

AYOLLARDA TURLI SHAKLLARDAGI SIYDIK O‘TKAZIB YUBORISH (INKONTINENSIYA) VA UNING FUNKSIYALI ASPEKTLARI

Ilmiy rahbar: Amanbayeva Sanobar Sirojiddinovna

Talaba: Asqarova Dilafruz A‘zamjon qizi

Tibbiyot fakulteti davolash ishi 2- bosqich talabasi

Kokand Universtiteti Andijon filiali.

Annotasiya: Maqolada ayollarda uchraydigan siydik tuta olmaslik muammosi, uning turlari, sabab va xavf omillari tahlil qilinadi. Stressli, imperativ va aralash shakllar bilan bir qatorda kam uchraydigan giggle inkontinans va jinsiy aloqada siydik yo‘qotish holatlari ham yoritiladi. Diagnostika va davolash usullari, jumladan konservativ terapiya, fizioterapiya va jarrohlik muolajalari ko‘rib chiqilib, hayot sifatini yaxshilash bo‘yicha tavsiyalar beriladi. Ushbu tadqiqot siydik chiqarish tizimi disfunktsiyasiga duch kelgan bemorlar uchun samarali muolaja strategiyalarini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega.

Kalit so‘zlar: Detrusor, disfunktsiya, innervatsiya, enurezisoriya, menopauza, metilfenidat, insulin, kofein.

Ayollar orasida siydik tuta olmaslik muammosi dunyo miqyosida keng tarqalgan va hayot sifatiga jiddiy ta‘sir ko‘rsatadigan holatlardan biridir. 40 - 60 yosh oralig‘idagi ayollarning deyarli 45 foizi siydik chiqarish tizimining turli darajadagi buzilishlariga duch keladi. O‘tkazilgan tadqiqotlarda esa ayollarning 38,6 foizida ushbu muammolar kuzatilishini tasdiqlaydi. Biroq, bu faqatgina raqamlar emas – siydikni ushlab turolmaslik kundalik hayotda noqulaylik tug‘dirib, ijtimoiy, psixologik va jismoniy jihatdan salomatlikka sezilarli ta‘sir ko‘rsatadi. Siydik ushlab tura olmaslikning bir nechta turlari mavjud: stressli, imperativ va aralash shakllar. Stressli siydik tuta olmaslik qorin ichki bosimining ortishi natijasida yuzaga keladi va yo‘talish, aks urish yoki jismoniy mashqlar paytida kuzatiladi. Imperativ shakli esa detruzor mushaklarining haddan tashqari faolligi bilan bog‘liq bo‘lib, siydik chiqarishga chidab bo‘lmas istak paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Aralash shakl esa ushbu ikki tur belgilari uyg‘unlashgan holatda namoyon bo‘ladi. Shuningdek, kam uchraydigan giggle inkontinans (kulayotganda siydikni ushlab turolmaslik) va jinsiy aloqada siydik yo‘qotish kabi shakllar ham mavjud. Ushbu kasallikning diagnostikasi va davolash jarayoni har doim ham oson kechmaydi, chunki ba‘zan muammo yetarlicha o‘rganilmagan yoki noto‘g‘ri talqin qilinishi mumkin. Siydik tuta olmaslik xavf omillariga yoshi, homiladorlik va tug‘ruq tarixi, ortiqcha vazn, menopauza, chekish, diabet kabi kasalliklar va boshqa holatlar kiradi. Ushbu muammo ayollarning jismoniy faolligini cheklashi, psixologik bosimni oshirishi va ijtimoiy hayot sifatini pasaytirishi mumkin. Shu sababli, siydik tuta olmaslik bilan bog‘liq holatlarni chuqur o‘rganish, zamonaviy tashxis va samarali davolash usullarini qo‘llash muhim

ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolada biz siydik tuta olmaslikning turli shakllari, ularning kelib chiqish sabablari, diagnostikasi va davolash usullari haqida batafsil ma’lumot beramiz.

