



TUG‘RUQDAN KEYINGI TOS TUBI DISFUNKSIYASI DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

ORCID iD: 0009-0002-1600-3495

*Zulpikariyev D.D., Ne‘matova Z.A.,
Karlibaeva U.J., Choriqulova F.E.*

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada tug‘ruqdan keyingi ayollarda uchraydigan anorektal va tos tubi disfunktsiyalari, xususan anal sfinkter yetishmovchiligi va najas tutolmaslik (fecal incontinence) muammosi keng yoritilgan. Maqolada ushbu holatlarning rivojlanish mexanizmlari, etiologik omillari, klinik belgilari hamda zamonaviy diagnostik usullari batafsil tahlil qilingan. Shuningdek, homiladorlik va tug‘ruq jarayonida yuzaga keladigan gormonal va anatomik o‘zgarishlarning tos tubi mushaklari va anal sfinkter funksiyasiga ta’siri o‘rganilgan. Maqolada vaginal va instrumental tug‘ruq, perineal yirtilishlar, akusherlik anal sfinkter shikastlanishlari (OASIS) kabi asosiy xavf omillari ko‘rib chiqilgan. Bundan tashqari, bemorlarda uchraydigan siydik va najas tutolmaslik, gaz nazoratining buzilishi hamda tos a‘zolarining pastga tushishi kabi klinik holatlar yoritilgan. Diagnostika jarayonida qo‘llaniladigan klinik ko‘rik, anorektal manometriya, ultratovush tekshiruvi va dinamik tasvirlash usullari hamda ularning ahamiyati tahlil qilingan. Davolash yondashuvlari esa konservativ terapiya (parhez, hayot tarzini o‘zgartirish, tos tubi mashqlari, biofeedback)dan tortib, invaziv usullar (sfinkteroplastika, nerv stimulyatsiyasi va implantatsion muolajalar)gacha bo‘lgan bosqichlarni o‘z ichiga oladi.

Kalit so‘zlar: *tug‘ruqdan keyingi tos tubi disfunktsiyasi, anal sfinkter yetishmovchiligi, najas tutolmaslik, fecal incontinence, akusherlik anal sfinkter shikastlanishi (OASIS), perineal yirtilish, anorektal manometriya, tos tubi mushaklari, biofeedback, sfinkteroplastika, vaginal tug‘ruq, diagnostika, davolash.*



АННОТАЦИЯ

В данной статье подробно освещаются аноректальные и дисфункции тазового дна, встречающиеся у женщин после родов, в частности недостаточность анального сфинктера и проблема недержания кала. В статье детально проанализированы механизмы развития этих состояний, этиологические факторы, клинические проявления, а также современные методы диагностики. Также изучено влияние гормональных и анатомических изменений, возникающих во время беременности и родов, на мышцы тазового дна и функцию анального сфинктера. В статье рассмотрены основные факторы риска, такие как вагинальные и инструментальные роды, перинеальные разрывы, акушерские повреждения анального сфинктера. Кроме того, освещены такие клинические состояния у пациентов, как недержание мочи и кала, нарушение контроля газов, а также опущение органов малого таза. Проанализированы применяемые в диагностике клинический осмотр, аноректальная манометрия, ультразвуковое исследование и методы динамической визуализации, а также их значение. Подходы к лечению включают этапы от консервативной терапии (диета, изменение образа жизни, упражнения для мышц тазового дна, биологическая обратная связь) до инвазивных методов (сфинктеропластика, стимуляция нервов и имплантационные процедуры).

Ключевые слова: послеродовая дисфункция тазового дна, недостаточность анального сфинктера, недержание кала, fecal incontinence, акушерское повреждение анального сфинктера (OASIS), перинеальный разрыв, аноректальная манометрия, мышцы тазового дна, биологическая обратная связь, сфинктеропластика, вагинальные роды, диагностика, лечение.

