

АЁЛЛАРДА ЗЎРИҚИШ БИЛАН БОҒЛИҚ СИЙДИК ТУТОЛМАСЛИК КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ

Э. Х. Шопулатов

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: сийдик тутолмаслик, жинсий аъзолар пролапси, бириктирувчи туқима этишмовчилиги.

Ключевые слова: недержание мочи, пролапс половых органов, недостаточность соединительной ткани.

Key words: urinary incontinence, genital prolapse, connective tissue insufficiency.

Сийдик тутолмаслик (СТ) касаллиги сўнгги йилларда урогинекологик касалликлар ичида юқори уринда бормоқда. Сийдик тутолмасликнинг профилактикаси ва даволаш масалалари маиший, иқтисодий ва психологик аҳамиятига кўра долзарблигини сақлаб қолмоқда. Тиббиётнинг такомиллашувига қарамасдан бутун дунёда сийдик тутолмаслик билан касалланган аёллар сони камайган эмас.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Э. Х. Шопулатов

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

В последние годы недержание мочи (СН) стало одним из наиболее распространенных урогинекологических заболеваний. Вопросы профилактики и лечения недержания мочи сохраняют актуальность бытового, экономического и психологического значения. Несмотря на совершенствование медицины, число женщин, страдающих недержанием мочи, во всем мире не уменьшилось.

SURGICAL TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

E. X. Shopulatov

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In recent years, urinary incontinence (ST) has become one of the most common urogynecological diseases. Issues of prevention and treatment of urinary incontinence remain relevant for household, economic and psychological importance. Despite the improvement of medicine, the number of women suffering from urinary incontinence has not decreased all over the world.

Мавзунинг долзарблиги. Аёлларда зўриқиш натижасида сийдик тутолмаслик замонавий тиббиётнинг кенг тарқалган ва мураккаб муаммосидир. Сийдик тутолмаслик (СТ) касаллиги сўнгги йилларда урогинекологик касалликлар ичида юқори уринда бормоқда. Сийдик тутолмасликнинг профилактикаси ва даволаш масалалари маиший, иқтисодий ва психологик аҳамиятига кўра долзарблигини сақлаб қолмоқда.

Vump. R.C. Norton.P.A. маълумотларига кўра АКШда СТ тарқалганлиги 37%, Европа мамлакатларида 26%ни, Англияда 29%ни, шарқий ярим шар мамлакатларида (Сингапур, Покистон, Тунис) 20% ни, Россияда 30-34%ни ташкил қилган.

Аёлларнинг ёши ошиб бориши билан СТ касаллиги учраши ҳам ошиши аниқланган, 30 ёшгача бўлган аёлларда 20% ни ташкил қилган бўлса 50 ёшдан ошган аёлларда 30-56% гача етмоқда. Аноним сўровлар натижасига кўра ҳақиқатдан ҳам СТ касаллиги билан оғриганлар ҳар 4 нафар аёлдан бирида маълум бўлган, аммо уялиш ҳисси туфайли бу аёлларнинг ҳар 10 нафардан бири шифокорларга мурожаат этишади. СТ билан оғриган беморларда аста секин яллиғланиш касалликлари ҳам қўшилади. Бундай беморларда атроф муҳитга нисбатан психикаси ҳам ўзгариб боради. Шу жиҳатдан бундай ҳолат ижтимоий касаллик ҳисобланади.

Изланиш мақсади. Аёлларда зўриқиш билан боғлиқ сийдик тутолмаслик касаллигини жаррохлик усулида даволаш самарадорлигини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Текширишларни биз Самарқанд вилоят перинатал маркаи ва 3-сон туғруқ мажмуаси гинекология бўлимида 2021-2024 йилларда 25 ёшдан 70 ёшгача даволанган 64 нафар беморларда ўтказдик. Марказ бўйича 2021-2024 йилларда жами 85 та қин орқали операциялар ўтказилган бўлиб, шу беморлардан 38 (44,7%) нафарида СТ касаллигининг у ёки бу даражаси кузатилган. Текширишлар ретроспектив ва проспектив равишда олиб борилди. Текшириш объектлари икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи асосий гуруҳга жаррохлик усули билан даволанган 38 (59,4%)та бемор аёллар киритилди. Иккинчи назорат гуруҳга эса консерватив усулда даволанган 26 (40,6%)та аёллар киритилди. Барча беморларнинг ўртача ёши 42,8 ни ташкил қилди. Текширилган беморлар-

1 жадвал.

