

ERKAKLARDAGI O‘TKIR SIYDIKNI USHLAB TURISH

Ilmiy rahbar: Amanbayeva Sanobar Sirojiddinovna

Ismoilov Azizxon Saydamirxon o‘g‘li

Tibbiyot fakulteti, Davolash ishi yo‘nalishi 2- bosqich talabasi.

Kokand University Andijon filiali

Annotatsiya: Ushbu maqola o'tkir siydik tutilishi (O'ST) – siydik chiqarishning to'satdan to'xtashi bilan kechuvchi favqulodda urologik holat haqida batafsil ma'lumot beradi. O'ST asosan erkaklarda, ayniqsa prostata bezining yaxshi xulqli giperplaziyasi (BPH) fonida uchraydi. Shuningdek, ayollarda bu holat kam uchrasa-da, nevrologik kasalliklar, anatomiya buzilishlari va ba'zi dori vositalari ta'sirida rivojlanishi mumkin. Maqolada O'STning etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostik usullari va shoshilinch davolash yondashuvlari yoritilgan. Dastlabki davolash usuli siydik pufagini kateterizatsiya orqali dekompressiya qilishdir. Bemorni keyingi kuzatish, davolash strategiyalari, shu jumladan alfa - 1 adrenergik antagonistlari va jarrohlik muolajalari, shuningdek, qaytalanish ehtimoli va uzoq muddatli boshqaruv masalalari muhokama qilingan.

Kalit so‘zlar: Guillain-Barre sindromi, epidural, suprapubik kateterizatsiya, postobstruktiv diurez, reabilitatsiya, profilaktika.

O'tkir siydik tutilishi (O'ST) – siydik pufagining to‘lib ketishiga qaramay, bemorning siyish imkoniyatining yo‘qolishi bilan kechuvchi favqulodda urologik holatdir. Ko‘pincha prostata giperplaziyasi (BPH) fonida erkaklarda uchrasa-da, ayollarda va nevrologik kasalliklarda ham kuzatilishi mumkin. O'ST turli omillar, jumladan, obstruksiya, dori vositalari, infeksiyalar va travmalar sababli yuzaga keladi. O‘z vaqtida tashxis qo‘yish va siydik pufagini kateterizatsiya orqali bo‘shatish muhimdir. Ushbu maqolada O'STning sabablari, klinik belgilari, diagnostikasi va davolash usullari yoritiladi.

ASOSIY QISM

O'tkir siydik tutilishi (AUR) erkaklarda keng tarqalgan. Kasallik yoshi bilan ortadi va ko'pincha 60 yoshdan oshgan erkaklarda uchraydi. Besh yil ichida 70 yoshdan oshgan erkaklarning taxminan 10 foizi va 80 yoshdan oshgan erkaklarning deyarli uchdan birida AUR rivojlanishi taxmin qilinmoqda. O'tkir siydik tutilishi (AUR) rivojlanishi uchun turli patofizyologik mexanizmlar javobgar bo'lishi mumkin. Bir vaqtning o'zida bir nechta mexanizmlar ishlashi mumkin. Eng keng tarqalgan mexanizmlar - bu chiqish obstruksiyasi, nevrologik buzilish yoki detruzor mushaklarining samarasizligi. Boshqa sabablar orasida dorilar, infeksiyalar va jarohatlar mavjud. Obstruksiya AURning eng keng tarqalgan sababidir. Siydik oqimi mexanik omillar (uretra kanalining jismoniy torayishi) va yoki dinamik omillar (uretrada va uning atrofida mushak tonusining oshishi) bilan to'sqinlik qilishi mumkin. Erkaklarda obstruksiyaning eng keng tarqalgan sababi prostata bezining

