 mm	Homilador bo‘lmagan davr	Nishaning tasvirlash ta’rifi [3,5]	Bachadon yorilishi chegarasi emas
RMT va AMT	Homilador bo‘lmagan, nisha bor	Defekt geometriyasi va simptomlarni baholash	LUS bilan bir xil emas
Miometrial LUS	Ko‘pincha III trimester / VBAC	Yorilish yoki dehissensiya xavfi uchun yordamchi test [4]	Qirqimlar heterogen
Full LUS qalinligi	Homiladorlik, ayrim TOLAC guruhlari	Meta-tahlil bo‘yicha sens./spets. [4]	Tug‘ruq usulini yakka o‘zi belgilamaydi

UTT ko‘rsatkichi	Klinik kontekst	Adabiyotlarda qo‘llanishi	Cheklovi
Platsenta joylashuvi	Homiladorlikdagi kompleks UTT	PAS va previa xavfini baholash [7,8]	Salbiy UTT PASni mutlaq inkor etmaydi

3.4. Takroriy operatsiya, placenta previa va placenta accreta spectrum

PAS — platsenta tukchalarining miometriyga patologik yopishib yoki chuqurroq o‘sib kirishi bilan kechuvchi kasalliklar spektridir. Avvalgi gisterotomiya endometriy-miometriy interfeysini o‘zgartirib, keyingi placentar implantatsiya uchun noqulay mikrosharoit yaratishi mumkin. Biroq chandiq nuqsoni bo‘lgan barcha ayollarda PAS rivojlanmaydi; xavfni baholashda placenta previa va avvalgi kesarcha kesishlar soni nihoyatda muhim [7,8].

PACCRETA prospektiv populyatsion tadqiqotida 520 114 tug‘ruqdan 396 ayol kamida bitta avvalgi kesarcha kesish va previa yoki past joylashgan platsenta bilan mezonlarga mos kelgan; ulardan 108 tasida tug‘ruq vaqtida PAS qayd etilgan. Bu guruhda PAS ulushi bitta kesarcha kesish + orqa devordagi past platsentada 5% dan, uch yoki undan ortiq kesarcha kesish + placenta previa holatida 63% gacha yetgan [7]. Raqamlar keskin farqlanishi xavf guruhini to‘g‘ri ta’riflash zarurligini ko‘rsatadi; ushbu foizlar umumiy homiladorlar populyatsiyasi uchun chastota emas.

ACOG–SMFM ko‘rsatmasi PASga shubha bo‘lsa tajribali mutaxassis tomonidan UTT, tug‘ruqdan avval multidisiplinar reja, anesteziologik va qon mahsulotlari tayyorgarligini tavsiya qiladi [8]. Ultrasonografiya ijobiy belgilari yo‘q bo‘lishi klinik xavf omillarini bekor qilmaydi. UTT tasvirlari kompleks talqin qilinib, zarur hollarda MRT anatomik o‘zaro munosabatni aniqlashtirish uchun yordamchi sifatida qo‘llanadi.

Chandiq sohasidagi homiladorlik (cesarean scar pregnancy) PAS bilan bir xil tashxis emas, lekin u ham avvalgi kesarcha kesish yuzasiga anomal implantatsiya bilan bog‘liq va erta homiladorlikda transvaginal UTTda aniqlanishi lozim. SMFM 2022-yilgi #63 konsultativ ko‘rsatmasi bunday homiladorlikda kech diagnostika va og‘ir asorat xavfini ta’kidlaydi [9]. Shu bois anamnezida kesarcha kesish bo‘lgan ayollarning erta UTT tekshiruvlarida homila xaltasi lokatsiyasi e’tibordan chetda qolmasligi kerak.

2-jadval. Tekshirilgan xalqaro ilmiy manbalar va ularning klinik talqini.

