

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
MEDITSINA TA'LIMINI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
ANDIJON DABLAT TIBBIYOT INSTITUTI

ILMIY YO'NALISH: SOG'LIQNI SAQLASH

UROLOGIYA

UROLOGIYA FANI BO'YICHA O'QUV QO'LLANMA

ANDIJON 2008

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
MEDITSINA TA'LIMINI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
ANDIJON DABLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«ТАСДИКЛАЙМАН»
Ўзбекистон Республикаси
Соглиқни Сақлаш
Вазирлигини уринбосари
Шарапов Н.У.

« _____ » _____ 200 г.

«СОГЛАСОВАНО»
Начальник Главного
управления науки и
учебных заведений МЗ РУз
Атаханов Ш.Э.

« _____ » _____ 200 г.

«СОГЛАСОВАНО»
Директор Центра развития
Медицинского образования
МЗ РУз
Юсупова М.С.

« _____ » _____ 200 г.

«ВНЕСЕНО»
Ректор Андижанского
Государственного
Медицинского института
МЗ РУз
Хужамбердиев М.А.

« _____ » _____ 200 г.

ILMIY YO'NALISH: SOG'LIQNI SAQLASH

UROLOGIYA

UROLOGIYA FANI BO'YICHA O'QUV QO'LLANMA

ANDIJON 2008

Tuzuvchilar:

Shodmonov A. K. – t.f.d., professor. Andijon Dablat Tibbiyot Instituti
Urologiya kursi mudiri.

Akilov. F. A. – t.f.d., Respublika Ixtisoslashgan Urologiya Markazi direktori.

Tillaboyev R. S. – t.f.n., dotsent. Andijon Dablat Tibbiyot Instituti
Urologiya kursi dotsenti.

Rustamov U.M. – t.f.n., dotsent. Andijon Dablat Tibbiyot Instituti
Urologiya kursi assistenti.

Saliyev A. R. – Andijon Dablat Tibbiyot Instituti Urologiya kursi assistenti.

Retsenzentlar:

Gaybullayev A.A. – t.f.d., Toshkent vrachlar malaka oshirish Instituti urologiya va
nefrologiya kafedراسi mudiri.

Muxtarov Sh. T. – t.f.d., Respublika Ixtisoslashgan Urologiya Markazi director
o`rinbosari.

O`rinov A.Ya. – t.f.d., professor. Andijon Dablat Tibbiyot Instituti
Gospital hirurgiya kafedراسi mudiri.

MUNDARIJA

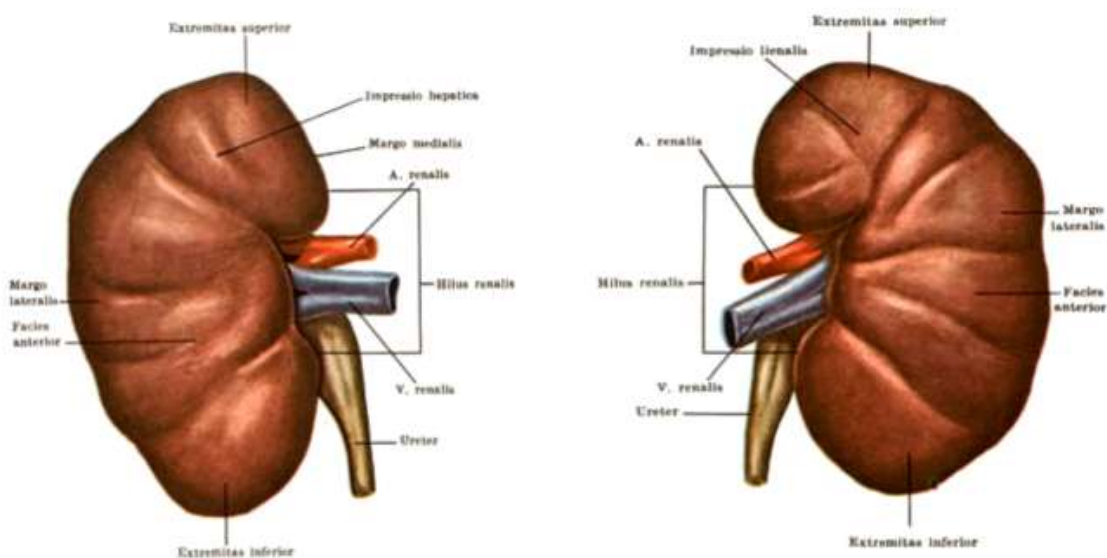
1 bob	SIYDIK YO'LLARI ANATOMIYASI	5
2 bob.	UROLOGIK KASALLIKLARNING BELGILARI	16
3 bob	UROLOGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH	39
4 bob	BUYRAK, SIYDIK YO'LLARI VA ERKAKLAR JINSIY A'ZOLARI ANOMALIYALARI	85
5 bob	GIDRONEFROZ	127
6 bob	NEFROPTOZ	138
7 bob	SIYDIK VA JINSIY A'ZOLARNING NOSPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI	144
8 bob	SIYDIK – TANOSIL A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISHI.	257
	SIYDIK- TANOSIL A'ZOLARINING SILI	
	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING AKTINOMIKOZI	275
9 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING PARAZIT KASALLIKLARI	277
10 bob	SIYDIK TOSH KASALLIGI	284
11 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINI O'SMALARI	320
12 bob	BUYRAK ARTERIAL GIPERTENZIYASI	383
13 bob	BUYRAK VENA GIPERTENZIYASI	397
14 bob	PESHOBNI NEYROGEN BUZILISHI	407
15 bob	O'TKIR BUYRAK YETISHMOVCHILIGI	416
16 bob	SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI	425
17 bob	SIYDIK VA JINSIY A'ZOLARNING SHIKASTLANISHI	437
18 bob	BOSHQA UROLOGIK KASALLIKLAR QOVUQ VA SIYDIK KANALINING YOT JISMLARI	469

1 BOB

SIYDIK YO'LLARI ANATOMIYASI

BUYRAKNING TUZILISHI

Buyrak juft a'zo bo'lib, qorin bo'shlig'ining orqa devorida umurtqa pog'onasining ikki yonida joylashadi. Uning shakli loviyasimon, botiq yuzasi buyrakning darvozasi hisoblanadi. Buyrak arteriyalari kirib, buyrak venalari, siydik nayi va limfa tomirlari chiqadi. Bu yerda siydik chiqaruv yo'llari - buyrak kosachalari, jomlari va siydik chiqaruv naylari joylashadi. Buyrak biriktiruvchi to'qimadan iborat kapsula bilan qoplangan. Buyrakni uzunasiga kesib ko'rilganda unda oddiy ko'z bilan ikki zonani — po'stloq va mag'iz moddalarni ko'rish mumkin. Po'stloq zona o'zining to'q qizg'ish rangi va donadorligi bilan ajralib turadi. Mag'iz zona och bo'yalib, bo'lakchalar 8-12 piramidalarga ajralgan bo'ladi.



1-rasm. Buyrakni tashqi ko'rinishi.

Po'stloq va mag'iz modda chegarasi tekis bo'lmay, balki po'stloq modda mag'iz moddaga ustunchalar shaklida (Bertini ustunchalari) bo'ladi, mag'iz modda esa po'stloq moddaga maqq'z nurlari (Ferreyn nurlari) shaklida botib kiradi.

N e f r o n buyrakning struktur funksional birligi. Nefron va siydik naylari orasida biriktiruvchi to'qimaning yupqa qatlamlari bo'lib, ularda qon-tomirlar, nervlar yotadi joylashadi. Ammo biriktiruvchi to'qima buyrakning juda oz qismini tashkil etadi. Shuning uchun bu a'zoni ko'proq epitelial organ deyish mumkin.

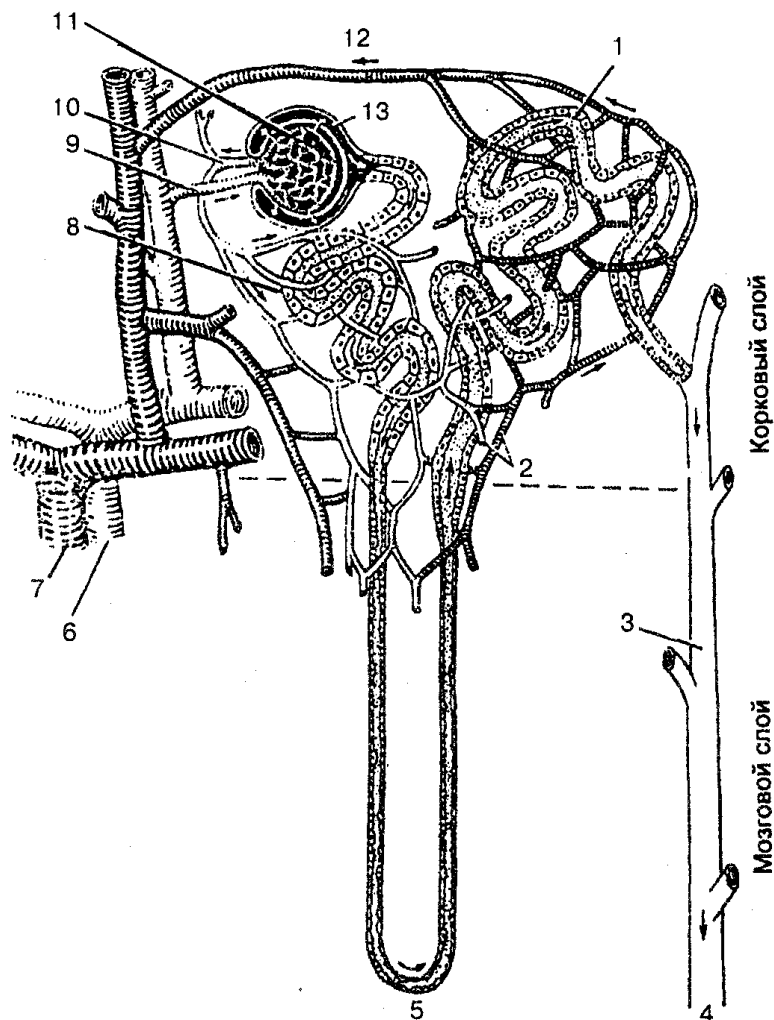
Nefronlarning umumiy soni buyrakda bir millionga yetadi.

Nefronlarning uzunligi har xil bo'lib (18 mm dan 50 mm gacha) bo'ladi. Hozirgi funksional - morfologik klassifikatsiyaga binoan sut emizuvchilar va odamning nefronida quyidagi bo'limlar tafovut etiladi:

1. Tomirlar chigali va uni o'rab turuvchi kapsuladan iborat buyrak tanachasi (koptokchasi).

- Nefronning proksimal bo'limi.
- Nefron (Genli) qovuzlog'i.
- Nefronning distal bo'limi.

Bir necha nefronlarning distal yig'uv nayiga, yig'uv naylari o'zaro birlashib buyrak kosachalariga ochiladi.



2-rasm. Nefron tuzilish chizmasi:

1 — distal egri – bugri kanalcha; 2 — kapillyar to'rlari; 3 — yig'uvchi naycha; 4 — siydikni buyrak jomchasiga harakatlanishi; 5 — Genle qovuzlog'i; 6 — buyrak arteriyasi; 7 — buyrak venasi; 8 — proksimal egri – bugri kanalcha; 9 — olib keluvchi arteriola; 10 — olib ketuvchi arteriola; 11 — buyrak ko'ptokchasi; 12 — venula; 13 — boumen kapsulasi.

Buyrakda ikki xil nefronlar farq qilinadi.

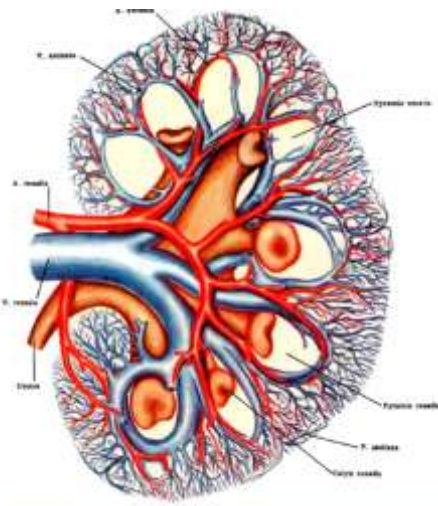
Birinchi xili deyarli po'stloq moddasida joylashadi. Bularni po'stloq nefronlari deyiladi va ular noziq bo'limlarining qisqa bo'lishi bilan harakterlanadi.

Ikkinchi xili — yukstamedullyar (miya moddasi yonidagi) nefronlardir. Yu'qstamedullyar nefronning buyrak tanachalari po'stloqning ichkari qismida, miya zonasi yaqinida joylashadi. Yo'qstamedullar nefronlarning bo'limlari uzun bo'lib, buyrak so'rgichlariga borib yetadi.

Po'stloq va yu'qstamedullyar nefronlarining o'zaro nisbati 5:1 dan iborat, ya'ni odam buyragida 1 mln ga yaqin nefron bo'lsa, bo'limlari qo'shilib, biririklashadi va teshiklar orqali filtratsiya vaqtida turli moddalar qondan kapsula bo'shlig'iga o'tadi.

Qon kapillyarlarining bazal membranasi uch qavatlilik (o'rta elektron zich, ichki va tashqi

3-rasm. Buyrakda qon aylanishi elektron och) va uzluksizligi bilan harakterlanadi. Bazal membrananing qalinligi o'zgaruvchan bo'lib, yosh ulg'ayishi bilan har xil



patologik holatlarda qalinlashadi. Bazal membrananing tarkibiy qismlari endoteliy va kapsula vistseral varag'ining hujayralari sitoplazmasida sintez qilinadi. Bazal membrana diametri 6 — 7 nm li gemoglobin tanachalarini o'tkazib yuboradi. Shunga ko'ra bazal membranada — diametri 10 nm dan kichik, ammo 6 nm dan kattaroq ko'p sonli kanalchalar bor desa bo'ladi. Bazal membrana manfiy zaryadga ega.

Buyrakning Shumlyanskiy — Boumen kapsulasi visseral, parietal varaqlardan va kapsula bo'shliqidan iborat.

Kapsulaning vistseral varag'i yassi epiteliy hujayralari podotsitlar bilan qoplangan. Podotsitlar bir oz cho'zilgan noto'g'ri shaklga ega. Hujayra tanasidan katta uzun o'simtalar sitotrabeikulalar (har bir hujayradan 2 — 3 tadan) chiqib, ular (sitotrabeikulalar) kapillyarlariga yaqinlashib, kichik o'simta sitopedikulalarga bo'linib ketadi.

Bir podotsitdan yonma - yon o'tuvchi 2 — 3 ta kapillyarga o'simtalar yo'naladi. Sitopedikulalar kapillyarning bazal membranasiga tegib turuvchi va oxirgi bir oz yo'g'onlashgan ingichka silindr shaklidagi hosiladir. Sitopedikulalar orasidagi bo'shliqlar — tirqishlar bo'lib, ular nisbatan bir xil (30 — 50 nm) o'lchamlarga ega. Hujayralarning asosiy tarkibiy qismlari podotsit tanasida va yirik o'simtalari (sitotrabeikulalari) da joylashgan bo'ladi. Yadro hujayraning uzun o'qi bo'ylab bir oz cho'zilgan. Yadro qobig'ida teshiklar ko'p bo'lib, yuzasi notekisdir. Yuqorida keltirilgan 3 tuzilma: kapillyarlar to'ringing endoteliy hujayralari, Shumlyanskiy Boumen kapsulasi ichki varag'ining podotsit hujayralar va ular orasida joylashgan uch qavatli bazal membrana filtratsion baryer hosil qiladi. Shu baryer orqali kapsula bo'shlig'iga qon plazmasining tarkibiy qismlari o'tib birlamchi siydikni hosil qiladi. Filtratsion baryer qon shaklli elementlarini va qon plazmasining yirik oqsillarini, immun tanachalarni, fibrinogen va boshqalarni o'tkazmaydi. Bu baryer orqali kattaligi 7 nm kichik bo'lgan moddalar o'tadi. Ba'zi buyrak kasalliklarning 2 00 000 ga yaqini yu'qstamedullyar nefronlardir. Masalan, nefrit kasalligida qon shaklli elementlari bemor siydigida uchrashi mumkin. Buyrak tanachasi kapillyarlar koptokchasi va Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining (parietal va visseral) varaqlaridan iborat. Kapillyarlar koptokchasi olib keluvchi va olib ketuvchi arteriolalar orasida joylashgan kapillyarlarning ajoyib to'ridan iborat. Kapillyarlar devori endoteliy hujayrasi va uning ostida yotuvchi bazal membranadan tuzilgan. Hujayra tanasida ko'p miqdorda fenestralar va teshiklar (7 nm) bo'lishi bilan farqlanadi.

Shumlyanskiy -Boumen kapsulasi vistseral varag'ining epiteliy hujayralari har xil buyrak kasalliklarida turli morfologik o'zgarishlarga uchraydi. Bu o'zgarishlar asosan bir xil harakterga ega. Masalan, o'simtalarning kalta bo'lishi va o'simtalarning qo'shilishi o'tkir glomerulyar nefritda, lipoid va amiloid nefrozda, aminonukleozid, puromitsin keltirib chiqargan har xil eksperimental kasalliklarda yuzaga keladi.

Buyrak tanachasining tomirli koptokcha kapillyarlari orasida yana bir xil — mezangial hujayralar uchraydi. Bu hujayraning asosiy qismi hujayra oraliq moddasini hosil qilsa, ba'zilar makrofaglik xususiyatga ega bo'ladi.

Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining parietal varaq hujayralari yassi epiteliydan iborat bo'lib, yadro joylashgan sohada hujayra tanasi qalinlashadi.

Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining nefron proksimal bo'limiga o'tar joyida kapsula hujayralari bir oz balandlashadi.

Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining parietal varaq hujayralari orasidagi chegaralar qiyshiq yo'nalgandir. Bir hujayra tanasining ikkinchi hujayra tanasi ustiga yotishi cherepitsalarning joylashishini eslatadi.

Kapsulaning tashqi qavati epiteliysi nefronning proksimal bo'lim epiteliysigacha davom etadi. Nefronning proksimal bo'limi uzun egri-bugri va qisqa-to'g'ri naychadan iborat bo'lib, diametri 60 mkm gacha bo'ladi. Proksimal bo'limning Shumlyanskiy — Boumen kapsulasiga tutashgan qismida hujayra kubsimon, proksimal bo'limning egri-bugri qismida silindrsimon, to'g'ri qismida — pastroq silindrsimon shaklga ega. Elektron mikroskop ostida jiyak mikrovarsinkalardan iborat. Jiyakli qoshiyada glyukozaning qayta so'rilishida ishtirok etuvchi Aishqoriy fosfatazak. Bu bo'limda birlamchi siydikdan qonga oqsil, glyukoza, elektrolitlar va suv qayta so'riladi — reabsorbsiya bo'ladi. Bu bo'lim hujayralari sitoplazmasida proteolitik fermentlarga boy bo'lgan lizosomalar ko'p bo'ladi. Pinotsitoz yo'li bilan birlamchi siydikdan hujayra sitoplazmasiga o'tgan oqsil moddalar lizosomal fermentlar ta'sirida aminokislotalargacha parchalanadi. So'ngra aminokislotalar qonga so'riladi. Proksimal bo'lim hujayralarining bazal plazmatik membranasi tekis bo'lmay, burmalar hosil qiladi. Bu burmalar orasida ko'p miqdorda mitoxondriyalar yotadi (joylashgan bo'ladi). Bazal plazmatik membranalarning burmalari mitoxondriyalar bilan birga turli moddalarni hujayradan qonga va qondan hujayraga o'tishida muhim rol o'ynaydi.

Proksimal bo'limda ko'p moddalarning qonga qayta so'rilishi natijasida birlamchi siydik tarkibi keskin o'zgaradi. Birlamchi siydikda qand va oqsil umuman yo'qoladi. Buyrak kasalliklarida nefron proksimal bo'limining jarohatlanishi natijasida siydikda oqsil va qand uchrashi mumkin.

Ron (Genli) qovuzlog'i. Nefron qovuzlog'i ingichka bo'limdan va yo'g'on qismlardan iborat. Po'stloq nefronlarda ingichka bo'lim faqat pastga tushuvchi qismdir. Yu'qstamedullyar nefronlarda esa ingichka bo'lim yuqoriga qam ko'tariladi. Ingichka bo'lim diametri 13—15 mkm bo'lib, devori yassi epiteli hujayralaridan iborat bo'lib, hujayra sitoplazmasi och rangda, organellalari esa kam bo'ladi.

Hujayralarning apikal qismi buyrak (Malpigi) tanachasining nefronning proksimal bo'limiga o'tish qismi kalta mikrovarsinkalar to'tadi. Bu naycha hujayralari orqali suv qayta so'riladi. Nefron qovuzlog'ining yo'g'on qismi (yuqoriga naychadan iborat bo'lib) hujayralari distal bo'lim hujayralarini eslatadi.

Nefronning distal bo'limi. Nefronning distal bo'limi ikki: to'g'ri qism va egri-bugri segmentlarga bo'linadi. To'g'ri qism hujayralari kubsimon korinishda bo'lib, apikal yuzasida kalta, mikrovarsinkalarga o'xshash o'simtalar uchraydi, hujayraning lateral yuzasida bir-biri bilan tutashuvchi ko'p sonli o'simtalar mavjud. Bazal membranalar burmalar hosil qilib, burmalar orasida kristalari ko'p bo'lgan mitoxondriyalar yotadi.

Distal kanalning to'g'ri qismida natriyning fakultativ reabsorsiyasi bo'ladi va bu jarayoya birlamchi siydik osmotik bosimning pasayishiga olib keladi. Natriyning fakultativ reabsorbsiyasi aktiv (faol) jarayon bo'lib, osmotik va elektroximik (kimyoviy) gradientga qarshi amalga oshiriladi.

Distal kanalning egri-bugri qismi hujayralari past silindrsimonidir. Ular membranasi va organellalarining tuzilishi to'g'ri bo'lim hujayralarining tuzilishiga o'xshash bo'ladi. Nefronning distal nay hujayralarida mitoxondriyalarning ko'p bo'lishi va ularda ATF-aza aktivligining yuqoriligi hamda mitoxondriyalarning hujayra bazal va lateral membranalari bilan bog'liqligi buyrakning kontsentratsiyalashtirish kabi murakkab faoliyatini amalga oshiruvchi omillardan hisoblanadi.

Yig'uv naylari. Yig'uv naylarini bir necha segmentlarga bo'lish mumkin. Nayning 4 ta qismi mavjud bo'lib, shulardan, bittasi buyrak po'stloq moddasida, qolgan uch qismi mag'iz qismida joylashadi. Bir segmentdan ikkinchi segmentga o'tishda aytarli ahamiyatli o'zgarishlar bo'lmaydi, shuning uchun bu bo'lim shartli tabiatga ega. Yig'uv naylarida aniq ikki xil bosh (oq'ish) va oraliq (qoramtir) hujayralar farqlanadi.

Bosh hujayralar kubsimon bo'lib, sitoplazmasida bir tekis tarqalgan kam sonli mitoxondriyalar, sisternalar, vakuolalar va vezikulalardan iborat plastinkasimon kompleks, endoplazmatik to'ring mayda profillari, erkin ribosomalar va polisomalar uchraydi. Yon yuza membranasida ko'p sonli kalta o'simtalar bo'ladi.

Oraliq (qoramtir) hujayralar oqish hujayralardan ultrastruktur tuzilmalarning ko'pligi bilan farqlanadi. Oraliq hujayralarda elektron zich gialoplazma kuzatilib, mitoxondriyalarning soni anchagina mo'ldir. Mitoxondriyalarning ko'p sonli kristalari zich joylashadi. Oraliq hujayralarda mitoxondriyalar sitoplazma bo'ylab deyarli tekis tarqalgan bo'lib, ba'zan hujayra apikal qismida ko'proq uchraydi. Muntazam ravishda sitoplazmasida silliq devorli vezikula hosil bo'lishi, ularning apikal qismga siljishi oraliq hujayralarga harakterlidir. Apikal yuza ko'p sonli, noto'g'ri shaklli vorsiylar hosil qilishi mumkin. Bunday holat bosh hujayralar, kuzatilmaydi. Bulardan tashqari, bir qator oraliq hujayralarda hujayra ichki kanalchasi borligi aniqlangan. Silliq devorli vezikulalar shakllanish davrida kanalcha aniqlashib, ko'payishi kuzatiladi. Bu hujayra tuzilishi va faoliyati jihatidan me'da bezlarining parietal hujayrasini eslatadi. Har xil tajribalarda bu ikki a'zo hujayralari bir xil ravishda o'zgaradi. Bu — ular xususiyatlarining bir xilligini hamda Na ionining sekretsiyasida ishtirok etishini ko'rsatadi. Siydikning atsidifikatsiya qilinishi (kislotali sharoitga ega bo'lishi) yig'uv naylarining oraliq hujayralari faoliyati bilan bog'liqdir.

Buyrakning endokrin funksiyasi. Buyrakning endokrin funksiyasini bajaruvchi hujayralarida asosan ikkita modda — renin va prostoglandin hosil bo'ladi.