yaxshi giperplaziyasidir (BPH). Eraklarda chiqish obstruktsiyasining boshqa sabablari orasida ich qotishi, prostata yoki siydik pufagi saratoni, uretraning strikturasi, urolitioz, fimoz yoki parafimoz kiradi. Nevrologik kasalliklar- o'tkir siydik tutilishi detruzor mushaklarining sezgir yoki motor nervlarining innervatsiyasining buzilishi tufayli rivojlanishi mumkin. Siydik chiqarish sfinkterining to'liq bo'shashishi (dissinergiya) ham bo'shliq bosimining oshishiga, ham postvoid qoldiq hajmining oshishiga olib kelishi mumkin. O'tkir siydik tutilishi travma, infarkt yoki demyelinatsiya, epidural xo'ppoz va epidural metastazlar, Guillain-Barre sindromi, diabetik neyropatiya va insult tufayli orqa miya shikastlanishi bilan yuzaga kelishi mumkin. AUR odatda bel og'rig'i va / yoki boshqa nevrologik kasalliklar bilan birga keladi. Nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlarda siydikni o'tkir yoki surunkali ushlab turish rivojlanishi mumkin. Detrusor mushaklari samarasiz bo'lgan bemorlarda siydik pufagining o'tkir kengayishiga olib keladigan qo'zg'atuvchi hodisa (masalan, doimiy katetersiz umumiy yoki epidural analjeziya paytida suyuqlikning ifloslanishi) paydo bo'lishi mumkin. Bu ko'pincha siydik yo'llari obstruktsiyasining asosiy belgilari bo'lgan bemorlarda uchraydi. Siydikni ushlab turish ma'lum dori vositalaridan kelib chiqishi mumkin, ularning eng keng tarqalgani antikolinerjik va simpatomimetik preparatlardir. Giyohvand moddalar turli mexanizmlar orqali AURga olib keladi. Opioidlar va antikolinerjik dorilarni qabul qiladigan bemorlarda siydik pufagi sezgirligining pasayishi tufayli AUR rivojlanish xavfi yuqori. Antikolinerjik dorilar ham detruzorning kontraktilligini kamaytiradi. Simpatomimetiklarni o'z ichiga olgan burun dekonjestanlari siydik pufagi bo'ynidagi silliq mushaklarning ohangini oshiradi. Infektsiyalar obstruktsiyani keltirib chiqaradigan yallig'lanish tufayli AURga olib kelishi mumkin. Masalan, o'tkir prostatit natijasida kelib chiqqan o'tkir yallig'langan prostata bezi, ayniqsa, allaqachon BPH bo'lgan eraklarda AURni keltirib chiqarishi mumkin. Xuddi shunday, siydik yo'llarining infektsiyasi siydikni ushlab turishga olib keladigan uretrit va siydik yo'llarining shishishiga olib kelishi mumkin. Genital herpes mahalliy yallig'lanish tufayli ham, sakral nervlarning shikastlanishi tufayli ham AURga olib kelishi mumkin. AUR bilan bog'liq boshqa infektsiyalarga suvchechak va vulvovaginit kiradi. Tos suyagi, siydik yo'llari yoki jinsiy olatni shikastlangan bemorlarda mexanik shikastlanish natijasida AUR rivojlanishi mumkin.

Kasallik tarixi bo'yicha siydik chiqarish yoki pastki siydik yo'llarini ushlab turish belgilari, prostata kasalliklari (giperplaziya yoki saraton), tos a'zolari yoki prostata jarrohligi, radiatsiya terapiyasi yoki tos a'zolarining shikastlanishi tarixiga e'tibor qaratish kerak. Bemordan gematuriya, dizuriya, isitma, bel og'rig'i, nevrologik alomatlar yoki toshma mavjudligi haqida ham so'rash kerak. Nihoyat, siz dori-darmonlarning to'liq ro'yxatini olishingiz kerak (shu jumladan retseptsiz dori-darmonlar). Bemorning yoshligi, saraton kasalligi yoki tomir ichiga giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish tarixi, bel og'rig'i yoki nevrologik alomatlar mavjudligi orqa miya shikastlanishi yoki siqilish ehtimolini ko'rsatadi. Shu bilan birga, o'murtqa patologiyasi bo'lgan bemorlarda odatda o'tkir siydik tutilishi kuzatilmaydi. Bunday bemorlarda ko'pincha orqa miya patologiyasining boshqa

