



АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТАОЛМАСЛИКНИ ТЎҒРИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Отақулов Ғайрат Олимжонович

Меридиан клиникаси урология бўлими бошлиғи,

Central Asian Medical University ассистенти

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10472987>

ARTICLE INFO

Received: 02nd January 2024

Accepted: 08th January 2024

Online: 09th January 2024

KEY WORDS

Сийдик тута олмаслик
(Incontinencia),
мальформация, уретра,
ургентли сийдик
тутаолмаслик,
цистоскопия.

ABSTRACT

Ҳисобларга кўра жаҳонда сийдик тута олмаслик билан 200 млн.дан ортиқ киши азобланади. Фақат АҚШда сийдик тутаолмаслик кекса кишиларнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб, 10 млн.дан кўпроқ беморларда сурункали ҳолат сифатида кузатилади. Рефлекслар узатилишининг ҳар қандай даражада бузилиши сийиш дисфункциясига, шу жумладан сийдик тутаолмасликка олиб келиши мумкин. Мураккаб уродинамик текшириш ёрдамида сийдик тута олмасликнинг аралаш турларида устунлик қилувчи компонентларни аниқлаш мумкин, бу даволаш тактикасини танлаш учун жуда муҳим.

Кириш. Сийдик тута олмаслик (Incontinencia) деганда сийдикни ирода кучи билан назорат қилиб бўлмайдиган ихтиёрсиз ажралиши тушинилади. Яқин вақтгача бу касаллик кўп сабабли омилларга эга бўлган симптомдай баҳоланган. Лекин сийдик тута олмасликнинг кенг тарқалганлиги мутахассисларни бунга симптом сифатида эмас, балки урологик гуруҳга мансуб касаллик сифатида қарашга ва таснифлашга мажбур қилди. Сийдик тутаолмаслик нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий муаммо ҳисобланади. Сийдик тутаолмаслик гарчи ҳаёт учун хавfli касаллик бўлмасада, у жиддий психоэмоционал бузилишлар билан кузатилади ва ижтимоий дезадаптацияга (ёқимсиз ҳид, қистирма, памперслар қўйиб юриш зарурлиги, баъзан ҳатто қисқа муддатга уйдан чиқиш мумкин эмаслиги), кўпинча эса инвалид бўлиб қолишга олиб келади. Ҳисобларга кўра жаҳонда сийдик тутаолмаслик билан 200 мндан ортиқ киши азобланади. Фақат АҚШда сийдик тутаолмаслик кекса кишиларнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб, 10 мндан кўпроқ беморларда сурункали ҳолат сифатида кузатилади. Бу касаллик билан кўпроқ 40 ёшдан ошган аёллар азобланади, уларнинг 30 % ида сийдик тутаолмаслик доимий бўлиб, яна 20 % да вақти-вақти билан учрайди.

Этиологияси. Сийдик тута олмасликнинг сабаблари, одатда, кўп омилли характерга эга. Пастки сийдик йўллари дисфункцияси, шу жумладан сийдик



тутаолмаслик, кўпинча, ўзининг орқасидан чаноқ аъзолари функцияси бузилишига олиб келувчи, марказий ва периферик нерв тизими томондан назоратнинг ўзгариши натижасида пайдо бўлади. Сийдик туталмаслик кўпинча нейроген бузилишлар, жумладан паришонхотирлик склерози, цереброваскуляр бузилиш, орқа миянинг шикастланиши, қандли диабет ва Паркинсон касаллиги, орқа миянинг туғма ривожланиш нуқсонлари (мальформация) бўлган беморларда кузатилади.

Климакс даврида гормонал дисбаланс, унинг фонида сийдик-таносил тизими аъзоларида дегидратация ва шиллиқ қаватнинг атрофияси содир бўлади. Қовуқ, уретра деворида, чаноқ туби мушакларида ва бойлам аппаратида тўқиманинг “қариши” сабаб бўладиган микроструктурали ўзгаришлар сийдик туталмаслик ривожланишининг хавfli омилларига киради. Лекин аёлларда, чаноқ аъзолари (биринчи навбатда қовуқ ва уретра) нинг ўзаро муносабатларини анатомик ўзгаришга ёки уларнинг сезувчанлиги бузилишига олиб келувчи орттирилган ҳолат сийдик туталмасликнинг энг кўп сабаби бўлади. Буларга: асоратланган ва кўп туғишнинг оқибати, кичик чаноқ аъзоларидаги операциялар, нур билан даволаш ёки ятроген шикастлар, оғир меҳнат қилиш, чаноқ аъзоларининг чиқишига олиб келувчи спорт билан шуғулланиш ҳамда сурункали юқумли яллиғланиш касаллиги, семириш ва бошқалар киради.