ANNOTATION

This article provides a comprehensive overview of anorectal and pelvic floor dysfunctions occurring in postpartum women, particularly anal sphincter insufficiency and the problem of fecal incontinence. The article thoroughly analyzes



the mechanisms of development of these conditions, etiological factors, clinical manifestations, as well as modern diagnostic methods. It also examines the impact of hormonal and anatomical changes occurring during pregnancy and childbirth on pelvic floor muscles and anal sphincter function. The article discusses major risk factors such as vaginal and instrumental delivery, perineal tears, and obstetric anal sphincter injuries (OASIS). In addition, clinical conditions such as urinary and fecal incontinence, impaired gas control, and pelvic organ prolapse are described. Diagnostic approaches including clinical examination, anorectal manometry, ultrasound examination, and dynamic imaging methods, as well as their significance, are analyzed. Treatment approaches include stages ranging from conservative therapy (diet, lifestyle modification, pelvic floor exercises, biofeedback) to invasive methods (sphincteroplasty, nerve stimulation, and implantation procedures).

Key words: *postpartum pelvic floor dysfunction, anal sphincter insufficiency, fecal incontinence, fecal incontinence, obstetric anal sphincter injury (OASIS), perineal tear, anorectal manometry, pelvic floor muscles, biofeedback, sphincteroplasty, vaginal delivery, diagnosis, treatment.*

KIRISH

Tos tubi disfunktsiyasi tug‘ruqdan keyin ayollarda tez-tez uchraydigan holat bo‘lib, u siydikni ushlab tutolmaslik, najasni ushlab tutolmaslik hamda tos a‘zolarining pastga tushishi kabi bir qator buzilishlarni o‘z ichiga oladi. Ushbu holatlar ichida tug‘ruqdan keyingi anal sfinkter disfunktsiyasi va najas tutolmaslik eng og‘ir va bemor hayot sifatiga eng kuchli ta‘sir qiladigan asoratlar hisoblanadi, chunki ular nafaqat jismoniy, balki psixologik va ijtimoiy jihatdan ham katta muammolar keltirib chiqaradi. Tug‘ruqdan keyingi najas tutolmaslik (fecal incontinence — FI) tarqalish darajasi ilmiy adabiyotlarda turlicha ko‘rsatilgan bo‘lib, u taxminan 7% dan 25% gacha peripartum davrda uchrashi mumkin. Akusherlik anal sfinkter shikastlanishi (OASIS) bo‘lgan ayollarda gazni tutolmaslik darajasi hatto 40% gacha yetishi mumkin, bu esa vaginal tug‘ruq jarayonida yuzaga keladigan travma va anal sfinkter shikastlanishi o‘rtasida kuchli bog‘liqlik mavjudligini ko‘rsatadi. Toshkent shahri va unga yaqin hududlarda olib borilgan kuzatuvlar ham



tug‘ruqdan keyingi tos tubi disfunksiyalarining dolzarbligini tasdiqlaydi. Mahalliy klinik amaliyot va ayrim ilmiy tadqiqotlar ma’lumotlariga ko‘ra, tug‘ruqdan keyingi ayollarda siydik va najas tutolmaslik holatlari yetarlicha aniqlanmayotgan bo‘lsa-da, ularning uchrash darajasi sezilarli ekanligi qayd etilgan. Xususan, Toshkentdagi akusherlik va ginekologiya muassasalarida kuzatilgan ayollar orasida najas tutolmaslik holatlari taxminan 8–18% oraliq‘ida uchrashi mumkinligi, akusherlik anal sfinkter shikastlanishi kuzatilgan bemorlarda esa bu ko‘rsatkich ancha yuqori ekanligi aniqlangan. Garchi simptomlar vaqt o‘tishi bilan kamayishga moyil bo‘lsa ham, ayollarning taxminan 20% i tug‘ruqdan bir yil o‘tgach ham najas tutolmaslikdan aziyat chekishi mumkin. Shunga qaramay, bu holat juda ko‘p uchrasa ham, u yetarlicha tashxis qilinmaydi va bemorlarning 15% dan kam qismi uyat hissi va ijtimoiy stigma sababli tibbiy yordamga murojaat qiladi. Bu esa kasallikning kech aniqlanishiga, davolashning kechikishiga va hayot sifatining yanada yomonlashishiga olib keladi.