Manba va dizayn	Populyatsiya	Tasdiqlangan natija	Izoh
Kok et al., 2013 [4]	21 tadqiqot, 2776 ayol	LUS qalinligi nuqson uchun prognoz potensialiga ega	Geterogen kesish nuqtalari
FIGO, 2025 [2]	VBAC uchun tanlangan ayollar	VBAC 60–80%; 1 past kesmada yorilish ~0,3–0,7%	Tanlov, sharoit va protokolga bog‘liq
PACCRETA, 2024 [7]	396 yuqori xavf ayol, 108 PAS	Aniq kombinatsiyalarda PAS 5%–63%	Umumiy aholiga tatbiq qilinmaydi
Brennan et al., 2025 [5]	Mutaxassis konsensusi	Nisha ta’rifi, RMT va simptomlarga mos davo	Individual qaror talab qiladi
Jordans et al., 2019 [3]	15 ekspertli Delphi	Nisha ≥2 mm, o‘lchash usulini standartlash	Diagnostik ta’rif, prognoz emas

3.5. Simptomatik nisha va reproduktiv natijalar

Nisha bilan bog‘liq postmenstrual dog‘lanish, menstruatsion og‘riq, surunkali chanoq og‘rig‘i, fertilitetga oid qiyinchiliklar va bachadon bo‘shlig‘ida suyuqlik to‘planishi turli tadqiqotlarda tasvirlangan. Biroq simptomlarning hammasi nishadan kelib chiqadi, degan qarash noto‘g‘ri. Boshqa ginekologik sabablar istisno qilingach, “chandiq kasalligi” tushunchasi klinik jihatdan o‘rinli bo‘ladi [6].

2017-yilgi randomizatsiyalangan tadqiqotda postmenstrual dog‘lanishi bo‘lgan 103 ayol histeroskopik rezeksiya yoki kuzatuv guruhiga ajratilgan. Olti oyda dog‘lanish median davomiyligi jarrohlik guruhida 4 kun, kuzatuvda 7 kun bo‘lgan (P=0,04) [13]. Ammo ushbu tajriba homiladorlikdagi bachadon yorilishi profilaktikasi samaradorligini isbotlamaydi; u simptomatik nishaga qaratilgan ginekologik davoni ko‘rsatadi.

2025-yilgi sistematik sharh va metaanalizda laparaskopik istmotsele tuzatishdan so‘ng reproduktiv natijalar tahlil qilingan. Nazoratsiz yoki geterogen tadqiqotlarda homiladorlik chastotalarini operatsiyaning mutlaq sababiy samarasi deb qabul qilish

mumkin emas [12]. Jarrohlikka ko‘rsatma nisha o‘lchami, simptomlarning bemor hayotiga ta’siri, farzand ko‘rish rejasi va individual xavf asosida qo‘yiladi.

2021-yilgi 160 ayolli prospektiv tadqiqot chandiq holati avvalgi kesarcha kesish turi va operatsiya o‘tkazilgan tug‘ruq bosqichi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkinligini qayd etgan [11]. Shunga qaramasdan, bir markazdagi assotsiatsiyalar universal sababiy bog‘lanish sifatida ko‘chirilmaydi; chandiq bitishi jarrohlik texnikasi, infeksiya, gestatsion xususiyatlar va boshqa omillarning yig‘ma natijasidir.

3.6. Standartlashtirilgan radiologik hisobot va individual klinik yo‘nalish

Radiologik hisobotda ko‘rsatish zarur: avvalgi kesarcha kesishlar soni va vaqti; bemorning homilador yoki homilador emasligi; UTT usuli va tekislik; nishaning joylashuvi, chuqurligi, uzunligi va kengligi; RMT va AMT; birga kechuvchi patologiya; homiladorlik bo‘lsa platsenta lokalizatsiyasi va previa/PAS belgilarining mavjudligi. Topilmalarni baholashda “nisha ko‘rindi” hamda “klinik xavf yuqori” degan xulosalar mantiqan ajratilishi kerak.

VBAC bo‘yicha maslahatda bemorning avvalgi kesmasi turi, oldingi vaginal tug‘ruq, interval, homila va platsenta holati, tug‘ruq muassasasining 24/7 favqulodda operatsiya va qon banki imkoniyati muhimdir [2]. Homilador bo‘lmagan ayolda nisha bo‘lsa, u simptomatikmi yoki tasodifiy topilmami — avvalo shu aniqlanadi. PAS shubhasida esa oddiy takroriy operatsiya rejasidan ko‘ra multidisiplinar yuqori xavf protokoli ustun turadi [8].