Renin buyrakning yo'qstglomerulyar apparatida (YuGA) da hosil bo'lib, u organizmda angiotenzin hosil bo'lishini ta'minlaydi. YuGA eritropoetin hosil bo'lishida ham muhim o'rin to'tadi.

Yo'qstglomerulyar apparat quyidagi 4 xil elementdan tashkil topgan:

1) buyrak tanachalariga kiruvchi va undan chiquvchi arteriolalari devorida joylashgan maxsus yo'qstglomerulyar (YuG) hujayralar;

2) distal nayning shu arteriyalar orasida joylashgan qismida mavjud bo'lgan «zich dog'»;

3) distal nay hamda arteriolalar orasidagi uchburchaksimon maydonda joylashgan yo'qstavaskulyar hujayralar;

4) buyrak tanachalari kapillyarlararo hujayralar — mezangiumlar.

Afferent va efferent arteriolalar devorida joylashuvchi kstagerulyar hujayralar arteriolalar endoteliysi bazal membranasi ostida, donador mioepitelioid hujayralar ko'rinishida bo'ladi. Bu hujayralarning soni faqatgina YuGA funksional holatiga bog'liq bo'lib qolmasdan, balki hayvonlarning turiga ham bog'liqdir. Mioepitelioid hujayralar oval shaklida bo'lib, yumaloq yadro va sitoplazmani to'ldirib turuvchi ko'p sonli organellalarga ega. Bu hujayrada donador endoplazmatik to'r — eng rivojlangan organelladir. Ular yadro atrofida joylashgan bo'ladi. Mioepitelioid hujayraning eng spetsifik strukturalari bo'lib renin saqlovchi sekretor donalar hisoblanadi. Yetilgan sekretor donalar elektron zich bo'lib, elementar qobiqqa o'ralgan. Mioepitelioid hujayralarda renin ishlab chiqariladi va qon tarkibiga qo'shiladi. Reninning anchagina qismi olib keluvchi arteriolaning atrof to'qimasiga — interstitsiyaga ham o'tib, limfaga quyiladi. Renin moddasining ta'siri natijasida qon bosimi ortadi. Bunday ta'sir asosida qondagi angiotenzinogen moddasining renin angiotenzin I ga aylanishi va nihoyat u moddaning qon bilan o'pka orqali o'tishi natijasida tomirlarga kuchli ta'sir etish xususiyatiga ega bo'lgan angiotenzin I ga aylanishi yotadi. Renin — angiotenzin sistemasi tana qon-tomirlarigagina emas, balki buyrak qon-tomirlariga ham ta'sir qilib, buyrakda filtratsiya jarayonini va qon aylanish tezligini o'zgartiradi. Renin va angiotenzin buyrak usti bezining garmoni — aldersteron sintezi va sekretsiyaga ta'sir etadi. Distal naylardagi siydik, tarkibidagi natriy konsentratsiyasining kamayishi o'z navbatida endoteliy hujayralari orqali seziladida, bu holat esa YuGA ning ish faoliyatini kuchaytiradi.

YuGANing barcha elementlari nerv oxirlari bilan hamkorlikda buyrak faoliyatining mukammal bo'lishini ta'minlab turadi.

Yo'qstagerulyar kompleksning «zich dog'» hujayralaridan iborat tarkibiy qismiga nefron distal nayining buyrak tanachasi arteriolalari orasida Gurmagtig hujayralariga qaragan yuzasida yotuvchi qism kiradi. Nefron distal nayi devoridagi hujayralarning ultrastrukturasi solishtirilganda «zich dog'» hujayralarining o'ziga xos tomonlari yaqqol namoyon bo'ladi. Bunda hujayralari bo'ychan silindrsimon bo'lib, sitoplazmasining matriksi zich, yadrolari hujayraning o'rtasida yotadi. Golji kompleksining inversiyasi kuzatiladi. Distal nayning odatdagi hujayralarida bu organella hujayralari apikal qismida yotsa, «zich dog'» hujayralarida yadro ostida hujayra bazal qismida joylashadi. «Zich dog'» hujayralarining yana bir muhim farqlaridan biri — hujayraning tubida bazal plazmolemmaning ko'p sonli burmalarining yo'qligidir. Hujayraning bazal membranasi nihoyatda yupqadir, shuning uchun boshqa hujayralar bilan uning kontakti ancha yengil. Gurmagtig hujayralari orasida yotuvchi bazal tsitoplazmatik o'simtalar ham uchrab turadi. Bazal membrana bu o'simtalarni o'rab turadi.

Shunday qilib, «zich dog'» hujayralari distal nayning odatdagi hujayralaridan o'ziga xos bir qator muqim tomonlari bilan ajralib turadi.

Gurmagtig hujayralari glomerulyar arteriolalar va orasida hosil bo'luvchi konussimon maydonda yotadi. Bu hujayralar mezangial hujayralarga tegib turadi. Shunday qilib, Gurmagtig hujayralari bir vaqtning o'zida yo'qstagerulyar kompleksning barcha hujayralari bilan kontaktda bo'luvchi, ularni o'zaro birlashtiruvchi yagona komponentdir.

Gurmagtig hujayralari uzunchoq bo'lib, yadrosi yirik va cho'ziqdir. Kam sonli organellalari sitoplazmasida tekis tarqalgan. hujayralar orasida bazal membrana strukturasi ega bo'lgan modda qatlamlari yotadi. Bu hujayralarning ultrastrukturasi o'rganish ularning topografik, genetik va funksional jihatdan mezangial hujayralarga yaqinligini ko'rsatadi.

Mezangial hujayralar kapillyarlar to'rlararo joylashgan bo'lib, Gurmagtig hujayralari bilan birgalikda tomirli chigalni ushlab turuvchi o'zakni hosil qiladi. Bu hujayra yadrosining qobig'ida ko'p sonli invaginatsiyalar bo'lganligi sababli, u noto'g'ri shakldadir. Mitoxondriyalarning shakli oval ko'rinishda bo'lib, ular ko'p hollarda yadro ustida yotadi. Golji kompleksi yaxshi rivojlangan bo'lib, ko'p sonli sisternalar, vezikulalar va vakuolalardan iboratdir. Donador retikulum sitoplazma bo'ylab bir tekis tarqalgan. Mezangial hujayralarning o'simtalarida ko'pgina ribosomalar, yakka-yakka mitoxondriyalari va vakuolalar yotadi. Uning har xil tanachalarni qon tarkibidan fagotsitoz qilish qobiliyati, buzuvchi agent ta'sirotiga kollagen hosil qilish bilan javob berish kabi xususiyatlari o'rganilgan.

Prostaglandin ishlovchi hujayralar buyrakda bir necha xil bo'lib, ularning ichida interstitsial hujayralar alohida o'rin to'tadi. Bu hujayralar tanasi cho'zilgan, undan bir necha o'siqlar chiqib, bu o'siqlarning bir qismi nefron qovuzlog'i naychalarini o'rasa, boshqalari qon-tomir kapillyarlarini o'raydi. Interstitsial hujayralarning sitoplazmasi yaxshi rivojlangan hujayra organellalarini va lipid (osmiofil) donalarni to'rtadi. Bu hujayralarda ishlangan prostoglandin antigipertenziv ta'sir ko'rsatadi, ya'ni qon bosimni pasaytiradi.

Shunday qilib, buyrakda bir necha xil endokrin hujayralar bo'lib, ular umumiy va buyrakdagi qon bosimni boshqaradi va shu yo'l bilan siydik hosil bo'lishga ta'sir qiladi.

Buyrakda qon aylanishi. Buyrak qon bilan intensiv ta'minlangan organlar qatoriga kiradi. Buning uchun yurakdan bir minut davomida o'tgan qon hajmining choragi buyrak orqali o'tishini aytish kifoyadir. Bir sutkada bu «chorak» ming litrni tashkil etadi. Buyrak arteriyasi qorin aortasidan ajraladi. U buyrak darvozasidan kirib, mayda arteriyalar - bo'laklararo arteriyalarga tarqaladi. Buyraklararo arteriyalar piramidalar orasidan o'tib borib, po'stloq va mag'iz modda chegarasida bo'linib, yoy arteriyani tashkil qiladi. Yoy arteriya buyrak yuzasiga parallel holda joylashgan bo'lib, va po'stloq hamda miya moddalariga mayda tarmoqchalar beradi. Bu arteriyalar po'stloq moddada bo'lakchalararo arteriya hosil qilsa, mag'iz qismida to'g'ri arteriya nomi bilan yuritiladi. Interlobulyar arteriyalardan buyrak tanachalariga qon olib keluvchi tomirlar boshlanadi. Har bir qon olib keluvchi arteriya o'zaro anastomoz hosil qiluvchi kapillyarlarga bo'linib, so'ngra, ular qon olib ketuvchi tomirni tashkil etadi. Bu arteriolaning diametri olib keluvchi arteriolaning diametridan ikki marta kichiqroqdir. Shunday qilib, qon kapillyarlar tugunchasi (buyrak koptokchasi) sistemasida ikkita xususiylikni ko'rish mumkin: 1) tuguncha kapillyarlari yig'ilib, venulani hosil qilmaydi, balki arteriolani hosil qiladi, ya'ni kapillyarlar ikki arteriolalar orasida joylashadi. Kapillyarlarning bunday o'ziga xos joylashishiga **ajoyib to'r** deyiladi. 2) olib chiquvchi arteriolaning diametri kichik bo'ladi. Bu holat tugun kapillyarlarida qon bosimining oshishiga olib keladi va intensiv filtratsiya bo'lishini ta'minlaydi.

Olib ketuvchi arteriola yana ikkinchi marta kapillyarlarga tarmoqlanadi va po'stloq hamda miya zonasida buyrak kanalchalarini o'rab oziqlantiradi. So'ngra kapillyarlar qo'shilib, yulduzsimon venoz sinuslarni hosil qiladi. Bu sinuslardan bo'lakchalararo venalar boshlanadi. Ular birikib yoy venalarini hosil qiladi. Bulardan boshlangan bo'laklararo venalar buyrak venasiga quyiladi.

Yoy arteriyasidan mag'iz qismiga borgan to'g'ri arteriyalar kapillyarlarga bo'linib, mag'iz qism va so'rg'ichda joylashgan kanallarni o'raydi. Shu yerda kapillyarlar venulalarga aylanadi va to'g'ri venalarni hosil qiladi. Bular esa yoy venalariga borib quyiladi.

Yu'qstamedulyar nefron tanachalari ma'lum darajada o'ziga xos tuzilishga ega. U barcha buyrak kanalchalarining o'rtacha 15 — 20% ini tashkil etadi. Bu tanachalarda olib ketuvchi arteriolalar diametri olib keluvchilarga nisbatan bir oz kattadir. Olib ketuvchi arteriolalar o'zaro anastomoz hosil qiladi va piramidalar orasiga kiradi, so'ngra venoz tomirlariga quyiladi. Bundan tashqari, bu tanachalarda olib keluvchi va olib ketuvchi tomirlar orasida anastomozlar mavjud. Yu'qstamedulyar tanachalar faqatgina filtratsiya apparati hisoblanmasdan balki drenaj sistemasi sifatida qam xizmat qiladi.

Nefronning gistofiziologiyasi. Hozirgi davrda buyrakda siydik ajralishi haqidagi keng tarqalgan nazariyalardan biri filtratsion-rezorbsion nazariyadir. Bu nazariyaga muvofiq, buyrak tanachasidagi kapillyarlarda oquvchi qondan tanacha kapsulasining bo'shlig'iga qon plazmasining barcha tarkibiy qismlari filtrlanadi. Bu tarkib mikropipetka yordamida tanacha kapsulasi punksiya qilinib, so'ngra ultrafiltratni mikrokimyoviy tekshirish o'tkazish orqali aniqlangan. Bunday qon plazmasining ultrafiltrati **birlamchi siydik** deb nomlanadi.

Bir sutkada odamning har bir buyragida 100 litrgacha birlamchi siydik hosil bo'ladi. Filtratsiya jarayonida plazmaning barcha tarkibiy qismlari kapillyarlarning endoteliy va podotsit hujayralarining orasida yotuvchi uch qavatli bazal membranalardan o'tib, podotsitlarning o'simtali orasidagi tirqishsimon yoriqlarga tushadi. Shunday qilib, qon va kapsulalararo filtratsion baryer rolini kapillyarlarning endoteliy hujayralari, 3 qavatli bazal membrana, kapsula ichki varaqining podotsit hujayralari tashkil qiladi. Siydik filtratsiya bo'lishida buyrak tanachasidagi qonning yuqori bosimi (70 — 90 mm simob ustuni) hal qiluvchi omildir. Bu bosim olib keluvchi va olib ketuvchi arteriolalar diametrining turli xilda bo'lishidan kelib chiqadi. Qon bosimi 40 — 50 mm simob ustunidan pasaysa, buyrak tanachasidagi filtratsiya to'xtab, birlamchi siydik hosil bo'lmaydi. Shuning uchun bosimlari past bo'lgan buyrak tanachasida (yo'qstamedulyar zonada) birlamchi siydik hosil bo'lishi po'stloq nefron zonalariga nisbatan sustdir. Birlamchi siydik buyrak tanachasining kapsula bo'shlig'idan nefronning quyi qismlarigacha oqib o'tadi.

Bu naylarda birlamchi siydik jiddiy o'zgarishlarga uchrab, **ikkilamchi siydikka** aylanadi. Siydik naylarida qaytadan ko'p miqdorda suv, oqsil, glyukoza, tuz ionlari so'riladi. Suvning ko'p miqdori qayta so'rilgani uchun ikkilamchi siydikning miqdori 1,5 litrga kelib qoladi. Buning natijasida siydik konsentratsiyasi oshadi (masalan, mochevina 70 marta, ammiak 40 marta oshadi). Nefronning proksimal bo'limida suv, oqsil glyukoza va boshqa moddalarning asosiy qismi (50%) aktiv so'rila boshlanadi (obligat reabsorbsiya). Nefronning ingichka bo'limida suv bilan bir

qatorda ba'zi bir tuzlar so'rilsa, distal bo'limda asosan suv va natriy so'riladi (fakultativ reabsorbtsiya).

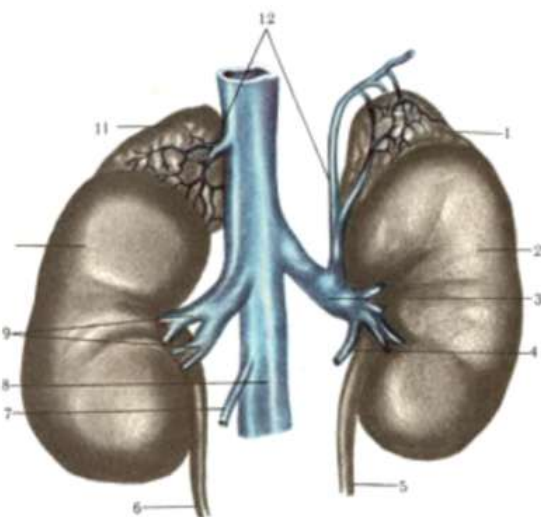
Proksimal va distal kanalchalardagi obligat va fakultativ reabsorbtsiya orasidagi son va sifat farqlari ularning struktur va gistofermentativ har xilligi bilan ta'minlanadi. So'rilishning asosiy qismi proksimal bo'lim hujayralarining apikal yuzasidagi, uning maydonini kengaytiruvchi mikrovorsinkalar hisobiga bo'ladi.

Mikrovorsinkalar hisobiga kengaygan proksimal kanalchalarning jami maydoni odamning buyragida 50 m^2 ga yaqindir.

Shunday qilib, buyraklarda siydikning hosil bo'lishi ikki bosqichda kechadi. Birinchi bosqichda siydikning ultrafiltratsiyasi buyrak tanachalarida ro'y beradi. Ikkinchi bosqich nefronkanallaridagi rezorbsiyani va sekretsiyani o'z ichiga oladi. Fakultativ rezorbsiya jarayoniga gipofizning antidiuretik gormoni bilan buyrak usti

bezining po'stloq moddasida ishlab chiqariluvchi aldosteronning ta'siri kattadir.

Qonga buyrak, tanachasi devoridan filtrlanmaydigan ba'zi bir kolloid bo'yoqlar kiritilsa, ular siydik tarkibida paydo bo'ladi. Mikropunksiya va gistologik tekshirishlar yordamida bunday bo'yoq moddalarning kapsula ichidagi suyuqlikda bo'lmasligi, lekin nefron naylaridagi suyuqlikda va nay hujayrasida ularning bo'lishligi aniqlangan. Shu asosdan nefron naylari epiteliylari faqatgina ikkilamchi siydik mahsulotlarini reabsorbtsiya qilib qolmay, balki sekretor faoliyatga ham ega deb xulosa chiqarish mumkin.



4-rasm Buyrak venalari.

Naylarda yuz bergan sekretsia shu bo'lim epiteliysining modda almashinuvi jarayonidagi aktiv faoliyatining natijasidir. Ba'zi bir sudralib yuruvchilarda va qushlarda nay sekretsiyasi siydik hosil bo'lishida yetakchi rol o'ynaydi. Yuqori tabaqa hayvonlarda va odamda siydik hosil bo'lishida kanal sekretsiasining ahamiyati kam. Ammo kanallarning sekretor faoliyati orqali buyrak tanachalarida filtrlanmaydigan moddalar organizmdan tashqariga chiqariladi. Bundan tashqari, qonda ba'zi bir moddalarning miqdori haddan tashqari ko'paysa ham (masalan, mochevina) u moddalar kanal hujayralaridan sekretsia bo'la boshlaydi. Bu esa nefron nayi sekretsiasining siydik hosil bo'lishida rezerv omillardan biri sifatida xizmat qilishini ko'rsatadi.

Buyrakning yoshga qarab o'zgarishi. Tekshirishlar postembrional davrda buyrakda ancha o'zgarishlar bo'lib o'tishini ko'rsatadi. Po'stloq moddaning qalinligi yangi tug'ilgan buyrakning 20 — 25% ini tashkil etsa, voyaga etgan vaqtda 1/2, va 1/3 qismini tashkil etadi. Ammo bu davrda buyrak massasining ko'payishi yangi nefronlar hosil bo'lishi bilan bog'liq bo'lmay, balki mavjud neyronlarning o'sishi va differentsiallanish hisobiga bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda proksimal naychanning qalinligi 18 — 36 mkm bo'lsa, voyaga yetgan organizmda 40 — 60 mkm dir. Yosh oshib borgan sari neyronning uzunligi o'zgarib boradi, ya'ni uzayadi. Qarilarning buyraklarida sklerozga uchragan neyronlar ham bo'ladi. Bu davrda

buyrak hujayralarining proliferativ aktivligi susayib, mitotik bo'linish deyarli bo'lmaydi.

Innervatsiyasi. Buyrak simpatik va parasimpatik nervlar bilan va orqa miyaning orqa ildizchasi — afferent nerv tolalari bilan ta'minlanadi. Nervlar buyrakka, asosan, tomirlar bilan kirib, nerv oxirlari barcha katta - kichik arteriya, vena arteriola va venulalarning hamma qavatlarida joylashadi. Ham simpatik, ham parasimpatik nerv oxirlari endoteliy ostidagi bazal membrana ostida tarmoqlanadi.

SIYDIK CHIQRUV YO'LLARI

Siydik chiqaruv yo'llari buyraklarda uzluksiz hosil bo'lib turadigan siydikni tashqi muhitga chiqarib turadi. Siydik chiqaruv yo'llariga buyrak kosachalari va jomchalari, siydik nayi, siydik pufagi (qovuq) va tashqi siydik chiqaruv yo'li kiradi.

Buyrak kosachalari va jomchalari, siydik nayi va qovuqning umumiy tuzilishi o'xshash bo'lib, ularda 4 pardani farq qilish mumkin: shilliq, shilliq osti, mushak va adventitsiya. Buyrak kosachalarida bir qavatli epiteliy asta-sekin ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliyga almashadi. Buyrak jomlarini siydik nayining buyrak ichida joylashgan qismi deb qarash mumkin. U ham boshqa siydik yo'llari kabi ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliy bilan qoplangan. Epiteliy ostida siyrak tolali biriktiruvchi to'qimadan iborat shilliq pardaning xususiy qavati yotib, u shilliq osti pardada davom etadi. Shuni ta'kidlash lozimki kerakki, siydik chiqaruv yo'llarining hamma qismlarida shilliq pardaning mushak plastinkasi bo'lmagani uchun shilliq pardaning xususiy qavati va shilliq osti pardasi orasida aniq chegara yo'q. Mushak parda jomlarda 2 qavat: ichki — bo'ylama, tashqi — aylana bo'lib joylashgan silliq mushak hujayralaridan iborat. Buyrak so'rg'ichlari sohasida faqat aylana joylashgan mushak tutamlari bo'lib, ularning qisqarishi siydikni piramidadan ajralib chiqishiga yordam beradi.

SIYDIK NAYLARI

Siydik naylarida shilliq, shilliq osti, mushak va adventitsiya pardalari aniq ajraladi. Shilliq parda o'zgaruvchan epiteliy bilan qoplangan bo'lib, unda bo'ylama joylashgan burmalar bo'ladi. Burmalar siydik nayi kengaygan vaqtda tekislanadi. Siydik nayining pastki qismida, siyrak biriktiruvchi to'qimadan iborat shilliq osti pardasida prostata beziga o'xshash tarmoqlangan bezchalar bo'ladi. Siydik nayining mushak pardasi yuqorida ikki, pastki qismida esa uchta qatlam joylashgan silliq mushak tolalaridan iborat. Mushak tutamlari ichki va tashqi qatlami bo'ylama, o'rtada esa aylanma yo'nalishga ega. Siydik nayining siydik pufagi devorida joylashgan qismida mushak parda faqat bo'ylama mushaklardan iborat. Bu mushaklarning qisqarishi qovuq mushaklarining holatidan qat'iy nazar siydik nayining teshigini ochib, siydikning pufakka tishishini ta'minlaydi. Siydik nayining adventitsiya pardasi atrofdagi to'qimalar bilan qo'shib ketadi.

Qovuqning shilliq pardasi o'zgaruvchan epiteliy va siyrak tolali, shakllanmagan biriktiruvchi to'qimali xususiy qatlamdan iborat. Biriktiruvchi to'qimali qatlam qon va limfa tomirlariga boy. Mayda qon-tomirlar epiteliyga juda yaqin yotadi. Qovuq shilliq pardasi siydik yo'q vaqtda burmalar hosil qilib, bu burmalar qovuq siydikka to'lganda tekislanadi. Qovuqning uchburchak sohasining shilliq pardasida burmalar bo'lmaydi. Bu sohada shilliq osti pardasi yo'q bo'lib shilliq pardaning xususiy qavati

mushak, parda bilan birlashib ketadi. Bu sohada siydik nayining pastki qismidagi bezlarga o'xshash bezlar joylashgan. Qovuqning boshqa qismlarida shilliq parda ostida siyrak biriktiruvchi to'qimadan iborat shilliq osti parda joylashadi.

Qovuq mushak pardasi ichki, tashqi qatlami bo'ylama va o'rta aylanma yo'nalgan mushak hujayralaridan iborat. Qovuqning tashqi siydik chiqaruv yo'liga davom etish qismida (qovuqning bo'yin qismi) aylana joylashgan mushak tutamlari sfinkter hosil qiladi. Mushak tutamlarini o'rab turuvchi biriktiruvchi, to'qima qatlamlari qovuqning tashqi adventitsiya pardasiga, qovuqning tub qismida esa seroz qavatga o'tib ketadi. Qovuqning tub qismi seroz parda bilan o'ralgan. Qovuq simpatik, parasimpatik va spinal (sezuvchi) nervlar bilan ta'minlangan. Bundan tashqari, qovuqda ko'p miqdorda nerv tugunchalari va nerv sistemasining neyronlari topilgan. Bu neyronlar, ayniqsa, siydik naylarining qovuqqa quyilish yerida ko'p bo'ladi. Bundan tashqari, qovuqning seroz, mushak va shilliq pardalarida ko'p miqdorda retseptor nerv oxirlari ham uchraydi.