belgilari va belgilari mavjud va siydikni ushlab turish klinik ko'rinishning faqat bir qismidir. Dastlabki fizik tekshiruv qorinning pastki qismini palpatsiya qilishni o'z ichiga olishi kerak. Qorin bo'shlig'i yoki rektal tekshiruvda siydik pufagi paypaslanishi mumkin. Chuqur suprapubik palpatsiya noqulaylik tug'diradi. Diagnostika O'tkir siydik tutilishi (AUR) siydik pufagi ultratovush tekshiruvi yoki tegishli klinik sharoitda kateterizatsiya orqali siydikni ushlab turishni aniqlashga asoslangan holda tashxis qilinadi. Agar protsedura nisbatan tez bajarilishi mumkin bo'lsa, qovuq ultratovush tekshiruvi og'ir kasal bo'lmagan bemorlar uchun birinchi tanlovdir, chunki u invaziv bo'lmagan, bemor uchun qulayroqdir va natijalar normal bo'lsa, siydik pufagining dekompressiyasidan qochish mumkin. Anamnezi va fizik tekshiruvi AUR tashxisini aniq ko'rsatuvchi bemorlarda yoki o'tkir og'ir ahvolda bo'lgan bemorlarda siydik pufagi ultratovush tekshiruvini kutmasdan, to'g'ridan-to'g'ri kateterizatsiyani davom ettirish oqilona bo'ladi. Muqobil variant, agar mavjud bo'lsa, siydik pufagi skaneridan foydalanishdir. Quviqning ultratovush hajmi ≥ 300 kubometr siydikni ushlab turish dekompressiyani talab qiladi. Biroq, siydik pufagi ultratovush tekshiruvi tananing xususiyatlari, to'qimalarning shishishi yoki oldingi operatsiya va chandiqlar tufayli noto'g'ri bo'lishi mumkin. Agar bemor noqulaylikni boshdan kechirsa va bo'shata olmasa, ultratovush tekshiruvda siydik pufagining taxminiy hajmidan qat'i nazar, uretra kateterini o'rnatish kerak. Uretral kateterni o'rnatishda, ishlab chiqarilgan siydikning dastlabki miqdorini qayd etish kerak. Hajmi < 200 cc bo'lgan bemorlarda o'tkir siydik tutilishi ehtimoli yo'q. Bunday bemorlar ambulatoriya sharoitida urolog tomonidan qo'shimcha tekshiruvdan o'tishlari kerak. O'tkir siydik tutilishi (AUR) bo'lgan bemorlarda diagnostikadan keyingi baholash etiologiyani aniqlashga qaratilgan. Agar etiologiya aniq bo'lmasa, quyidagi taktikalar tavsiya etiladi:

□ Rektal tekshiruv massalarni, najas ta'sirini, perineal sezgirlikni va rektal sfinkterni baholash uchun barcha bemorlarda bajarilishi kerak. Oddiy prostata tekshiruvi obstruksiyaning sababi sifatida yaxshi prostata giperplaziyasini (BPH) istisno qilmaydi. Undan tashqari nevrologik tekshiruv, sezuvchanlik, reflekslar va mushaklarning holatini baholashni o'z ichiga olishi kerak. Siydik namunasini yig'ish va siydikni tekshirishga yuborish kerak. Boshqa laboratoriya tekshiruvlariga bo'lgan ehtiyoj bemorning tarixi va fizik tekshiruvi asosida aniqlanishi kerak. Tez yordam bo'limiga siydik tutilishiga shubha bilan kelgan bemorlarning ko'pchiligi qon zardobidagi kimyoviy balans va kreatinin darajasini tekshiradi. Ular buyrak etishmovchiligini aniqlash uchun o'tkir yoki surunkali siydik tutilishiga shubha qilingan har qanday bemorda tekshirilishi kerak. O'tkir siydik tutilishini (AUR) dastlabki davolash siydik tahlili va madaniyat bilan kateterizatsiya qilish orqali siydik pufagini darhol dekompressiya qilishdir. Quvuqni dekompressiya qilish imkoniyatlari; quviq dekompressiyasi uretral yoki suprapubik kateterizatsiya yordamida amalga oshirilishi mumkin. Quvuqni dekompressiya qilish bo'yicha yagona tavsiyalar yo'q. Ko'pgina bemorlarda uretrani kateterizatsiya qilishning dastlabki urinishi bo'ladi. Uretrani kateterizatsiya qilishning dastlabki urinishi ko'pchilik bemorlar uchun, ayniqsa AUR yo'qolishi kutilayotgan bemorlarda (masalan, siydik yo'llari infeksiyalari yoki dori-