ASOSIY QISM

Stressli siydik tutolmaslikning umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud 1976 yilda McGuire [1] tomonidan taklif qilingan va keyinchalik Blaives va Olson [2] tomonidan kengaytirilgan, ular 1-toifa siydik tuta olmaslikni qo'shish va 2 - turni ikkita kichik tipga bo'lish orqali oldingi tasnifni kengaytirdilar. Unga ko'ra, quviq bo'yni va proksimal uretra detruzor qisqarishi bo'lmaganda tinch holatda ochiq. Siydikning o'z - o'zidan oqishi intravezikal bosimning biroz oshishi tufayli kuzatiladi. Siydik chiqarishning buzilishi posterior vezikouretral burchakning anatomik konfiguratsiyasi yo'qolganda paydo bo'ladi. Bu, asosan, uning to'g'ri anatomik holatini ta'minlaydigan ligamentlarning zaiflashishi tufayli yuzaga keladi. Ushbu turdagi siydik tuta olmaslik sfinkter etishmovchiligi deb ham ataladi. Ma'lumki, siydik pufagining haddan tashqari faolligining alomatlaridan biri siydik tuta olmaslik bo'lib, u shoshilinch siyish istagi bilan yuzaga keladi va siydik pufagining beixtiyor qisqarishi natijasida yuzaga keladi. Shoshilinch siydik tuta olmaslik siydik pufagining har uchinchi bemorida uchraydi. Ushbu sindromning tipik ko'rinishlari tez-tez siyish (kuniga 8 martadan ko'proq), tungi va siydik tuta olmaslik bilan birga keladigan shoshilinch siydik chiqarishdir. Adabiyotlarda siydik pufagining haddan tashqari faolligi bilan bog'liq ko'plab ta'riflar va atamalar mavjud. Xalqaro Kontinentsiya Jamiyatining (ICS) pastki siydik yo'llari funktsiyasi terminologiyasini standartlashtirish bo'yicha hisobotiga kiritilgan o'zgartirishlarga ko'ra, detruzorning haddan tashqari faolligi sistometriyani to'ldirishda aniqlangan majburiy detruzor qisqarishlari (spontan yoki qo'zg'atuvchi) mavjudligi bilan tavsiflangan urodinamik jihatdan tasdiqlangan holat. Detrusorning haddan tashqari faolligining quyidagi turlari mavjud; Fazali detruzorning haddan tashqari faolligi detruzorning to'liqsimon beixtiyor qisqarishi bo'lib, siydik tuta olmaslikga olib kelishi mumkin. Bunday holda, detruzorning fazali qisqarishi har doim ham bemorda biron bir sezgi bilan birga bo'lmaydi yoki siydik pufagini to'ldirishning birinchi hissi yoki oddiy siydik chaqirilishi sifatida qabul qilinishi mumkin. Terminal detruzorning haddan tashqari faolligi siydik pufagi maksimal sistometrik sig'imigacha to'ldirilganda paydo bo'ladigan yagona ixtiyoriy detruzor qisqarishining mavjudligi bilan tavsiflanadi. Detrusorning haddan tashqari faolligi tufayli siydik tuta olmaslik detruzorning ixtiyoriy qisqarishi natijasida yuzaga keladi. Siydik tuta olmaslikning stressli turida zamonaviy nomenklaturaga ko'ra, aralash shakl "siydik chiqarishga chidab bo'lmas istak bilan birga keladigan, shuningdek, jismoniy stress, jismoniy faollik, aksirish yoki yo'tal natijasida kelib chiqadigan siydikni tuta olmasligi" deb ta'riflanadi. Bu atama, shuningdek, qorin bo'shlig'i bosimi ko'tarilganda va detruzorning majburiy qisqarishi mavjud bo'lganda, urodinamik tekshiruv paytida hujjatlashtirilgan siydik yo'qotish holatini tavsiflash uchun ham ishlatilishi mumkin. Aniqlanishicha, siydik pufagi haddan tashqari faol bo'lgan ayollarning yarmida tekshiruv aralash shaklini aniqlaydi. Siydikni majburiy yo'qotish shikoyati bilan har uchinchi bemorga siydik tuta olmaslikning aralash shakli tashxisi qo'yilgan. Kasallikning klinik