TASHQI SIYDIK CHIQARUV YO'LI (URETRA)

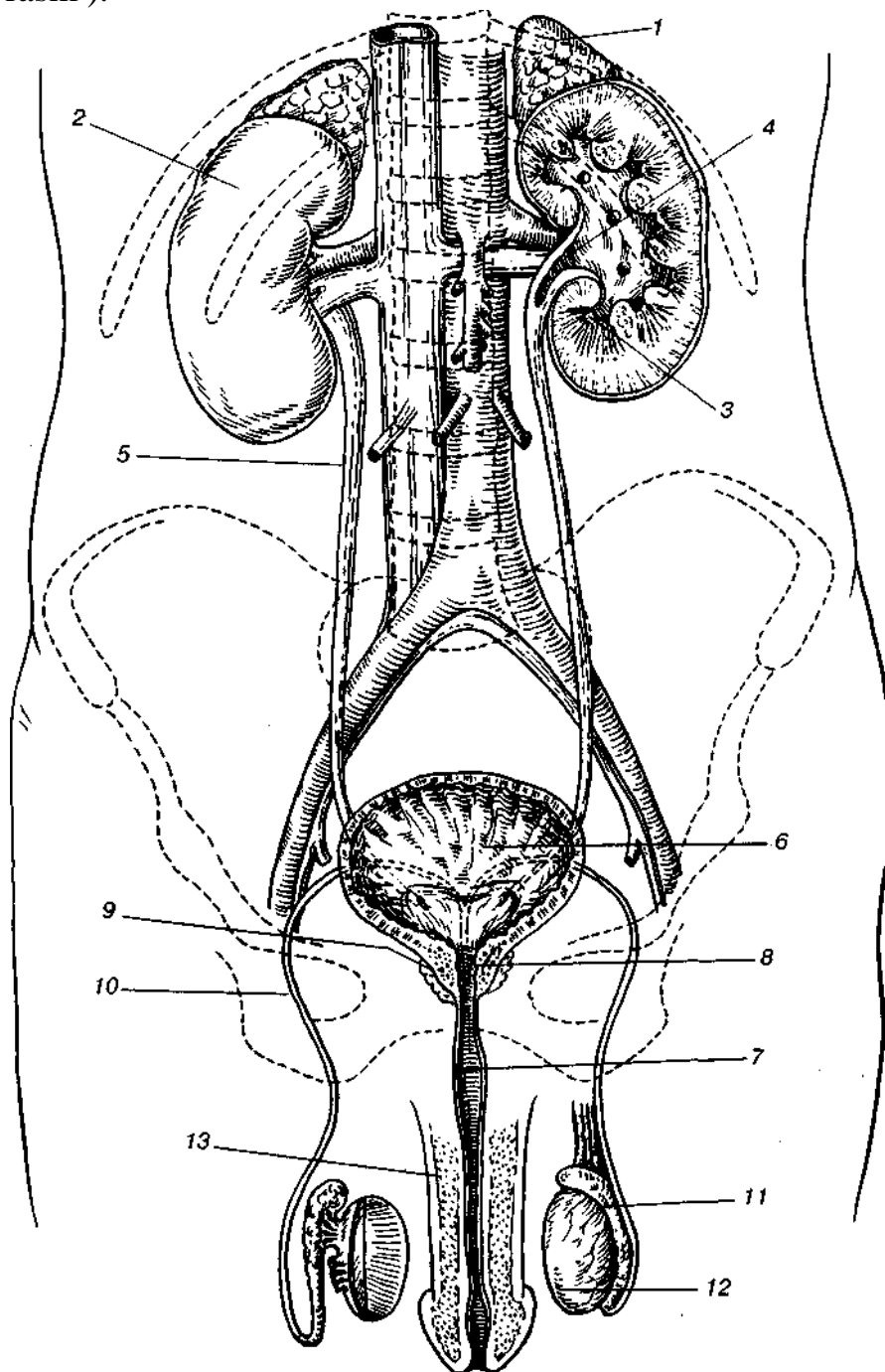
Erkaklar va ayollarda tashqi siydik chiqaruv yo'li har xil tuzilgan. Ayollarda uretraning jinsiy yo'llarga aloqasi yo'q, erkaklarda esa tashqi siydik chiqaruv yo'llari urug' chiqaruv yo'li bo'lib ham xizmat qiladi.

Ayollar tashqi siydik chiqaruv yo'li shilliq, mushak va tashqi pardalardan iborat. Shilliq pardaning xususiy qatlami siyrak tolali biriktiruvchi to'qima bo'lib, ko'p miqdorda hujayralar to'tadi. Tashqi teshik sohasidagi shilliq parda ko'p qavatli muguzlanmaydigan epiteliy bilan qoplangan bo'lib, shilliq pardaning xususiy qatlami ko'pgina so'rg'ichlar hosil qiladi. Tashqi siydik chiqaruv yo'lida oz miqdorda bezlar bo'lib, ular **periuretral bezlar** deb ataladi. Tashqi siydik yo'lining kuchli rivojlangan mushak pardasi ichki bo'ylama va tashqi aylana silliq mushaklardan iborat bo'lib, ularning orasida elastik tolalarga boy bo'lgan biriktiruvchi to'qima qatlami joylashadi. Siydik yo'lining tashqi qismida ko'ndalang targ'il mushak tolalari yotib ular tashqi sfinkterni hosil qiladi.

Erkaklar tashqi siydik chiqaruv yo'llarining tuzilishi hamma bo'limlarda ham bir xil emas. Ularning devori aksariyat holda ham shilliq, mushak va adventitsiya pardalardan iborat. Siydik yo'li prostata qismi shilliq pardasining epiteliysi qovuq epiteliysi kabi bo'ladi. Bu epiteliy asta - sekin ko'p qatorli prizmatik shaklga o'tib, siydik yo'lining g'ovak tanasi qismiga o'tganda epiteliy ko'p qavat hosil qiladi. Epiteliyning ko'p qatorli qismida qadahsimon va endokrin hujayralar uchraydi. Mushak parda uretraning prostata qismida ichki bo'ylama va tashqi aylana qatlamlaridan iborat. Mushak pardasi asta-sekin yo'qola boradi. G'ovak tananing oldingi qismida alohida joylashgan mushak tutamlarigina saqlanib qoladi.

II – BOB. UROLOGIYA KASALLIKLARINING BELGILARI

Siydik kasalliklari, hamda erkaklar a'zolari xastaliklarini alomatlari juda ham xilma-xildir (4-rasm).



5-rasm. Siydik va tanosil a'zolari (tasviri).

1 – buyrak usti bezi; 2 - buyrak; 3 – buyrak kosachasi; 4 – buyrak jomi; 5 – siydik nayi; 6 - qovuq; 7 – siydik chiqaruv kanali; 8 – prostata bezi; 9 – urug' pufagi; 10 – urug' chiqarish yo'li; 11 – moyak ortig'i; 12 - moyak; 13 - olat.

Urologik xastaliklarni etiologiya va patogenezini aniqlash, davolash usullarini qo'llash uchun kasallik tarixini o'rganish, bemorning umumiy holatiga to'g'ri baho berish katta ahamiyatga ega.

Bemorning hayotidagi tabiiy o'zgarishlar kishi ongida juda yaxshi saqlanib qoladi. Maktabda o'qigan davrida ba'zi bir holatlar, qizlarning hayz ko'rish, o'g'il bolalarda pollyutsiyaning bo'lishi, turmush qurishi, harbiy xizmati va boshqalar.

Tug'ma kasalliklar va siydik tanosil a'zolari anomaliyalari alomatlari, yosh bolaning yashash davrining paydo bo'lishi bunga xosdir. Buyrak qon-tomir xastaliklari bolalarni juda erta yashash davrida mustahkam arterial gipertenziyani paydo qiladi. Siydik tosh kasalligida ba'zida, siydik bilan toshning chiqib turishi, ko'pincha yashash joyini o'zgartirganda, suyuqlikni ichish va ovqatlanish me'yorini buzilganda kuzatiladi. A'zolar ish faoliyatini buzilishi endogen va ekzogen faktorlarga bog'liq bo'lib, bu faktorlar kasallikni rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Shifokor bemorni sinchiklab so'rab - surishtirib, kasallikning boshlanish davriga, uning kechishiga, klinik simptomlarining paydo bo'lishiga diqqatini qaratib, uni qaysi kasallikka xos ekanligini aniqlash kerak.

Bundan tashqari shifokor bu kasallikni bir butun organizm kasalligi ekanligini unutmasligi kerak. Kasallik tarixini yig'ishda shifokor bemorning ota - onalari hayotida onkologik kasalliklar, arterial gipertenziya, surunkali urologik kasalliklarning bo'lishi hamda haddan tashqari spirtli ichimliklarni ko'p muddat iste'mol qilishi, chekishini aniqlashi lozim, chunki bu holatlar kelajakda bolada urologik kasalliklarni keltirib chiqishiga sabab bo'lishi mumkinligini unutmaslik kerak. Buyrak polikistozi, siydik tosh kasalligi, erkaklar bepushtligi va hakozi kasalliklar nasldan naslga o'tadi.

Anamnezni yig'ishda kasallikning etiologik sabablarini va uning rivojlanishini aniqlash katta ahamiyatga ega. Organizm a'zolari va sistemalarni bir-biriga bog'liqligi, bir-birini to'ldirib hamda ularni kuch - quvvatini, organizmni uzoq muddat sog'lom bo'lib turishini aniqlab, hisobga olish kerak.

Organizmning bir butunligini hisobga olish kerak, chunki a'zolar va sistemalar bir-biri bilan chambarchas bog'langan, ularning kompensator mexanizmlari sog'likni uzoq muddat saqlash uchun bir-birini to'ldirib turadi.

Shifokor bemorning anamnezini va kasallikning klinik kechishini sinchiklab tahlil qilgandan so'ng, umumklinik tekshirishlarni asosi bo'lgan ko'rish usuliga alohida ahamiyat beradi. Shifokor bemorning yurish-turishiga, so'zlashishiga va uning xulq-atvoriga baho beradi. Bemorning tez so'zlashishi, keskin harakati, imoishoralari, asab sistemasining buzilganligini ko'rsatadi. Bemorning og'rikan tomoniga yonboshlab, oyog'ini tizza va tosh - son bo'g'imlarida bukib, tanasiga keltirib, majburiy holatda yotishi, yallig'lanish jarayonining paranefrit sohasida ekanligini tasdiqlaydi. Bemorni yaqqol notinchligini ko'rish, uning og'riqni yengillashtirish uchun o'ziga qulay holat topolmasligi, buyrak sanchig'iga xos alomatdir. Bemorning o'tirishdan vertikal holatiga o'tishining qiyinchilik bilan bo'lishi osteoxondroz borligini tasdiqlaydi.

Terini va ko'rinib turgan shilliq qavatining oqarib yoki biroz sarg'ayib ko'rinishi og'ir buyrak kasalliklarining borligidan dalolat beradi. Terini quruq yoki ortiqcha terlashi organizmda suv yoki modda almashinuvini buzilganligi, har xil sababli intoksikatsiyaning borligi hamda endokrin sistemasining buzilganlik holatini namoyon qiladi.

Kasallikning kechishi qanchalik bemor hayotiga xavf solayotganligiga qarab, bemorning umumiy holatini og'ir va o'ta og'ir darajada ekanligiga baho beriladi.

Bel sohasida shish, terining qizarishi, shikastlangandan so'nggi belgilar, avval qilingan operatsiyadan so'nggi chandiq va oqma yaralarning borligini aniqlash

mumkin. Qorin sohasi ko'rilganda buyrakdagi katta o'smalar, polikistoz va gidronefroz hisobiga bel sohasini assimetrik ekanligi ko'rinadi.

Siyishning buzilishi natijasida qovuq siydik bilan to'lib turganda qov sohasida shish borligini ko'rish mumkin. Erkaklar tashqi jinsiy a'zolarini ko'rganda, bemorni gorizontaal va vertikal holatlarida ko'rish kerak. Gidrotsele va varikotseleda bemorni vertikal holatida tekshirilsa, yorg'oq hajmini aniqlash osonroq bo'ladi.

Jinsiy olatni tekshirganda, kertmak qopini ochib olat bosh qismini va kertmakni ichki yuzasini albatta to'la ko'rish mumkin. Fimoz bo'lganda kertmakni tashqi teshigi torayishida, olatning bosh qismini ochishning iloji bo'lmaydi.

Paypaslash umumlik tekshirishlarning asosiy usuli bo'lib hisoblanadi. Terini paypaslab uning namligini, haroratini, shishining borligini aniqlash imkonini beradi. Qorinning oldingi devorini paypaslash mushaklarni taranglash darajasini va unda og'riqning borligi aniqlanadi. Bemorni chalqanchasiga yotqizib, yonboshlatib va tik turgizib buyrak paypaslanadi. Paypaslayotgan vaqtda shifokorning qo'li issiq bo'lishi kerak. Buyraklar tananing astenik tuzilishida yoki buyrakning kattashlashgan vaqtida paypaslanadi.

Erkaklar tashqi jinsiy a'zolarida o'zgarish. Jinsiy olat (penis) toq a'zo bo'lib, jinsiy aloqani bajarish, eyakulyatni o'tkazish va siydikni chiqarish uchun xizmat qiladi.

Olatning tuzilishi - olatning bosh qismi, o'zagi va tanasidan iborat. Jinsiy olat ikki qismdan tashkil topgan bo'lib, uning g'ovaksimon va spongioz tanalari mavjud. Erkaklar jinsiy olatini erektsiya vaqtidagi uzunligi 13 - 16,6 smga teng. Erkaklar jinsiy olatini erektsiya vaqtidagi eng kichkina hajmi 9 smgacha bo'ladi. Erkaklar jinsiy olatini eng kichkina hajmi bo'lganligini, yashirin jinsiy olat alomatidan qov sohasidagi yog' kletchatkasini haddan tashqari rivojlanganida hamda gipertrofiyaga uchragan uzun kertmakdan farq qilish zarur.

Yorg'oq (scrotum) toq teri - mushak qopchasidan iborat bo'lib, unda moyaklar, ularning ortig'i hamda urug' chiqarish kanalini distal qismi joylashgan. Yorg'oqning terisi jinsiy olat, oraliq va sonning terisiga o'tadi. Yorg'oq terisi pigmentlashgan bo'lib, ko'p miqdorda teri va yog' bezchalaridan iborat. Yupqa bo'lgan yorg'oq terisi, mushak pardasi (tunica dartos) bilan bir butun bo'lib yopishib ketgan. Mushak pardasi ko'p miqdorda yassi mushak va elastik tolalardan iborat bo'lib, chov va oraliq sohalari teri osti to'qimalarining davomi bo'lib hisoblanadi. Mushak pardasi qisqarganda, yorg'oq xaltasi kichkina hajmda bo'lib, terisi ko'ndalang qavat-qavat burmachalardan iborat bo'ladi.

Mushak pardasining ichki yuzasi moyakning umumiy qin pardasi bilan qoplangan bo'lib, parietal va vistseral varaqlaridan iborat. Odatda, bu varaqlar orasida biroz miqdorda suyuqlik bo'ladi. Mushak pardasi va mushaklar orasida moyakni ko'taruvchi (m.cremaster) bo'lib, moyak va urug' tizimchasini o'rab turadi, shu yerda yumshoq kletchatka qavati joylashgan bo'lib u bevosita jinsiy olatga o'tadi. Bu kletchatka orqali yallig'lanish infiltratsiyasi osonlik bilan bir sohadan ikkinchi sohaga bemalol o'tadi. Yorg'oq qon-tomirlari yaxshi rivojlangan bo'lib, jinsiy arteriyani tashqi va ichki hamda pastki nadchrevnoy arteriyalar orqali ta'minlangan. Bundan tashqari qorin aortasidan chiqqan qon-tomir ko'p moyak arteriyalar anastomozlarini tashkil qiladi. Yorg'oq venalari urug' tizimchasining venasi hamda tashqi jinsiy va pastki to'g'ri ichak venalariga o'tadi. Limfaning oqishi

chov limfa tugunlariga quyulishi bilan ajraladi. Yorg'oqning innervatsiyasi bel chigalidan hamda yonbosh chov nervi orqali bajariladi, qon-tomir bilan ta'minlanishi va innervatsiyasi yaxshi bo'lishi hamda yorg'oqning yuqori darajadagi elastikligi xususiyatlarini hisobga olish, jinsiy olat va siydik chiqarish kanalini plastik xirurgiyasini bajarishga imkon beradi. Moyaklar erkaklar organizmida ikki asosiy vazifani bajaradi: germinativ va ichki sekretsiya bo'lib, erkaklar jinsiy garmonlarini ishlab chiqaradi, bu garmonlarning orasida testesteron muhim hisoblanadi. Spermatogenez uchun normal haroratni moyakning anatomik joylanishi hisobiga hamda moyak vena chigallarining issiqlik rejimini ta'minlab turish mexanizmiga bog'liq.

Yorg'oqni tekshirganda uning hajmiga, osilib turish darajasiga, yorg'oq terisini pigmentatsiyasiga, qat-qat bo'lib turmalanib turishini yaqqol ko'rinishiga yoki yo'qligiga diqqat-e'tibor berish kerak, chunki bu organizmda androgenlarning yetishmovchiligidan darak beradi yorg'oq atoniyasi. Moyak va uning ortig'ining joylanishini, ularning hajmini va konsistentsiyasini aniqlash lozim. Odatdagi, normal moyaklar elastik konsistentsiyaga ega. Moyaklarni o'lchash uchun testometr va orxidometrlar mavjud.

18 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan erkaklar moyagi normal holatda: uzunligi 4-5 sm, qalinligi 2,5-3 sm bo'lib, o'rtacha hajmi 18 mlga teng. Odatdagi holati 12 dan 30 mlgacha bo'lib hisoblanadi. Spermatozoidlarni ishlab chiqarilishi bilan testikulyar hajmi korrektsiyalanadi. Normal testikulyar hajmi azoospermiya kombinatsiyasi bilan birgalikda kelsa, bepushtligini obstruktiv formasi borligiga guvoh bo'ladi. Agar moyakning ko'ndalang hajmi 2,5 smdan kichik bo'lsa moyak giportrofiyasi yoki gipoplaziyasi deb hisoblanadi.

Normal erektsiyadan tashqari, olatning kattalashishi o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. Olatni kattalashishi, taranglashishi, paypaslaganda esa og'riqni yo'q bo'lishi priapizmni alomatlaridan bo'ladi. Bunda olat terisi o'zgarmaydi uning bosh qismi taranglashmaydi. Priapizmning olatni shikastlanganligidan farqi shundan iboratki, olat hajmi kattalashadi, shishgan bo'ladi, ko'rinishi jigarrang ko'kimtir rangda bo'lib, paypaslaganda og'riq bo'ladi. Kavernoza tanalaridan birining oq pardasi yorilgan bo'lsa, uning qarama-qarshi tomoniga olat qiyshaygan (yorilgan sohada qon to'planib gematomaning hosil bo'lishi) bo'ladi.

Olatning qiyshayishi tug'ma bo'lib, ko'pincha kavernoza tanalarining birida to'la yetishmaganligiga sabab bo'ladi. Bu hollarda olatning og'riqsiz qiyshayishi erektsiya va tinch turgan vaqtda kuzatiladi. Og'riqni erektsiyadan tashqari va erektsiya vaqtidagi og'riqning kuchayishi Peyroni kasalligining borligini aniqlashga imkon beradi (olatning fibroblastik induratsiyasi). Peyroni kasalligiga xos belgilarni, kavernoza tanasida ko'ndalang joylashgan, qattiq konsistensiga o'xshash joylarini erektsiya bo'lmagan vaqtda paypaslab aniqlash mumkin.

JINSIY OLATNING HAJMI. Tug'ma mikropenis testesteron fetal yetishmovchiligi natijasida hosil bo'ladi. Buyrak usti bezi po'stlog'i giperaktivligi moyak interstitsial hujayralar o'smasining birgalikda bo'lishi megalopenis alomatini keltirib chiqaradi.

Yorg'oqning kattalashishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Yorg'oqni paypaslaganda og'riq bo'lsa, ayniqsa tana harorati yuqori bo'lishi, yallig'lanish jarayonining moyak va uning ortig'arida ekanligini bildiradi.

Agar og'riq aniqlanmasa, bemorda ikki tomonlama gidrotsele yoki teri berchligi borligi to'g'risida xulosa chiqarish mumkin. Ko'pincha yorg'oqning kattalashishi, yurak qon-tomir yetishmovchiligining dekompensatsiya davrida kuzatiladi.

Yorg'oqning bir tomonida shish va og'riq bo'lsa, gidrotseleni yallig'langanligini yoki o'tkir epididimit, o'tkir orxitning borligini tasdiqlaydi.

Yorg'oqning bir tomonida og'riqsiz shishning bo'lishi gidrotsele yoki surunkali orxoepididimitni (nospetsifik yoki tuberkulyoz) yoki moyak o'smasi, o'smada kam hollarda ikki tomonlama yorg'oq kattalashishi mumkin. Olat va yorg'oqni umumiy kattalashishi, induratsiyasi va shishi bilan bo'lishi jinsiy a'zolarining slinovostida kuzatiladi.

Ko'rib va paypaslaganda yorg'oq terisida uzum shingiliga o'xshash hosila odatda chap tomonda, ayniqsa yoshlarda aniqlansa, tik turgan vaqtda yo'q bo'lishi yotgan vaqtda kichkina bo'lishi, urug' tizimchasining venalarini kattashlashganligini ko'rsatadi. Ikki tomonlama moyakni yorg'oqda yo'q bo'lishi ikki tomonlama kriptorxizm yoki moyaklar ageneziasining borligidan dalolat beradi. Yorg'oqda moyakning bir tomonda bo'lishining aniqlanishi, boshqa ikkinchi tomonida kriptorxizmni borligini tasdiqlaydi. Bemorlar ayniqsa, ko'p hollarda yosh bolalar, tashqi jinsiy a'zolarida o'zgarishlarning borligiga shikoyat qilmaydilar, shuning uchun shifokor uning ota-onasi bilan suhbatlashib, sinchiklab anamnezini aniqlab, albatta tashqi jinsiy a'zolarini tekshirishlari kerak bo'lali.

F I M O Z – kertmakning torayishi bo'lib, kertmak xaltasidan, olat boshini ajratib chiqarish qiyin bo'ladi. Fimoz bo'lganda ko'pincha balanopostit kuzatiladi. Agar kertmakning teshigi haddan tashqari toraygan bo'lsa, siydikning tutilishi hamda ureterogidronefrozni kuzatish mumkin. Fimoz olat o'smasini keltirib chiqarishga sabab bo'lishi mumkin.

Fimoz tug'ma yoki hayoti davrida orttirilgan bo'lishi mumkin. Yosh bolaning birinchi yili yashash davrida tug'ma fimoz *balanopostit* yoki qandli diabet tufayli paydo bo'lsa, uni orttirilgan fimoz deb ataladi. Bundan tashqari kasallikning atrofik yoki gipertrofik formalari mavjud.

Kasallikning diagnostikasi bemorning shikoyati, anamnezi va ko'rib, tekshirish orqali aniqlanadi.

Fimoz bilan xastalangan bemorlar davosi jarrohlik usuli bilan amalga oshiriladi. Agar bemor og'riqni oraliq sohasida, olat bosh qismida, moyak va uning ortiqlari sohasida sezayotganligi bo'yicha shikoyat qilsa, lekin shifokor uning sababini aniqlay olmasa, shuni esdan chiqarmaslik kerakki, prostata bezi yoki urug' pufakchalarida bo'lgan yallig'lanish jarayonining og'riqli irraditsiyalari bo'lishi mumkin. Bu hollarda rektal tekshirishlarni o'tkazish lozim. Bundan tashqari xuddi shunday og'riqlar umurtqa pog'onasi yoki orqa miya kasalliklarida ham bo'lishi mumkin.

Urologik kasalliklarning alomatlarini olti guruhga bo'lish mumkin:

1. Erkaklar tashqi jinsiy a'zolarini o'zgarishi;
2. Umumiy ko'rinishi;
3. Og'riq;
4. Siyishning buzilishi;
5. Siydikning o'zgarishi;

6. Siydik chiqarish kanalidan patologik ajralmalarning chiqishi va spermaning o'zgarishi.

U M U M I Y K O' R I N I S H I. Umumiy ko'rinishga tana haroratining ko'tarilib turishiga, kasalliklarda tana vaznining kamayib ketishi va erkaklarda ginekomastiyaning bo'lishiga aytiladi. Tana haroratining 38-40° gacha ko'tarilishi o'tkir piyelonefrit yoki o'tkir prostatit bo'lgan bemorlarda kuzatilib, ko'pincha qaltiroq, titroq bilan kuzatiladi. Agar katta yoshdagi bemorlarda bu alomatlar boshqa kasalliklar belgilari bilan birga kelib ma'lum bir joyda og'riq va tez-tez siyishlar bo'lsa, go'dak va undan kattaroq yoshdagilarda esa, o'tkir piyelonefrit ma'lum bir joy alomatlarisiz kuzatiladi. Ko'pincha «tushunib bo'lmaydigan» tana haroratining ko'tarilishi bolaning rivojlanishida ko'p yillar kuzatilib, hattoki katta yoshigacha davom etsa, bunday bemorlarning umumiy amaliyot shifokorlari ko'pincha o'tkir respirator infeksiya yoki qandaydir boshqa kasallik ekanligini, lekin bu urologik kasallik emasligini unutmash kerak.

Xuddi shunday tana haroratining ko'tarilishi, moyak va uning ortig'ining o'tkir kasalliklarida kuzatilishi mumkin. Surunkali buyrak yetishmovchiligi tobora zo'riqib borishida, tana vaznining kamayib borishi kuzatiladi, bolalarda esa tana vaznining kamayib borishi yoki uning yoshiga nisbatan ko'rinishi kichik bo'lsa, shifokor bemorning siydik yo'llarida surunkali infeksiyani yoki siydik yo'llari obstruksiyalarning borligiga shubha qilish kerak. Prostata bezi raki sababli esterogenaterapiya olayotgan bemorlarda ginekomastiya kuzatilishi mumkin, davolash natijasini bir vaqtda prostatospetsifik antigenini aniqlash bilan o'tkazilishi katta ahamiyatga ega.

Moyakning Sertoli hujayralarining o'smasida yoki Klaynfelter sindromi ko'rinishida ginekomastiya bo'lishi mumkin.