darmonlarni qabul qilgan AUR bilan og'rigan bemorlarda) mos keladi. AUR bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi birinchi qator sifatida 14 - 18 kalibrli frantsuz kateteriga ega bo'lishi kerak. Siydikning boshlang'ich hajmi 200 ml dan kam bo'lgan bemorlar uchun kateterni darhol olib tashlash va takrorlanishni kuzatish odatda mos keladi. Ushbu bemorlar qorin bo'shlig'i va/yoki suprapubik noqulaylikning boshqa sabablarini aniqlashlari kerak. Siydik miqdori 200 cc dan ortiq bo'lgan bemorlarda birinchi 10 - 15 daqiqada ishlab chiqarilgan siydik hajmini qayd etish va qayd etish kerak, chunki u kateterdan foydalanish muddatiga nisbatan keyingi davolanish uchun foydalidir. Agar bu hajm 400 cc dan ortiq bo'lsa, kateter odatda joyida qoladi. 400 sm dan kam hajmlar uchun³ kateterni joyida qoldirish qarori klinik stsenariy asosida qabul qilinadi. Hajmi 200 dan ortiq va 400 cc dan kam bo'lgan bemorlar uchun kateterizatsiya qarori ko'plab omillarni hisobga olishi mumkin. Bemorning birgalikdagi kasalliklari, ruhiy holati, kasalxonaga qaytish qobiliyati va boshqa turli omillar doimiy kateterni saqlash qaroriga ta'sir qilishi mumkin. Orqa miya og'rig'i yoki nevrologik alomatlar bo'lgan bemorlarda orqa miya siqilishi mavjudligini hisobga olish kerak. Yoshlik, malign o'sma tarixi yoki tomir ichiga giyohvand moddalarni iste'mol qilish bilan bog'liq xavf omillari bo'lishi mumkin. AUR bo'lgan bemorlarda kateter odatda uch dan besh kungacha joyida qoldiriladi, shundan so'ng bemor bo'shliq testini o'tkazadi. Ilgari kateterni olib tashlash misollari operatsiyadan keyingi bemorlarni o'z ichiga oladi, ular dastlab bo'shatilmaydi, lekin bir necha soat ichida bu qobiliyatni tiklaydi. Uretral kateterizatsiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lib yaqinda urologik jarrohlik amaliyotini o'tkazgan bemorlarda (masalan, radikal prostatektomiya yoki uretrani qayta tiklash) manipulyatsiya kontrendikedir va bu bemorlarga suprapubik kateterizatsiya qilish kerak. O'tkir bakterial prostatit uchun uretra kateterini kiritishning nazariy xavfi mavjud bo'lsa-da, bu bemorlarda tajribali shifokor rahbarligida yumshoq uretrani kateterizatsiya qilishga harakat qilish mumkin. Uretrani kateterizatsiya qilish bilan bog'liq qiyinchiliklar bo'lib, ba'zi bemorlarda kateterdan o'tishni qiyinlashtiradigan to'siq paydo bo'lishi mumkin. Agar bemor ilgari transuretral muolaja (masalan, prostata bezining transuretral rezektsiyasi) yoki tos a'zolarining shikastlanishi yoki radiatsiya terapiyasidan o'tgan bo'lsa, qisman okklyuziv uretra yoki prostata chandig'i bo'lishi mumkin. Bunday holda, kateterni 10 yoki 12 kalibrli frantsuz kateteriga qisqartirish orqali obstruktsiyani chetlab o'tish mumkin, agar oldingi asbob-uskunalar yoki travma bo'lmasa, obstruktsiyaning keng tarqalgan sababi prostata kengayishi hisoblanadi. Bunday holda, qattiq koude uchi bo'lgan kattaroq kateter (20 yoki 22 kalibr) talab qilinishi mumkin va urolog bilan maslahatlashish talab qilinishi mumkin. Agar kateter o'rnatishga urinishlar muvaffaqiyatsiz bo'lsa, urolog bilan shoshilinch konsultatsiya to'shakda moslashuvchan sistoskopiya uchun variant bo'lishi mumkin, ya'ni strikturani kengaytiradi yoki siydik kateterini kiritish mumkin bo'lgan simni kiritadi. Ba'zida uretrani kateterizatsiya qilishning kontrendikatsiyasi yoki muvaffaqiyatsizligi bo'lgan bemorlarda (masalan, yaqinda urologik jarrohlik amaliyotidan o'tgan bemorlar, o'tkir prostatit, siydik yo'llarining strikturasi, og'ir prostata giperplaziyasi (BPH) yoki boshqa anatomik anomaliyalar) suprapubik kateterni o'rnatish zarur. . Ushbu kateterlar odatda