ko'rinishlarining keng doirasi mavjud: ba'zilarida "stress" alomatlari ustunlik qiladi, boshqalarida inkontinansning imperativ komponenti yanada aniqroq. Siydik tuta olmaslikning aralash shakli detruzor, siydik yo'llari, tos bo'shlig'i mushaklari tizimining disfunktsiyasi, innervatsiyaning buzilishi natijasi bo'lishi mumkin, shuningdek, yuqoridagi kasalliklarning kombinatsiyasidan kelib chiqishi mumkin. Stress-imperativ siydik tuta olmaslikning rivojlanishiga nima sabab bo'lganligi haligacha noaniq bo'lib qolmoqda. Inkontinans komponentlarining har biri o'ziga xos rivojlanish genezasiga ega u yagona patofiziologik jarayonning natijasidir. Adabiyotda siz kulayotganda siydik tuta olmaslik yoki enurez risoriya kabi atamalarni topishingiz mumkin. Ushbu turdagi siydik tuta olmaslikda kulgi paytida siydik yo'qolishi, odatda kuchli, nazoratsiz kulish, boshqa shikoyatlar va urodinamik buzilishlar bo'ladi. Bu 5-7 yoshli bolalarda, ko'pincha qizlarda uchraydi. Ammo kattalardagi siydik tuta olmaslikning ushbu shakli holatlari ham tasvirlangan [3]. Kundalik amaliyotda bunday turg'unlik juda kam uchraydi, ko'pincha maktab yoshida saqlanib qoladi va yoshga qarab yaxshilanish yoki butunlay yo'q bo'lib ketadi. Tashxis anamnestik ma'lumotlarga asoslanadi va to'liq bo'shatish bilan kulish paytida siydik pufagining kutilmagan beixtiyor qisqarishi sifatida aniqlanadi. Ushbu turdagi inkontinansning etiologiyasi to'liq ma'lum emas. Biroq, ma'lumki, enurez risoria stressli siydik tuta olmaslikning bir varianti emas va sfinkter zaifligi yoki tos bo'shlig'idagi anatomik o'zgarishlar bilan bog'liq. Siydik tuta olmaslik mexanizmi to'liq tushunilmaganligi sababli, tegishli davolash shaklini tanlash juda qiyin. Kulgi tufayli siydik tuta olmaslikni davolashda eng yaxshi ta'sir amfitomin bo'lmagan psixostimulyatorlar guruhidan metilfenidat (Ritalin) preparatini qo'llash tavsiya qilinadi. [4]. Jinsiy aloqa paytida siydik tuta olmaslik jinsiy faol ayollarning hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan jiddiy muammo bo'lib, tos a'zolarining turli xil disfunktsiyalaridan aziyat chekadigan ayollarning 10-24 foizida uchraydi [5]. Muammoning sezgirligi tufayli ayollarning atigi 3% jinsiy aloqa paytida siydikni majburiy yo'qotishdan shikoyat qiladilar, taxminan 20% ayollar esa maqsadli tarixdan so'ng ushbu muammoga duch kelishadi. Jinsiy aloqa paytida siydik tuta olmaslik asosan penetratsiya paytida siydik tuta olmaslik va orgazm paytida siydik tuta olmaslikga bo'linadi. 1988 yilda Xilton birinchi marta jinsiy aloqa paytida siydik tuta olmaslikning asosiy patofiziologik mexanizmlarini aniqladi. Istiqbolli tadqiqot ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, penetratsiya paytida siydik tuta olmaslik stressli siydik tuta olmaslikdan kelib chiqadi, orgazm paytida siydik tutilishi esa detruzorning haddan tashqari faolligi bilan bog'liq. Shu bilan birga, Moran jinsiy aloqa paytida siydik tuta olmaslikning ikkala shakli ham uretral sfinkterning etishmovchiligining natijasidir [7]. Moran o'z tadqiqotida jinsiy faoliyat davomida o'zini tuta olmaslikdan shikoyat qilgan 228 ayolni ko'rib chiqdi. 158 (69,3%) ayol penetratsiya paytida, 45 (19,7%) orgazm paytida siydik yo'qolishidan shikoyat qilgan, uchinchi guruh ikkala holatda ham (25 bemor, 11%) siydik tuta olmaslikdan shikoyat qilgan. Tadqiqot natijalariga ko'ra, birinchi guruhda 126 (79,8%), ikkinchi guruhda 42 (93,2%) va uchinchi guruhda 23 (92%) holatda haqiqiy stressli siydik tuta olmaslik aniqlangan. Bu ishda kamdan-kam uchraydigan hodisa sifatida detruzorning beqarorligi