Сўраб суриштириш натижаларига кўра касалликни келтириб чиқарган сабабларга кўра қуйидагилар аниқланди.

1. оғир меҳнат фаолияти билан	13 (20,3%)
2. кўп сонли тугруқлар (5 ва ўндан кўп)	15 (23,4%)
3. тугруқларда қин ва оралик йиртилиши	18 (28,1%)
4. йирик хомилалик ва тугруқнинг чўзилиши билан	8 (12,5%)
5. ёшга боғлиқ жинсий аъзолар пролапси	4 (6,2%)
6. яллиғланиш касалликлари	6 (9,3%)

нинг турмуш тарзи ўрганилганда: қишлоқ аҳолиси 43 нафарини (67,3%), шаҳар аҳолиси эса 21 нафарини (32,7%) ташкил қилди. Шулардан уй бекалари 39 та (60,1%), ишчилар 14 та (21,8%), ва хизматчилар 11 та (17,1%) дан иборат эди.

Текшириш давомида беморларнинг ҳозирги вақтдаги ҳайз кўриш функциялари ўрганиб чиқилди. Бунга кўра 41 та ҳолатда аёлларнинг ҳайз кўриш фаолияти сақланган бўлиб (1-гуруҳда 18 та ҳолат, 2-гуруҳда 23 та ҳолат), 23 та ҳолда (1-гуруҳда 20 та ҳолатда, 2-гуруҳда 3та ҳолатда) аёлларда ҳайз кўриш фаолияти бўлмаган.

Касаллик сабабларини аниқлашда анамнез маълумотларидан фойдаланилди.

Касалликнинг давомийлиги: 6 ойдан 1 йилгача бўлган беморлар сони 13 нафарини. 1 йилдан 3 йилгача 29 нафарини. 3-5 йил 15 нафарини. 5 йилдан кўп 7 нафарини ташкил қилди.

Беморларда СТ касаллигининг енгил ва ўрта даражаси энг кўп аниқланган бўлиб, уларнинг стационарга муружаат этишларига касаллик даражасининг оғирлашуви сабаб бўлган. Оғир даражали шакли билан эса беморлар муружаат этганлари аниқланмади. Касалликнинг даражасини аниқлашда биз С Janssen тамонидан таклиф қилинган критерийдан фойдаландик. Енгил даражаси 4-6 балл, ўрта оғир даражаси 7-9 балл, оғир даражаси 10-12 балл билан аниқланади. Унга кўра касалликнинг оғирлик даражаси қуйидаги жадвал билан ифодаланади. (2 жадвал).

Назорат гуруҳидаги беморларга даволаш сифатида а-адреномиметиклар, ўрин босувчи гормонал даволаш (УБГД) ва гимнастик машқлар буюрилди. Даволаш 2-3 ой давомида олиб борилди. Гимнастик машқлар сифатида Кегел гимнастикаси ва чанок туби мушакларини машқ қилдириш каби гимнастикалар буюрилди. Машқлар кунига 5-6 маротаба, ҳар машқда мушаклар қисқартириш ҳаракатлари 15-20 маротаба такрорлаш билан олиб борилди. УБГД беморларга схема бўйича ўтказилди. а-адреномиметиклар билан даволаш курслар бўйича

2 жадвал.

Критерийлари	баллар
СТ нинг учраши -бир ойда 4-5 марта	1
-ҳафтада бир неча марта	2
-ҳар куни	3
тагликлардан фойдаланиш -ҳеч қачон	1
-баъзан	2
-доимо	3
ажралган сийдик миқдори -бир неча томчилаб	1
- оз-оз миқдорда	2
- кўп миқдорда	3
Меҳнат фоолиятининг бузилиши - ҳеч қачон	1
- баъзан	2
- доимо	3

3 жадвал.