Ushbu holatlarning funksional va psixologik og‘irligini hisobga olgan holda, erta tashxis qo‘yish va to‘g‘ri davolash juda muhim hisoblanadi. Diagnostika uchun turli usullar — barmoq bilan rektal tekshiruv, anorektal manometriya va tos tubi ultratovushi qo‘llaniladi. Davolash esa oddiy konservativ usullardan) tortib, murakkab jarrohlik amaliyotlari, jumladan sfinkteroplastikagacha bo‘lgan usullarni o‘z ichiga oladi.

ASOSIY QISM

Sfinkter murakkab tuzilishga ega bo‘lib, u najasni ushlab turish (kontinensiya), defekatsiya jarayonida ishtirok etish va jinsiy funksiyada muhim rol o‘ynaydi. Homiladorlik davrida progesteron gormoni silliq mushaklarni bo‘shashtiradi, bu esa bachadonning muddatidan oldin qisqarishini oldini olish uchun zarur. Shu bilan birga, progesteron ichakning silliq mushaklariga ham ta’sir qilib, oshqozon bo‘shashishini sekinlashtiradi, qabziyatga olib keladi hamda pastki qizilo‘ngach sfinkteri va anal sfinkter tonusini kamaytiradi. Homiladorlik vaqtida mushak-skelet tizimida ham o‘zgarishlar yuz beradi, jumladan bog‘lamlarning bo‘shashishi kuzatiladi, bu esa tos suyagining kengayishiga va kattalashgan



bachadonni sig‘dirishiga yordam beradi. Biroq, bu bo‘shashish keyinchalik patologik holatlarga ham olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, relaxin gormoni homiladorlik davrida qov suyagi birikmasi (symphysis pubis) va bachadon bo‘ynini bo‘shashtiradi, shu bilan birga ingichka ichak mushaklarining qisqarishini kamaytiradi, natijada qabziyat kuchayadi va ichak orqali oziq-ovqat o‘tishi sekinlashadi. Tug‘ruq jarayoni va homilaning dunyoga kelishi uzoq muddatli oqibatlarga olib keluvchi asoratlar bilan kechishi mumkin. Vaginal tug‘ruqning eng ko‘p uchraydigan asoratlaridan biri bu oraliq (perineum) yirtilishidir, u birinchi darajadan to to‘rtinchi darajagacha bo‘lgan bosqichlarga bo‘linadi. Ikkinchi darajali yirtilishlar eng ko‘p uchraydi va odatda tikilgandan so‘ng o‘z-o‘zidan tuzaladi. Uchinchi va to‘rtinchi darajali yirtilishlar birgalikda akusherlikka oid anal sfinkter shikastlanishlari deb ataladi.

Epiziotomiya — bu vulva chiqish qismini kengaytirish uchun qilinadigan jarrohlik kesma bo‘lib, ilgari perineal jarohatlarning oldini olish maqsadida keng qo‘llanilgan. Biroq hozirgi kunda undan qochiladi, chunki ilmiy dalillar epiziotomiya aynan anal sfinkter shikastlanishlari uchun eng muhim xavf omillaridan biri ekanligini ko‘rsatgan. Bundan tashqari, bunday shikastlanishlar uchun boshqa xavf omillari ham yaxshi ma‘lum: tug‘ruqning ikkinchi bosqichining cho‘zilishi, epidural anesteziya qo‘llanilishi, forseps yoki vakuum yordamida tug‘ruqni amalga oshirish, hamda bolaning vazni 4 kg dan ortiq bo‘lishi.

Anal sfinkter shikastlanishining oldini oluvchi omillarga esa homiladorlikning 34-haftasidan boshlab oraliq massaji, cheklangan mediolateral epiziotomiya qo‘llanilishi, hamda tug‘ruqning ikkinchi bosqichida oraliqqa massaj qilish va issiq kompress qo‘llash kiradi. Shunga qaramay, bemorlarda tos tubi disfunktsiyasi rivojlanishi mumkin. Bu holat siydik tutolmaslik, najas tutolmaslik va tos a‘zolarining pastga tushishi bilan namoyon bo‘ladi va hatto anal sfinkter shikastlanishi bo‘lmagan holatlarda yoki kesarcha kesish yo‘li bilan tug‘ruq qilingan ayollarda ham kuzatilishi mumkin. Najas va gazni tutolmaslik holati ko‘pincha adabiyotlarda “anal inkontinensiya” deb ataladi, biroq to‘g‘riroq atamalar — bu najas tutolmaslik va/yoki gaz tutolmaslikni alohida ko‘rsatishdir. Qisqalik uchun “FI”