qayd etilgan. Boshqa ayollar orasida ham jinsiy siydik tuta olmaslikning tarqalishini o'rganib chiqildi. Tadqiqotda 192 bemor ishtirok etdi [8]. Orgazm paytida siydik tutilishi va penetratsiya paytida siydik tutilishi o'rtasida hech qanday farq yo'q. Barcha ayollar urokinamik tekshiruvdan o'tdilar. 49% hollarda stressli ST aniqlangan, 26,6% hollarda DH tashxisi qo'yilgan. Bemorlarning 23,4 foizida inkontinansning aralash turi aniqlangan. 2007 yilda Serati M. va boshqalar. jinsiy aloqa paytida siydik tuta olmaslik shikoyati bo'lgan 132 ayolni o'rganishdi [9]. 49 ayol (37,1%) orgazm paytida siydik yo'qolishidan shikoyat qilgan bo'lsa, 83 (62,9%) penetratsiya paytida siydikni ushlab turolmaslikdan shikoyat qilgan. Barcha bemorlar keng qamrovli urokinamik tekshiruvdan o'tkazildi, uning natijalari shuni ko'rsatdiki, orgazm paytida o'zini tuta olmaslik bilan og'rigan bemorlarning 69,4 foizida (34 ayol) detruzorning haddan tashqari faolligi, 10,2 foizida (5 ayol) stressli inkontinans tashxisi qo'yilgan, aniqlanmagan natijalar olingan. 10 ta ayolda, bu 20,4% ni tashkil etdi, birorta bemorda aralash tip aniqlanmagan; Penetratsiya paytida siydikni majburiy ravishda chiqarish shikoyati bo'lgan bemorlarda 83 ta holatdan 24 tasida detruzor giperaktivligi aniqlangan, bu 28,9% ni tashkil etdi, 48,2% (40 ayol) stressli inkontinans, 11 tasida (13, 2) aralash turdagi %) va noaniq natijalar 19 ta holatda 22,9% ni tashkil etdi. Umuman olganda, ko'p hollarda orgazm paytida siydik tuta olmaslik detruzorning haddan tashqari faolligi bilan bog'liq, penetratsiya paytida siydik tuta olmaslik asosan uretral sfinkter etishmovchiligi bilan izohlanadi. Ayollarda siydik tuta olmaslikning rivojlanishi ma'lum xavf omillarining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, ularning asosiylari yosh, etnik kelib chiqish, akusherlik tarixi, semirish, menopauza, chekish va boshqalar hisoblanadi. Ayollarda siydik tuta olmaslikning tarqalishi yoshi bilan bog'lanadi. Keksa ayollar yosh ayollarga qaraganda ko'proq siydik tuta olmaslikdan aziyat chekishadi. Aholini o'rganish shuni ko'rsatdiki, har 5 yilda ayollarda siydik tuta olmaslik ehtimoli 1,34 baravar ortadi [10]. Agar erkaklar populyatsiyasida yosh va siydik tuta olmaslik o'rtasida deyarli to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud bo'lsa, ayollarda biroz boshqacha shaklga ega. Kasallikning yuqori xavfining birinchi cho'qqisi (30-35%) 50-60 yoshda sodir bo'ladi. Yoshi bir oz pasaygandan so'ng, 65 yoshdan oshgan ayollarda kuzatiladigan ikkinchi darajali kasallik paydo bo'ladi [11]. Ayollarda siydik tuta olmaslik bilan bevosita bog'liq bo'lgan eng muhim omillardan biri bu tug'ilish soni. Siydik tuta olmaslikning rivojlanish sababi tug'ilish kanali orqali o'tadigan homila boshi tomonidan pudental asabning shikastlanishi deb hisoblanadi, bu esa tos bo'shlig'i mushaklarining, shu jumladan uretral sfinkterning qisman denervatsiyasiga olib kelishi mumkin. Akusherlik yordami kelajakda ayolning siydik tuta olmasligi ehtimoliga bevosita ta'sir ko'rsatadigan omillardir. An'anaviy ravishda invaziv akusherlik yordami ko'proq hollarda siydik tuta olmaslikka olib keladi deb ishoniladi. Masalan, birinchi tug'ilish paytida epizyotomiya keyingi 5 yil ichida siydik tuta olmaslik xavfini ikki baravar oshiradi [12]. Siydik chiqarishning oldini olishda ijobiy himoya roli haqidagi savolga javob noaniq bo'lib qolmoqda. Garchi ko'pchilik mualliflar ayollarda bu kasallikni rivojlanish ehtimoli kamroq ekanligiga rozi bo'lishsa-da boshqalari bu hodisalar o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik topa olmaydi. Ayolning gormonal holatining kontinentlikka ta'siri uzoq vaqt