Патогенези. Пастки сийдик йўлларида қовуқ, уретра, мушак аппарати ҳамда бу аъзоларнинг суянч ва ушлаб туришини таъминловчи бойламлар, фасциялар киради. Қовуқ ва уретра ягона функционал тизимдан иборатдир. Сийдик тўпланиши ва ажралиш механизми парасимпатик, симпатик, соматик ва сенсор иннервациянинг ўзаро таъсирида марказий нерв тизими орқали назорат қилинади. Рефлекслар узатилишининг ҳар қандай даражада бузилиши сийдик дисфункциясига, шу жумладан сийдик туталмасликка олиб келиши мумкин. Қовуқ резервуар (тўплаш) ва эвакуатор (бўшатиш) функцияни бажаради. Патологик вазиятларда детрузор ҳолати гиперфаол ёки гипофаол бўлиши мумкин. Гиперфаоллик тўплаш фазасида, гипофаоллик эса бўшатиш фазасида намоён бўлади. Меъёрда қовуқ тўлганда детрузор стабил туради ва аҳамиятли қисқаришларни амалга оширмайди. Агар тўлиш фазасида беихтиёр қисқариш содир бўлса, унда бундай детрузор ностабил ёки гиперфаол ҳисобланади. Агар гиперфаолликка неврологик касаллик сабаб бўлса, унда детрузорнинг гиперрефлексияси рўй беради. Детрузорнинг қисқарувчанлик қобиляти пасайганда ва унинг бўшалиши бузилганда детрузор гипофаол ҳисобланади. Уродинамика нуқтаи назаридан ҳар қандай типдаги сийдик туталмаслик қовуқ ички босими уретра ички босимидан юқори бўлганда кузатилади. Лекин бундай гидродинамик бузилишларнинг ривожланиш механизми ургентли (императив) ва стрессли сийдик туталмаганда турлича.

Ургентли сийдик туталмаслик сабаби детрузорнинг гиперфаоллиги ёки гиперрефлексияси бўлиши мумкин. Бир оз камроқ бўлсада бундай кўринишдаги сийдик туталмаслик уретранинг спонтан бўшашида, яъни унинг “ностабиллигида” учраб туради. Афферент фаолликнинг кучайиши, марказий нерв тизими ва периферик ганглиялар ингибирлаш назоратининг сусайиши, эфферент стимуляцияга детрузор сезувчанликнинг ошиши (марказий ингибирловчи йўллارнинг шикастланиши,



детрузор хусусиятлари, тузилиши ва иннервациясидаги ўзгариш) гиперфаолликка сабаб бўлиши мумкин. Стрессли сийдик тутаолмаслик механизми. Унинг сабаблари кучанганда уретра ва қовуқ бўйинчасининг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги ёки силжиши (кўпинча қиннинг олдинги девори пастга тушган, чаноқ аъзолари чиққан, цистоцеле бўлган аёлларда) сфинктер механизмининг етишмовчилиги бўлади. У қорин ички ва бинобарин қовуқ ички босими бирдан кўтарилганда етарлича қаршилиқни таъминлай олмайди. Сфинктернинг етишмовчилиги кўпинча кичик чаноқ аъзоларидаги операцияларда қовуқ бўйинча соҳасининг механик шикастланишлари оқибатида, чаноқ чигалига тегиб кетувчи нур билан даволаш натижасида ҳамда қон билан таъминланиш ва нейрогуморал регуляциянинг ёшга қараб ўзгариши сабабли пайдо бўлади.

Таснифи. Сийдикни функционал тутаолмасликнинг асосий типлари куйидагилар:

1. Ургентли (императив).
2. Стрессли.
3. Аралаш.
4. Қовуқ тўлиб кетиши сабабли сийдик тутаолмаслик
5. Транзитор

Ургентли (императив) сийдик тутаолмаслик – тўхтатиб бўлмайдиган қисташ натижасида сийдикнинг ихтиёрсиз ажралиши.