O G' R I Q. Urologik kasalliklarda og'riq o'tkir yoki o'tmas bo'lishi mumkin. Bel sohasidagi og'riq ko'pincha buyrak kasalliklarida uchraydi, siydik nayi kasalliklarida og'riqning irradiatsiyasi chov sohasiga beradi, qov sohasida og'riqning bo'lishi qovuq kasalliklariga xos, og'riq oraliq sohasida bo'lsa, ko'pincha prostata bezi va urug' pufakchasi kasalliklarida uchraydi.

Og'riqni sezish harakteriga, uning joylanishiga va irradiatsiyasiga, ularning kelib chiqish sharoitini aniqlash, to'g'ri tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyatga ega.

Katta yoshdagi bolalar, bel sohasida bolayotgan chiqayotgan og'riqlar joyini yetarli darajada, siydik nayi yoki jinsiy a'zolarida ekanligini aniq ko'rsata olmaydilar. Ko'pincha kichik yoshdagi bolalar bo'layotgan og'riqlarni qayerdaligini ko'rsata olmay yig'lab, injiqlanib bayon qiladi. Ko'pincha ulardan og'riqni qayerda deb so'rasha, qornini ko'rsatadilar.

Buyrakdan chiqayotgan og'riq impuls retseptorlari, arteriyalarning ichki pardasida, buyrak fibroz pardasida va buyrak jomida joylashgan bo'ladi. Qabul qilingan qitiqlovchi impulslar aorta-buyrak gangliyalari chrevnoy tuguni hamda ko'proq kichkina cherv nerv orqali o'tkaziladi. (segmetar innervatsiyasi Th – S).

Siydik nayi qitiqlovchi impulsleri simpatik sistema orqali o'tkazilsa, qitiqlovchi impulsler siydik nayi orqali simpatik sistemasiga qisman uning distal qismi parasimpatik aorta-buyrak gangliyasiga, ovarial (spertmatik) podchrevnoe va

tos nerv chigaliga o'tadi. (Segmentar innervatsiyasi L1 – L2). Siydik nayining yuqori 1/3 qismidan og'riq chervya (mezogastriya) va yonbosh sohalarida ko'rinadi, siydik nayining 1/3 o'rta qismidagi og'riq chov sohasiga, siydik nayining 1/3 qismidagi og'riq jinsiy a'zolarga o'tadi.

Siydik nayi bo'ylab og'riqlar irradiatsiyasiga qarab toshning qayerda joylashuanligini aniqlashga imkon beradi. Agar og'riq olatning bosh qismiga irradiatsiya bersa, tosh siydik nayining intramural sohasida, ya'ni qovuqqa tushish oldida bo'lishi mumkin. Og'riqli impulslar qovuqdan asosan Lyeto uchburchagidan (siydik chiqarish kanalining tashqi hamda siydik chiqarish kanalining ichki teshigidan) chiqib qorin devori nervlari (segmentar innervatsiyasi Th₁-L₁) orqali simfiz usti sohasida namoyon bo'ladi. Prostata bezi va siydik chiqarish kanalining orqa bo'limidagi og'riqlar, sakral nervlar orqali o'tib (parasimpatik innervatsiyasi L_{iv} – S_{iv} segmentlar), og'riqning joylashuvi oraliq va to'g'ri ichakda bo'ladi.

Moyakdan og'riq sakral nervi orqali S₁ – S₄ segmentlariga, genitofemoral nerv orqali S₁ – S₂ hamda testikulyar chigaliga Tx ga o'tadi.

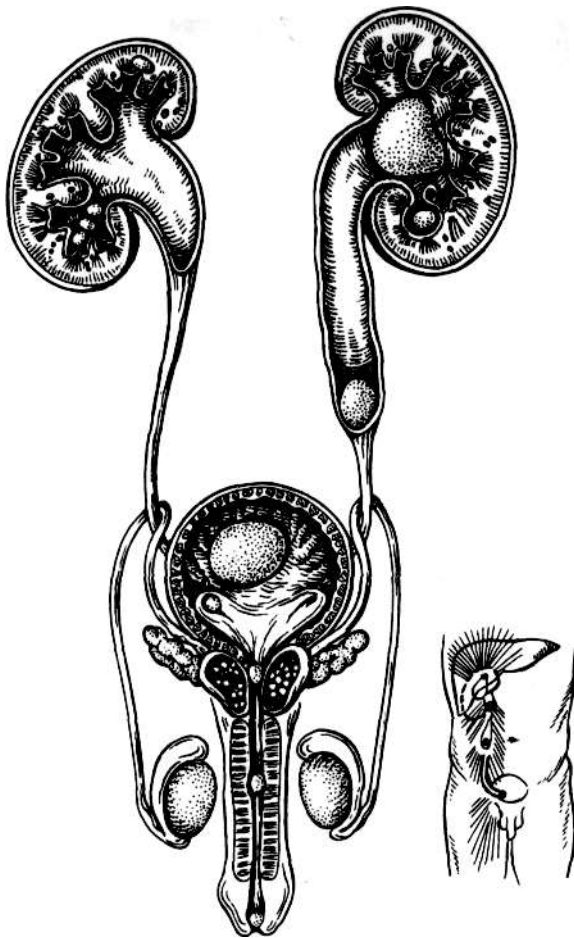
Urologik a'zolarning shunday keng innervatsiyasi boshqa a'zolarga og'riq berish imkonini yaratilishi, irradiatsiya og'riqlarini hamda vegetativ buzilish alomatlarini keltirib chiqaradi.

Urologik kasalliklar alomatlaridan eng harakaterilisi buyrak sanchig'idir. Yuqori siydik yo'llarida birdaniga siydik oqishning buzilishi buyrak sanchig'ini paydo qiladi. Bu hollarda buyrak jomida birdaniga bosimning oshib ketishi, buyrak jomi baroretsetorlarining qabul qilishiga olib kelib, bu orqa miyaning tegishli segmentiga, hamda bosh miya po'stlog'iga o'tib, og'riqni hosil qiladi. Buyrak kosachasi jomi va siydik nayi mushaklari toshni o'rnidan siljitish uchun qisqarganda siydik yo'llarida, to'siqning ustida yanada ko'proq bosim ko'tariladi. Buyrak kosacha va jomlarida bosimning yanada ko'tarilishi buyrak qon-tomirlarida reflektor qisqarish (birinchi navbatda arteriyalarda) bo'lib, orqa miyaga qitiqlash impulslari ko'p miqdorda boradi va og'riqni kuchaytiradi. Buyrak parenximasida shish bo'lishi, buyrakni kattashlashtirib fibroz pardasini taranglashtiradi va unda retseptorlarni ko'p miqdorda bo'lishi og'riqni yanada kuchaytiradi. Bu esa og'riqli impulslarni yanada ko'paytiradi.

Buyrak sanchig'ini ko'pincha quyidagi sabalar chaqiradi: buyrak va yuqori siydik yo'llaridagi toshlar, toshni maydalangandan so'nggi tuzlar to'plami, mayda toshlar, siydik bilan chiqayotgan tuz konglomeratlari, birdaniga siydik nayining bukilib qolishi, qon laxtaklari, shilimshiq to'plamlari, yiringli massalar hamda siydik nayining allergik shishlari.

Og'riq to'satdan bel va qovurg'a osti sohalarida boshlanib, siydik nayi orqali qov, chov va tashqi jinsiy a'zolarga, sonning ichki yuzasiga, og'riqlar uretra sohasida ham seziladi va tarqalib ko'pincha tez-tez siyish bilan kuzatiladi.

Bu alomatlar buyrak sanchig'iga xos bo'lib, obturatsiya, siydik nayining pastki qismida ekanligini ko'rsatadi. Buyrak sanchig'i ko'pincha ko'ngil aynish, qusish, ichak parezi va defekatsiya akti bo'lish istagi bilan kuzatiladi. Bu alomatlar quyosh chigali tuguni va qorin pardaning qitiqlanishi sababli hamda buyrak oldi va quyosh nerv chigalini - tugunining bir-biriga yaqin bog'liqligi tufayli yuzaga keladi.



6-rasm. Buyrak sanchig'iga sabablar va og'riqni irradiatsiyasi.

Buyrak sanchig'iga bemorning notinch holati xos bo'lib, u tebranib, o'ziga qulay joy topolmay qiynalib yuradi. Qon-tomir urishida, arterial bosimida, bemorning tana haroratida o'zgarishlar bo'lib turishi mumkin, lekin qonda o'zgarishlar doimo kuzatilmaydi.

Siydik nayining obstruksiyasida ko'pincha bolalarda buyrak sanchig'i 10-15 daqiqadan oshmay ba'zida 1-2 soat (asosan katta yoshdagi bolalarda), tez-tez siyish istagi bilan kuzatiladi. 30% bolalarda buyrak sanchig'i bo'lganda issiq vanna olgandan so'ng darhol og'riqlar qoladi.

Siydikda o'zgarishlar doimo bo'ladi, lekin buyrak sanchig'ining yuqori pallasiga kelganda, siydikdagi patologik o'zgarishlar kuzatilmaslari mumkin, chunki bu davrda buyrak to'la qamali bo'lganligi sababli, siydik nayi orqali qovuqqa tushmaydi. Siydik nayi

qisqarishi bo'shashganda hamda zararlangan buyrakdan siydik qovuqqa oqib o'tgandan so'ng ko'p miqdorda o'zgarmagan eritrotsitlar, leykotsitlar, shuningdek ko'p miqdorda oqsillar va tuzlar paydo bo'ladi.

Siydikning odatdagiday bo'lishi buyrak sanchig'i yo'q ekanligini inkor qilmaydi, shuning uchun diagnostik muolajalar bajarishni talab qiladi - xromosistoskopiya, umumiy va ekskretor urografiya. Buyrak ish faoliyatining og'riq bo'lgan tomonida yo'q bo'lishi, buyrak sanchig'i borligini tasdiqlaydi.

Yosh bolalarda o'zgarib turuvchi gidronefroзда og'riqlar o'tkir bo'lishi mumkin. Shu vaqtning o'zida kattalashgan gidronefrozni paypaslab aniqlash mumkin.

Og'riq shu damda oz vaqt bo'lib turadi. Og'riq pasayishi buyrak hajmining normallasib qolishi bilan kuzatiladi.

Buyrak sanchig'idagi og'riqning joylashuvi boshqa kasalliklarga o'xshashligini kuzatish mumkin bo'lganligi uchun o'tkir appenditsit, oshqozon yarasi teshilishi, ichak tutilishi, mezenterial qon-tomirlar trombozi, bachadon tuxumdonlari o'tkir yallig'lanishi, bachadondan tashqari homila yorilishi, tuxumdon kistasi hamda o'tkir radikulit kasalliklari bilan ajratish tashxisini o'tkazish kerak. Agar og'riqlar birdan moyakda va uning ortig'ida hamda urug' tizmasining buralib qolishida kuzatilsa, bunday hollarda buyrak sanchig'idan ajratish kerak.

O'tmas simillagan og'riqlar buyrak sohasida surunkali piyelonefritda uchraydi. Bu og'riqlarning joylashuvini ko'rsatish uchun bemor qo'lining bosh barmog'ini buyrak sohasiga, ya'ni XII qobirg'a tagiga, shu qo'ning boshqa barmoqlarini esa qorin devorining oldingi yonbosh sohasiga joylashtiradi.

Siyish vaqtida buyrak sohasida og'riq bo'lishi, qovuqdan siydikning buyrak jomiga ko'tarilib quyilish qovuq buyrak jomi refluyksida alomati borligini bildiradi. Bu alomat ko'pincha bolalarda uchrab, siyishning bemalol bo'lishiga qaramay bola siyish vaqtida bel sohasini ushlab yig'laydi. Siyib bo'lgandan so'ng bola tinchlandi. Lekin biroz vaqt o'tgandan so'ng bolaning siyishga istagi bo'lib, og'riqsiz oz miqdorda siydik chiqadi.

UROLOGIK KASALLIKLARNING PEDIATRİK alomatida bemorlar ayniqsa, yosh bolalar buyrak va siydik nayi kasalliklari og'riqlarini interperitatsiya qilish ancha murakkab bo'lib, bolalar qayerda og'riq bo'layotganligini aniq ko'rsata olmay, kindik sohasida ekanligini ko'rsatishadi. Ba'zida yosh bolalarda buyrak sanchig'i peritonizm alomatlari bilan kuzatilganligi sababli ularni xato ravishda operatsiya qilib qo'yish mumkin.

Siydik nayi sohasida bo'lgan har qanday og'riqlarning irradiatsiyasi yuqoridan pastga bo'ladi, yani bel sohasining o'ng yoki chap tomonida og'riqlar boshlanib qovuqqa va jinsiy a'zolarga beradi. Qovuq sohasidagi og'riq shu kasallikning ko'rinishi bo'lishi yoki buyrak, siydik nayi, prostata bezi, siydik chiqarish kanali, ayollar jinsiy a'zolari va dumg'aza kasalliklarining ko'rinishi bo'lishi mumkin. Agar qovuq sohasidagi og'riq uning kasalligi tufayli bo'lmaganligi aniqlansa, unda yuqorida ko'rsatilgan a'zolar kasalliklari sababini aniqlash zarur. Surunkali kasalliklarda qovuqning yallig'lanish darajasiga qarab og'riqlar doimiy, ba'zida siyish istagi iztirobli og'riqlar bilan kuzatiladi. Og'riqlar qovuq sohasida, chuqur kichkina tos sohasida bo'ladi. Og'riq paydo bo'lishi siyish boshlanishi oldida - qovuq devorining qisqarishida yoki siyish vaqtida, ko'pincha siyishning oxirida kuzatiladi. Og'riqni siyish aktining oxirida bo'lishing sababi qovuqning o'tkir yallig'lanishi hisoblanadi. Og'riq harakat vaqtida bo'lib, tinchlangan vaqtida yo'q bo'lib ketishi, ko'pincha qovuqda toshlar joylarining o'zgarib turishi sababli bo'ladi.

Qov sohasida og'riq bo'lishi siydikning tutilishida ham kuzatiladi. Surunkali siydik tutilishida qorinning pastki qismida og'riq borligi seziladi. Siydikning o'tkir tutilishida og'riq qattiq bo'lib, chidab bo'lmaydigan darajada kuzatiladi. Ayollarning jinsiy a'zolaridagi yallig'lanish kasalliklari qovuq sohasidagi siyish aktining buzilishi bilan kuzatilishi mumkin. Yosh bolalarda qovuqdagi og'riq, ko'pincha shu a'zoning kasalligi tufayli vujudga keladi. Ko'pincha o'tkir og'riqlar, o'tkir sistit va qovuqda tosh bo'lganda kuzatiladi. Bu og'riqlar siyish akti oxirida kuchayadi. Qovug'ida tosh bo'lgan yosh bolalar jinsiy olatning bosh qismida og'riqlar borligiga shikoyat qilib, siyishdan oldin og'riq pasaytirish uchun jinsiy olatning bosh qismini bosib turadi. Siydik chiqarish kanalida og'riq yallig'lanish jarayoni hamda siydik chiqarish kanali bo'ylab tosh va tuzlar o'tayotgan vaqtida bo'ladi. Og'riq siyish boshlanishida, uning oxirida yoki siyish akti boshidan oxirigacha kuzatiladi. O'tkir uretritda og'riqlar sanchikli va iztirobli bo'ladi, surunkali uretritda esa og'riqlar kuchli bo'lmasdan, siydik chiqarish kanalida, achishishga o'xshagan og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riq siyish akti bilan bog'liq bo'lmay, kollikulitda doimiy og'riqlar (urug' do'ngligining hamda siydik chiqarish kanalining orqa bo'limida) kuzatilishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limi kasalliklarida, og'riqlarning joylashuvi oraliqda bo'ladi. Bu og'riqlar moyaklarga, prostata bezi paypaslanganda olat bosh qismi va qov qismlariga berishi mumkin. Og'riqlar o'tkir prostatitda oraliq sohasida sanchikli bo'lib, defekatsiya aktida kuchayadi. Prostata bezi rakida og'riqlar irradiatsiyasi

dumg'aza, bel va son sohalariga berishi mumkin. Xuddi shunday og'riqlar prostata bezi raki metastazalarida ham kuzatilishi mumkin.

Og'riqlar oraliqda, to'g'ri ichakda va orqa teshikda bo'lganda barmoq bilan to'g'ri ichakni tekshirish muhim diagnostik usul bo'lib, prostata bezi va urug' pufakchalarida og'riq borligini aniqlashga imkon beradi. Bu tekshirish orqali yana oraliqda bo'lgan og'riqlar sababini, Kupferov bezi yallig'lanish (bulbauretral), dumg'aza kasalliklarini, to'g'ri ichak polipi va paraproktitlarni aniqlashga imkon beradi. Anus teshigini ko'rish va rektoromanoskopiya qilish anus va to'g'ri ichak kasalliklarini inkor qilish uchun asos bo'ladi.

Erkaklar jinsiy a'zolari og'riqlari yorg'oqda sezilib, urug' tizimchasi orqali chov va bel sohalariga kuzatiladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni moyak va uning ortig'idagi og'riqlar kuchli intensivli og'riqlar bilan kuzatilib, bemor harakat qilganda og'riqlar yanada kuchliroq bo'ladi. Xuddi shunday og'riqlar moyakning va urug' tizimchasining buralib qolishida paydo bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolarning surunkali kasalliklarida og'riqlar ancha kuchsiz bo'lib, ba'zida yorg'oq sohasida og'irlikni sezadi. Agar bemorda og'riqqa shikoyatlari bo'lib, tashqi jinsiy a'zolarida ko'rinarli o'zgarishlar bo'lmasa bu hollarda og'riqlarning irradiatsiyasini prostata bezi, urug' pufakchalari, qovuq va buyraklardan emasligini inkor qilish kerak. O'tkir og'riqlar jinsiy olatning «sinishida» (uning oq pardasining yorilishida), kavernoza tanalarining va olatning bosh qismi yallig'lanishida, olatning og'riqli taranglashuvi priapizmida kuzatiladi. Simillagan og'riqlar va jinsiy olatning qiyshayishi olatning fibroz induratsiyasida Peyroni kasalligi kuzatiladi.

SIYISHNING BUZILISHI. Sog'lom kishi bir kecha-kunduzda iste'mol qilgan suyuqlikning 1500 ml – ya'ni 75%ini siydik bilan ajratib chiqaradi (qolgan 25% o'pka, teri va ichak orqali chiqadi). Bir kecha kunduzda siyish soni 4-6 martagacha bo'ladi. Siygandan so'ng qovuq to'la bo'shaydi. Siyish akti 20 sekundgacha kuzatiladi, normada siydik oqimi tezligi erkaklarda 15-25 ml/s, ayollarda 20-25 ml/s teng. Erkaklarda siydik oqimi parabolasida ancha masofaga boradi.

Odamlarda siyish akti kishining xohishiga bog'liq. Siyish akti markaziy nerv sistemasining impulsi ta'sirida boshlanadi. Hattoki qovuq siydik bilan to'lib turgan vaqtda ham siyish istagini to'xtatish mumkin. Siyayotgan vaqtda ham siyish istagini tegishli impulslar bilan to'xtatish mumkin bo'ladi.

Qovuqning fiziologik hajmi 250 - 300 ml.ni tashkil qiladi, ba'zida bir qancha faktorlar ta'sirida (tabiat muhitining temperaturasi va namligi, kishining emotsional holati) uning hajmi o'zgarib turishi mumkin.

Siyish akti buzilishida (dizuriya) birinchi navbatda uning tez-tez bo'lishi - pollakiuriya deb ataladi. Bu alomat pastki siydik yo'llari va prostata bezi kasalligiga xos. Har bir siyishda oz miqdorda siydik ajralib chiqadi, bir kecha-kunduzda ajralib chiqqan siydik miqdori odatdagidan, ya'ni normadan oshiq bo'lmaydi. Agar tez-tez siyish ko'p miqdorda siydik ajralib chiqishi bilan kuzatilsa, bir kecha-kunduzda ajratilgan siydik miqdori normadan oshib ketadi, bu esa siydikni ajralib chiqish mexanizmi buzilishi bo'lib hisoblanadi (diabet, surunkali buyrak yetishmovchiligi va boshqalar). Bir kecha-kunduzda haddan tashqari tez-tez, ko'p siyish 15-20 marta va undan ortiq bo'lishi mumkin. Pollakiuriya ba'zida qat'iy buyruq (imperativ) tarzida siyish istagi bo'lishi bilan kuzatiladi. Tez-tez siyish faqat kunduzi va harakat qilganda

bo'lib, kechasi va tinchlangan vaqtda yo'q bo'lsa qovuqda tosh bo'lganda kuzatiladi. Tundagi pollakiuriya ko'pincha prostata bezi o'smalarida uchraydi. Qovuqning surunkali kasalliklarida hamda diuretiklarni qabul qilganda doimo pollakiuriya kuzatiladi. Ko'pincha pollakiuriya og'riqlar bilan namoyon bo'ladi.

Pollakiuriya normadan tashqari holat bo'lib, oz siyish, bu ko'pincha qovuq innervatsiyasi buzilishi bo'lib, orqa miya shikastlanganida, uning kasalliklarida uchraydi.

Nikturiya yoki tungi pollakiuriya, tungi diurezni miqdori kunduzgi siydik miqdoridan ko'proq bo'lib, siyish soni ham ko'payadi. Nikturiya – yurak qon-tomir yetishmovchiligida, diabet va prostata bezi kasalliklarida uchraydi.

Stranguriya – siydikning qiyinchilik bilan chiqib, siyishning tez-tez va og'riqli bo'lib chiqishidir. Stranguriyada bemor qovuqda spazmli qisqarishlar bo'layotganligini sezadi, ba'zida siyish istagi bo'lib turishiga qaramay siydik chiqmay yoki oz miqdorda siydik chiqish bilan kuzatiladi. Odatda stranguriyada siyish istagi qat'iy buyruq tarzida (imperativ) kuzatiladi. Ayniqsa, stranguriya qovuqda patologik jarayonlarning bo'lishida yaqqol ko'rinadi.

SIYDIK TUTA OLMASLIK. Siyish istagisiz siydik chiqib turishi siydikning chiqib ketishi uretra orqali yoki uning ishtirokisiz ya'ni uretradan tashqari bo'lishi mumkin.

Uretra orqali siydik tuta olmaslik quyidagilarga bo'linadi:

- stress sababli zo'riqishda siydik tuta olmaslik.
- urgentli (imperativ-qat'iy buyruq tarzida siyish istagi bo'lishi) kuchli ushlab tura olmagan darajada siyish akti bo'lishi.
- siyish istagi bo'lmagan vaqtda qovuqning to'lib turganida hamda surunkali siydik tutilganda siydik ushlab tura olmaslik.

Stress sababli siydikni ushlab tura olmaslikning asjsiy sababi, siydik yo'llarida anatomik bir butunligi buzilmagan bo'lib, qovuq sfinkterining yetishmovchiligi tufayli siydikni ushlab tura olmaydi. Haqiqiy siydik ushlab tura olmaslik har doim bo'lib yoki ba'zida tanani ma'lum holatda bo'lishiga sabab bo'lib (masalan – tanani vertikal holatga o'tganida) ko'p jismoniy zo'riqishda yoki yo'talganda, kulganda, chuchkirgan vaqtlarida kuzatiladi. Tos tubi mushaklari kuch-quvvatining pasayganida, qovuq sfinkterining sustlashganida qinning oldingi devori va bachadonning pastga tushishi sababli jismoniy zo'riqqanda, yo'talganda, kulganda ayollarda siydikni ushlab tura olmaslik kuzatiladi.

Ayollarda klimakterik davrida garmonal disfunktsiya tufayli sfinkter diskordinatsiyasi hamda detruzorni ish faoliyatining buzilishi, stress kabilar siydik tuta olmaslikka olib keladi. Ixtiyorsiz uretradan tashqari («soxta») siydikni tuta olmaslik tug'ma yoki siydik nayi, qovuq yoki siydik chiqarish kanalining orttirilgan nuqsonida kuzatiladi.

Tug'ma nuqsonlarga qovuq ekstrofiyasi, epispadiya, siydik nayi tashqi teshigining uretra yoki qinga bo'lgan ektopiyasi hamda uretorektal oqma yaralari kiradi.

Quyida ko'rsatiladigan sabablar faqat yosh bolalarga xos. Orttirilgan nuqsonlar uretradan tashqari, siydik tuta olmaslik hamma vaqt shikastlanishga bog'liq. Bu hollarda siydik yo'llarining bir butunligi buzilib oqma yaralar hosil bo'ladi, qo'shni

a'zolarga ochiladi, ko`pincha qinga, ba'zi hollarda to'g'ri ichakka ochiladi (siydik nayi qin, qovuq – qin, qovuq - to'g'ri-ichak, uretorektal oqma yaralar).?

Urgent sababli siydik ushlay olmaslik, bu siydik qovuqda ushlab tura olmaslik – qat'iy buyruq (imperativ) tarzida bo'lgan siyish istagini ushlay olmaslikdir.