davomida o'rganilgan. Shunga qaramay, olimlarning menopauza holatining siydik tuta olmaslik rivojlanishidagi roli haqidagi fikrlari juda ziddiyatli bo'lib qolmoqda. Ba'zilar menopauza va siydikni tuta olmaslik o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik borligiga ishonishadi , boshqalari buni butunlay inkor etadilar. O'tkazilgan etti yillik uzoq muddatli istiqbolli tadqiqotda (Melburn ayollarning doya salomatligi loyihasi) menopauza ayollarda siydik tuta olmaslikning rivojlanishiga ta'sir qilmasligini ko'rsatdi. 1253 ayolni o'z ichiga olgan yana bir randomizatsiyalangan sinov xuddi shunday xulosaga keldi. Ko'rinib turibdiki, siydik tuta olmaslik ayolning menopauzaga o'tishi bilan emas, balki ilgari aytib o'tilganidek, umumiy yoshga bog'liq o'zgarishlari bilan bog'liq. Ayol jinsiy tizimi va pastki siydik yo'llari urogenital sinusdan rivojlanadigan yagona embriologik kelib chiqishi bor. Bu estrogenlarning pastki siydik yo'llarining funksiyasiga ta'sirini tushuntiradi. Estrogen retseptorlari qin, siydik yo'llari, siydik pufagi va tos bo'shlig'i mushaklarida joylashgan. Shuni hisobga olib, estrogen preparatlarini qo'llash siydik tuta olmaslik bilan og'rigan ayollarga ijobiy ta'sir ko'rsatishi kerak deb taxmin qilish kerak. Biroq, amalda estrogenlarning samaradorligi unchalik aniq emas. Ayol jinsiy gormonlari birinchi marta siydik tuta olmaslikni davolashda 1941 yilda qo'llanilgan, ammo ularning samaradorligi, ta'sir qilish mexanizmi, dozalari va qo'llash usuli to'g'risida olimlar o'rtasida haligacha muhokama mavjud .Tana massasi indeksining oshishi va siydik tuta olmaslikning rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlik qayta-qayta o'rganilgan. Tana vaznining oshishi bilan qorin bo'shlig'i va tos a'zolari tomonidan tos bo'shlig'iga bosim kuchayadi. Tana massasi indeksining pasayishi ba'zi hollarda siydik tuta olmaslik belgilarining pasayishiga olib kelishi mumkin. Qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga olib keladigan yana bir omil chekishdir. Ma'lumki, chekish nafas yo'llari kasalliklariga olib keladi, ular yo'tal bilan birga keladi. Surunkali yo'tal qorin bo'shlig'ida va natijada tos bo'shlig'ida bosimning oshishiga olib kelishi mumkin. Bu, o'z navbatida, siydik yo'llarining qo'llab-quvvatlovchi apparati shikastlanishiga va siydik tuta olmaslikga olib keladi. Tadqiqotlarga ko'ra, chekish ayollarda siydik tuta olmaslik xavfini 38% ga oshiradi. Boshqa bir tadqiqot shuni ko'rsatdiki, tug'rukdan keyingi birinchi yil davomida siydik tuta olmaslik sigaret chekadigan ayollarda chekmaydiganlarga qaraganda 3 baravar ko'proq rivojlanadi . Qandli diabet ham organizmning barcha a'zolari va tizimlarida, shu jumladan, genitouriya tizimida polinevropatiya va qon tomir o'zgarishlarga olib keladi, siydik buzilishini keltirib chiqaradi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning keng qamrovli tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, bunday bemorlarda siydik tuta olmaslik xavfi umumiy populyatsiyaga nisbatan 28% ga yuqori . 50 yoshdan 90 yoshgacha bo'lgan 10 mingdan ortiq ayollarda tekshirilgan 2005 yilda . Buning yordamida insulinga bog'liq diabet bilan og'rigan bemorlarda siydik tuta olmaslik xavfi ancha yuqori va 63% ni tashkil etishi aniqlandi. Insulinni ishlatmaydigan bemorlarda inkontinans rivojlanish ehtimoli 20% ni tashkil qiladi. Yana bir omil kofeinning detruzor silliq mushak tolalarini faollashtirish qobiliyati uzoq vaqtdan beri ma'lum. Bu siydik pufagining haddan tashqari faolligi bilan og'rigan bemorlarga salbiy ta'sirini tushuntiradi. Oxirgi yillardagi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, choyni iste'mol qiladigan