atamasi najas va gazni tutolmaslikni ifodalash uchun ishlatiladi. Ilmiy manbalarda FI tarqalish darajasi turlicha beriladi, ayniqsa najas va gaz chiqishi alohida ko‘rib chiqilganda hamda tug‘ruqdan keyingi vaqt hisobga olinganda. Tug‘ruq atrofidagi davrda (peripartum) FI 7% dan 25% gacha uchrashi mumkin. Anal sfinkter shikastlanishi bo‘lgan ayollarda gazni tutolmaslik darajasi deyarli 40% ga yetadi. FI eng ko‘p tug‘ruqdan darhol keyin kuzatiladi va vaqt o‘tishi bilan kamayadi, biroq 1 yil o‘tgach ham 20% gacha saqlanib qolishi mumkin. Biroq bu ko‘rsatkichlar ham to‘liq aks etmasligi mumkin, chunki FI bilan bog‘liq uyat hissi sababli ayollar bu muammoni yashirishadi. Statistik ma‘lumotlarga ko‘ra, FI bo‘yicha tibbiy yordamga murojaat qiladigan ayollar soni 15% dan ham kam. Tug‘ruqdan keyingi FI ning ma‘lum sabablari va xavf omillariga quyidagilar kiradi: vaginal tug‘ruq, instrumental (forseps yoki vakuum yordamida) tug‘ruq, har qanday oraliq (perineal) yirtilishlar (ayniqsa anal sfinkter shikastlanishlari), tug‘ruqlar sonining ko‘pligi va boshqalar.

DIAGNOSTIKA

Najas tutolmaslik (FI) sababini aniqlash uchun bir nechta diagnostik usullar mavjud. Eng birinchi tekshiruv usuli — bu barmoq yordamida rektal tekshiruv (digital rectal exam) hisoblanadi. Bunda perineal soha baholanadi va sfinkterning aylana bo‘ylab qisqarish qobiliyati tekshiriladi, bu esa sfinkterda nuqson bor-yo‘qligini aniqlash uchun muhimdir. Agar sfinkter shikastlanishiga shubha bo‘lsa, anal ultratovush tekshiruvi jarrohlikni rejalashtirishda foydali hisoblanadi. Anorektal manometriya esa dam olish holatidagi past tonusni (asosan ichki anal sfinkterga bog‘liq) va qisqarish paytidagi past bosimni (asosan tashqi anal sfinkterga bog‘liq) aniq o‘lchab beradi.

Anorektal manometriyada FI ni ko‘rsatishi mumkin bo‘lgan boshqa belgilar ham mavjud: yo‘tal refleksining buzilishi, rektum sezuvchanligining pasayishi yoki ortishi, hamda rektumning kengayish qobiliyatining buzilishi. Yo‘tal refleksidagi o‘zgarishlar yoki sezuvchanlikning buzilishi asab tizimi bilan bog‘liq muammolarni ko‘rsatishi mumkin. Agar orqa vaginal devorning pastga tushishi (ilgari “rektotsele” deb atalgan holat) mavjud bo‘lsa, bu ham tashqi anal sfinkterni tiklash operatsiyasini



rejalashtirishga ta'sir qilishi mumkin. Bu holatni aniqlash eng yaxshi klinik ko'rik orqali amalga oshiriladi.

Defekatsiya jarayonini baholovchi dinamik tasvirlash usullari, masalan, MRT yoki bariy yordamidagi defekografiya, shuningdek dinamik ultratovush tekshiruvi ham tashxisni qo'llab-quvvatlashda ishlatiladi. Tos tubi ultratovushining uchta asosiy turi mavjud: endoanal yoki endorektal, transperineal yoki introital, hamda endovaginal usullar. Defekografiya va ultratovush natijalarining o'zaro mosligi yuqori aniqlik bilan tasdiqlangan.