3-rasm. Bachadon chandig‘i bo‘lgan ayollarda dastlabki xavfni tabaqalashtirish sxemasi. Mualliflik didaktik diagrammasi.

4. MUHOKAMA (DISCUSSION)

Adabiyotlar tahlili nisha, RMT, LUS va PAS ko‘rsatkichlarini bir tushunchaga keltirib bo‘lmasligini namoyon qiladi. Ularning har biri boshqa klinik savolga javob beradi: nisha UTTdagi morfologik topilmadir; RMT lokal miometriy qoldig‘ining o‘lchovidir; LUS homiladorlik oxirida funksional cho‘zilgan segment qalinligini aks ettiradi; PAS esa patologik placentar implantatsiya spektridir. Shu terminologik farqlar aniq saqlanmasa, bir tadqiqotdan olingan millimetr chegaralari boshqasiga noto‘g‘ri qo‘llanadi [3–5,8].

LUS bo‘yicha metaanalizning eng foydali xulosasi bitta qat’iy chegara emas, balki sonografik o‘lchovning klinik prognozga qo‘shimcha axborot berishidir [4]. Metaanalizdagi ko‘plab tadqiqotlar bachadon devori nuqsonini dehissensiya va to‘liq yorilish sifatida birlashtirgani uchun klinik xavf miqdorini ortiqcha talqin qilish ehtimoli bor. Operatorga bog‘liqlik, blindingning cheklanganligi, siydik pufagining to‘lishi va gestatsion yosh kabi omillar real amaliyotga ko‘chirishda muhim.

Simptomatik nishaga doir tadqiqotlar biologik va klinik nuqtai nazardan qiziqarli, ammo ular yangi homiladorlikdagi ona va perinatal natijalarga avtomatik dalil bo‘lmaydi. 2017-yildagi RCT dog‘lanish kunlarini kamaytirgan bo‘lsa, bu bachadon yorilishi yoki PAS ehtimolini pasaytirishini isbotlamaydi [13]. Shuningdek, ko‘plab reproduktiv kuzatuv tadqiqotlari randomizatsiyalanmagan bo‘lib, davolashni tanlash xatosi bilan cheklangan [12].

Katta xavfli guruhlarda har qanday yo‘nalishni faqat UTT bilan hal qilish xavfli. PACCRETA misolida bir xil “oldingi kesarcha kesish” anamnezi bo‘lgan ayollarning PAS xavfi placenta previa bor-yo‘qligi va operatsiyalar soniga ko‘ra keskin o‘zgargan [7]. ACOG–SMFM ham UTTda aniq belgi topilmagan vaziyatda risk omillarini saqlab qolish, tajribali markazga yo‘llash va davolash rejasini oldindan tuzishni ta’kidlaydi [8].

O‘zbekiston uchun amaliy tavsiya — UTT hisobotida RMT, AMT, nisha o‘lchamlarini yagona nomlash bilan kiritish, chandiqli homilador ayollarda platsenta lokalizatsiyasini izchil qayd etish va yuqori xavf belgilarida uchinchi darajali muassasaga yo‘naltirish mezonlarini aniq belgilashdir. Tibbiy axborot tizimida avvalgi operatsiyalar soni, kesma turi, chandiq UTT ko‘rsatkichlari va tug‘ruq natijalari bog‘langan registr ishlab chiqilsa, mahalliy xavf modeli kalibrlanishi mumkin. Ushbu takliflar hali o‘lchangan milliy natijalarni anglatmaydi.

Maqolaning cheklovlari: narrativ dizayn, qidiruvning tizimli ravishda to‘liq qayd etilmagani, turli diagnostik usullarning geterogenligi va manbalarda ba’zan aralash

yakuniy nuqtalarning qo‘llanishi. Unda original klinik kohorta, patologik preparat, UTT arxivi yoki statistika tahlili mavjud emas. Kelgusida standartlashtirilgan prospektiv tadqiqotlar, tashqi validatsiya va individual xavfni baholovchi qaror modeli kerak bo‘ladi.