Стрессли сийдик тутаолмаслик (кучанганда сийдик тутаолмаслик) – жисмоний иш қилганда, йўталганда, кулганда, акса урганда, яъни қорин ички босими кўтарилганда ихтиёрсиз сийдик ажралиши.

Аралаш сийдик тутаолмаслик ургентли ва стрессли компонентлар бирга қўшилганда аниқланади.

Қовуқ тўлиб кетганда сийдикни тутаолмаслик детрузор қисқарувчанлик фаолиятининг пасайиши, қовуқнинг ҳаддан ташқари чўзилиши ва бунинг фониди пайдо бўладиган сфинктерлар етишмовчилиги оқибатида рўй беради.

Транзитор сийдик тутаолмаслик вақтинчалик характерга эга бўлиб ташқи омиллар: инфекция, захарланиш, баъзи бир дори воситаларини (диуретиклар, антигистамин, психотроп препаратлар, кальций антогонистлари) қабул қилганда, ичакни бўшатиш бузилганда пайдо бўлади. Сийдик тута олмасликнинг биринчи учта типи аёлларда жуда кўп учрайди.

Симптомлари ва клиник кечиши. Ургентли сийдик тутаолмаслик сийишга кучли (императивли) қисташ билан, қистаганда сийдикни тутаолмаслик билан, кундузги ва тунги поллакурия билан намоён бўлади. Стрессли сийдик тутаолмасликда кучли қисташлар бўлмайди, сийдикнинг оқиб кетиши эса йўталганда, акса урганда, югурганда, тез юрганда, яъни қорин ички босимининг бирдан кўтарилиши билан кузатиладиган ҳар қандай жисмоний ишда пайдо бўлади. Аралаш тури ҳам ургентли, ҳам стрессли сийдик тутаолмасликнинг симптомлари борлиги билан характерланади.

Ташхислаш. Сийдик тутаолмаслик билан беморни текширганда шифокорнинг асосий вазифаси унинг сабабларини аниқлашдан иборат бўлади. Биринчи навбатда сийдик йўллариининг етишмовчилиги сабабли пайдо бўладиган функционал (ҳақиқий)



сийдик тутаолмасликни қўшни аъзолардан оқма орқали сийдикни экстрауретрал ажралишидан дифференциация қилиш керак. Бундай ҳолатларнинг асосий фарқи шундан иборатки, сийдикни функционал тутаолмаслик сийиш фазаси билан боғлиқ, сийдикни экстрауретрал тутаолмасликда эса сийдик доим оқиб туради. Ташхислаш тадбирлари сийдик тутаолмаслик борлигини нафақат объектив тасдиқлаш, унинг симптомларини батафсил текшириш ва типини қўйиш, балки патологик жараённинг ўзига хос кечишига сабаб бўладиган омилларни ҳам аниқлашдан ва даволаш самарасининг прогнозини беришдан иборат бўлади.