bemorlarda siydik tuta olmaslikning har qanday turini rivojlanish xavfi biroz yuqoriroq, qahva esa shunga o'xshash ta'sir ko'rsatmagan . 2005 yilda Song tomonidan 20 yoshdan oshgan 5 ming ayol misolida taqdim etilgan yana bir tadqiqot spirtli ichimliklarni iste'mol qilish stressli siydik tuta olmaslikning tez-tez rivojlanishiga olib kelishini ko'rsatdi . Shu bilan birga, adabiyotda chop etilgan ko'pgina epidemiologik tadqiqotlar qahva, choy yoki spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va ayollarda siydik tuta olmaslik rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlikni topmaydi. Bu kasallikni davolashda bir qancha davolash chora tadbirlarining mwtodalri ishlab chiqilgan. Ulardan ayrimlarini keltirib o'tamiz.

Jismoniy mashqlar; kegel mashqlari: chanoq mushaklarini mustahkamlash uchun maxsus mashqlar.

Tibbiy davolash:

Dorilar; mushaklarni kuchaytiruvchi yoki siydik chiqishini nazorat qiluvchi dorilar. Fizioterapiya: Elektrostimulyatsiya yoki maxsus apparatlar orqali chanoq mushaklarini kuchaytirish. Xirurgiya: Agar boshqa usullar samarasiz bo'lsa, maxsus operatsiyalar (masalan, sling operatsiyalari) o'tkaziladi. Turmush tarzini o'zgartirish: Ortiqcha vaznni kamaytirish. Siydikni qo'zg'atuvchi mahsulotlarni (kofein, spirtli ichimliklar) cheklash.

Ushbu metodlar va uslublar bilan bir qatorda bugungi kunda Siling jarrohlik amaliyoti keng qo'llanilmoqda. Bu usul samarali va yangi yondashuv bo'lib bemorlarga qisqa vaqt Ichida sog'liklarini kafolatlangan tiklanishiga yordam beradi. Sling operatsiyasi – bu ayollarda stress inkontinentsiyani (siydikni tuta olmaslik) davolash uchun amalga oshiriladigan jarrohlik usul. Bu usulda siydik qopi chiqishini yopishga yordam beradigan sling (taqmon ga o'xshash tasma) o'rnatiladi. Bu amaloiyotning quyidagi turlari bor.

1. TVT (Tension-Free Vaginal Tape): sling uretraning ostida erkin joylashtiriladi.

2. TOT (Transobturator Tape): sling chanoq suyaklari oralig'idan o'tkaziladi.

Afzalliklari; Qisqa vaqtli amaliyot (30-60 daqiqa). Sog'liqni tez tiklanishi. Shu bilan birga eng muhim ko'rsatkich yuqori samaradorlik bilan (siydik tuta olmaslik holatlarining 80-90% yaxshilanadi) davolanish.