Urgent sababli siydik ushlay olmaslik alomatlari quyidagicha: qisqa vaqt ichida tez-tez siyish, urgent (imperativ) siyish istaklari bo'lib turishi, to'satdan kuchli siyish xohishi sababli siydik ushlay olmaslik, ko`pincha tungi pollakiuriyaning bo'lib turishi. O`tkir sistit, qovuq bo'ynining o'sma zararlaganida, ba'zida prostata bezining xavfsiz giperplaziyasida kuzatilishi mumkin. Bog`cha va maktabgacha yoshda bo'lgan yosh bolalar qovug'i to'lishiga qaramay, qiziq o'yinlar bilan ovora bo'lib siyishni unutgan bolalarda siydik ushlay olmasligi kuzatilishi mumkin.

E N U R E Z - tungi siydik tuta olmaslik. Yosh bolalarda 3-4 yil mobaynida fiziologik tungi siyish kuzatilishi mumkin. Agar enurez bu

ndan ko`proq vaqt davom etsa, bu ureterovezikal segmentining neyromuskulyar rivojlanishining kechikishi yoki organik kasalliklarning (pastki siydik yo'llari infeksiyasi, o'g'il bolalarda uretra orqa bo'limida klapanlarning bo'lishi, qiz bolalarda uretraning distal sohasida stenoz bo'lishi, neyrogen qovuq) simptomlari bo'lishi mumkin

Siyishning qiyinchilik bilan bo'lishi bir nechta urologik kasalliklarda kuzatiladi. Bu hollarda siydik oqimi sust, ingichka, pastga qarab oqmay, tomchilab tushadi. Uretra strukturasi siydik oqimi ikkiga bo'linib, buralib-buralib, sochilib chiqadi. Prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi va rakida siydik oqimi ingichka, sust, odatda yoysimon bo'lmay pastga qarab yo'naladi, siyish akti muddati cho'ziladi.

Siydik tutilishi (ishuriya) o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir siydik tutilishi, birdaniga - to'satdan bo'lib, siyish istagi bo'lsa ham bemor siya olmaydi, qovuqda siydik to'lib turadi, qorinning pastki qismida og'riqlar bo'ladi. Ba'zi hollarda siydikning o'tkir tutilishi, siyish istagi bo'lmasa ham kuzatilishi mumkin. Ko`pincha shunday siydikning o'tkir tutilishi har xil operatsiyalardan so'ng, nerv - reflektor, bemorning gorizontol holatlarida hamda kuchli emotsional vaziyatlarda kuzatiladi. Bunday vaziyatlarda siydik tutilishini **anuriya** (qovuqda siydik bo'lmasligi) dan farqlamoq zarur, chunki bunda siyish istagi bo'lmaydi.

Siydik chiqarish kanalida surunkali to'siq bo'lsa, bu siydikning o'tkir tutilishi uchun sabab bo'lishi mumkin. Prostata xavfsiz giperplaziyasi (adenoma), prostata bezi raki, uretra strukturasi, siydik chiqarish kanalida, uning bo'ynida o'sma, toshlar bo'lishi uning sabablari hisoblanadi. Siyish akti bo'lmagan vaqtda kateterizatsiya qilish diagnostika va davolash uchun katta ahamiyatga ega.

Yosh bolalarda qisman siydik tutilish har xil obstruksiyalar hisobiga kuzatilib, infravezikal sohada siydik oqishning buzilishlari sabab bo'ladi (qovuq bo'yni sklerozi, klapan va struktura, qovuq va siydik chiqarish kanali toshlari, katta hajmdagi ureterosele).

Agar qovuqning bo'yin qismida yoki siydik chiqarish kanalida, qisman siydikning oqish uchun to'siq yoki detruzor gipotoniyasi bo'lsa, unda qovuqda qisman siydik qolib (qoldiq siydik) surunkali siydik tutilishini hosil qiladi. Surunkali siydik tutilishi prostata xavfsiz giperplaziyasi, (adenomada) va prostata rakida, qovuq bo'yni sklerozida, uretra strukturasi va boshqalarda uchraydi. Agar normal holatda siyish akti tugagandan so'ng, qovuqda 15-20 ml siydik qolsa, surunkali siydik

tutilishida uning miqdori 100-200 mlgacha ko'payishi mumkin (ba'zida 1 litr va undan ko'proq bo'ladi).

Qoldiq siydikning ko'payib borishi natijasida, qovuq tortilib faqat detruzor parezi bo'lmay, sfinkter ham parezga uchraydi. Bu holatlarda mustaqil siyish to'la bo'lmaydi yoki siyish istagi bo'lganda biroz miqdorda siydik ajralib chiqadi. Shu bilan birga qovuqdan ixtiyorsiz, doimo tomchilab siydik chiqib turadi. Shunday qilib bemorda siydikning tutilishi bilan siydikni ushlay olmaslik ham bo'ladi. Bunday holatni *paradoksal ishuriya* deb ataladi. Bu prostata bezi xavfsiz giperplaziyasining (adenomada) III stadiyasida hamda orqa miyaning shikastlanishida yoki uning kasalligida kuzatiladi.

SIYDIKNING MIQDOR O'ZGARISHI. Sog'lom kishilarda quruq issiq klimatda siydik miqdori ozaygan bo'ladi. Ko'p miqdorda siydikniNG chiqishi, ko'p hajmda suyuqlikni iste'mol qilganda kuzatiladi, bunday holat fiziologik o'zgarishga xos.

Ajralib chiqayotgan siydik miqdorining ko'payishi *poliuriya* deb ataladi. Siydikning nisbiy zichligi past (1002-1012) bo'lsa, bemor 2000 ml va undan ko'proq siydik ajratib chiqaradi. Faqat qandli diabetda siydikning nisbiy zichligi, glyukozaning hisobiga yuqori bo'ladi (1030 gacha). Poliuriya odatda pollakiuriya bilan kuzatiladi. Har bir siyishda ko'p miqdorda siydik chiqadi. Urologik kasalliklarda poliuriya buyrak yetishmovchiligining alomati bo'lib hisoblanadi. Bu holat surunkali piyelonefritda, buyrak polikistozida, prostata bezi xavfsiz giperplaziyasida bo'lishi mumkin.

Poliuriya o'tkir buyrak yetishmovchiligining II davrida kuzatilib, kasallikning ijobiy natija bilan kuzatilayotganligidan darak beradi. Poliuriyani diuretik dori-darmonlar ham keltirib chiqarishi mumkin.

Opsouriya – ko'p miqdorda siydikning kechroq ajralib chiqishi, ya'ni ko'p iste'mol qilgan suyuqlikning bir kecha-kunduzda va undan ko'proq muddatda ajralib chiqishidir. Kasallik ko'pincha yurak yetishmovchiligida kuzatilib, jigar va oshqozon osti bezi kasalliklarining alomati bo'lib hisoblanadi.

Oligouriya – ajralib chiqayotgan siydikning ozayishiga aytiladi. Sog'lom odamlarda diurezning ozayishi (bir kecha-kunduzda 500ml dan kam bo'lmasa) suyuqlikni oz miqdorda iste'mol qilganda uchraydi. Bunday holatlarda siydik ancha kontsertratsiyalashgan bo'lib, nisbiy zichligi yuqori bo'ladi. Oliguriyada bir kecha-kunduzda ajralib chiqqan siydik miqdori 100 mldan 500 mlgacha bo'ladi. O'tkir buyrak yetishmovchiligida oliguriya birdan bir alomatlaridan bo'lib, kasallikni juda og'ir darajada ekanligini alomati bo'lib, natijasi xavfli ekanligini ko'rsatadi. Oliguriyada siydikning nisbiy zichligi past bo'ladi. Oliguriya boshqa urologik kasalliklardan tashqari, ko'p miqdorda suyuqlikni yo'qotadigan hamma patologik holatlarda (ich o'tishi, qayt qilish, qon ketish, ko'p terlash, tana haroratining ko'tarilishi) hamda yurak yetishmovchiligida shishlarni paydo bo'lishida kuzatiladi. O'tkir nefritda oliguriya membrana koptokchalarini filtratsion qobiliyatining buzilishiga bog'liq.

Anuriya - qovuqqa siydikni tushmay to'xtatishi natijasida paydo bo'ladi. Bu holatda buyrak parenximasi siydik ajratib chiqarmaydi yoki yuqori siydik yo'llarida to'siqning borligi hisobiga siydik qovuqqa tushmaydi. Anuriyada esa, siyish istagi

bo'lmaydi, qovuqni kateterizatsiya qilganda biroz miqdorda (20-30 ml) siydik olish mumkin.

Qovuqda siydikni bo'lmasligi uch xil sabablarga bog'liq bo'lib, anuriyaning uchta asosiy shaklini keltirib chiqaradi:

a) prerenal. b) renal sekretor v) postrenal ekskretor.

Anuriyaning arenal shakli asosiy o'rinni egallaydi. Bu buyrakni yo'qligi bo'lib, tasodifan yoki majburiy bitta yagona bo'lgan buyrakni olib tashlaganda kuzatiladi.

Prerenal anuriya ikkala buyrakda to'satdan qon bilan ta'minlanishi yoki yagona buyrakda, buyrak arteriya va venasining oklyuzatsiyasida yoki kollaps, og'ir shok bo'lganda hamda degidratatsiyada uchraydi.

Renal sekretor anuriya o'tkir glomerulonefrit, bir-biriga to'g'ri kelmaydigan qon quyilganda, nefrotoksik zaharlar bilan zaharlanganda, allergik reaksiyalarda, uzoq muddat bosilish sindromida hamda buyrak koptok va naychalar apparatining birlamchi zararlanganida uchraydi.

Postrenal ekskretor anuriya bitta yagona yoki ikkita buyraklardan kelayotgan siydikning to'silishi natijasida kelib chiqadi. Siydik naylarining ikki tomonlama buyrak va siydik naylari toshlari, siydik yo'llari o'sma bilan bosilgan, ginekologik operatsiyalarni bajarayotgan vaqtda tasodifan siydik nayini bog'lab qo'yish natijasida kelib chiqadi.

TAHLILXONA TEKSHIRISH USULLARI. QON TAHLILI.

Urologik kasalliklarida qon tahlili gemoglobinni o'zgarish darajasini, leykotsitlar formulasini hamda leykotsitlar sonini, eritrotsitlar, trombotsitlar, protrombin darajasini, eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlaydi. Qonni biokimyoviy tahlilida bilirubin miqdori, xolesterin, umumiy oqsil va uning faraktsiyalari, glyukoza, jigar sinamallari (timol, sulema, Takata-Ara) aniqlanadi. Olingan natijalar normaga nisbatan o'zgargan bo'lsa, gepatopatiyani har xil darajasining borligini bildiradi. Qon zardobida mochevina va kreatinin miqdorini aniqlash, buyrak summar ish faoliyatini aniqlashga imkon beradi.

Buyrak ish faoliyatini chuqurroq o'rganish uchun, murakkab biokimyoviy tekshirishlar, sutkalik siydikning tahlillari bilan birga olib boriladi. Bunda qonning kislota - asos holati, qon va siydikni ferment va elektrolit tarkibi, klirens kreatini va mochevinani, aminokislotalar ekskratsiyasi va siydikdagi glyukozalar aniqlanadi.

BUYRAKNIHG FUNKSIONAL SINAMALARI. Buyrak organizmidagi azot metabolizmi moddalarini: mochevina, kreatinin, siydik kislota, Purin asoslari va indikanni ajratib chiqaradi.

Bu moddalarning hammasi qoldiq azotni (oqsilsiz) tashkil qilib, qon zardobida uning miqdori 3-7 mmol/l (20-20mg%) bo'lib hisoblanadi.

Qon zardobida buyrak summar ish faoliyatini aniqlashda, mochevina va kreatininlarni aniqlash aniq usullardan biri bo'lib hisoblanadi. Mochevina azoti, qoldiq azotni asosiy qismi bo'lib hisoblanadi. Sog'lom odamning qon zardobida mochevina miqdori 2,5-9 mmol/l (15-50%) tashkil qilib, og'ir buyrak yetishmovchiligida bu raqam 32-50 mmol/l (200-300 mg%)ga chiqishi mumkin. Buyrak funksional ish faoliyatini yanada aniq ko'rsatadigan tekshirishlardan, qon zardobidagi kreatinin miqdori bo'lib, u sog'lom odamlarda 100-180 mmol/l (1-2 mg%)ni tashkil qiladi, buyrak yetishmovchligining og'ir darajasida 720-900 mmol/l

(8-10mg%)ga ko'tariladi. Azot qoldiqlari miqdorining qon zardobida ko'payib ketishi buyrakning azot ajratib chiqish ish faoliyati buzilganligini ko'rsatadi. Ko'pincha buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida buyrak yetishmovchiligi kuzatilib, gomeostaz (organizm ichki muhit muvozanatini ushlab turish) va qon zardobidagi qoldiq azotning miqdorini ancha ko'rsatilishi bilan kuzatiladi. Bir qancha kasalliklarda buyrak funksional ish faoliyatini tekshirish ayniqsa, buyrak yetishmovchilik davrlarini to'g'ri aniqlashni talab qiladi. Shu maqsadda ko'pincha endogen kreatinin bo'yicha ko'ptokchalar filtratsiyasini tozalash koeffitsenti (*klirensi*) tekshirishi qo'llaniladi. Bu metod konsentratsiya indeksini hisoblashga asoslangan bo'lib, siydikdagi kreatinin konsentratsiyasi (U), uning qondagi miqdoriga teng (R). Indeks konsentratsiyasining bir minutdagi diurez (V) miqdoriga ko'paytirilsa tozalash koeffitsenti kelib chiqadi. Klirensni aniqlash formulasi quyidagicha:

$$C = \frac{U \cdot V}{P} .$$

Tozalash koeffitsenti 1 minutda buyrak qancha hajmdagi qonni (ml)da tekshirayotgan moddani ajratib chiqishini ko'rsatadi.

Glomerulyar filtratsiyaning haqiqiy hajmi (F) inulin klirensi yordamida aniqlash mumkin. Klinik amaliyotida endogen kreatinin klirensini aniqlash qulay, chunki tekshirish sikli ancha sodda.

Naychalarda (R) suv reabsorbtsiyasi foizlarda ko'rsatilib quyidagi formulada aniqlanadi.

$$R = \frac{F-V}{F} \cdot 100.$$

Sog'lom odamlarda ko'ptokchalar filtratsiyasi hajmi 120-130 ml/min, naychalar reabsorbtsiyasi esa 98 - 99% ga teng. Buyrak filtratsiyasi va suv reabsorbtsiyasi har bir buyrakni alohida qilib tekshirish mumkin.

Buning uchun siydik naylarini kateterizatsiyasini qilib, ma'lum vaqtda (1 yoki 2 soat) buyraklardan alohida – alohida qilib siydik yig'ish mumkin. Buyrakdan olingan filtratsiya - reabsorbtsiya ma'lumoti funksional tashxisda, buyrak kasalliklari klinikasida katta ahamiyatga ega, chunki buyrak parenximasini saqlangan hajmini bilish hamda davolash taktikasini qo'llashda yordam beradi.

Siydik naylarini alohida kateterizatsiya qilganda Govarda testini qilish mumkin. Har bir alohida olingan buyrak siydigidan natriy ionlar konsentratsiyasi va xlor hamda suvning hajmi aniqlanadi. Bu ma'lumotlar klirens - test bilan solishtiriladi, 20% hollarda Govarda ko'rsatkichi(kateter yonidan siydikning oqib turishi hisobiga) xato bo'lishi mumkin .Natriy ionlarini siydik bilan oz miqdorda ajralib chiqishi surunkali glomerulonefrit va buyrak arteriyasining stenozida uchraydi.

SIYDIK TAHLILI. Sog'lom katta odamlarda bir kecha-kunduzda ajralgan siydik miqdori 800-1500 mlgacha teng. Har xil fiziologik va patologik holatlarda siydikning miqdori o'zgarib turishi mumkin. Siydik tekshirganda uning hajmi o'lchanadi, fizik xususiyatlari aniqlanib, siydik cho'kmasining mikroskopik ko'rinishi o'rganiladi. Tekshirirayotgan shaxs, ayniqsa ayollar, oraliq sohasini tozalab yuvadi va siydik toza idishga yig'iladi.

SIYDIKNING NISBIY ZICHLIGI uning konsentratsiyasiga proporsional bo'lib, unda erigan moddalarga (mochevina, siydik kislota, kreatinin va har xil tuzlar)

bog'liq. Bundan tashqari siydikda mukopolisaharidlar bo'lib, ular neorganik moddalarni, ularning yuqori konsentratsiyasida bo'lishiga qaramay erigan holatda ushlab turadi. Sog'lom kishida bir kecha-kunduz davomida siydikning nisbiy zichligi keng miqyosda o'zgarib turishi mumkin, eng ko'p konsentratsiya ertalabki siydikda bo'lib, 1020-1026 ga teng. Siydikning nisbiy zichligi buyrakni konsentratsion faoliyatining qobiliyati haqida ma'lumot beradi. Siydik osmotik bosimining, qon zardobi oqsilsiz qismi bilan tenglik holati izostenuriya deb ataladi.

Gipestenuriyada siydikning osmotik konsentratsiyasi, qon zardobining osmotik konsentratsiyasidan past bo'ladi. Giperstenuriya siydik nisbiy zichligining ko'tarilishiga aytiladi. Siydikning nisbiy zichligiga siydikda glyukozani borligi katta ta'sir qiladi, qandli diabetda ko'p miqdordagi glyo'kozuriya siydik nisbiy zichligini 104-1050 gacha oshiradi.

SIYDIK RANGI. Odatdagi siydik somon - sariq rangda bo'lib, uning rangi qondan kelib chiqqan siydikdagi rangli moddalar, uroxromlar A va B, uroetin, uroblin, gematopofirin, urorezin va boshqa pigmentlar bo'lib hisoblanadi. Har xil patologik holatlarda siydikning rangi o'zgaradi. Yangi yig'ilgan siydikning loyqalanishi, tuz to'plamlari, bakteriyalar, shilimshiq va yiringlarning bo'lishiga bog'liq. Tuzlarning ajralib chiqishi, ovqatlanishga, siydik rangining o'zgarishi ba'zida har xil dorilarni qabul qilganda kuzatiladi.

Siydikning umumiy tahlilini qilishda siydikning ertalabki qismini olishi kerak. Ayollarda tekshirish uchun siydikni o'rta qismidan, yani ayol mustaqil siyayotgan vaqtida olish kerak. Asosan go'dak va kichkina yoshdagi bolalardan juda kam hollarda siydik chiqarish kanalidan boshqa qo'shimchalar tushib qolmaslik uchun, qov sohasida, qovuqni punksiya qilib siydik tahlil uchun olinadi. Erkaklarda tahlil qilish uchun siydikning 2 yoki 3 porsiyasini olish uchun ma'qulroq, ko'pincha bu patologik jarayonni joylashgan joyini aniqlashga imkon beradi. Siydik tahlili uchun, albatta asboblar bilan tekshirishga olish zarur. Siydik olingandan so'ng darhol tekshirish uchun jo'natilish zarur. Siydik uzoq muddat saqlansa, siydikda achish, siydik elementlarining parchalanishi hamda bakteriyalarning rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Bunday siydik tekshirish uchun yaramaydi.

Siydikning nisbiy zichligi bir kecha-kunduz davomida ichish rejasiga qarab o'zgaradi (odatda 1005-1025 gacha). Shu sababli siydikning nisbiy zichligini aniqlash uchun siydikning bir qismi yetarli bo'lmaydi. Bu ko'rsatkich ma'lumotini to'la olish uchun Zimnitskiy sinamasi qo'llaniladi. Bir kecha-kunduz mobaynida, siydikning nisbiy zichligini aniqlash uchun har 3 soatda 8 ta porsiyani aniqlash kerak.

Siydik nisbiy zichligi miqdoriga, undagi oqsil yoki glyukoza birlashmalari ta'sir qiladi. Keyingi yillarda klinitsistlar siydikning osmolyarligini aniqlashmoqda (normada 450-500 mmol) .

Siydikni tahlili o'tkazilayotganda albatta oqsil, glyukoza zarurati bo'lganda atseton, bilirubin, urobilin va urobilinogenlarni aniqlash zarur.

Siydik cho'kmasini mikroskopiyasi usuli bilan undagi elementlar miqdori va karakteri (epitelial hujayralar, leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar, tuz kristallari, bakteriyalar) aniqlanadi. Siydikdagi elementlar miqdorini yana ham aniq ma'lumotini hisoblaydigan gemotsitometrik kameralar mavjud. Bunday hisobni amalga oshirish uchun bir nechta modifikatsiyalar bor. Addis-Kaqovskiy usuli bilan sutkalik siydikda leykotsitlar, eritrotsitlar, epitelial hujayralar va silindrlar hisoblanadi. Ambyurje usuli

bilan siydikning 3 soat mobaynida yig'ilgan hajmining tarkibi tekshiriladi. Hisoblash natijasida 1 minutda buyrakdan ajralib chiqqan siydikdagi hujayralar soni aniqlanadi. Urologik amaliyotida 1 ml siydikdagi elementlarining miqdorini (Almede-Nicheporenko) hisoblash ko'proq maqsadga muvofiq.

1 ml siydikda $2 \cdot 10^3$ — $4 \cdot 10^3$ leykotsitlar, $1 \cdot 10^3$ — $2 \cdot 10^3$ eritrotsitlar, 2 — $20 \cdot 10^3$ trombositlar, $20 \cdot 10^4$ gacha silindralar bo'ladi.

Buyrakdagi latent yallig'lanish jarayonida leykotsituriyasiz bo'lsa, leykotsituriyani aniqlash uchun, prednizolon va pirogenal provakatsion testlari o'tkaziladi. Bu testlar shunga asoslanganki, 30 mg prednizalonni vena ichiga yoki 10 minimal pirogen dozasi mushak ostiga yuborilgandan so'ng, agar buyrakda yallig'lanish jarayoni bo'lsa, 3 soat mobaynida leykotsituriya intensivligi ko'payib bir sutka davomida saqlanadi.

Agar leykotsitlar miqdori hamda mikotsituriyaning sifatini birgalikda tahlil qilinsa, testlarning diagnostik qimmati oshadi.

Siydikda *Shterngeymer-Myalbin* hujayralarini va faol leykotsitlarning ko'rinishi hamda bakteriuriyaning ko'payishi ko'pincha piyelonefritning borligini tasdiqlaydi. Siydikning bakterioskopiyasi faqat unda mikroorganizmlarning borligini tasdiqlaydi, lekin amaliyotda uning ahamiyati bakteriologik tekshirishga qaraganda ozroq bo'lib, bakteriologik tekshirish yallig'lanish jarayonini qo'zg'atuvchisi xilini hamda bakteriuriya miqdoriga baho berish va antibakterial preparatlarga bakteriyalarni sezgiriligini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Bakterial florani aniqlash uchun siydikni har xil oziqlantiruvchi muhitlarga ekiladi. Hozirgi zamonda qulay bo'lgan Petri kochachasidagi agarga ekiladi, bu usul klinik amaliyotda qulay bo'lib, 1 ml siydikda bakteriyalarning miqdorini aniqlashga imkon beradi. Soni ko'p bo'lgan tomoni profilaktik tekshirishlarda bakteriuriyaning darajasini aniqlash uchun *trifeniltetrazol xlorid testi* qo'llaniladi. Bu usul shunga asoslanganki, bakteriyalar hayot faoliyati jarayonida ferment hosil qiladi, bu ferment rangsiz eriydigan trifenilmetrazol xloridni qizil erimaydigan trifenilfotrazonga aylantiradi. Tuberkulyozga shubha bo'lganda bakterioskopiya usulida hamda siydik cho'kmasi flotatsiya usuli bilan tekshirilib, Sil-Nilson bo'yicha bo'yaladi. Siydikni qon muhitiga ekilganda 1-2 hafta mobaynida, tuxum - kartofel muhitiga ekilganda esa uning natijasi yanada aniqroq bo'lib 2-2,5 oy mobaynida chiqadi. Bundan ham yaxshiroq diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan *biologik usul* bo'lib, siydik cho'kmasini teri ostiga yoki qorin bo'shlig'iga yuboriladi, chunki bu jarayon tuberkulyoz infeksiyasiga nisbatan yuqori darajada sezgir bo'ladi.

Keyingi yillarda siydikning immunokimyoviy tekshirish usullari keng qo'llanilmoqda. Bular orasida eng sodda usullaridan immunoelektroforetek uronlerin tahlili bo'lib hisoblanadi. Bu usul siydikdagi oqsil tarkibi sifatini radial immunodiffuz reaksiya orqali aniqlashga imkon beradi. Bir vaqtda tekshirilayotgan oqsilni qon va siydikdagi kontsentratsiyasini aniqlash, oqsil klirensiga baho berish imkonini beradi. Past molekulyar oqsil yuqori darajadagi klirensi tubulopatiyaga xos, glomerulopatiyaga esa oqsilni o'rta va katta molekulyar yuqori klirensi bilan harakterlidir. Klirensni bir-biriga bo'lgan nisbatiga qarab selektiv va selektivsiz protenuriyalarga bo'linadi. Selektiv protenuriyani aniqlanishi piyelonefrit va glomerulonefrit differensial tashxisida katta ahamiyatga ega.