Шифокор шикоятларни баҳолаганда биринчи галда сийиш ритмини ва хусусиятини аниқлаши керак, беморнинг ўзи тўлғазадиган сийиш кундалигини тахлил қилганда уларни объектив баҳолаш мумкин. Кундалиқда вақт ва ҳар бир сийиш ҳажми қайд қилиниши, ҳамма императив қисташлар, сийдикни тутаолмаган эпизодлар ва қистирмаларни алмаштириш таъкидланиши керак. Тўғри ва тартибли тўлдирилган сийиш кундалиги бўлганда мутахассис биринчи текширишнинг ўзидаёқ сийдик тутаолмасликнинг ифодаланиш даражаси ва унинг типи тўғрисида тахминий хулоса қилиши мумкин. Беморни сўраб суриштирганда сийишнинг бошқа бузилишлари (оқимнинг сусайиши, қовуқнинг тўлиқ бўшамаслиги, узилиб – узилиб ёки бир неча марта сийиш), оғриқ, шу жумладан сийиш билан боғлиқ оғриқ, гематурия ҳамда сийдикни кўз билан кўрганда ўзгариш бўлиши мумкинлиги тўғрисида маълумот олиш керак. Анамнезни йиққан вақтда касалликни қўзғатувчи омиллар: оғир жисмоний меҳнат, спорт билан шуғулланиш, бошдан кечирилган операциялар, туғиш характери ва сони, шикастлар, интеркуррент касалликлар (айниқса неврологик, қандли диабет, ичак фаолиятининг бузилиши), дори препаратларини қабул қилганлиги аниқланади. Бошқа урологик касалликлар борлигига, жумладан сийдик-тош касаллиги, гормонал дисфункциялар, сексуал бузилишлар борлигига эътибор бериш керак. Умумий статусни баҳолашдан ташқари, гинекологик томонидан чаноқ оъзолари чиқиши борлиги, уретранинг жойлашиши ва унинг ҳаракатчанлиги баҳоланади, “йўталиш” синамаси ўтказилади. Буни қовуқни 200 мл. гача тўлдирганда амалга оширилади. Аёлдан аввал кучаниш, кейин эса йўталиш сўралади, яъни қорин ички босимини кўтариш қўзғатилади. Агар кучанганда ёки йўталганда уретрадан сийдик беихтиёр ажралса, синама мусбат ҳисобланади. Бу сийдик тутаолмаслик стрессли компонентининг тасдиғи бўлади. Сийдикни тутаолмаганда, айтиқса императив компоненти билан бўлганда, биринчи навбатда сийдикнинг умумий клиник тахлилинини қилиш керак. Яллиғланиш ўзгаришлари бўлганда сийдикни экиб, бактериал флорага ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш, гематурия аниқланганда эса цистоскопия қилиш лозим. Асбоб – ускунали усуллардан эндоскопик, нур, функционал ва уродинамик текширишлар қўлланилади. Қорин орқали ультратовуш сканирлаш юқори ва яна муҳимроқ пастки сийдик йўллари: қовуқ конфигурацияси ва контурининг текислиги, ўсмалар, тошлар, дивертикуллар, қовуқнинг аёллар репродуктив тизими аъзолари билан ўзаро муносабати ва уларнинг ҳолати тўғрисида қимматли маълумотлар олиш имконини беради.

Бундан ташқари, бу текшириш беморнинг сийгиси қистаганда қовуқ ҳажмини ва қолдиқ сийдик миқдорини аниқлаш мумкинлигини беради. Ташхислашда муҳим усул



қин орқали ультратовуш сканерлаш бўлади, бу уретра ва қовуқнинг ўзаро жойлашишини аниқлаш, кичиқ чаноқ аъзолари тузилишини батафсил текшириш ва қовуқ – уретра бурчагини ўлчаш имконини беради. Меъёрдаги қовуқ – уретра бурчаги сийдикни тутиб туришда муҳим омил бўлади. Стрессли сийдик тутаолмасликда бу бурчак очроқ бўлиб туради. Бу сохадаги келажакни 3–ўлчамда ультратовушли кўриш усули очади. Рентгенологик текшириш бемор ётганида ва тик турганида бажариладаган юқорига кўтарилувчи цистография ҳамда микцияли цистография билан чекланилади. Бу текширишда қовуқнинг пастга тушиши борлиги ва ифодаланганлиги (цистоцеле) ҳамда унинг бўйинчасининг ҳолати аниқланади. Императивли сийдик тутаолмаганда дифференциал ташхислаш усули сифатида цистоскопия махсус кўрсатмасига биноан ўтказилади ва қовуқнинг девори, сийдик найлари ҳолатини аниқлаш, яллиғланиш ўзгаришини, эндометриоз ва ўсмалар, яъни қовуқнинг қўзғатувчанлиги пасайишига таъсир қилувчи жараёнларни аниқлаш имконини беради. Зарурият бўлганда тахминий ташхис биопсия билан тасдиқланади. Сийдик тутаолмаганда уродинамик текширишни қўллаш мажбурий усул қаторига киритилади. У урофлоуметриядан бошланади, бу усул беморнинг сийиш ҳолатини объектив баҳолаш, қовуқнинг ностабиллиги белгиларини ёки обструкцияни аниқлаш имконини беради. Кўпинча симптомларини, сийиш кундалиги, физикал текшириш, сийдик тахлили, ультратовуш текшируви ва урофлоуметрия маълумотларини билиш сийдикни императивли тутаолмаслик ташхисини қўйиш ва даволашни буюриш учун етарли бўлади.

