



ГЕНИТАЛ ПРОЛАПС, ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

Юлдашева Д.Ю., Сайдакулова Д.В.

Ташкентская тиббиёт академияси, Ўзбекистон

✓ Резюме

Мақолада тос аъзоларининг пролапси беморларга жисмоний ноқулайлик, сийдик тута олмаслик ва жинсий бузилишлар каби оқибатларга олиб келади, бу эса психологик таъсир қилиб. аёлларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Тренажёр машқларни бажариш эса ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам бериши айтиб ўтилади.

Калит сўзи: Проплапс гениталий, стрессли сийдик тута олмаслик

ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ, ФАКТОРЫ РИСКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Юлдашева Д.Ю., Сайдакулова Д.В.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

✓ Резюме

В статье говорится, что пролапс малого таза может приводить к физическому дискомфорту, недержанию мочи и половой дисфункции у пациенток, что имеет психологический эффект, значительно снижает качество жизни женщин, физические упражнения могут способствовать улучшению качества жизни.

Ключевые слова: пролапс гениталий, стрессовое недержание мочи.

GENITAL PROLAPSE, RISK FACTORS AND CONSERVATIVE TREATMENT

Yuldasheva D. Yu., Saydakulova D. V.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ Resume

The article says that pelvic prolapse can lead to physical discomfort, urinary incontinence and sexual dysfunction in patients, which has a psychological effect. It significantly reduces the quality of life of women. Exercise can help improve the quality of life.

Keywords: Prolapse genital, stressed urinary incontinence

Долзарблиги

Тос органлари пролапси (ТОП) кенг тарқалган гинекологик касаллик бўлиб, лигаментоз – мушак аппаратининг заифлашиши билан характерланади. ТОП билан биргаликда кўпинча бир қатор анатомик ва функционал касалликлар: асосан обструктив бузилишлар ёки сийдикни тута олмаслик, гиперактив қовуқ, дефекацион бузилишлар, жинсий қувватсизлик, шунингдек перинеумда доимий ноқулайлик ва оғирлик ҳисси кузатилади [8,9]. Буларнинг барчаси жисмоний ва аёлнинг психо-эмоционал ҳолати, ижтимоий ҳаёт сифатининг пасайиши бузилишига олиб келади [10]. 5,5 мингдан ортиқ бир хил ишда ишлайдиган 30-79 ёшдаги Швециялик аёлларда, тос орган пролапси билан касалланиш 8,3 % , Эрон, Миср, Гамбия каби ривожланаётган мамлакатларда рўйхатдан ўтган аёлларда, касалланиш 50-56 %га етади [16].

Бир қатор тадқиқотчилар ТОП тарқалишидаги фарқлар ирқий мавжуд деб тахмин қилишади [11,14]. 2,2 мингга яқин 40-70 ёшдаги 69 нафар аёлдан иборат тасодифий намунани ўрганиш турли хил ирқий келиб чиқиши, Whitcomb E.L. ва унинг ҳамкасблари (2009) лотин Америкаси аёлларида симптоматик ТОП ҳавфи афро-америкалик аёллар (тарқалиш даражаси мос равишда

5.35 ва 4.89) билан таққослаганда юқорилиги аниқланди. Swift S.E сўров натижаларига асосланиб қуйдагиларни тақдим этди.

POP-Q тизимидан фойдаланган ҳолда 500 нафар 18-82 ёшдаги аёлларнинг: атиги 6,4 %ида 0-босқичли, 43,3 %ида 1-босқичли, 47,7 %ида 2-босқичли ва 2,6 %ида 3-босқичли пролапс аниқланган [15].

Пролапсанинг полиэтиологик хусусиятига қарамай, асосий сабаблардан бири – қариш. 80 ёшдан ошган аёллар орасида ТОП нинг тарқалиши 20-39 ёшдаги беморлар сонига нисбатан 5 баравар кўпроқ [13.]. АҚШ аҳолисини рўйхатга олиш бюроси маълумотларига кўра, 2005 йилдан 2030 йилгача 65 ёшдан ошган аёллар сони икки баравар кўпаяди [17.]. Бироқ, касаллик кўпинча репродуктив ёшдан бошланади ва прогрессив жараён ривожланиб бориши билан функционал бузилишлар ҳам ёмонлашади [1,4].