Immunokimyoviy usul bilan ko'ptokcha va ko'ptokchadan tashqari bo'lgan gematuriyaning differensial tashxisi qo'llaniladi. Bu usulning asosiy maqsadi shundan iboratki, qon va siydik orasidagi konsentratsion nisbati aniqlanadi. Agar ular bir-biriga o'xshash bo'lsa gematuriyaning sababi ko'ptokchadan tashqari ekanligini taxmin qilish kerak. Agar qon va uroprotein oqsillari nisbatlari har xil va ko'p bo'lsa gematuriyani ko'ptokchalardan deb xulosa chiqariladi.

SIYDIKNING SIFAT O'ZGARISHI. Siydikning kimyoviy tarkibi 150 komponentni o'z ichiga oladi.

Siydikning nisbiy zichligi o'zgarishi buyrak konsentratsion qobiliyatini buzilganligining alomati bo'lib hisoblanadi. Faqat ular orasidan *gipostenuriya* – siydikning nisbiy zichligini yuqori ekanligini ko'rsatib, buyrak kasalliklari bilan bog'liq emasligini isbotlab, qandli diabet, giperparatireoz, og'ir metall tuzlari bilan surunkali zaharlanganligini ko'rsatadi.

Naychalar ko'ptokcha filtratini konsentratsiya qilish qobiliyatining buzilishi siydikning nisbiy zichligini pasaytiradi (1002-1010 gacha bo'ladi), bu esa buyrak yetishmovchiligida kuzatiladi. Bu jarayon progressiv rivojlanishi izogi postenuriyaga olib keladi, bunday hollarda bemor har xil vaqtlar orasida ajralib chiqqan siydigida bir xil nisbiy zichlik past bo'ladi.

Siydikning rangi va tiniqligi uning tarkibini sifatli ekanligining alomatidir. Sog'lom odam siydigi tiniq somon-sariq rangda va shunday rangda bo'lishiga uroxrom pigmenti borligi hisobiga bo'ladi. Buyraklardan ajralib chiqqan siydik konsentratsiyasiga qarab siydikning rangi o'zgarib turadi. Yangi olingan siydikdagi tuz tutamlari, bakteriyalar, shilimshiq va yiring kabi birikmalarning borligi loyqalanish holatini ko'rsatadi. Sog'lom odamlarda tuzlarni siydik bilan tushishi yeyilgan ovqatning turiga bog'liq. Siydik cho'kmasini mikroskopiya qilish usuli bilan qaysi tuzlar ekanligi aniqlanadi. Lekin tuzni oddiy usul bilan ham aniqlash mumkin. Agar siydik urat hisobiga (*uraturiya*) loyqalangan bo'lsa, siydik isitilganda u tiniq bo'lib qoladi. Agar siydikning loyqalanishi bo'lsa sirka kislota qo'shib isitilganda gaz pufakchalarining chiqish holati ro'y bersa, bu siydikda karbonatlar (*karbonaturiya*) borligini, agar yuqoridagi ko'rsatilgan shartlar bilan tekshirish amalga oshirilganda, gazzsiz pufakchalarining hosil bo'lishi siydikda fosfat (*fosfaturiya*) tuzlarining borligini bildiradi. Loyqalangan siydikka xlorid kislota qo'shib isitilganda, uning loyqalanishi yo'q bo'lsa, bunday siydikda oksalatlar borligini tasdiqlaydi.

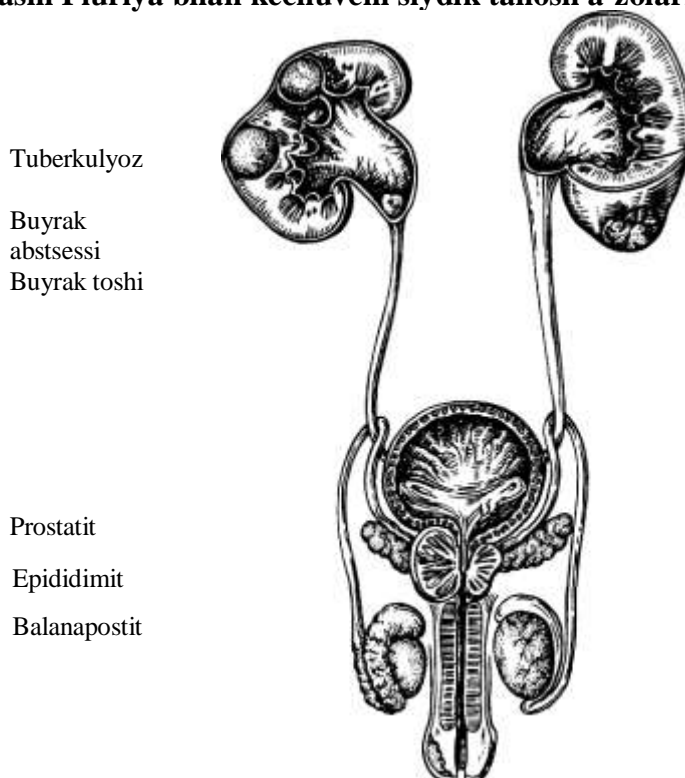
Proteinuriya deb siydikda oqsilning bo'lishiga aytiladi. Sog'lom odam bir kecha-kunduzda 50 mg oqsilni siydik bilan ajratib chiqaradi, buni faqat immunoforetik usuli bilan aniqlanadi. Normada umumiy siydik tahlilida oqsil miqdori 0,033 g/l dan oshmaydi.

Spetsifik va nospetsifik buyrak yallig'lanishida siydikdagi oqsil 1 g/l dan oshmaydi. Agar siydikda ko'p miqdorda oqsil bo'lsa, glomerulyar membranalarining o'tkazuvchanligi buzilishini yanada ko'proq ekanligini bildiradi. Proteinuriyaning haqiqiy buyrakdan ekanligini va soxta buyrakdan tashqari ekanligini ajratish kerak. Soxta proteinuriya siydikda qon, yiring hamda oqsilning eritrotsit va leykotsitlar tufayli bo'ladi. Siydikda ko'p miqdorda qon birlashmasi bo'lsa oqsil hajmi 20 g/l dan ko'proq bo'ladi. Haqiqiy kreatininuriya buyrak ko'ptokcha membranalarining shikastlanishida oqsil filtratsiyasi buzilganda kuzatiladi.

Siydikda yiring - **piuriya** bo'lsa bu urologik kasalliklarining yallig'lanishida kuzatiladi. Mikroskopiya usuli bilan ko'p miqdordagi leykotsitlar borligi aniqlanadi. Agar siydikda biroz yiring aralashmasi bo'lsa, unda leykotsitlarning borligini siydik cho'kmasini mikroskopiya qilib aniqlanadi (*leykotsituriya*). Buyrakda faol yallig'lanish jarayoni bo'lganda, yangi to'plab olingan siydikda leykotsitlar bo'ladi, ularni biologik potentsiali bo'lib, tirik hujayralar bo'lib hisoblanadi. Bularga Shtrengeymer-Malbin va faol leykotsitlar kiradi. Shtrengeymer-Malben hujayralari 2-3 marta, yadrosi ko'p bo'laklardan iborat bo'lib, protoplazmadan qoraroq bo'ladi.

Protoplazmasi yarqiragan bo'lib, Broun harakati holatida bo'ladi.

7-rasm Piuriya bilan kechuvchi siydik tanosil a'zolari kasalliklari



Bu hujayralar surunkali piyelonefritga xos bo'lib, siydik nisbiy zichligining pasaygan holatida aniqlanadi.

Biologik potentsialini saqlagan leykotsitlarni siydikning osmotik bosimini pasaytirib aniqlash mumkin. Agar leykotsit «tirik» bo'lsa, unda uning tashqi yarim o'tkazuvchan pardasi suvni ichkariga o'tkazadi. Leykotsit hajmi kattalashib, sitoplazmada donachalar joylashib, Broun harakatini vujudga keltiradi, buni supravital bo'yamasdan aniqlash mumkin. Siydikning osmotik konsentratsiyasi oshganda (gipertonik eritma quyilganda) barcha alomatlari yo'qoladi. «Faol» leykotsitlar ko'proq o'tkir piyelonefritga xos bo'ladi.

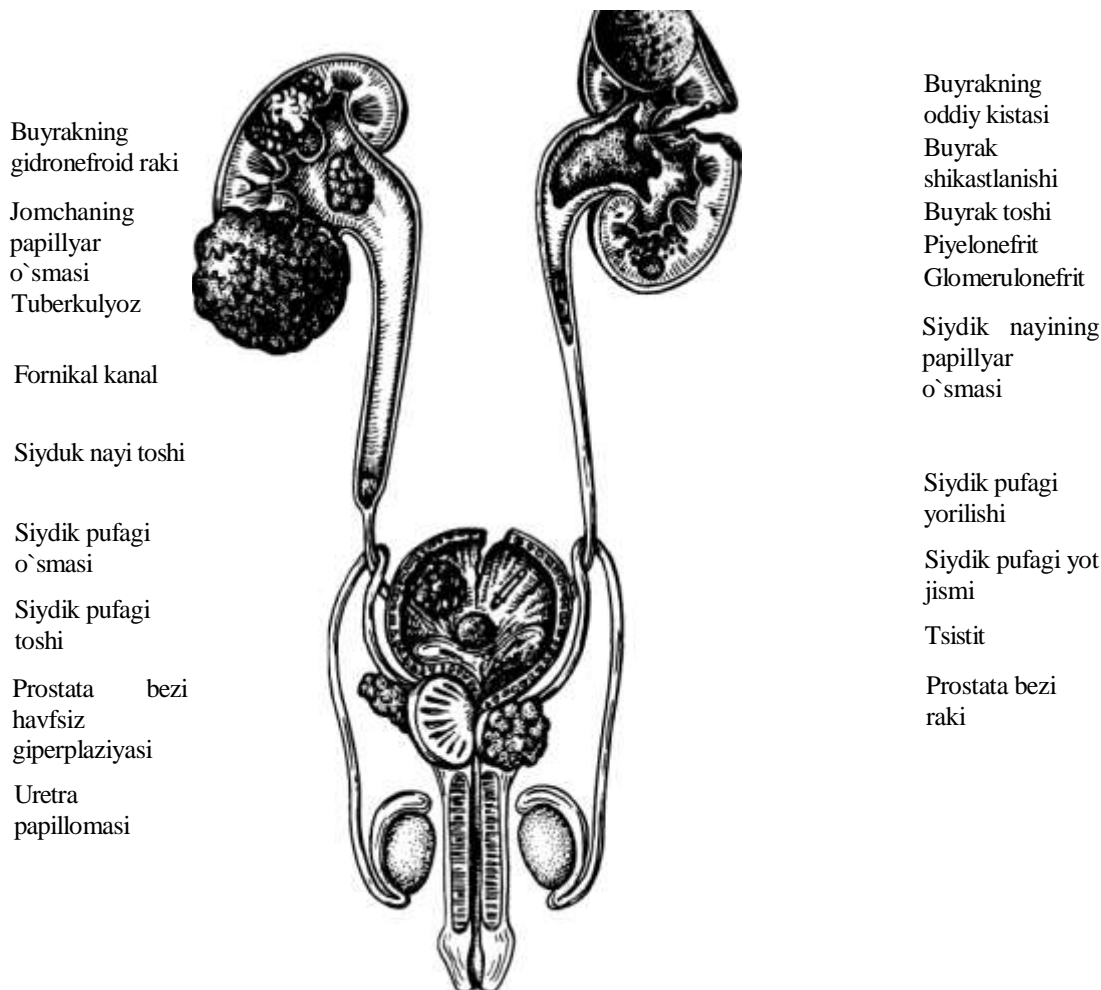
Piuriyaning intensivligiga qarab yallig'lanish jarayonining darajasiga baho berish mumkin. Ko'pincha piuriya piyelonefrit, buyrak va siydik yo'llari tuberkulyozida, surunkali sistitda, uretrit va prostatitlarda uchraydi.

Urologik kasalliklarning tashxisida siydikni ikki yoki uch stakanli sinamalarida siydikni mikroskopik tekshirish muhim ahamiyatga ega. Chunki bu usul bilan piuriyani joylashgan manbasini aniqlash mumkin. Bemorga ikkita idishga siyish

taklif qilinadi. Birinchi idishga 30-50 ml siydigini, ikkinchi idishga siydikning qolgan hamma qismini siyish taklif qilinadi. Avval siydikning loyqalanganlik darajasini ikkala idishdagi ko'z bilan ko'rib, undan so'ng mikroskopik tekshiriladi. Agar loyqalanish hamda pision moddalar va leykotsitlar faqat siydikning birinchi porsiyasida aniqlansa, yallig'lanish siydik chiqarish kanalida ekanligini isbotlaydi, agar shunday o'zgarishlar faqat ikkinchi porsiya siydigida aniqlansa, qovuqda yallig'lanish jarayoni ekanligini bildiradi. Uch stakanli sinamada ikkita siydik porsiyasi tiniq bo'lib uchinchi loyqalangan bo'lsa, piuriya manbasi prostata bezida ekanligini aniq isbotlaydi. Bu holat yiring siyish aktining oxirida, tos tubidagi mushaklarini qisqarishida prostata bezi bo'shaganda kuzatiladi.

Gematuriya siydikda qonning bo'lishi bo'lib uning mikroskopik va makroskopik xillari bo'ladi. *Makrogematuriyada* siydikning rangi go'sht suviga o'xshaydi va qip-qizil bo'lib rangga kirib qon laxtaklari darajasigacha kuzatiladi. *Mikrogematuriya* (eritrotsituriya) mikroskop orqali aniqlanib, ko'p patologik jarayonlarda uchraydi. Mikrogematuriyani uretrorrogiyadan (uretradan qon ketish) farqlash kerak. Bu qon ketish siyish aktiga bog'liq bo'lmaydi. Makrogematuriya tasodifan bo'lib, ko'pincha buyrak, buyrak jomi, siydik nayi va qovuqning xavfli o'smalarida kuzatiladi. Gematuriya manbasini aniqlash mumkin. Agar qon siydikning birinchi porsiyasida (initsial yoki boshlang'ich gematuriya deyiladi) bo'lsa, patologik jarayon uretraning oldingi sohasida joylashgan bo'ladi. Initsial gematuriya siydik chiqarish kanalining shikastlanishida, rakida hamda yallig'lanish kasalliklarida uchraydi. Siydikni faqat oxirgi porsiyasida qon bilan aralashib chiqishi (terminal yoki oxirgi gematuriya) qovuqning yoki uretraning qisqarishi natijasida zararlangan joydan qon chiqishi kuzatiladi. Terminal gematuriya qovuq bo'ynining yallig'lanishi, prostata, urug' do'ngligi, prostata bezi raki yoki prostata bezi xavfsiz giperplaziyasida, qovuq bo'yni o'smasida kuzatiladi. Gematuriya buyrak, buyrak jomi, siydik nayi va qovuq o'smalari bo'lib, buyrak polikistozida, buyrak tuberkulyozida, piyelonefrit, siydik- tosh kasalligi, buyrak so'rg'ichlarining nekrozida, gemorragik sistitda, qovuq o'smasida, prostataning xavfsiz giperplaziyasida, endometrioz va qovuq sishtostosomozlarida uchrashi mumkin.

Gematuriyaning harakterini aniqlash uchun ikki va uch stakanli sinamalarni o'tkazish mumkin.



Gematuriya bilan kechuvchi urologik siydik tanosil a'zolari kasalliklari

Gematuriya manbasi taxminan qon laxtaklarining shakli bo'yicha aniqlash mumkin. **Formasiz qon laxtaklari ko'proq qovuqdan kelayotganga o'xshaydi, lekin buyrakdan kelayotgan qon ham qovuqda qon laxtaklarini hosil qilishi mumkin bo'lganligi uchun buyrakdan qon kelmayapti deb inkor qilish mumkin emas. ?**

Chualchangsimon qon laxtaklari, siydik nay shaklini berganligi uchun bu qon ketish buyrak yoki siydik nayidan qon kelayotganligini bildirishi mumkin. Qon ketish topik tashxisida yuqori siydik yo'llari ekanligini bilish uchun buyrak sohasida bo'lgan og'riqlarning qaysi tomonda ekanligini hamda qayerda qon laxtagi siydik nayida to'siq berganligini bilish mumkin.

O'sma jarayoni hisobiga qon ketishda og'riq buyrakda bo'ladi, siydik-tosh kasalligida esa aksincha bo'lib, bel sohasidagi og'riq qon ketishiga sabab bo'ladi.

Total gematuriyada og'riqsiz va boshqa simptomlar bilan kuzatilib, total og'riqsiz yoki monosimptom, gematuriya, ayniqsa qon ketish manbasini aniqlash qiyin. Shuning uchun bunday holatlarda zudlik bilan qon ketish manbasini aniqlash uchun sistoskopiya qilish kerak.

Shuni ham aytib o'tish kerakki siydikning rangi qizil bo'lishi uchun faqat qon birlashmasini bilish shart emas. Ba'zi bir dorivor prepatarlarning va ovqatlarning (qizilcha) iste'mol qilinishida ham siydik qizil bo'lib qolishi mumkin. Bu hollarda to'g'ri tashxis qo'yish uchun anamnez hamda siydikni mikroskopik tekshirish zarur. Makrogematuriya ba'zi kasalliklarda va patologik holatlarda kuzatilishi mumkin. Gematuriya olib borilayotgan yoki o'tkazilgan antikogulyant preparatlar natijasida

bo'lishi mumkin (geparin). Gematuriyadan gemoglobinuriyani farqlash kerak, chunki ba'zi bir qon kasalliklarida, zaharlanganda, ko'p kuchli kuyganda kuzatilishi mumkin. Bunday siydikni o'tkazilgan yorug'lik bilan yoritilib ko'rilganda u qizil rangda bo'yalgan bo'lib, lekin tiniq ko'rinadi. Mikroskopiya qilinganda unda eritrotsitlar ko'rinmaydi. *Mioglobinuriya* – siydikda mioglobin bo'lib, uning rangi qizil – jigarrang rangga aylanadi. Bunday holatlar asosan yer qimirlaganida yoki harbiy harakatlar natijasida, odamlarning imoratlar devorlari tagida uzoq muddat mushaklarining bosilib ezilishida kuzatiladi. Bu hollarda ezilgan mushaklardan ko'p miqdorda mioglobin qonga o'tadi. Mioglobinning molekulasi gemoglobin molekulasiga o'xshaydi, lekin undan 3 barobar yengil bo'ladi.

Tomirlar orasidagi suyuqlik ko'p miqdorda yo'qolganda, bu majaqlanish sindromida kuzatilib, qon quyushadi. Ko'p miqdorda naychalar pigment filtirlanib shu yerdan bir qismi siydik orqali qovuqqa chiqariladi, bir qismi esa naychalarda to'planib, ularni qamal qilib, o'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaradi. Siydikni mikroskopiya qilganda unda jigar rangida pigment-mioglobin topiladi.

Silindruriya – siydikda silindrlarning bo'lishi, urologik amaliyotda juda ham kam holatlarda uchraydi, agar urologik kasalliklarga glomerulonefrit qo'shilsa yoki nefroz hamda uzoq muddat nefrotoksik preparatlar qo'llanilganda kuzatiladi. Silindruriya haqiqiy yoki soxta bo'lishi mumkin. Haqiqiy silindrlarga gialinli, donachali va shamga o'xshashlari misol bo'lib, soxta silindrlarga siydik kislotalar birlashmasiga o'xshash tuzlar, mioglobin va bakteriyalar kiradi. Urologik kasalliklarda faqat gialinli silindrlar uchraydi.

Bakteriuriya deb siydikda bakteriyalarning bo'lishiga aytiladi. Agar siydikda leykotsitlar birlashmasi aniqlansa, unda yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradigan qo'zg'atuvchilarni nospetsifik yoki spetsifik (tuberkulyoz) larning borligini aniqlash kerak. Nospetsifik yallig'lanish jarayonida siydikda har xil patogen floralarni (ichak tayoqchasi, stafilakokk, streptokokk, ko'kyiringli tayoqcha, protey va boshqalar) aniqlash mumkin.

Normal holatdagi siydik sterillangan bo'ladi. Siydikda bakteriyalar buyrak filtri qandaydir patologik jarayon natijasida buzilgandagina kuzatiladi. Buyrak zararlanmagan vaqtda bakteriuriya bo'lmaydi. Bakterioskopiya usul bilan mikroorganizmlarning borligi aniqlanadi. Bakteriologik usul bilan bakteriyalarning borligi tasdiqlanadi. Siydik ekilganda faqat mikroorganizmning xili emas, balki ularning 1 ml siydikdagi soni ham aniqlanadi. Bakteriuriyalar koloniya miqdorini aniqlashda siydikni olayotgan vaqtda ifloslanishi tufayli bo'lgan bakteriyalarni haqiqiy bakteriuriyadan ajratish imkoni bo'ladi. Agar bakteriyalar koloniyasi 10^5 va undan ko'p mikroblar soni bo'lsa, bu ***haqiqiy bakteriuriya*** bo'lib, infeksiya – yallig'lanish jarayoni siydik va jinsiy a'zolarida ekanligini ko'rsatadi.

Pnevmaturiya – siydik bilan havo yoki gazni chiqishi bo'lib, juda kam hollarda ular birgalikda bo'ladi. Bu hodisa tasodifan havoni siydik yo'llariga kirib qolishi – sistoskopiya, kateterizatsiya yoki boshqa asboblardan bilan yoki qovuqni kontrastlash maqsadida kislorod yuborilganda kuzatiladi. Patologik pnevmaturiya havoni siydik yo'llariga ichak-siydik yoki siydik jinsiy oqma yaralarni hamda siydik yo'llaridagi bakteriyalar tufayli gazni hosil qilinishi, ayniqsa qandli diabetda yoki achish jarayoni sababli siydik nayini ichak bilan jarrohlik yo'li almashtirganda uchraydi.

Lipuriya – yog'ning siydikda bo'lishi bildiradi. Odatda siydik yuzasida yog' dog'larining ko'rinishi yog'ning borligini tasdiqlaydi. Diabetda massiv ravishda trubali suyaklarning sinishida buyrak kapillyarlarida yog' emboliyasi kuzatiladi.

Xiluriya – limfaning siydikda bo'lishidir. Bunday hollarda siydik rangi va konsistentsiyasi quyuq sutga o'xshaydi. Xiluriya katta limfa tomirlarini va siydik yo'llarini bir-biri bilan qo'shilishi ko'pincha buyrak jomi va kosachasida bo'lsa, xiluriya paydo bo'ladi. Bunday fisto'lan yallig'lanish, o'sma jarayonlarida, shikastlarda, ko'krak katta tomirlarining bosilishida paydo bo'lishi mumkin. Filyarioz kasalligida bir vaqtda siydik va limfa yo'llari zararlanib, xiluriya bilan kuzatilishi mumkin.

Gidatiuriya (exinokokkuriya) siydikda mayda yetilmagan exinokokk pufakchalari buyrak gidatidoz pufagi yorilganda siydik yo'llariga o'tadi. Bundan tashqari siydikda yorilganda pufakchalarning plenka – pardalari topiladi. Siydik cho'kmasi mikroskopiya qilinganda parazit elementlari aniqlanadi.

Aktinomikozda aktinomitset tuzlari topiladi. Siydik va jinsiy a'zolar shistozini ma'lum rivojlanishi davrida siydikda ularning tuxumlari topilishi mumkin, bu esa shu kasallikning aniq belgisi bo'lib hisoblanadi.

SIYDIK CHIQRISH KANALINING PATOLOGIK AJRALMALARI VA SPERMANING O'ZGARISHI

Siydik chiqarish kanali ajralmalari. Yiringli ajralma siydik chiqarish kanali orqali chiqsa uning yallig'lanishi *uretrit* deb ataladi. Siydikda bu hollarda uretral «ipsimon» narsalar chiqadi, siydik mikroskopiya qilinsa, siydik chiqarish kanali shilliq qavatidan ajralib chiqqan nekrotik masalalar ko'p miqdorda leykotsitlar bilan bo'ladi. Bunday ajralmalarning borligini aniqlaydi (gonokokki, trixonomadlar, nospetsifik flora va boshqalar).

Spermatoreya – erektsiya, orgazm va ejakulyatsiyasiz urug' suyuqligining chiqishi. To'xtovsiz spermatoreya orqa miyaning og'ir darajadagi zararlanishida kuzatiladi. Ixtiyorsiz spermani oqib chiqishi prostatit bemorlarda qorin mushaklarining kuchli qisqarishi vaqtida hamda to'g'ri ichak va urug' tizimchalarini bir paytda qisqarishi tufayli kelib chiqadi. Spermatoreyaning borligini siydik chiqarish kanalidan chiqqan ajralmalarni mikroskopiya qilinganda tasdiqlanadi.

Prostatoreya siyish aktining yoki defektsiya aktining oxirida prostata bezi sekretini spermatozoidlarni aralashmasiz chiqishiga aytiladi. Ajralmani mikroskopiya qilib tekshirganda unda spermatozoidlarsiz letsitin donachalarini topish *prostatoentsiya* borligini tasdiqlaydi. Agar prostata bezining atoniyasi yoki gipotoniyasiga infeksiya kelib qo'shilsa, prostata bezi sekretida uning normal elementlari bilan leykotsit va bakteriyalar topiladi. Prostatoreya ko'p hollarda surunkali prostatitning alomatlari bo'lib hisoblanadi.