Мураккаб уродинамик текшириш (урофлоуметрия, цистометрия, шу жумладан микцияли, уретра ичи босими профилометрияси, қорин ичи босимини аниқлаш) пастки сийдик йўллари функционал ҳолатини баҳолашда, айниқса сийдик тутаолмасликнинг аралаш турларида энг объектив усул ҳисобланади. Бу усул детрузор босимни тўлиш фазасида “ноихтиёрий” кўтарилишини (ургентли сийдик тутаолмаслик), уретрал қаршилиқнинг пасайганлигини ва қорин ичи босими кўтарилганлигини, бунда сийдикнинг оқиши (стрессли сийдик тутаолмаслик) келиб чиқишини аниқлаш имконини беради. Мураккаб уродинамик текшириш ёрдамида сийдик тута олмасликнинг аралаш турларида устунлик қилувчи компонентларни аниқлаш мумкин, бу даволаш тактикасини танлаш учун жуда муҳим. Уродинамик текширишни тўлдирувчи электромиографияда чаноқ туби мушакларининг тонуси тўғрисида маълумотга эга бўлинади, уларнинг қониқарсизлигида даволаш – реабилитация тадбирларини ўтказишга кўрсатма бўлади.

Классик уродинамик ва нур усуллари (рентгенологик ёки ультратовуш текшириш) билан қўшилган видеоуродинамик текшириш сийишнинг бузилишларини ташхислашда янги юқори технологияли восита бўлиб, сийдик йўллари кўз билан кўриб сийдик пассажининг ҳар хил фазаларида уларнинг функционал ҳолатини бир вақтда баҳолаш имконини беради.

Даволаш. Сийдик тутаолмаслик билан азоб чекувчи кўпчилик беморлар сийдик оқишининг олдини олиш учун мустақил равишда ҳар хил усуллардан фойдаланадилар, асосан қистирма ёки сўриб олувчи воситалар(памперс) ишлатадилар, суюқлик қабул қилишни, жисмоний ишни чеклайдилар, хожатхоналарнинг жойлашишини ҳисобга



олиб сафарга боришни режалаштирадилар, ҳаёт тарзини ўзгартирадилар. Шунга қарамай, бундай ёндошишлардан бирортасини ҳам патогенетик деб бўлмади, бу уларнинг самарадорлиги чекланганлигини белгилайди.

Ургентли сийдик тутаолмаслик кўпинча дори-дармонлар билан даволанади. Детрузорнинг ноихтиёрй қисқаришини босувчи ва бўшаштирувчи мускарин рецепторлари антагонистлари (оксибутинин, тропиумхлорид, толтеродин) препаратлари қўлланилади. Антимускарин таъсир кўрсатувчи (амитриптилин) трициклик антидепрессантлар камроқ, сийдик-таносил аъзолари шиллиқ қаватидаги атрофик ўзгаришларни ва рецепторларнинг сезувчанлигини камайтирувчи эстрогенлар (парентерал ёки маҳаллий) ҳамда диурезни камайтирувчи вазопрессин аналоглари (десмопрессин) қўлланилади. Дори-дармонларсиз даволашга қовуқни машқ қилдириш, шу жумладан сийиш ритмини мажбурлаб қабул қилдириш ва аудио ёки график кузатиш билан (биологик қайта алоқа) олиб бориладиган махсус ўргатувчи асбоб-ускуна ёрдамида қисташни ва сийдикни тутиб туриш учун шартли рефлексор назоратни шакллантириш киради.

Императив сийдик тутаолмасликни даволашнинг осон усули физиотерапия (электро ёки электромагнит стимуляция, ҳар хил дори моддалари билан электро ёки фонофарез) бўлади. Физиотерапия тартиби ва унинг ёрдамида тўқималарга етказиладиган препаратлар детрузорнинг гиперфаоллигини босишга қаратилган. Электромагнит стимуляция дорилар қабул қилиш билан бирга қўшилган комбинацияланган терапия жуда яхши самара беради.

Ургентли сийдик тутаолмасликда оператив даволаш камдан-кам қўлланилади. Қовуқни кенгайтирилган пластикаси (аугментация) – операция, детрузорнинг яққол ностабиллигини тўғрилаш учун таклиф этилган. Бу операция қовуқ деворига кесиб олинган ёнбош ичак сегментини қўйиш ҳисобига қовуқ ҳажмини оширади, мувозанатини сақлайди ва детрузорнинг ностабил қисқаришлари самарасини камайтиради. Бу операциядан кейин кўпчилик беморларда енгиллашиш ёки соғайиш кузатилса ҳам, қовуқнинг аугментацияси маълум бир асоратлар билан боғлиқ, жумладан операциядан кейинги даврда қийналиб сийиш кузатилади.