Россия тадқиқотчиларининг фикрига кўра, Россияда ТОП гинекологик касалликлар умумий сонининг 28-38,9 %ини ташкил қилади [3.]. Пешоб тутишни бузилиши Россиялик аёлларда 38,6 %ни ташкил этади [7.]. ТОП беморларнинг 47 % гача қисмини меҳнат ёшидаги аёллар ташкил қилади [5]. Аёллар саломатлиги ўрганиш ташкилоти (Womens Health Initiative Study) тадқиқотига кўра, менопаузали аёллар орасида ўрганиш ўтказилганда, гистероптоз – 14,2 %, цистоцеле – 34,3 %, ректоцеле 18,6% аниқланган [12]. Кўп ҳолларда, аёллар тиббий ёрдамга фақат охириги ҳолатларида яъни, клиник кўринишлар уларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада бузганда мурожаат қилишади. Бу ҳаётининг фаолиятнинг кескин пасайишига уларнинг турмуш тарзи ўзгаришига олиб келади [6].

Кўпчилик олимларни фикрига кўра, пролапснинг хусусияти мултифакториал касалликлар – бу мумкин бўлган “генетик омилларни”, хусусан, бириктирувчи тўқима **компонентларининг** синтези ва дегратациясида ишлайдиган генларни ажратиб олиш, шунингдек, эстероген ва прогестерон рецепторлари генларига асослаб патологияни ўрганиш генетик тадқиқотлар учун жуда қизиқ. Генетик омиллар ва уларнинг клиник омиллар билан ўзаро таъсирини ўрганиш нафақат касалликни ривожланишининг олдини олиш усулларини асослаб бериш, балки уни келажакда даволаш учун ҳам фойдалидир. Келажакда генетик омилларни ўрганиш генетик жиҳатдан аниқланган ТОП ривожланишига олиб келадиган бириктирувчи тўқима оксилларининг етишмаслиги, рекомбинант оксиллар ёки мезенхимал фойдаланиш билан тўлдирилган *de novo* яхшилаш учун ишлатилиши мумкин бўлган илдиз хужайралари тўқималарни тиклаш учун аҳамиятлидир.

Пролапсанинг ривожланиши тос аъзоларини қўллаб-қувватловчи аппаратлардан мускуллар, фасциялар ва бойламлар мажмуаси бузилишидан келиб чиқади. Ушбу қурилма учта даражани ташкил қилади, заифлашув ёки зарарининг табиатига қараб ривожланади.

ТОП нинг турли шакллари мавжуд бўлиб, булар:

- бачадон ёки қин пролапсаси (қиннинг юқори қисмининг чиқиб кетиши);
- цистоцеле (қиннинг деворида чиқиб кетиш ва сийдик пуфагини vaginal бўшлиққа ўтказиб юбориши);

- энтероцеле (тўғри ички деворлари орасидаги фасциал қатлам қорин парданинг таркиби билан ёки бўлмасидан қиндан чиқиб кетиши);

- ректоцеле (тўғри ичакнинг қин орқали чиқиши) ташкил қилади.

В.В. Бахаев 2008 йилда генитал пролапсанинг таснифини аниқлаштиради, ва анатомик нуқсонларнинг локализациясига асосланган ҳолда қуйидагича белгилади [2]:

- * жинсий аъзоларнинг олдинги пролапсаси;
- * жинсий аъзоларнинг марказий (апикал, median) пролапсаси;
- * жинсий аъзоларнинг орқа пролапсаси.

Шу билан бирга, ТОП нинг оддий ва мураккаб шакллари ажралиб туради. Оддий шакл – бошқа функцияларни бузмасдан қин ва бачадон деворларининг пролапсини ўз ичига олади .

Тадқиқот мақсади: Тос аъзолари пролапсидида жисмоний фаолият самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар

Тошкент тиббиёт академияси клиникасининг акушерлик-гинекологик мажмуасида 62 нафар энгил ўртача жинсий пролапси бўлган аёллар ва таққослаш гуруҳи тос аъзолари пролапси бўлмаган 63 нафар аёллар жами 125 беморлар таҳлил қилинди. Ўрганилган гуруҳдаги аёлларда генитал пролапси билан биргаликда ёши, паритети, ҳайз кўриш функциясининг бузилиши, генитал ва экстрагенитал патологиянинг мавжудлиги билан бир-биридан фарқ қилади. Тадқиқот гуруҳида тос суяги мушаклари туғруқни режалаштирган аёллар учун махсус тренажёрлар ёрдамида, энгил ва ўртача пролапсга, операциядан олдин тайёргарлик кўриш учун ўргатилди ва ўтказилди. Сўровда қатнашганларнинг ўртача ёши 38,3 ёшни ташкил этди. Тос аъзолари пролапсаси билан муружат қилиб келган аёлларни ҳаёт сифатини баҳолашда PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), PEDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), PD-QL анкетаси, “Векснер скори”, PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire, тос аъзолари Пролапсаси/Сийдик тута олмаслик жинсий Сўровнома-12) шкалаларидан қўлланилди.

Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, 114 (83,3 %) нафар аёлларда нотўғри турмуш тарзи, 46 (36,6 %) нафарида туғруқ жараёнидаги травмалар, 69 (56,6 %) нафарида эпизиотомия, эпизиорафия каби туғруқдаги асоратлар борлигини аниқладик. Ушбу гуруҳдаги туғриқлар кечиш жараёни таҳлил қилиб анамнезида туғриқ жараёнлар сони қуйидагича эканлигини аниқладик: 27 (23%) аёлларда 3 марта туғруқ, 70 (58 %) аёлларда 3 ёки ундан ортиқ туғруқ бўлган, мос равишда; перинеал ёрилишлар аёлларнинг 44% да, эпизиотомия ва раффия эса 45% да, кесар кесиш орқали жарроҳлик даволар ўтказганлар эса 11% да кузатилди. Генитал пролапснинг ривожланишига ТМИ таъсирини ҳисобга олиб, текширилганларнинг 30% да 20 кг/м² гача ТМИ, 31-40 кг/м² - 28%, 41 кг/м² ва ундан юқори 53% да ТМИ кузатилганлигини аниқладик. Ўрганилган аёлларнинг турмуш тарзи натижалари шуни кўрсатдики, 64% ўтирган ҳолатдаги турмуш тарзини олиб борган, 34% оғир жисмоний фаолият билан шуғиланадилар, 38% бутун кунни тик оёқда ўтказган, сўровномада 26% спорт билан шуғулланган, 50% кунлик юришларга эга бўлган ташкил қилди, кофе, газли ичимликлар истеъмол қилиш бўйича 13% кам ёки истемол қилмайдиган ва 87% кўп истемол қилувчи аёллар эканлиги қайд қилинди. Маълумки, қорин ичи босимининг ошиши ТМИ нинг ошиши билан боғлиқ бўлиб, шу муносабат билан биз мавзуларнинг овқатланиш хусусиятини ўрганишимиз баъзи маълумотлар эътиборли бўлди. Яъни тадқиқот гуруҳимиздагилар 32% тўғри овқатланиш ва мева ва сабзавотлардан фойдаланиши, 78% тез озиқ-овқат ва ярим тайёр маҳсулотлар ва 77% газли ичимликлар истеъмол қилгани аниқланди.

Маҳаллий белгилар орасида, қин томондан, қуйидагилар устунлик қилди. Аломатлар: 1) вагинада бегона жисмни сезиш (97,5%); 2) ўтирган ҳолатда узоқ вақт ишлаш (62%). Икки ҳолатда пролапсланган шиллик қаватнинг яраси аниқланди. Бешта беморда текширув вақтида бачадон бўйни эрозияси аниқланган (3%), бу ҳам олдиндан даволанишни талаб қилди. ТОП билан муружат қилиб келган аёлларни таҳлил қилганимизда, 46 (36,6 %) нафар аёл оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланган деб топилди, Ошқозон-ичак касаллиги 29 (23,3 %) аёлларда учради. Стрессли сийдик тута олмаслик 112(90%) аёлларда аниқланди. Бизнинг тадқиқотда қин тренажерлари 6 ой ва ундан ортиқ вақт давомида қўлланилди. Тренажёрлар махсус тузилган гуруҳда қўлланилди. Гуруҳда энгил ва ўрта оғир ТОП аёллар иштрок этди. Машғулотлар гуруҳда ҳафтада уч марта 20-40 дақиқа давомида давом этди. Ишлатилган тренажерлар вазни 65-85 граммни ташкил қилди. Машғулотлардан аввал ҳаммага дастлабки текширув ўтказилди, маслаҳат берилди ва махсус индивидуал тренажерлар гуруҳда берилди ва машқлар ўргатилиб, назорат остида олиб борилди.