Ultratovush tug'ruqdan keyingi tos tubi disfunktsiyasini aniqlash va davodan keyingi holatni kuzatishda ham qo'llaniladi. Tadqiqotlarda to'rt o'lchamli ultratovush yordamida siydik pufagi bo'yni pastga siljishi, levator ani mushagi qalinligi (tinch holatda va kuchanish vaqtida) kabi ko'rsatkichlar o'rganilgan. Natijalar shuni ko'rsatdiki, tos tubi disfunktsiyasi bo'lgan bemorlarda bu ko'rsatkichlar sog'lomlarga nisbatan yuqori bo'ladi va davodan keyin tiklanmagan bemorlarda ham yuqori darajada saqlanib qoladi. Shu sababli, bu turdagi ultratovush diagnostika va prognoz qo'yishda katta istiqbolga ega.

Umuman olganda, najas tutolmaslik bilan kelgan har bir bemorda boshqa sabablar ham hisobga olinishi kerak, masalan, najas tiqilib qolishi, surunkali diareya yoki o'sma kasalliklari. Bu holatlar tug'ruqdan keyingi ayollarga ham tegishlidir. Kolonoskopiya odatda FI ni baholash uchun zarur emas, biroq uni qo'llash bo'yicha mutaxassislar fikri turlicha.

DAVOLASH

Ovqatlanishdagi o'zgarishlar najas tutolmaslikni (FI) kamaytirishda muhim rol o'ynaydi. Bunda tolali ovqatlar iste'molini oshirish, kofein, alkohol va yog'li mahsulotlarni cheklash tavsiya etiladi. Ich ketishini kamaytiruvchi dorilar bemorlarning taxminan 15 foizida yordam berishi mumkin. Ba'zi holatlarda FODMAP (fermentatsiyalanadigan oligo-, di-, monosaxaridlar va poliollar) miqdori past bo'lgan parhez ham foydali bo'ladi, ayniqsa agar bemorda aynan yuqori FODMAP mahsulotlaridan keyin ich ketishi yoki shoshilinch defekatsiya kuzatilsa. Tolali qo'shimchalar, masalan psillium va arab saqichi (gum arabic), FI ni



yaxshilashi mumkin. Hayot tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalar orasida rejalashtirilgan hojatga chiqish (timed toileting) va shoshilinchlikni nazorat qilish treningi ham mavjud. Umumiy populyatsiyada vazn kamaytirish va chekishni tashlash ham FI ga ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Biofeedback terapiyasi anal sfinkter va tos tubi mushaklarini mustahkamlashga qaratilgan keng tarqalgan usul hisoblanadi. Biofeedback jarayonida bemor o'z organizmidagi faoliyatni, masalan, qisqarish paytidagi anorektal bosimni vizual tarzda ko'radi va uni boshqarishni o'rganadi. Bundan tashqari, tos tubi mushaklarini mashq qilish ham yordam berishi mumkin. Biofeedbackning oddiy tibbiy davolash yoki faqat mashqlar terapiyasidan ustunligi aniq emas, biroq randomizatsiyalangan nazoratli tadqiqotlar biofeedback tos tubi mushaklariga qaraganda samaraliroq ekanini ko'rsatgan.

Bu usul yolg'iz yoki PFMT va biofeedback bilan birgalikda qo'llaniladi. Natijalari esa turlicha. Ba'zi tug'ruqdan keyingi tadqiqotlarda vaginal elektr stimulyatsiya aksincha FI simptomlarini kuchaytirgani aniqlangan. Boshqa tadqiqotda biofeedback va e-stim birga qo'llanganda, intraanal elektromiyografik biofeedback terapiyasi ayollarda kontinensiyani va hayot sifatini yaxshilagan, biroq e-stim qo'shilishi qo'shimcha foyda bermagan.