urolog tomonidan o'rnatiladi. Suprapubik naychalar operatsiya xonasida, tez yordam bo'limida yoki ba'zan ambulatoriyaga joylashtirilishi mumkin. Shu bilan birga, bemorning omillari (yoshi, sog'lig'i holati, dori-darmonlar, tana massasi indeksi, oldingi jarrohlik tarixi va boshqalar) operatsiya xonasidan tashqarida joylashtirishga to'sqinlik qilishi mumkin. Tegishli tayyorgarlikka ega bo'lgan urolog yoki shifokor bo'lmasa va bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, siydik pufagining kengayishini vaqtincha suprapubik igna aspiratsiyasi bilan bartaraf etish mumkin. Biroq, bunday davolash qovuq dekompressiyasi tufayli suprapubik kateterni keyingi joylashtirishni qiyinlashtirishi yoki hatto xavfli bo'lishi mumkin. Agar yaqin kelajakda to'g'ri o'qitilgan tibbiy mutaxassis bo'lsa, igna dekompressiyasini kechiktirish kerak.

Suprapubik kateterlar doimiy uretral kateterlarga nisbatan bir qator afzalliklarga ega. Ular eng yaxshi siydik pufagini drenajlashni talab qiladigan bemorlarda qo'llaniladi. Suprapubik kateterlar siydik pufagi bo'yni va uretraning kengayishini oldini oladi va shuning uchun sfinkter disfunktsiyasi tufayli siydik o'g'irlab ketishning oldini oladi. Ular, shuningdek, kateterni olib tashlashdan oldin bemorning siyish qobiliyatini baholashga imkon beradigan afzalliklarga ega, ular doimiy uretral kateterni qaraganda kamroq infeksiyalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin va ular uretral kateterlarga qaraganda kamroq noqulaydir. Nihoyat, erkaklardagi suprapubik kateterlar keyingi uretraning strikturasi xavfidan qochadi, bu erkaklarda uzoq vaqt davomida uretrani kateterizatsiya qilishni talab qiladigan keng tarqalgan asoratdir. Biroq, bunday kateterlar o'rnatish bilan bog'liq asoratlari, jumladan, ichak teshilishi va yara infeksiyasi xavfini oshiradi. O'tkir siydik tutilishi bo'lgan bemorlarda siydik pufagini to'liq drenajlash tavsiya etiladi. Quviqni tezda to'liq dekompressiya qilish potentsial asoratlari (vaqtinchalik gematuriya, gipotenziya va obstruktiv diurez) tez-tezligini oshiradi deb hisoblangan. Biroq, qisman drenajlash va qisish bu asoratlarni kamaytirmaydi va siydik yo'llari infeksiyasi xavfini oshirishi mumkin. Quviq dekompressiyasi bilan bog'liq asoratlari quyidagilardan iborat:

Gematuriya. Bemorlarning 2-16 foizida uchraydi, lekin kamdan-kam hollarda klinik ahamiyatga ega. Misol uchun, bir tadqiqot shuni ko'rsatdiki, gematuriya AUR bo'lgan bemorlarning taxminan 11 foizida uchraydi. Deyarli barcha bemorlarda sug'orishdan keyin gematuriya yo'qoladi.