Натижа ва таҳлиллар

Мунтазам равишда бажарилган машқлар туфайли тўғри нафас техникаси орқали 16 (40 %) нафар аёлда ошқозон-ичак тракти функцияси яхшиланиши кузатилди. Тренажер билан ўтказилган машғулотлар натижасида стресс сийдик тута олмаслик каби шикоятлар 40 нафар аёлдан 16 нафарида яъни, 2,5 баравар камайиши, 14 нафар аёлда тос қават мушаклар тонуси тикланиши кузатилди. Ўтказилган машғулотлар тўқима трофизмини яхшилади ва қорин пастидаги, бел ва оёқлардаги оғриқни 60 %га камайишига эришилди. Жарроҳлик амалиётига

тайёрланган аёллар гуруҳида жарроҳлик даволаш вақти 15 дақиқага қисқарганини, қон йўқотиш 20 %га, операциядан кейинги даврда реабилитация назорат гуруҳига нисбатан оғрик омилининг 60 %га камайганлигини аниқладик.

Хулоса

Тос органлари пролапси аниқланган аёлларни кўриқдан ўтказилганда, тиббий таҳлилий ёндашув зарур. Енгил ва ўрта даражадаги пролапс аниқланган, туғруқни режалаштирган ва пролапс ташхиси кўрсатмаси бўйича жарроҳлик амалиётига тайергарлик кўраётган аёлларга махсус тренажёрлар билан машғулот ўтказилишини тавсия этиш зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аполихина И.А. Аёлларда жинсий аъзолар етишмовчилиги ва пролапсасида замонавий терапевтик ва профилактика тактикаси. Шифокорларнинг билим ва амалий кўникмалари /И.А. Аполихина, Г.В. Дикке, Д.М. Кочев //Акушерлик ва гинекология. -2014. - 10-сон. - 104-110 бетлар.
2. Бахаев В.В. Аёлларда генитал пролапснинг ишчи таснифи /В.В. Бахаев //Акушерлик ва аёллар касалликлари журнали. – 2009. – Т. 58. – №5. – С. 18-20.
3. Краснопольского В.И. с соавт. Генитал пролапс 2006; Л.В. Адамян с соавт. – 2006.
4. Гутикова Л.В. Генитал пролапс: муаммонинг ҳозирги замонавий ҳолати // ГГМУ журнали. - 2012. — Н 1. - 86-89 бетлар.
5. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Гус А.И. ва бошқалар. Табiiй туғриқдан кейин тос аъзоларининг ҳолатини баҳолаш //Акушерлик ва гинекология.- 2004. - С. 26-302
6. Кулаков В.И., Адамян Л. В., Мингбаев О. А. Хирургик даволаш: қин ва бачадоннинг ташқи чиқиши ва тушиши // Оператив гинекология –жарроҳлик журналлари. - 2000. – 741-760 бетлар.
7. Пушкар Д.Ю. Комплекс ва комбинацияланган диагностика ва даволаш: аёлларда сийдик тута олмаслик шакллари: /Дисс. ... тиббиёт фанлари доктори. М., 1996. 53 бет
8. Adjoussou S.A., Bohoussou E., Bastide S., Letouzey V., Fatton B., de Tayrac R. Functional symptoms and associations of women with genital prolapse // Prog Urol. – 2014. – Vol.24. – №8. – P. 511-517
9. Ellerkmann R.M., Cundiff G.W., Melick C.F., Nihira M.A., Leffler K., Bent A.E. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse // Am J Obstet Gynecol. – 2001. – Vol.185. – № 6. – P. 1332–37
10. Fritel X., Varnoux N., Zins M., Breart G., Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors // Obstet Gynecol. – 2009. – Vol.113. – №3. – P. 609-16
11. Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I., Aragaki A., Barnabei V., Mc. Tiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity // Am J Obstet Gynecol. – 2002. - 186(6). – P. 1160-1166.
12. Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I., et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2002. – 186 (6) – P. 1160-11663
13. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women // JAMA. – 2008. – Vol. 300 (11). – P. 1311– 1316
14. Sewell C.A., Chang E., Sultana C.J. Prevalence of genital prolapse in 3 ethnic groups // J. Reprod. Med. – 2007. – Vol. 52 (9). – P. 769-773
15. Swift S.E. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care / S.E. Swift // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183 – P. 277– 285
16. Tegerstedt G. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – 194 (1). – P. 75- 81 Godfrey et al., 2011
17. Weber A., Richter H. Pelvic Organ Prolapse //Obstet. Gynec. — 2005. — 106 (3). — P. 615— 634.

Қабул қилинган сана 09.06.2022