Касалликнинг клиник кўриниши	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ
-қин деворлари силжиши	8	11
-цистоцеле	7	5
-цисто-ректоцеле	11	2
-бачадон тулиқ ва нотулиқ тушиши	5	-
-бачадон буйни патологияси	2	-
-бачадон миомаси билан	2	-

ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги беморларга даволашнинг турли жаррохлик усули танланган ва ўтказилган. Операциянинг тури беморлардаги касалликнинг клиник кўриниши ва қўшимча гинекологик касалликларни эътиборга олиб танланди. Юқоридаги №3 жадвалда келтирилган.

-Олдинги кольпо-уретропластика операцияси 8 нафар беморда ўтказилган,

-олд кольпорафия ва орка кольпо-перинеопластика операцияси 19 нафар беморга ўтказилган,

-бачадон буйни патологияси бўлган беморларга Манчестер операцияси 3та ҳолатда ўтказилган,

-8 та ҳолатда пластик операциялар билан бирга кўрсатмаларга биноан қин орқали гистерэктомия операцияси ўтказилган.

Текшириш натижалари. Бизнинг текширишларимизга кўра асосий гуруҳдаги ва назорат гуруҳидаги беморларда даволашнинг самарадорлиги турли натижани кўрсатди. Асосий гуруҳдаги беморларда операциядан сўнгги давр силлиқ кечган бўлиб, стационарда ўртача 7-9 кун давомида реабилитацион муолажаларни олишган. Операциядан сўнг беморлар стационарда ўртача 9 кун булишган. Сийдик пуфагига қолдирилган Фолея катетери 5 суткада олинган.

Асосий гуруҳдаги барча беморларда жавоб бериш олдин сийдик тутолмаслик белгилари бартараф бўлган.

7 нафар (18%) беморда операциядан кейинги дастлабки кунда қисман ёки тулик сийдик тутилиши кузатилди. Шундан 4та ҳолатда бу ўз-ўзидан 2 кун мобайнида ўтиб кетиши аниқланди. 3 нафар беморга эса медикаментоз даволашга туғри келди ва адреномиметиклар билан даволанди. Операция натижаси 1 йил давомида кузатиб борилди. 6 ой давомида барча беморда сийдик тутолмаслик ва дезурия каби асоратлар юзасидан шикоят қилиш аниқланмади. Фақат 2 нафар та (5,2%) беморда 9-11 ойда энгил даражадаги СТ белгилари юзага келган. 2-йилда ёши 55 ёшдан юқори бўлган 3 нафар (7,8%) беморда ҳам касалликнинг энгил даражаси билан қайталаниши аниқланди. Шундай қилиб биринчи йилда жаррохлик усулининг самараси 94,8% ни ташкил қилган бўлса, иккинчи йилда 86,9% ни ташкил қилди. Икки йил давомида жами 5 нафар беморда касаллик қайталаниши аниқланган бўлса, уларга а-адреномиметиклар ва холиноблокаторлар тавсия этиб даволанди. 1 та ҳолатда жаррохлик усули қайта қулланилди.

Назорат гуруҳида (26 нафар) беморларнинг фақат 18 (69,2%) нафари даволаниш муолажаларини ва машқларини тулик 2 ой давомида олишга муваффақ бўлишди.

Қолган 5 та (19,7%) ҳолатда беморлар муолажаларни мунтазам бажара олмаган. 3 та ҳолатда адреномиметикларнинг ноҳуя таъсирига кўра биз муолажаларни ман қилишга мажбур бўлдик. Мунтазам даволанган 18 нафар та бемордан 12 та ҳолатда касалликнинг энгил даражаси бўлиб, 6 та ҳолатда СТнинг ўрта оғир даражаси аниқланган эди. 3 ойдан сўнг касаллик белгиларининг йўқолиши СТнинг энгил даражаси бўлган беморларда 9 нафарида (75%) қолганлиги аниқланди. Қолган 3та (25%) ҳолатда даволаш самарасиз бўлиб чиққан. Аммо кузатишлар давомида даволаш муолажаларини тугатгандан сўнг дастлабки 1-йилда СТ белгилари 9 нафар аёлдан 4 (44,4%) нафарида қайта пайдо бўлган. Бундай беморларга даволаш муолажалари яна такрорлаш тавсия этилди. Консерватив даволанишларни мунтазам давом эттира олмаган 5 нафар, а-адреномиметикларнинг ноҳуя таъсири натижасида муолажаларни тугатишга мажбур бўлган 3 нафар беморга кейинчалик даволашнинг жаррохлик усули тайинланди ва ўтказилди. Ўрта даражадаги СТ бўлган 6 та ҳолатдан 4 (66%) нафарида касаллик энгил даражага ўтган бўлса, 2 (34%) та ҳолда даволаш самарасиз яқунланган ва бу беморларга ҳам даволашнинг жаррохлик усули таклиф қилинган. Назорат гуруҳидаги қониқарли натижа барча ҳолатларда ёш аёлларда кузатилди. Даволаш самараси манфий бўлган ҳолатларда аёлларнинг ёши 45 ёшдан юқори бўлганлиги аниқланди.