Mexanik qurilmalar va perianal sohada to'ldiruvchi moddalarning in'ektsiyasi ham foydali usullar hisoblanadi, biroq ular tug'ruqdan keyingi darhol davrda hali to'liq o'rganilmagan. Anal insert va vaginal ichak nazorat tizimi ochiq tadqiqotlarda istiqbolli natijalar ko'rsatgan. Eclipse qurilmasi tug'ruqdan keyin qo'llanilishi mumkin, lekin uni ishlatishdan oldin vagina to'liq bitgan bo'lishi shart. Eng ko'p ishlatiladigan in'ektsion preparat — bu gialuron kislotasi bilan barqarorlashtirilgan dekstranomer mikrosferalar (NASHA/Dx, Solesta), ammo boshqa materiallar ham qo'llaniladi. Tadqiqot natijalari turlicha bo'lsa-da, umumiy hisobda ijobiy bo'lib, FI epizodlarini taxminan 50% ga kamaytiradi.

Agar tug'ruq vaqtida yuzaga kelgan OASIS (akusherlik anal sfinkter shikastlanishi) tiklanganidan keyin ham sfinkter nuqsoni saqlanib qolsa, sfinkteroplastika tavsiya etiladi. Jarrohlikni amalga oshirish vaqti avvalgi



yillarga qaraganda erta bo'lishi mumkin; ko'plab ma'lumotlar case series asosida olingan. Eng so'nggi tadqiqotlardan birida OASIS buzilishi bo'lgan 18 ayol o'rganilgan. Diagnostika va qayta operatsiya o'rtasidagi o'rtacha vaqt 19,5 kun bo'lgan. Operatsiyadan 3 oy o'tgach, hech bir bemorda qayta yorilish yoki fistula kuzatilmagan. Biroq tug'ruqdan keyingi sfinkteroplastika natijalari bo'yicha uzoq muddatli tadqiqotlar yetarli emas. Adabiyotlarda sfinkteroplastika natijalari vaqt o'tishi bilan pasayishi ko'rsatilgan bo'lsa-da, bemorlarning aksariyati natijalardan qoniqadi. Agar jarrohlik asosiy jarohatdan 10 yildan ko'proq vaqt o'tib bajarilsa, natijalar yomonroq bo'ladi. Agar bemorda tos a'zolarining pastga tushishi (POP) bo'lsa, boshqa jarrohlik variantlari ham ko'rib chiqilishi mumkin.

MUHOKAMA

Ko'rib chiqilgan adabiyotlar tug'ruqdan keyingi tos tubi disfunktsiyalari, xususan anal sfinkter yetishmovchiligi va najas tutolmaslik (fecal incontinence) muammosi zamonaviy akusherlik va ginekologiyada dolzarb klinik masalalardan biri ekanligini ko'rsatadi. Ushbu patologiyalar rivojlanishida tug'ruq jarayonidagi travmatik omillar (epiziotomiya, instrumental tug'ruq, yirik homila) bilan bir qatorda, neyromuskulyar va biriktiruvchi to'qima o'zgarishlari muhim rol o'ynaydi. So'nggi yillarda esa bu jarayonlarga biopsixososial yondashuv asosida qarash zarurligi ta'kidlanmoqda. Ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda nafaqat anatomik va funksional buzilishlar, balki psixoemotsional holat ham muhim ahamiyatga ega. Najas tutolmaslik va boshqa tos tubi disfunktsiyalari ko'pincha uyat, ijtimoiy izolyatsiya va depressiv holatlar bilan kechadi. Bu esa kasallikni yashirishga va kech murojaat qilishga olib keladi. Shunday qilib, ushbu patologiyalarni faqat organik nuqtai nazardan emas, balki psixosomatik model doirasida baholash klinik samaradorlikni oshiradi.

O'zbekiston sharoitida bu muammo alohida e'tibor talab qiladi. Bir tomondan, tug'ruqlar sonining nisbatan yuqoriligi va ayrim hollarda tug'ruqni olib borishdagi texnik kamchiliklar tos tubi shikastlanishlari xavfini oshiradi. Ikkinchi tomondan, ayollar orasida intim muammolar haqida ochiq gapirish madaniyatining yetarli emasligi, shuningdek, stigma va tibbiy savodxonlikning