Стресси сийдик тутаолмаслик асосан оператив даволанади. Шу билан бирга даволашнинг биринчи босқичи сифатида беморларга, айниқса ёш аёлларга ҳамда кимда-ким операцияни рад этса, уларга чаноқ туби мушакларини мустаҳкамлайдиган махсус гимнастика курси ва физиотерапия: электрик ва электромагнит стимуляция ўтказиш тавсия қилинади.

Стресси сийдик тутаолмасликни бартараф қилиш учун ҳозирги вақтда сийдикнинг оқиб кетишига олиб келувчи патологик ҳолатни тўғрилаш ёки ўрнини босишга қаратилган 250 дан кўп операциялар таклиф этилган. Уларнинг самараси операциялар турига қараб 70% дан 95 % гача ўзгариб туради. Стресси сийдик тутаолмасликни даволаш механизми сфинктер функциясини тиклаш (сфинктеромиеопластика), қовуқ бўйинчасини абдоминал босим зонасига силжитиш, уни мустаҳкамлаш, қовуқ – уретрал бурчакни ёпиш ва уретрал қаршилиқни оширишга асосланилади. Стресси сийдик тутаолмасликни даволашнинг ҳамма усулларини шартли равишда бир нечта типларга бўлиш мумкин: - осиб қўювчи ва слинг



операциялар (қин орқали ёки қов орқасидан); - қин пластикаси; - сунъий сфинктерни ўрнатиш; - ҳажм ҳосил қилувчи препаратларни переуретрал инъекцияси.

Осиб қўювчи операция (қов орқасидан ва қин орқали) сийдик тутаолмаслик пайдо бўлишига ёрдам берувчи, масалан, уретранинг юқори ҳаракатчанлиги ёки унинг пастга тушишидаги анатомик нуқсонни тўғрилаш учун ўтказилади. Бундай операцияларда қовуқ бўйинчаси ва уретранинг икки томонидан чоклар қўйилади, улар операциянинг типига қараб чаноқ суякларига, атроф тўқималарга ёки қориннинг олдинги деворига тортилади. Бу уретра ва қовуқ бўйинчаси учун қўшимча имконият яратади, уларнинг осилиб туришини бартараф қилади ва сийдик оқишини тўхтатади. Қов орқаси ва қин орқали осиб қўйиш ўртасидаги фарқ уларга қайси томондан киришга боғлиқ бўлиб, улар орқали маҳкамловчи иплар ўтказилади.

Слингги операция ички сфинктер етишмовчилигини, жумладан аёлларда сийдик тутаолмаслик асоратлари ёки олдинги операцияда тўғрилаш натижасиз бўлганда тўғрилаш учун қўлланилади. Шунга ўхшаш ҳамма операцияларда ўзининг тўқималаридан, синтетик ёки биологик материаллардан “слинг” (ҳалқа ёки гомак) яратишга ҳаракат қилинади. Ҳалқа қов усти ёки қин орқали кириш билан уретра ва қовуқ бўйинчаси остидан ўтказилади ва иплар билан қорин деворига ёки қов орқаси тўқимасига маҳкамланади. Бу билан уретра ва қовуқ бўйинчасига қўшимча имконият яратилади. Сўнгги йилларда слингги операция кенг тарқалди, бунда, қовуқ бўйинчаси ва уретрани қувватлаш учун тўқималарга ўзи маҳкамладиган, қўшимча тортишни талаб қилмайдиган, эркин синтетик ҳалқа деб аталадиган, синтетик (полипропиленли) лента қўлланилади.

Қиннинг олдинги пластикаси уретранинг юқори ҳаракатчанлиги ёки унинг силжишида қўлланилади, лекин осиб қўювчи операцияларга қараганда кам қилинади. Бунга ўхшаш пластиканинг ҳамма усуллари қовуқнинг асосидан қиннинг олдинги деворидан уретрага параллел ўтувчи кесишдан иборат бўлиб, кейинчалик бурма ҳосил қилиб тикилади. Қиннинг олдинги деворини мустаҳкамлаш сийдик чиқариш каналига қувватловчи таъсир кўрсатади. Қинни кесиш узунлиги, чокларнинг жойлашиши ва уретрани кўтариш даражасига қараб техникаси ўзгариб туради.