Biz o'rgangan kasallik bo'yicha quydagi bemorlarda TVT amaliyotlarini olib borilishi va natijalarini ko'rib chiqdik.

F.I.SH	Yili	Tashxis	Tafsiya
Nuraliyeva Mariya	1959-yil	Siydik tuta olmaslik 3-darajasi	TVT-O tashrixiga tayorlash
O'tanova Sevara	1985-yil	Siydik tuta olmaslik 2-darajasi (stressli turi)	TVT-O tashrixiga tayorlash
Mirzayeva Sapura	1974-yil	Siydik tuta olmaslik 3-daraja (ko'p tug'ruq bilan bog'liq)	TVT-O tashrixiga tayorlash
Yo'ldashova Rahima	1971-yil	Siydik tuta olmaslik 2-daraja	TVT-O

			(aralash shakli)	tashrixiga tayorlash
--	--	--	------------------	-------------------------

XULOSA

Ayollarda siydik tuta olmaslik sindromi siydik yo'llaridan siydikning majburiy bo'linishi sifatida namoyon bo'lib, turli sabablarga ega bo'lishi mumkin, ba'zida patogenetik jihatdan bir-biriga mutlaqo bog'liq emas. Patogenezni o'rganishga asoslangan aniq tashxis eng samarali davolash usullarini aniqlash imkonini beradi va bu holat uchun xavf omillari haqidagi bilim ayollarda siydik tuta olmaslikning tarqalishini kamaytirishga qaratilgan profilaktika choralarini ishlab chiqish uchun imkoniyatlar yaratadi. Biz kuzatuv olib borgan bemorlardan olingan natijalarga ko'ra 40 yoshli bemorimizda vaziyat nisbatan qoniqarli ekani, 53 - yoshli bemorimizda asab bilan bog'liq siydik tuta olmaslik deyarli bir xil vaziyatda ekani, lekin ko'p tug'ruq o'tkizgan ayollarda esa nisbat yosh bo'lsada siydik tuta olamslik ko'rsatkichi baland ekanini kuzatdik. Bu bizning dastlabki kuzatishlarimiz bo'lib olgan natijalarimiz keyingi ishlarimizda kasallarni erta aniqlash va ularni guruhga ajratishda yo'riqnoma bo'la oladi va boshqa ushbu kasallikni o'rganuvchilar uchun ham malumot bera oladi. Kelgusi kuzatuvlarimizda bu kasallikni keng qamrovli o'rganish bemorlarni yoshi va yashash sharoiti hamda iqlim ko'rsatkichlarini ham inobatga olishni reja qilganmiz.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. McGuire EJ, Lytton B, Pepe V, Kohorn EI. Stress urinary incontinence. Obstet gynecol., 1976, 47: 255-264 .
2. Blaivas JG, Olsson CA. Stress incontinence: classification and surgical approach. J Urol., 1988, 139: 727-731.
3. Carlin & Leong (2002). Female Pelvic Health and Reconstructive Surgery. Informa Healthcare.
4. Berry, Amanda K.; Zderic, Stephen; Carr, Michael (2009). «Methylphenidate for Giggle Incontinence». The Journal of Urology, 182 (4): 2028-32.
5. Hilton P. Urinary incontinence during sexual inter- courses: a common, but rarely volunteered symptom. BJOG, 1988, 95: 377-81.
6. Korda A. et al. Coital urinary incontinence in an Australian population.
7. Moran PA, Dwyer PL, Ziccone SP. Urinary leakage during coitus in women. J Obstet Gynecol, 1999, 19: 286-8.
8. Korda A. et al. Coital urinary incontinence in an Australian population Asia Oceania. J Obstet Gynaecol., 1989, Dec, 15 (4): 313-5. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. Eur Urol., 2008, 54 (4): 911-915.

10. Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, et al Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epi-demiologic study in a midsized city in northern Italy. Urology, 2000, 56 (2): 245-49.
 11. Brown JS, Seeley DG, Fong J, et al: Urinary incontinence in older women: Who is at risk? Obstet Gynecol, 1996, 87: 715-721.
 12. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. Am J Obstet Gynecol, 2001, 185: 82-7
- .- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/943076/?utm_source