Vaqtinchalik gipotenziya. Quviqning dastlabki dekompressiyasidan so'ng bemorlarda vaqtinchalik gipotenziya paydo bo'lishi mumkin. Biroq, qon bosimi odatda aralashuvisiz normallasadi va klinik jihatdan ahamiyatli gipotenziviyaga o'tmaydi.

Postobstruktiv diurez. Siydik chiqarish yo'llarining obstruksiyasini bartaraf etish postobstruktiv diurezga olib kelishi mumkin, bu siydik pufagi dekompressiyasidan keyin davom etadigan diurez sifatida aniqlanadi. Post-obstruktiv diurez, birinchi navbatda, o'tkir siydikni ushlab turish emas, balki surunkali muammo bo'lib, odatda obstruksiya davrida saqlanib qolgan ortiqcha suyuqlikni olib tashlash uchun tegishli urinishdir. Siydikni ushlab turish bilan og'rigan har qanday bemorda postobstruktiv diurez rivojlanishi mumkin. Ko'pgina bemorlar og'iz orqali suyuqlikni iste'mol qilishni ko'paytirish orqali siydik

chiqarishning ko'payishi bilan kurashishlari mumkin. Buni qila olmaydigan yoki og'ir postobstruktiv diurez bo'lgan bemorlarda siydik miqdori o'lchanadi va siydik hajmining yarmi izotonik sho'r suv bilan almashtiriladi. Shu bilan birga, almashtirish tezligi va almashtiriladigan suyuqlikni tanlash boshlang'ich hajm holatiga va gipo- yoki gipernatremitiya mavjudligi yoki yo'qligiga qarab farq qilishi mumkin. Bemorlarning ko'pchiligi siydik pufagi dekompressiyasidan keyin ambulatoriya sifatida xavfsiz davolanishi mumkin. Kasalxonaga yotqizish urosepsis, malignite bilan bog'liq obstruktsiya yoki o'tkir miyelopatiya bilan og'rigan bemorlar uchun ko'rsatiladi. Birgalikda o'tkir buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar ham kasalxonaga yotqizishni talab qiladi. Bo'shatishdan oldin bemorlarga kateterni qanday ishlatish, kateter qopini bo'shatish va siydik chiqarishni kuzatish bo'yicha ko'rsatmalar berilishi kerak. Siydik chiqarish kateteri bo'lgan bemorlar uchun profilaktik antibiotiklar ko'rsatilmaydi. Kateterizatsiya davomiyligi o'tkir siydik tutilishining etiologiyasiga bog'liq. Asosiy etiologiyasi bo'lgan, davolanayotgan va yo'qolishi kutilayotgan (masalan, siydik yo'llari infeksiyasi) bemorlar kateter asoratlari davolashdan qochish uchun imkon qadar tezroq bo'shliqni tekshirishga harakat qilishlari kerak. Asosiy etiologiyani bartaraf etish ehtimoli kam bo'lgan (masalan, orqa miya shikastlanishi) va/yoki o'tkir surunkali siydik tutilishi bo'lgan boshqa bemorlarda kateterizatsiya surunkali holga kelishi mumkin. Bunday bemorlar uzoq muddatli toza intervalgacha kateterizatsiya yoki suprapubik kateterni joylashtirishdan foyda ko'rishlari mumkin. PPC doimiy uretral kateterizatsiya va suprapubik kateter bilan kateterizatsiya bilan solishtirganda kamroq asoratlarga ega. AUR bo'lgan bemorlarda, doimiy kateterlar bilan solishtirganda, PPC o'z-o'zidan bo'shatish chastotasining oshishi va siydik yo'llari infeksiyalarining kamayishi bilan bog'liq. PPC hamshiralik yordami mavjud bo'lgan va AUR qisqa vaqt ichida hal qilinishi kutilayotgan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda oqilona variant bo'lishi mumkin. Bu shuningdek, kateter bilan qulay bo'lgan ambulatoriya bemorlari va uzoq muddatli kateterizatsiya talab qilinishi kutilayotgan o'tkir yoki surunkali siydik tutilishi bo'lgan bemorlar uchun (masalan, orqa miya jarohati bo'lganlar) uchun maqbul variant.