Сунъий сфинктерни ўрнатиш. Сунъий сфинктер гидравлик протездан иборат бўлиб, манжетдан ва суюқлиги бор баллонли насосдан ташкил топган, улар ўтказувчилар орқали клапанлари билан уланади. Манжетни имплантация қилганда у уретра атрофига, баллон эса қориннинг териси остига жойлаштирилади. Суюқлик билан тўлдирилганда манжет уретрани қисади ва қовуқ ичида сийдикни ушлайди. Мандетни бўшатганда сийиш мумкин. Манбаларда аёлларда сунъий сфинктерни камдан-кам ҳолларда қўйиш тўғрисида ёзилган. Бундай операцияларнинг клиник самараси юқори эмас, асорати кўп, таннархи эса юқори.

Ҳажм ҳосил қилувчи препаратларнинг периуретрал инъекцияси ҳар хил биологик (коллаген, протеин, ўз ёғи) ёки синтетик моддалар (силиконли гранулалар, политетрафлуоротеинин ва б.) билан қилинади, уларга пасталар, геллар, микрогранулалар суспензиялар киритилади. Бу препаратлар қовуқ бўйинчаси атрофида қўшимча ҳажм ҳосил қилади ва унинг резистентлигини ошириб, сфинктер зонасида уретра бўшлиғини торайтиради. Бундай материалларнинг хавфсизлиги ва узоқ муддат



сақланиши пластик жарроҳлик тажрибаси билан тасдиқланган, улар юз ва гавдадаги нуқсонларни тўғрилаш учун кенг қўлланилади. Ҳозир периуретрал инъекция усули ички сфинктер етишмовчилигида, ҳали узоқ қутилган натижалари ўрганилмаган бўлса ҳам ананавий тус ола бошлади. Улар маҳаллий оғриқсизлантириш остида, периуретрал кириш билан ёки трансуретрал йўл билан эндоскопик назорат остида бажарилади. Соматик ҳолати оғирлиги сабабли оператив даволаш мумкин бўлмаган беморларга алоҳида эътибор берилади. Бундай аёлларга гимнастика ва физиотерапийадан ташқари, обтуратив (ёпиб турувчи) ташқи мосламалар: сўрилмайдиган материаллардан тайёрланган қин тиқинлари ва пессарийлар ишлатишни тавсия қилиш мумкин.

Сийдик тутаолмасликнинг аралаш турларини даволаш, одатда, комбинацияланган бўлади. Бунда аниқ усулларни танлаш сийдик тутаолмасликнинг клиник кўринишида ургентли ёки стрессли компонентларнинг устунлигига қараб аниқланади. Қандай компонентлар устунлик қилиши тўғрисидаги хулосани, фақат мураккаб уродинамик текширишлардан кейин чиқариш мумкин. Ҳар қандай кўринишдаги сийдик тутаолмасликни даволашда парҳез қилишни, спиртли ичимликлар, аччиқ ва таркибида кофеини бўлган маҳсулотлар қабул қилмаслик тўғрисидаги умумий тавсияларни ёддан чиқармаслик керак.

Хулоса.

Тадкикотимизни мақсади, айнан аёлларда учрайдиган сийдик тутаолмасликни самарали усулларини тадқиқ қилиш яъни, ҳозир периуретрал инъекция усули ички сфинктер етишмовчилигида, ҳали узоқ қутилган натижалари ўрганилмаган бўлса ҳам ананавий тус ола бошлади. Улар маҳаллий оғриқсизлантириш остида, периуретрал кириш билан ёки трансуретрал йўл билан эндоскопик назорат остида бажаришни йулга қуйиш.

References:

1. Беженар В.Ф. Недержание мочи у женщин. 2022 г.
2. Комяков Б.А. Урология. 2018 г.
3. А.Я.Пытель Руководстао по клинической урологии.
4. В.И.Кисина, К.И.Забиоров Урогенитальные инфекции у женщин.
5. Лопаткин Н.А Урология. 2011 г.