pastligi tufayli bu kasalliklar ko‘pincha aniqlanmay qoladi. Natijada bemorlar uzoq vaqt davomida simptomlar bilan yashashga majbur bo‘ladi. Bundan tashqari, birlamchi tibbiy yordam tizimida (umumiy amaliyot shifokorlari darajasida) tos tubi disfunktsiyalarini erta aniqlash va boshqarish bo‘yicha yetarli tayyorgarlik va standartlashtirilgan skrining usullarining yetishmasligi muammoni yanada murakkablashtiradi. Shu bois, tug‘ruqdan keyingi ayollarni muntazam skriningdan o‘tkazish, pelvik mushaklarni mustahkamlovchi mashqlarni (Kegel mashqlari) keng joriy etish hamda multidissiplinar yondashuv (ginekolog, proktolog, psixolog hamkorligi)ni rivojlantirish muhim ahamiyatga ega.

Mazkur tahlilning cheklovlari shundan iboratki, ko‘plab ilmiy ma’lumotlar asosan xorijiy populyatsiyalarda o‘tkazilgan tadqiqotlarga asoslangan. Etnik, ijtimoiy va madaniy farqlar esa kasallikning klinik kechishi, bemorlarning shifokorga murojaat qilish xulqi hamda davolash natijalariga ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Shu sababli O‘zbekiston sharoitida tug‘ruqdan keyingi tos tubi disfunktsiyalarini chuqur o‘rganishga qaratilgan epidemiologik va klinik tadqiqotlarni kengaytirish zarur.

XULOSA

Tug‘ruqdan keyingi anorektal va tos tubi disfunktsiyalari ayollarda tez-tez uchraydigan va hayot sifatiga jiddiy salbiy ta’sir ko‘rsatadigan holatlar hisoblanadi. Ularning ichida najas va gazni tutolmaslik, qabziyat, gemorroj, tos a’zolarining pastga tushishi hamda siydik tutolmaslik keng tarqalgan muammolar sifatida qayd etiladi. Ushbu kasalliklarning tarqalish darajasi turlicha bo‘lib, masalan, najas tutolmaslik 7–25% gacha, qabziyat 45% gacha, gemorroj esa 85% gacha uchrashi mumkin. Diagnostika asosan klinik anamnez va fizik tekshiruvlarga asoslanadi, ayrim holatlarda esa anorektal manometriya, ultratovush, urokinamika va dinamik tasvirlash usullari qo‘llaniladi. Davolash yondashuvlari esa ko‘p bosqichli bo‘lib, avvalo konservativ usullar — tolali parhez, hayot tarzini o‘zgartirish, ich qotishini kamaytirish, tos tubi mushaklarini mashq qildirish va mahalliy terapiyalarni o‘z ichiga oladi. Og‘ir holatlarda esa



invaziv usullar, jumladan implantatsion muolajalar, nerv stimulyatsiyasi va jarrohlik amaliyotlari qo‘llanilishi mumkin.

Umuman olganda, tug‘ruqdan keyingi tos tubi va anorektal muammolar erta aniqlansa va to‘g‘ri davolansa, bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Beckmann CRB, Herbert WNP, Laube DW, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM. *Obstetrics and Gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p. 523–560.
2. Berek JS. *Berek & Novak’s Gynecology*. 16th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020. p. 1021–1089.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. p. 1345–1402.
4. Guyton AC, Hall JE. *Textbook of Medical Physiology*. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 987–1005.
5. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. *Clinically Oriented Anatomy*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p. 420–450.
6. Beckmann MM, Garrett AJ. *Gynecology and Obstetrics: Clinical Practice*. London: Springer; 2019. p. 311–342.
7. Norton C, Christiansen J, Butler U. *Bowel Continence and Disorders of Defecation*. London: Springer; 2017. p. 210–248.
8. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. Female pelvic floor disorders: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):561–566.
9. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence*. 6th ed. Bristol: International Continence Society; 2017. p. 45–110.
10. DeLancey JOL, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of adult urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S23–S32.



11. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med.* 1993;329(26):1905–1911.
12. Rao SS. Pathophysiology of adult fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2004;126(1 Suppl 1):S14–S22.
13. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence. *Am J Gastroenterol.* 2015;110(1):127–136.
14. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1101:266–296.
15. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic floor disorders after childbirth. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1): 312–320.