Inkontinensiya turi	Tavsif	Uchraydigan guruhlar	Manba
Stressli inkontinensiya	Yo'talganda, kulganda, og'irlik ko'targanda siydik ajralishi	Asosan ayollar, ayniqsa tug'ruqdan keyin	Stressli inkontinensiya
Shoshilinch inkontinensiya	Quviqning haddan tashqari faolligi tufayli siydikni ushlab turolmaslik	Erkaklar va ayollar, yosh ulg'aygan sari ko'proq uchraydi	Shoshilinch inkontinensiya
Aralash	Stressli va	Asosan	Enurez(tun

inkontinensiya	shoshilinch inkontinensiyaning kombinatsiyasi	ayollar	gi siydik tuta olmaslik)
Enurez (tungi inkontinensiya)	Kechasi siydikni tuta olmaslik, ko‘pincha bolalarda kuzatiladi	Bolalar, ba‘zan kattalarda	Enurez(tun gi siydik tuta olmaslik)

Tadqiqotlar natijasi shuni ko‘rsatadiki eng ko‘p uchraydigan siydik tuta olmaslik turlari quyidagilar

XULOSA

O‘tkir siydik tutilishi (O‘ST) – shoshilinch tibbiy aralashuvni talab qiluvchi jiddiy urologik holat bo‘lib, ko‘pincha erkaklarda prostata giperplaziyasi fonida rivojlanadi. Kasallikning o‘z vaqtida aniqlanishi va to‘g‘ri davolash choralari, jumladan, siydik pufagini kateterizatsiya orqali bo‘shatish, bemorning ahvolini yaxshilash va asoratlarning oldini olish uchun muhim ahamiyatga ega. O‘STning qaytalanish xavfini kamaytirish uchun etiologik omillarni bartaraf etish, dori vositalari bilan qo‘shimcha terapiya va zarur hollarda jarrohlik muolajalar o‘tkazish tavsiya etiladi. Bemorlarni uzoq muddat kuzatish va profilaktik choralari ko‘rish O‘STning oldini olishda muhim rol o‘ynaydi. Shu bois, shifokorlar kasallikning rivojlanish omillari va optimal davolash usullari bo‘yicha aniq strategiyani belgilashi lozim.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Jacobsen S.J., Jacobson D.J., Girman C.J., et al. // Urology. – 1997. – Vol. 49. – P. 949–151.
2. Fitzpatrick J.M., Kirby R.S. // BJU International. – 2006. – Vol. 97. – P. 16–20.
3. Hastie K.J., Dickinson A.J., Almrud R. // World J. Surg. – 1986. – Vol. 10. – P. 246–253.
4. Chun P., Wong Y.S., Chan L.W., et al. // Br. J. Urol. – 2004. – Vol. 17. – P. 236–320.
5. McNeill S.A., Hargrove W.L., Cockcroft A.T. // J. Urol. – 2001. – Vol. 173. – P. 243–247.
6. Tsos P.D., Ghalasiam, W. Hoo, H. // Prostate Cancer Prostatic Dis. – 2000. – Vol. 14. – P. 94–96.
7. Fusco F., Palmieri A., Flotara V., et al. // Eur. Urol. – 2008. – Vol. 53. – P. 572–674.
8. Hagiwara K., Kojo T., Yamamoto T., et al. // J. Urol. – 2007. – Vol. 177. – P. 2165–2170.

9. Roehrborn C.G., Sampin P., Berlin J., et al. // J. Urol. – 2010. – Vol. 57. – P. 172–180.