5. XULOSA (CONCLUSION)

Takroriy kesarcha kesishdan oldin bachadon chandig‘ini baholash ko‘p bosqichli klinik vazifadir. Nisha, qoldiq miometriy qalinligi va pastki bachadon segmenti qalinligi turli kontekstlarda o‘lchanadi; ularni bittagina chegaraviy qiymat bilan tenglashtirish mumkin emas. Homilador bo‘lmagan davrda nishaning UTT anatomiyasini standartlashtirish, homiladorlikda esa LUS, placenta previa/PAS xavfi hamda to‘liq akusherlik anamnezini integratsiya qilish eng asosli yondashuvdir. Individual maslahat, tajribali markazda kuzatuv va standartlashtirilgan registrlarda natijalarni qayd etish takroriy operatsiya xavfini boshqarish va ona-perinatal xavfsizlikni oshirishga xizmat qiladi.

NASHRGA OID IZOH VA CHEKLOVLAR

Ushbu ish bemorlar qatnashgan original tadqiqot emas, balki nashrlar sintezidir. UTT va anatomik tasvirlar (1–3-rasmlar) mualliflik didaktik sxemalari bo‘lib, real klinik ultrasonogramma sifatida ko‘rsatilmaydi. Mualliflar, ORCID, manfaatlar to‘qnashuvi, moliyalashtirish va etik ma’lumotlar haqiqiy ma’lumotlarga ko‘ra jurnal talablari asosida to‘ldirilishi kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR (Vancouver uslubi)

1. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Geneva: WHO; 2021. https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access
2. Barnea ER, et al. FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean section. Int J Gynaecol Obstet. 2025;171(1):17–31. doi:10.1002/ijgo.70406. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40728304/
3. Jordans IPM, et al. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107–115. doi:10.1002/uog.19049. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29536581/
4. Kok N, Wiersma IC, Opmeer BC, et al. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: a meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;42(2):132–139. doi:10.1002/uog.12479. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23576473/

5. Brennan L, Bujold E, Maheux-Lacroix S, Sanders AP, Bedaiwy MA, Murji A. Clinical Consensus No. 463: Diagnosis and Management of Cesarean Scar Niche. J Obstet Gynaecol Can. 2025;47(11):103143. doi:10.1016/j.jogc.2025.103143. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41038536/

6. Definition and Criteria for Diagnosing Cesarean Scar Disorder: an international Delphi consensus. JAMA Netw Open. 2023. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.5321. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36988956/

7. Risk factors for placenta accreta spectrum disorders in women with any prior cesarean and a placenta previa or low lying: a prospective population-based study. Sci Rep. 2024;14:6564. doi:10.1038/s41598-024-56964-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38503816/

8. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus: Placenta Accreta Spectrum. Washington, DC: ACOG; 2018. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum

9. Society for Maternal-Fetal Medicine. Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. 2022; reaffirmed 2024. https://publications.smfm.org/publications/448-society-for-maternal-fetal-medicine-consult-series-63/

10. Structured hysteroscopic examination of uterine niches: a modified Delphi procedure. Facts Views Vis Obgyn. 2024;16(3):253–262. doi:10.52054/FVVO.16.3.036. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39357856/

11. Prospective evaluation of the ultrasound signs proposed for the description of uterine niche in nonpregnant women. J Ultrasound Med. 2021. PMID:34196967. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196967/

12. High live birth rates after laparoscopic isthmocele repair in infertility: a systematic review and meta-analysis. 2025. PMID:40303644. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40303644/

13. Hysteroscopic resection of a uterine caesarean scar defect (niche) in women with postmenstrual spotting: a randomised controlled trial. 2017. PMID:28504857. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28504857/

14. Reducing the long-term impact of cesarean scar defects: a focus on prevention. Am J Obstet Gynecol. 2026. doi:10.1016/j.ajog.2026.04.024. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2026.04.024

15. National Women and Infants Health Programme. National Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Placenta Accreta Spectrum. Ireland: HSE; effective 2025 Dec 31. https://www2.healthservice.hse.ie/organisation/national-pppgs/national-clinical-guideline-diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum/

16. A common problem between gynecology, obstetrics, and reproductive medicine: Cesarean section scar defect. Taiwan J Obstet Gynecol. 2024. doi:10.1016/j.tjog.2024.03.018. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2024.03.018

17. Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022. PMID:34779085. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34779085/