SPERMANING O'ZGARISHI. Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra, normada 1 ml erkak ejakulyatida 20 mln gacha mezoidlar bor, ularning 50%idan ko'prog'i tez va sekin harakatlarga ega.

Aspermatizm deb jinsiy aloqa qilgan vaqtda ejakulyatsiyani yo'qligiga aytiladi. Jinsiy aloqaga libido – ishtaha va erektsiya saqlangan bo'ladi. Aspermatizm

bepushtlikka olib keladi. Buning sababi urug' chiqarish kanali ektopiyasi bo'lsa, urug'larni tutilishi qovuqqa qarab yo'nalgan bo'ladi. Moyak to'qimalarining gistologik tekshriganda normal ekanligi aniqlanadi.

Oligozoospermiya – spermatozoidlar soni ejakulyatda yetarli bo'lmaydi. Harakatchan spermatozoidlar 30% yoki undan oz bo'lib normal shakllari 5-10% bo'ladi. Spermatozoid hujayralari soni 40% va undan oshiq bo'lishi mumkin. Moyak to'qimasini gistologik tekshirishda ko'p hollarda naychalarda spermatozoidlarning rivojlanishi faqat sprematid davrigacha keladi. Agar 1 ml spermada 20 mln dan kamroq normal spermatozoidlar bo'lsa, homiladorlik kuzatilmaydi. Moyak giperplaziyasi, kitorxizm, og'ir infeksiyon kasallik o'tgan bo'lsa, parotit, nikotin intoksikatsiyasi, alkogol, narkotiklar, jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari, ko'pincha vezikulitlar oligozoospermiyaga olib keladi.

Astenozoospermiya – yetarli harakatchan spermatozoidlarning (50% kam bo'lib «A» va «B» kategoriyali) bo'lmasligidir.

Teratozoospermiya – spermatozoidlarning soni yetarli bo'lmay, 30% normal morfologiyasi kuzatilishiga aytiladi.

Azoospermiya – ejakulyatda spermatozoidlar yo'q bo'lishi, uning sekretor va ekskretor formalari mavjud. Birinchi formasida moyak to'qimasida spematogenez buzilgan, moyak biopsiyasi qilinganda, urug' kanalchalari atrofiyasi, spermatogoniylarning normal sprematozoidlar bo'lib yetishish faqat ba'zi bir naychalarda bo'ladi.

III-BOB

UROLOGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH.

UMUMKLINIK TEKSHIRISH USULLARI

S o' r a sh.

Urologik kasalni umumiy klinik tekshirish usuli hamma vaqt vrachning bemor bilan suhbatidan boshlanadi. Urologiya kasallarni o'ziga xos shikoyatlari bo'lib (jinsiy a'zolarining kasalliklarini) bemor davolovchi vrachdan tashqari hech kimga aytmaydi, ba'zi vaqtlarda hatto o'zining vrachiga ham ayta olmaydi. Shuning uchun vrach suhbat paytida bemorga yuqori darajada muloyim muomalada bo'lishi kerak. Vrach bilan bemorning hamjihatligi tufayli kasallikning asosiy kelib chiqish sabablarini va bemorning hayotini aniqlashga sharoit yaratadi, kasallikning tashxis va davolash usullariga xos muhim takliflarni tavsiya qilishga yordam beradi. Bemor bilan suhbat vaqtida vrach tegishli savollarni berishi kerak, chunki ba'zi bir oshiqcha savollar bemorlarning shikoyatiga va kasallik tarixiga vahima soladi. Suhbat vaqtida bemorni diqqat bilan tinglash, kerakli ma'lumot olish va albatta bemorni tinchlantirish, uni kelgusi tekshirishga va imkoni bo'lsa operatsiya bilan davolashga ruhiy jihatdan tayyorlash kerak bo'ladi.

Ko'rish.

Og'ir buyrak kasali bilan xastalangan bemorning umumiy ko'ruvida terining kamqonligi, yuzi va qo'l - oyoqlarining shishgani, astsit, uremiyada esa es-hushi yo'qolib, mayda tomir tortilishi, mushaklarining uchishi, xirillagan Kussmaul nafas olishi, ko'z qorachig'i torayib, og'zidan ammiak hidi kelishi aniqlanadi.

Ayniqsa bemorning turishi va umumiy ahvoriga e'tibor berish kerak. Masalan, og'riq tomoni bilan majburiy - tizza va chanoq bo'g'imlarini bukib oyog'ini tanasiga yaqinlashtirib yotishi paranefritda yallig'lanishning zo'rayishini ko'rsatadi. Buyrak sanchig'ida bemorning ahvoli o'ziga xos xususiyatga ega: bemor notinch bo'lib, tebranib, o'ziga qulay joy topa olmaydi. Ba'zida bemor qo'lining turgan o'rni, buyrak sohasidagi og'riqni ko'rsatishi tashxisda ahamiyatga ega (I-bobga qarang).

Jigar yoki o't yo'llari kasalliklarida bemorning panjalari qovurg'a osti sohasida bo'lib, radikulit yoki spondilitda esa bemor kafti bilan beldagi og'riqlarni ko'rsatishga intiladi. Buyrak sohasini ko'rayotganda uning ikki tomonini simmetrikligiga baho berilib unda shishgan, qizargan, shikastlanish belgilari borligi aniqlanadi. Skoliozga e'tibor beriladi: buyrak kasalliklarida gavda kasal tomonga bukilgan bo'lib, o'tkir radikulitda esa gavdaning bukilishi qarama-qarshi tomonga bo'ladi.

Buyrakning katta o'smasi bo'lsa, qorinni ko'rayotgan vaqtda uning asimmetriyasini, siydik tutilganda qov sohasida bo'rtgani aniqlab, qorinning nafas olishda qatnashishga baho berish mumkin. Tashqi jinsiy a'zolarni tekshirish uchun bemorni yotqizib va tik turgan holatda ko'rish kerak. Bu paytda ma'lum hollarda tananing o'zgarishiga qarab moyak xaltachasining katta-kichikligiga, jumladan, chov - moyak xaltacha churrasi, urug' tizimcha venasining kengayganini (varikotsele) aniqlash imkoni bo'ladi, lekin moyak pardasining sariq suvini yig'ishda esa bunday o'zgarish bo'lmaydi. Olatning xaltachasini ochib, uning boshini va kertmakning ichki e'tibor bilan ko'rish kerak.

Moyak xaltachasi kasalliklarini (moyak o'smasi, uning pardasida sariq suvni yig'ilishi va boshqalar) ajratish uchun diaafanoskopiya qilinadi: tekshirish qorong'i xonada bajarilib, moyak xaltachasining kattalashgan orqa yuzasidan yorug'lik manbasi beriladi. Moyak pardasi sariq suvidan yorug'likni bir xil bo'lib o'tishi uning dalili bo'lib hisoblanadi.

Moyak pardasida suyuqlikning tiniq bo'lmasligi (gematotsele, piotsele) yoki uning o'smasida qattiq moyak to'qimasining zichligi sababli yorug'lik o'tmaydi. Kuzatilayotgan vaqtda siyishning odatdan tashqari buzilishi ba'zi bir kasalliklarni aniqlash imkonini beradi. Fimozda siyish ikki davr bilan bajarilishi mumkin: avval siydik olat xaltachasiga tushib, uni ancha kengaytirib, keyin ingichka oqim yoki tomchilab kertmakning toraygan teshigidan chiqadi. Qovuqning to'silishi sababli (prostata bezining adenomasi, siydik kanalining torayishi) bemor qorin devorining mushaklarini qattiq taranglatishiga majbur bo'ladi, siydik oqimi sust bo'lib, ko'pincha bo'linib, sachrab chiqadi. Qovug'ida toshi bo'lgan bemorlarning siyishini o'ziga xos xususiyati bo'lib, toshning tiqilib qolishi natijasida siyishning oqimi vaqti-vaqti bilan to'silib, qiynalib siyishi davom etadi, bemor buni to'g'rilash uchun o'z holatini o'zgartirishga majbur bo'ladi.

Ikki yoki uch stakan orqali siydikni tajriba qilib ko'rish urologik kasalliklarning tashxisida muhim ahamiyatga ega. Bu tajriba piuriya manbaasini taxminan qaysi joyda ekanligini aniqlash uchun qo'llaniladi. Bemorga ikki idishga siyishni taklif qilinadi. Birinchisini 50-80 ml siydik bilan, ikkinchisi esa qolgan hamma siydik bilan to'ldiriladi.

Avval ikkala idishdagi siydikning loyqalik darajasini ko'z bilan aniqlab, keyin mikroskop orqali tekshiriladi. Agar loyqalanish va leykotsitlar faqat birinchi qismida

bo'lsa, yallig'lanishning zo'rayishi siydik kanalida ekanligiga taxmin qilish mumkin: agar shunga o'xshash belgilari faqat ikkinchi qism siydikda bo'lsa, zararlanish prostata bezida yoki urug' pufakchalarida ekanligidan dalolat beradi. Yiringni siydikning birinchi va ikkinchi qismlarida bo'lishi yallig'lanishning zo'rayishi qovuqda yoki buyrakda deb o'ylashimizga imkon beradi.

Uch stakanli tajribada agar siydikning ikki qismi tiniq, uchinchi loyqa bo'lsa, piuriya manbasi prostata bezidan deb taxmin qilish mumkin. Bu vaqtda yiring siydikda siyishning eng oxirida, chanoq mushaklarining qisqarishi va prostata bezining bo'shash paytida tushadi.

PAYPASLASH.

Siydik va jinsiy a'zolari paypaslash umumlinik tekshirishlarning asosiy usuli bo'lib hisoblanadi. Bemorning terisiga birinchi bor tegish uning namligini, haroratini va shishning borligini aniqlashga imkon beradi. Qorinning oldingi devorini paypaslaganda uning mushaklarini taranglashganlik darajasini aniqlash mumkin. Bemorni beli bilan yotgan, yonboshlagan va tik turgan holatlarida buyragini paypaslash kerak. Qorinning oldingi devor mushaklari tarangligini bo'shashtirish uchun bemordan oyoqlarini chanoq – boldir va tizza bo'g'inlarida bir oz bukishni, tikka turgan paytda esa oldinga qarab engashishini iltimos qilinadi. Faqat astenik bichimli va qorin devori yupqa bo'lgan sog'lom kishilarning buyragini bimalol paypaslash mumkin.

8-rasm Buyrakni perkussiya qilish



Bemorning pastga tushgan yoki kattalashgan buyraklarini ham paypaslash orqali aniqlash mumkin. Shifokor paypaslayotgan vaqtda bemorning o'ng tomonida bo'lib, yuzi bilan krovatning bosh qismiga qarab turadi. Chap qo'lini qovurg'a-umurtqa burchagi sohasiga qo'yadi. O'ng qo'lining barmoqlarini qovurg'a yoyining ustiga o'rmashtiradi. O'ng va chap qo'l barmoqlarini nafas olayotganda yaqinlashtirib buyrakning pastki qismini aniqlash mumkin. Chap buyrakni paypaslaganda o'ng qo'lini qovurg'a-umurtqa burchagiga, chap qo'lni esa qovurg'a tagiga qo'yib chuqurlashtiriladi.

Hamma bemorlarni yonboshlatib va tik holatlarda xuddi shu usul bilan paypaslash mumkin. Bu bilan buyrakning noto'g'ri joylashganini yoki uning pastga tushib qolganligini aniqlaydi.

Go'daklarda ayniqsa, chala tug'ilgan va gipotrofiyaga uchragan bolalarda, qorin devorining yumshoqligi sababli buyrakni osonlik bilan paypaslash mumkin. Bunga katta yoshdagi kishilar buyragiga nisbatan go'daklar buyragining hajmining kattaligi ham yordam beradi.

Bog'cha yoshida bo'lgan bolalarda buyrak kasalliklari bilan o'tkir appenditsitni differensial ajratish tashxisining qiyinligi sababli tekshirish oldidan 3% xlorgidrat eritmasi bilan klizma qilish maqsadga muvofiqdir (I- yoshgacha 10-15

ml, 2 yoshgacha 15-20 ml, 3 yoshgacha 20-25 ml). Dori-darmonlar ta'siridagi uyqu mushaklarning faol taranglashishi bo'shashtirib, faqat mushaklarning haqiqiy himoyasini qoldiradi.

Juda kam hollardagina siydik yo'lini paypaslash usuli bilan aniqlash mumkin. Faqat siydik yo'li katta tosh bilan to'silib va tosh atrofidagi siydik yo'li haddan tashqari qisqarganida, toshning turgan joyini va siydik yo'lini bir barmoq bilan paypaslash mumkin. Tosh turgan joyda og'riqning eng yuqori darajasi aniqlanadi. Siydik yo'lini pastki uchdan bir qismini yoki uning toshi bo'lgan joyini paypaslab topish, qin orqali bimanual usul yoki orqa teshik bilan tekshirganda osonroq bo'ladi.

Siydik to'xtab qolganda qovuqning chegarasini paypaslab aniqlash mumkin. Bimanual paypaslash ayollarda, erkaklarda va qizlarda boshqa a'zolarining holatini va kichik chanoq yog' to'qimasini baholashga ham imkon beradi.

Olatni paypaslaganda kavernoza tana va siydik chiqarish kanalining konsistentsiyasiga hamda olat boshining ochilishiga ko'proq ahamiyat berish kerak. Moyak xaltasining a'zolarini paypaslaganda urug' tizimchasini moyak va uning ikki ortig'ini qanday holatlarda ekanligini tekshirish kerak. Bitta yoki ikki moyakning yo'qligida, ularni chov kanalidan istash lozim. Bu vaqtda bemorni yotqizib va tikka turgan holatlarda tekshirish kerak. Chov va skarpov uchburchak sohalaridagi regional limfatik tugunlarning ahvolini paypaslab baho beriladi. Yonbosh, paraaortal va parakaval limfatik tugunlarning ancha kattalashganida qorin paypaslaganda aniqlanadi.

Urologik kasalliklarning tashxisida prostata bezini to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega. Bunda bemorni yonboshlatib (odatda o'ng tomonga) yoki tizza-chanoq holatida bajariladi. Bemorni turgazib 90° oldinga engashtirib ko'rish eng qulay bo'ladi. Bemor turib, yumshoq uzun kursiga yoki kursiga chanoqlari bilan suyanadi. Ko'rsatkich barmoqni to'g'ri ichakka kirgizilib, prostata bezini katta-kichikligi (odatda ko'ndalang 2 - 3 sm va uzunlik yo'nalishi 3-4 sm) yumshoq va qattiq (odatda qayishqoq), bo'laklar orasidagi o'rta jo'yakning borligi aniqlanadi. Prostata bezining o'zgarmagan vaqtida, bo'laklar orasidagi o'rta jo'yagi aniq bo'lib seziladi. Bezning chegarasi odatda aniq bo'lib, lekin yallig'langanda va o'smalarning zo'rayishida silliq qolishi mumkin. Bir vaqtda to'g'ri ichak shilliq pardasining prostata bezi ustidan siljishini, prostata bezida qattiq va yumshoq joylar yoki flyuktuatsiya va krepatitsiyalarning borligini aniqlash kerak.

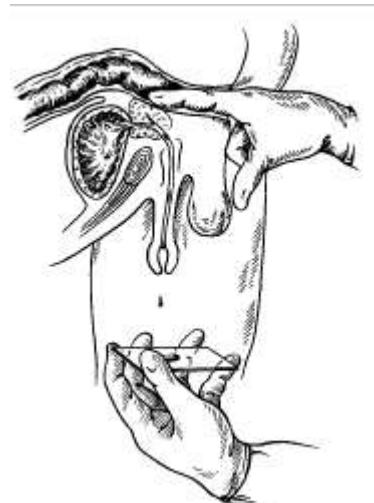
Prostata bezining bir qancha kasalliklarda davolash va diagnostik maqsadlarda uni uqalashga (massaj) to'g'ri keladi (bezning sekretini tekshirish uchun olinadi). O'tkir prostatitda prostata bezini uqalash man etiladi. Prostata bezini uqalash usuli quyidagicha: o'ng qo'lning ko'rsatkich barmogini bemorning to'g'ri ichagiga kirgizib, bezning lateral yo'nalishdan, medial tomoniga karatib, vrach muloyim ravishda uqalaydi. Xuddi shu harakatlarni bezning boshqa bo'lagida ham qilib, undan so'ng sirpanish harakati bilan, o'rta jo'yakdan sekretni, siydik chiqarish kanaliga siqib chiqaradi (9-rasm). Prostata bezining sekretini tekshirish uchun bir tomoni berk shishi naychaga yoki oynaning parchasiga yig'iladi.

Agar prostata bezini 30-60 sekund uqalangandan so'ng, sekret siydik kanalining tashqi teshigidan ajralib chiqmasa, bemorga siyishini iltimos qilib, siydik kanalidan ajralib chiqqan sekret borligini birinchi qismini tekshirish uchun jo'natiladi.

Prostata bezini uqalab davolash uchun xuddi shunday muolaja qilinadi, lekin bunda muolaja uzoqroq davom ettiriladi (1-2 daqiqa).

9-rasm . Prostata bezining sekretini olish.

O'zgarmagan urug' pufakchalarini to'g'ri ichak orqali tekshirganda juda ham kam hollarda paypaslab aniqlash mumkin. Ular patologik bo'lib kattalashganida, o'rta chiziqning ikki tomonidan, prostata bezining ustida uzunchoq shaklida bo'lib paypaslanadi. Paypaslab ularning qalinligi, qattiq va yumshoqligining bir tekis bo'lishi hamda ularning kattaligiga va og'rig'ning borligiga qarab baho beriladi. Bemorni cho'kkayib o'tirgan holda (bemor tekshirayotgan kishining barmog'iga o'tirganday bo'lib tursa) urug' pufakchalarini paypaslash maqsadga muvofiqdir.



Kupferov bezlarining yallig'lanishlarini ko'rsatkich barmog'ni to'g'ri ichakka kirgizib, shu qo'lning katta barmog'ini oraliqqa o'rnatib paypaslab aniqlash mumkin. Bezlar o'rta chiziqning ikki tomonida, orqa chiqaruv teshigining oldingi devorida joylashgan bo'ladi.

Perkussiya. Odatda joylashgan buyraklarni perkussiya usuli bilan aniqlab bo'lmaydi. Paypaslab qorindagi a'zolari yoki o'smalarni bu usul bilan tekshirayotganda uning bebaholigini oshiradi. Paypaslanayotgan narsaning ustidan timpanit bo'lishi, uni qorinning tashqi tomonida joylashganligini ehtimol qilish uchun imkoniyat beradi, agar a'zo yoki o'sma qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'lsa, perkussiya ovozi pasayibroq chiqishi unga xos bo'ladi.

Urologik bemorlarni tekshirayotganda *Pasternatskiy belgisini* albatta tekshirish zarur: bunda kaftning qirg'og'i bilan bel sohasidagi mushak – qovurg'a burchagiga navbatma-navbat, asta-sekin urib qo'yiladi. Zararlangan buyrakning tebranishi tufayli og'riqlarning sezilishi Pasternatskiy belgisining borligini tasdiqlaydi. Lekin atrofdagi to'qimalar va a'zolarining kasalliklari ham Pasternatskiy belgisini borligini bildiradi. Bu belgining bo'lmasligi buyrak kasalligining yo'qligini ham inkor qilmaydi.

Qovuqning perkussiyasi qorinning o'rta chizigi bo'ylab, qorinning yuqori sohasidan qovga qarab yo'naladi. Qovuq to'lgan bo'lsa, qov ustida o'tmas perkutor ovoz chiqadi. Qovuqning yuqori chegarasini aniqlab, shu zahoti siydik chiqarib yuborilsa, unda qolayotgan siydikning bor yoki yo'qligini aniqlash mumkin.

Auskultatsiya. Arterial gipertenziyasi bo'lgan hamma bemorlarni albatta auskultatsiya qilish zarur. O'ng yoki chap qorinning ustki kvadratida va orqa qovurg'a-umurtqa burchagi sohasida eshitilayotgan yumshoq sistolik shovqin buyrak arteriyasining stenoz borligini ko'rsatadi. Buyrakning arteriovenoz fistolasida va ateromatoz bilan zararlanganda qorin aortasini sistolik shovqini dag'al va davomli bo'ladi. Buyrak arteriyasining fibroz va fibromuskulyar stenozida, qorinning yuqori qismida, ko'pincha davomli yuqori chastotali, kechikkan sistolik kuchaygan shovqin bilan aniqlanadi.

LABORATOR TEKSHIRISH USULLARI

QON TAHLILI.

Urologik kasalliklarda qonning klinik tahlili lekotsitlar va leykotsitar ifodasining o'zgarishini hamda eritrotsitlar, gemoglobin, trombotsitlar, protrombinlar sonini va eritrotsitlarning cho'kish tezligini (SOE) aniqlaydi.

Qonning biokimyoviy tahlillarida bilirubin, xolesterin, umumiy oqsil va uning fraktsiyalarini, glyukozaning borligini aniqlab, jigarining ish faoliyatlari sinab ko'riladi (timolovaya, sulemovaya, Takata-Ara). Olingan natijalarning meyorda bo'lmasligi gepatopatiyaning turli darajasi borligini bildiradi. Qonning zardobida mochevina va kreatininlarni aniqlash buyraklarning ish faoliyatini baholashga yordam beradi.

Buyrakning ish faoliyatini chuqurroq o'rganish uchun murakkab biokimyoviy testlarni bir kecha-kunduz yig'ilgan siydik bilan birga tekshiriladi. Bunda qon va siydik tarkibidagi ferment va elektrolitlar kislota-ishqor balansi, kreatinin va mochevina klirensi, aminokislotalarning ekskretsiyasi va siydikdagi glyukozalar aniqlanadi.

Buyrak faoliyatini aniqlash.

Buyrak organizmidagi azot metabolizmi moddalarini: mochevina, kreatinin, siydik kislota, Purin asoslari va indikanni ajratib chiqaradi.

Bu moddalarning hammasi qoldiq azotni (oqsilsiz) tashkil qilib, qon zardobida uning miqdori 3-7 mmol/l (20-20mg%) bo'lib hisoblanadi.

Qon zardobida buyrak summar ish faoliyatini aniqlashda, mochevina va kreatininlarni aniqlash aniq usullardan biri bo'lib hisoblanadi. Mochevina azoti, qoldiq azotning asosiy asosiy qismi bo'lib hisoblanadi. Sog'lom odamning qon zardobida mochevina miqdori 2,5-9 mmol/l (15-50%) tashkil qilib, og'ir buyrak yetishmovchiligida bu raqam 32-50 mmol/l (200-300 mg%)ga chiqishi mumkin. Buyrak funksional ish faoliyatini yanada aniq ko'rsatadigan tekshirishlardan, qon zardobidagi kreatinin miqdori bo'lib, u sog'lom odamlarda 100-180 mmol/l (1-2 mg%)ni tashkil qiladi, buyrak yetishmovchiligining og'ir darajasida 720-900 mmol/l (8-10mg%)ga ko'tariladi. Azot qoldiqlari miqdorini qon zardobida ko'payib ketishi buyrakni azot ajratib chiqish ish faoliyatining buzilganligini ko'rsatadi. Ko'p buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida buyrak yetishmovchiligi kuzatilib, gomeostaz (organizm ichki muhit muvozanatini ushlab turish) va qon zardobidagi qoldiq azotning miqdorini ancha ko'rsatilishi bilan kuzatiladi. Bir qancha kasalliklarda buyrak funksional ish faoliyatini tekshirish ayniqsa, buyrak yetishmovchilik davrlarini to'g'ri aniqlashni talab qiladi. Shu maqsadda ko'pincha endogen kreatinin bo'yicha koptokchalar filtratsiyasini tozalash koefitsenti (***klirensi***) tekshirishi qo'llaniladi. Bu metod kontsentratsiya indeksini hisoblashga asoslangan bo'lib, siydikdagi kreatinin kontsentratsiyasi (U), uning qondagi miqdoriga teng (R). Indeks kontsentratsiyasining bir minutdagi diurez (V) miqdoriga ko'paytirilsa tozalash koefitsenti kelib chiqadi. Klirensni aniqlash formulasi quyidagicha:

$$C = \frac{U \cdot V}{P} .$$

Tozalash koefitsenti 1 minutda buyrak qancha hajmdagi qoni (ml)da tekshirayotgan moddani ajratib chiqishini ko'rsatadi.

Glomerulyar filtratsiyaning haqiqiy hajmi (F) inulin klirensi yordamida aniqlash mumkin. Klinik amaliyotida endogen kreatinin klirensini aniqlash qulay, chunki tekshirish sikli ancha sodda.

Naychalarda (R) suv reabsorbsiyasi foizlarda ko'rsatilib quyidagi formulada aniqlanadi.

$$R = \frac{F-V}{F} \cdot 100.$$

Sog'lom odamlarda koptokchalar filtratsiyasi hajmi 120-130 ml/min, naychalar reabsorbsiyasi esa 98 - 99% ga teng. Buyrak filtratsiyasi va suv reabsorbsiyasi har bir buyrakni alohida qilib tekshirish mumkin.

Buning uchun siydik naylarini kateterizatsiyasini qilib, ma'lum vaqtda (1 yoki 2 soat) buyraklardan alohida – alohida qilib siydik yig'ish mumkin. Buyrakdan olingan filtratsiya - reabsorbsiya ma'lumoti funksional tashxisda, buyrak kasalliklari klinikasida katta ahamiyatga ega, chunki buyrak parenximasini saqlangan hajmini bilish hamda davolash taktikasini qo'llashda yordam beradi.