Хулоса.

1. Сийдик тутолмаслик касаллиги асосан асоратли туғруқлардан сўнг яъни туғруқларда қин деворларининг ва ораликнинг йиртилишидан сўнг (28,1%) юзага келган.

2. Текширилган барча ҳолатлардан СТ асосан катта ёшли ва климактерик ёшдаги беморларда кузатилган.

3. Беморларнинг кўпчилигида қин деворларининг тушиши, ораликнинг эски йир-

тилганлиги, цистоцеле, ректоцеле ҳолатлари аниқланиб, бу ҳам сийдик тутолмасликнинг келиб чиқишида сийдик пуфаги ва уретранинг анатомик жихатдан бузилиши натижасида эканлигини кўрсатди.

4. Консерватив даволаш СТ касаллигининг энгил даражалари билан бўлган ҳолатларда 75% қониқарли натижани берган бўлса, ўрта даражали СТда тулиқ баргараф қилмасдан фақатгина 66% ҳолатда энгил даражага ўтган.

5. Жаррохлик усули касалликнинг даражасидан қатъи назар дастлабки йилда 94% ижобий натижани берган бўлса, кейинги йилда 86% ҳолатда қониқарли натижа берган.

6. Сийдик тутолмаслик касаллигида беморларнинг ёши, қўшилиб келган гинекологик касалликларини ҳисобга олган ҳолда жаррохлик даволаш усули асосий ҳисобланади.

Амалий тавсиялар.

1. Сийдик тутолмаслик касаллигида беморларнинг ёши, қўшилиб келган гинекологик касаллиги, касалликнинг клиник кўриниши ва даражаси аниқланиши лозим.
2. СТ касаллигида асосий даволаш усули сифатида жаррохлик кольцо-уретропластика усули қониқарли натижани беради.
3. Консерватив даволаш ўрта ёшли ва сийдик пуфаги-уретра анатомик тузилиши бузилмаган ҳолатларда танланиши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и urgentное недержание мочи.-Спб, 2013.
2. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Чечнева М.А. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. - №4.
3. Болтаевич , Н.Б., Шавкатович, Ш.Х. and Аслиддиновна, З.Н. 2023. Применение Хирургической Практики Органосохраняющей Реконструктивной Хирургии При Тяжелом Пролapse Женских Половых Органов. Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 4, 5 (Oct. 2023), 606-609. DOI:https://doi.org/10.17605/cajmns.v4i5.1878.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Балашов В.И. Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий. Вестник Росс. Акуш-гин. 2016. №3.
5. Кулаков В.И., Аполихина И.А. Деев А.Д. Акушерко-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин. М. Акуш-гин. 2015. №3.
6. Макаров О.В. Ильина И.Ю. Луценко Н.Н. Модификации операций влагалищной коррекции недержания мочи при выпадении половых органов. М. Акуш-гин. 2015. №1.
7. Савицкий Г.А. Савицкий А.Г. Недержания мочи в связи напряжением у женщин. Спб., 2020.
8. Negmadjanov Bahodur Boltayevich, Shavkatov Xasan Shavkatovich and Zoirova Nilufar Asliddin qizi 2023. Jinsiy aʼzolar prolapsi retsidivi va asoratini xirurgik davolashni takomillashtirish. Образование наука и инновационные идеи в мире. 31, 2 (Oct. 2023), 106–109