Siydik naylarini alohida kateterizatsiya qilganda **Govarda testini** qilish mumkin. Har bir alohida olingan buyrak siydigidan natriy ionlar konsentratsiyasi va xlor hamda suvning hajmi aniqlanadi. Bu ma'lumotlar klirens - test bilan solishtiriladi, 20% hollarda Govarda ko'rsatkichi(kateter yonidan siydikni oqib turishi) xato bo'lishi mumkin. Natriy ionlarini siydik bilan oz miqdorda ajralib chiqishi surunkali glomerulonefrit va buyrak arteriyasining stenozida uchraydi.

Siydikning tahlili.

Siydikning umumiy tahlili uchun uning ertalabki qismini olish zarur. Tekshirishdan oldin tashqi jinsiy a'zolari puxta va toza qilib yuviladi. Ayollardan tekshirish olish uchun ular siyayotgan vaqtlarida siydikning o'rta qismi olinadi, ba'zi bir vaqtlarda esa faqat qovuqni kateterizatsiya qilinadi. Sidik kanalining aralashmasi tushib qolmasligi uchun juda kam hollarda, zarurati bo'lib qolganda qov ustidan qovuqni punksiya qilib tekshirish uchun siydik olinadi. Erkaklarda patologik jarayonning qayerdaligini aniqlash uchun siydikning ikki yoki uch hissasini tahlil qilish kerak. Siydikning tahlili asboblardan tekshirgunga qadar qilinishi zarur. Siydikni olib shu zahotiy oq tekshirish uchun jo'natish kerak. Agar siydik ko'p vaqt saqlansa, ishqoriy achishi rivojlanib, tarkibiy qismi buziladi va bakteriyalari ko'payishi mumkin. Bunday siydik tekshirish uchun yaroqsiz bo'ladi.

Siydikning nisbiy zichligi bir kecha-kunduzda suyuqlikning iste'mol qilish tarkibiga qarab o'zgarishi (odatda 1005 dan 1025 gacha) tufayli, siydikning bir hissasinigina zichligini tekshirish uchun yetarli deb hisoblanmaydi. Bu ko'rsatkichga to'la ta'rif berish uchun **Zimnitskiy sinovi**, yani bir kecha-kunduzda, har uch soatda siydikning sakkizta hissasini, hajmi va nisbiy zichligini o'lchash amalga oshiriladi. Oqsil yoki glyukozaning aralashmasining siydikda bo'lishi, uning hajm zichligiga ta'sir ko'rsatadi. Keyingi vaqtlarda klinitsistlar siydikni osmolyarligini aniqlashmoqda, chunki u odatda 450-500 mosmol bo'lishi kerak.

Oqsil, glyukoza, atseton, bilirubin, urobilin va urobilinogenlarni aniqlash siydikning kimyoviy tekshirishlariga kiradi.

Siydikning cho'kmasini mikroskop ostida tekshirish, uning xususiyati va tarkibiy qismlarining (epitelial hujayralar, bakteriyalar, leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar, tuzlar kristallarining) sonini aniqlaydi. Siydikning tarkibiy qismlarining

soni haqida aniq ma'lumot olish uchun ularni gemotsitometrik xilidagi kameralarda hisoblash kerak.

Bunday hisoblashlarning bir necha xillari mavjud. **Kakovskiy-Addis usuli** bilan bir kecha-kunduzlik siydikdagi leykotsitlar, eritrotsitlar, epitelial hujayralar va silindrlarni hisoblash kerak. 3 soat mobaynida yig'ilgan siydik **Amburje usuli** bilan tekshiriladi. Hisoblash natijasida 1 daqiqa ajralib chiqqan siydikda qancha hujayralar soni borligi aniqlanadi. Urologiya amaliyotida 1 ml siydikdagi tarkibiy qismlarni hisoblash maqsadga muvofiqdir.

Odatda 1 ml siydikni $2 \cdot 10^3 - 4 \cdot 10^3$ leykotsitlar, 1000-2000 eritrotsitlar, 2-20 trombotsitlar, 20 tagacha silindrlar tashkil qiladi.

Buyrakning yashirin leykotsituriyasiz yallig'lanishining zo'rayishini aniqlash uchun uni buzish maqsadida prednizolon va pirogenal usullari ishlatiladi. Bu usul shunga asoslanganki, venaga 30 mg prednizolon yoki mushak ichiga 10 MPD (minimal pirogen doza) pirogenal yuborilganda buyrakning yallig'lanishini zo'rayishida 3 soat mobaynida leykotsituriya jadallanishi ko'tarilib, bir kecha-kunduz saqlanadi. Agar leykotsitlar soni aniqlash leykotsituriyani sifat tahlili bilan birga olib borilsa, diagnostik usullarning sifati yuqoriladi. Siydikda **Shterngeymer-Malbin** va faol leykotsitlarni hamda bakteriuriyaning ko'payishini piyelonefritning belgisi deb bilish kerak. Yuqori arterial gipertenziyali bemorlarda pirogenal usuli, prednizolon usulidan afzalroq ekanligiga ishonch hosil qilish kerak, chunki oxirgisini gipertenziya ta'sir kuchi ehtimoli borligini hisobga olish kerak.

Bakterioskopiya usuli bilan siydikda mikroblarning borligi aniqlanadi. Lekin amaliy bakteriologik tekshirish undan mukammalroq yallig'lanish qo'zg'atuvchisining tusiga, bakteriuriyani soniga baho berib, antibiotik dorilarga bakteriyalarning sezgirligini aniqlaydi.

Bakteriyalarni aniqlash uchun siydikni har xil ozuqali muhitlarga ekiladi. Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda qulay bo'lgan soddalashgan agarli Petri pallasiga siydik ekiladi, u 1ml siydikda qancha bakteriyalar borligini aniqlashga imkon beradi. Katta jamoalarda kasalliklarining oldini olish, tekshirishlar o'tkazishda bakteriuriyalarning darajasini aniqlash uchun, **TTX (trifenil tetrazolinxlorid) usuli** muvaffaqiyat bilan qo'llaniladi. Bu usul shunga asoslanganki, bakteriyalarning yashash davomida ferment degidrogenaza hosil bo'ladi, bu esa rangsiz erigan TTXni qizil erimaydigan trifenilformazinga o'zgartiradi.

Sil kasalligiga shubha bo'lsa bakterioskopiya qilinadi, siydikning cho'kmasini ham flotatsiya usulida Sil-Nilson buyog'iga buyab, bakterioskopiya qilish zarur. Siydikni qon muhitiga ekilganda aniqroq natijalarni olish mumkin. Bu esa 1-2 haftada javob olishga imkon berib: tuxum –kartoshka muhitiga o'tkazilganida javobi kechroq (2-2,5 oy) bo'lsada, lekin bu unga nisbatan aniqroq bo'ladi. Undan ham ahamiyatliroq bo'lgan **biologik usul** bemorning siydigini dengiz chuchqasining teri ostiga yoki qorin bo'shlig'iga emlanadi, bu hayvon esa sil infeksiyasiga yuqori darajada sezgir bo'ladi.

Keyingi yillarda immunokimyoviy tekshirish usullari keng qo'llanilmoqda. Ularning orasida uroproteinlarni immunoelektroforetik tahlili nisbatan soddaroq hisoblanadi. Bu usul siydik oqsilining sifat tarkibini o'rganishga va proteinuriyaning xilini aniqlashga imkon beradi. Siydikdagi oqsillar miqdorini alohida immunodiffuz reaksiyasi yordamida aniqlash ko'proq ma'lumot beradi. Bir vaqtda qon va

siydikdagi oqsillar konsentratsiyasini o'rganish oqsillarning klirensiga baho berishga imkon beradi.

Yuqori klirensli katta molekulyar oqsillar esa glomerulopatiyalarga xosdir. Kichik va katta molekulyar oqsillar klirensining o'zaro munosabatiga qarab selektiv va selektivsiz proteinuriyalar aniqlanadi (I-bobga qarang) Buning muhimligi shundaki, selektiv proteinuriyani aniqlash qimmatli usullardan biri bo'lib, u piyelonefrit va glomerulonefrit ajratish tashxisida, koptokchalarning morfologik zararlangan xillarini aniqlashda, gormonorezistentli va gormonosezgirli glomerulopatiyaning xillarini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Koptokchali va koptokchadan tashqari gematuriyani immunokimyoviy yo'l bilan ajratish ham qo'llaniladi. Bu usulning negizi shundan iboratki, u qon va siydikdagi oqsillar o'rtasidagi konsentratsion nisbatni aniqlaydi. Agar ular bir-biriga o'xshash bo'lsa, gematuriyani genezi koptokchadan tashqari deb taxmin qilishimiz mumkin. Qondagi oqsil va uroproteinlarning bir-biriga bo'lgan nisbati ancha o'zgargan bo'lsa, gematuriyaning kelib chiqishi koptokchadan deb xulosa chiqarish mumkin.

Koptokchadan tashqari bo'lgan gematuriyalar shikastlanganda, buyrak va qovuqning xavfli o'smalarida, prostata bezining rak va adenomasida, qovuq, prostata bezi va urug' do'ngligining yallig'lanishlarida uchraydi. Koptokchali gematuriyalar glomerulonefritning har xil formalarida, homiladorlik nefropatiyasida, ko'chirib o'tkazilgan buyrakning o'tkir zo'rlik bilan tortib olish reaksiyalarida bo'ladi.

Siydik kanalidan ajralib chiqqan suyuqliklarni tekshirish.

Siydik kanalidan ajralib chiqqan har qanday suyuqlik mikroskop ostida tekshirilishi kerak, buning uchun bir tomchi suyuqlikni ilmoq bilan oyna parchasiga oqizib, ustiga qoplama qo'yib, mikroskop ostida tekshiriladi. Agar suyuqlik chiqmasa, siydikning birinchi hissasini sentrifugadan o'tkazib, xuddi shu usul bilan epitelial hujayralar va leykotsitlarda iborat bo'lgan cho'kma tekshiriladi.

Siydikda uretral ishlarning topilishi, siydik kanali yoki prostata bezida yallig'lanishlar borligini bildiradi. Siydik kanalidan ajralib chiqqan suyuqliklarni mikroskop ostida tekshirganda, ko'p miqdorda leykotsitlarni, har xil mikroorganizmlarni, troxmonadlarni topish mumkin.

Siydik va jinsiy a'zolarining o'smasida siydikni sitologik usul bilan tekshirish.

Sitologik tekshirish uchun ko'pincha, bir kecha-kunduz davomida yig'ilgan siydikning cho'kmasi ishlatiladi. Olingan material yupqa qavat qilib oyna parchasiga surtiladi. Surtma Nikiforov aralashmasida mustahkamlanib, Romanovskiy usuli bilan bo'yaladi. Mikroskop orqali tekshirganda buyrak, qovuq tarkibidagi hujayralar yoki prostata bezida blastomatoz o'zgarishlari bo'lgan belgilar topilishi mumkin.

Qovuqning o'smalarida qovuqdan aspiratsiya qilib olingan materiallarni tekshirganda, aniq va to'g'ri ma'lumotlar olinadi. Kateter orqali qovuqdan siydik asta-sekin tortib aspiratsiya qilinadi. Olingan material bir tomoni berk shisha naychaga solinib, 2 soatdan so'ng uning cho'kmasidan yuqorida aytilgan usul bilan mikropreparat tayyorlanadi.

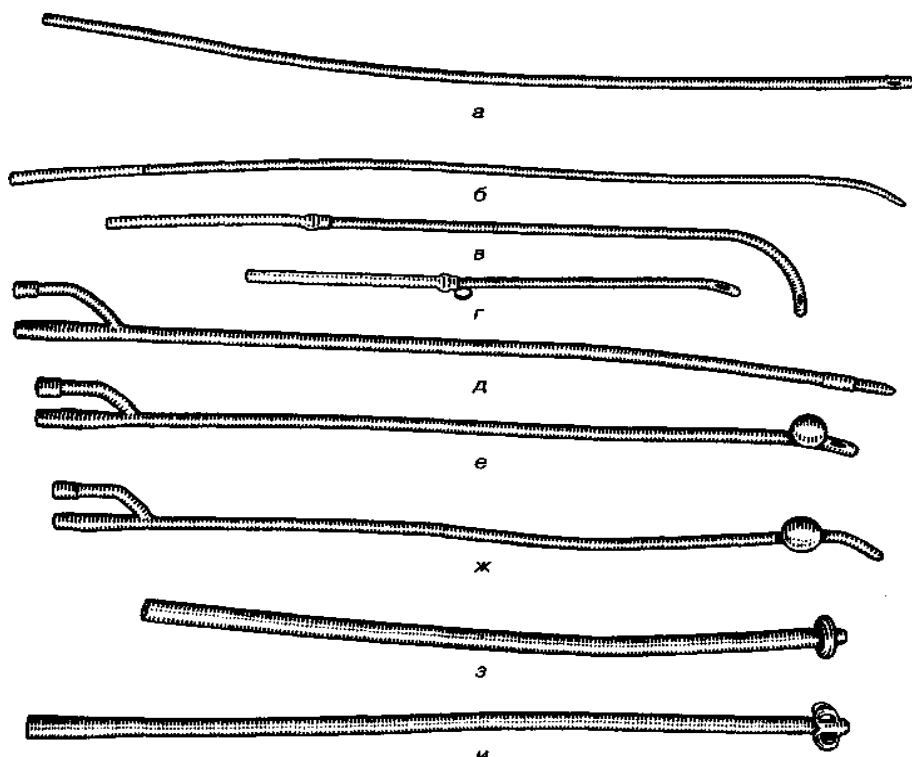
Sistologik tekshirish uchun materialni qovuqning o'smasidan aspiratsiya qilib olish mumkin. Buning uchun kateterizatsion sistoskop orqali o'smaga siydik yo'li

orqali kateterini tekkizib, shprints orqali aspiratsiya qilib, asta-sekin kateter chiqarib olinadi. Kateterning uchiga yopishib qolgan o'smadan ajralgan to'qima tekshiriladi.

Prostata bezi o'smasining tashxisi uchun, massaj qilgandan keyin olingan sekret ishlatiladi. Lekin prostata bezining bir necha joyidan olingan punktni tekshirish katta ahamiyatga ega.

ASBOB VA ENDOSKOPIYA USULI BILAN TEKSHIRISH

Har kungi urologik amaliyotda siydik yo'llarini asbob va endoskopiya usullari bilan tekshirish asosiy o'rinni egallaydi.



10-rasm. Har xil ko'rinishdagi kateterlar.

a-Nelaton, b- Timan, v-erkaklar uchun metalldan qilingan, g-ayollar uchun metalldan qilingan, d,e,j- ballonli kateterlar (pomerantseva Foli). 3-Petstser, i-Maleko.

ASBOBLAR BILAN TEKSHIRISH USULLARI

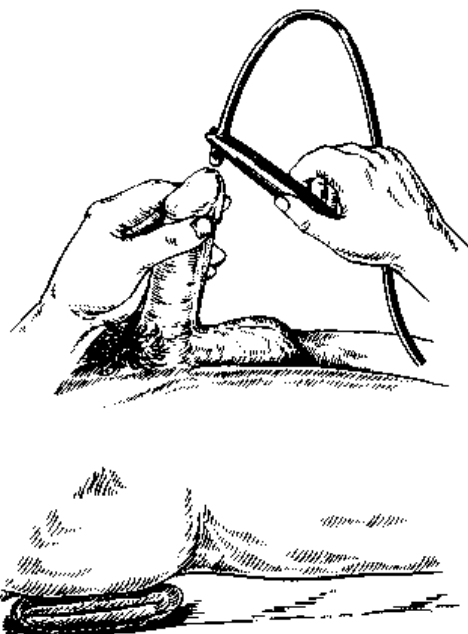
Qovuqni kateterizatsiya qilish.

Kateterizatsiya qovuqni tashxisi yoki davolashi uchun qilinadi: qovuqni bo'shatish, uni yuvish, dori-darmonlar (instilyatsiya) va rentgenokonstrast moddalarni yuborishga aytiladi. Kateterizatsiya uchun metalldan qilingan asboblardan, rezina yoki polimer materiallardan tayyorlangan trubka ko'rinishidagi asboblardan qo'llaniladi. Kateterlar yumshoq (rezinadan), qattiq (metalldan) va yarimqattiq (polimerlardan tayyorlangan elastik) bo'ladi.

Kateterlar har xil diametrlilik bo'lib, shu raqamlarga tegishli kattalikda bo'ladi. Boshqa asboblarga o'xshab, kateterlar raqami *Sharer shkalasi* bilan belgilanib, asbobning aylana millimetr uzunligiga teng. Masalan, 18 raqamli kateterning aylana uzunligi 18 mm, uning diametri esa 6 mm. Ko'pincha Nelaton, Timan, Petstser, Maleko, Pomerantsev-Foli kateterlari ishlatiladi. Erkaklar, ayollar va yosh bolalar qovug'ini kateterizatsiya qilinadigan maxsus kateterlar bo'ladi. Yosh bolalar

kateterlari kattalarnikiga qaraganda kichikroq, ayollarniki kaltaroq va uchi egilgan bo'ladi.

Ayollar qovug'iga kateterni yuborish usuli ancha sodda bo'lib, hisoblanadi. Ayollar beli bilan yotqizilib, oyoqlarini kerib turgan holatida, oraliq va tashqi siydik chiqarish kanalini antiseptik suyuqligida namlangan paxta bilan tozalanib, sterillangan pintsent yordamida kateter uretra orqali qovuqqa yuboriladi.



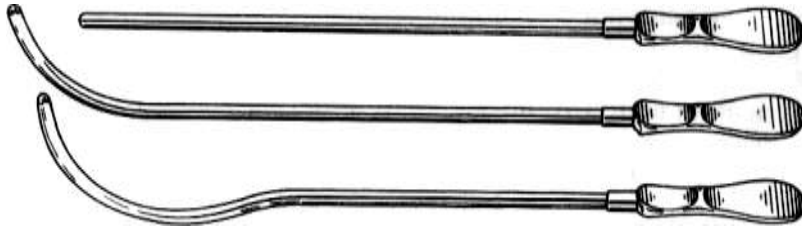
11 Rasm Qovuqni Nelaton kateteri bilan kateterlash (sxema).

Erkaklarda kateterni qovuqqa yuborish usuli ancha murakkabroq. Bemorni chalganchasiga yotqizib, olatni chap qo'lining 3 va 4 barmoqlari bilan ushlab (siydik kanalini bosmasdan), siydik kanali shilliq pardasining burmalarini tekislash uchun olat biroz oldinga tortiladi. O'sha qo'lining ko'rsatkich va katta barmoqlari yordami bilan siydik kanalining tashqi teshigi biroz kengaytiriladi. Siydik kanalining tashqi teshigi va olatning boshi antiseptik usul bilan tozalangandan so'ng, sterillangan vazelin yoki sintomitsin linimenti surkalgan kateter sterillagan pintsent yordamida, o'ng qo'l bilan siydik kanalidan o'tkaziladi (11- rasm).

Erkaklarda metalldan qilingan kateterni yuborish usuli bundan ham murakkabroq bo'lib, ehtiyotkorlikni va muayyan mahoratni talab qiladi. Siydik kanalining tashqi teshigini tozalab, olatning boshini chap qo'lining barmoqlari bilan tepaga ko'tarib, uni chov qatiga parallel qilib taranglashtiriladi. Asbobing uchini pastga qaratib, o'ng qo'l bilan siydik kanali bo'yicha qovuqning tashqi sfinkterigacha – to'siq bo'lgan joygacha yuboriladi, keyin olat bilan kateterni, qorinning o'rta chizig'iga shu burchak bo'ylab oldingi qorin devoriga (gorizontal holda) o'tkazib, asbobning tashqi uchini asta-sekin ko'tarib, uning ichki qismini chuqurroq yuborishga va siydik kanalini unga tortib taranglashtirishni davom ettiradi. Kateter biroz qarshilikni yengib, siydik kanalining orqa bo'limidan o'tib qovuqqa tushadi. Kateter pavilonini bemor oyoqlari orasida bo'lishi, asbobni o'z o'qi atrofida bemalol buralishi, uning ichki qismini qovuqda ekanligini isboti bo'lib hisoblanadi. Kateterdan siydikning ajralib chiqishi buning qo'shimcha isboti bo'ladi. Metall asboblarni qovuqqa majburiy o'tkazish juda xavfli bo'lganligi uchun siydik kanalini qovuq bo'ynini teshilishi va unda «soxta yo'lni» vujudga kelishi ehtimoli bo'ladi. Ayniqsa kasalning bunday xavfli asoratlarini paydo bo'lishiga siydik chiqarish kanalida va qovuq bo'ynida to'siqning bo'lishi sababdir (prostata bezining rak va adenomasi, siydik chiqarish kanalining chandiqlanishi). Jarohatlangan va yallig'langan kasalliklarning natijasida uretrada paydo bo'lgan asoratlar sababli erkaklar qovug'ini kateterizatsiya qilish faqat zaruriy bo'lgan vaqtlarda amalga oshirilishi lozim. Qovuqni, siydik chiqarish kanalini va prostata bezining o'tkir yallig'lanishlarining zo'rayishida kateterizatsiya qilish man etiladi.

Siydik chiqarish kanaliga buj o'tkazish.

Buj o'tkazish tashxislashda (siydik chiqarish kanalining toraygan joyini va uning xilini aniqlashda ishlatiladi) va davolash (siydik chiqarish kanalining toraygan joyini kengaytirish uchun) maqsadlarida qo'llaniladi. Siydik chiqarish kanali yoki qovuqning qaysi joyida toshning joylashganini aniqlashda buj bilan tekshiriladi.



12-rasm Uretral bujlar

Buj o'tkazishdan avval elastik boshchasimon buj bilan toraygan joyning taxminiy diametri aniqlanib (andazasini o'lchash), shu raqamli metalldan buj o'tkaziladi. Siydik chiqarish kanaliga buj o'tkazish uchun har xil shakl va diametrli asboblari qo'llaniladi. Eng ingichka (№1-3) bujlarni ipsimon (filiformniy) shakldagilar deb ataladi. Erkaklar buji va metallan qilingan kateterlarning egilgan joyi bir-biriga o'xshash bo'lib, uzunligi 24-26 sm, ayollarniki esa to'g'ri bo'lib 14-16 sm bo'ladi. Buj o'tkazish usuli xuddi metallan qilingan kateterlarni yuborishga o'xshaydi. Agar buj siydik chiqarish kanali bo'ylab o'tkazib bo'lmaydigan to'siqqa uchrasa, unda harakatni ko'paytirmay, diametri kichkina bo'lgan bujni o'tkazishga urinish kerak. Siydik chiqarish kanalining qiyinchilik bilan o'tadigan torayishlarida elastik o'tkazuvchili metall bujlar qo'llaniladi (***Lefor bujlari***). Avval siydik chiqarish kanalidan ingichka va egiluvchan o'tkazuvchi o'tkazilib, uning tashqi rezkali uchiga metall bujni burab, siydik chiqarish kanali bo'ylab o'tkaziladi. Bunday buj o'tkazish har 1-3 kunda takrorlanadi. Buj o'tkazgandan keyin o'tkir yallig'lanishlarning (uretrit, prostatit, epididimit) oldini olish uchun antibakterial dori-darmonlar beriladi.

Siydik va jinsiy a'zolarining punksiyon biopsiyasi.

Ko'pincha siydik va jinsiy a'zolarining punksiyon biopsiyasi tashxisida hal qiluvchi ahamiyatga egadir.

Buyrakning punksiyon biopsiyasi ochiq va yopiq bo'lishi mumkin. Buyrakning ochiq biopsiyasi operatsiya vaqtida yoki kichikroq maxsus lyumbotomiyada qilinadi. Olingan buyrak to'qimasini tezlik bilan gistologik tekshirilishi natijasi jarrohn keyingi davolash yo'llarini tanlab olishi uchun imkon beradi.

Buyrakning yopiq teri orqali punksiyon biopsiyasi asbob bilan tekshirish usuliga kirib, faqat shifoxona sharoitida bajariladi. Boshqa tekshirish usullarini qo'llab bo'lmaydigan yoki yetarli darajada ma'lumot olinmagan paytida, masalan, nefrogen arterial gipertenziya, surunkali piyelonefrit va boshqa kasali bor bemorlarda shu usuldan foydalaniladi.

Bemorni qorni bilan yotqizib, qovurg'asining tagiga qattiq yostiq qo'ygan holda bajariladi. Buyrakning turgan joyini aniqlash uchun ekskretor urografiya qilinadi. Agar rentgen kabinetda elektron – optik o'zgartiruvchi bo'lsa, tekshirish televizor orqali bajariladi. Bu vaqtda ekskretor urografiya muolaja qilish oldidan

bajariladi. Jarrohni bemor va operatsiya joyini tayyorlash, xuddi odatdagi operatsiyaga tayyorlashday bo'ladi. Rentgenogrammaga asoslanib chap buyrak, ko'pchilikda o'ng buyrakka qaraganda yuqori bo'lganligini hisobga olib o'rta chiziqni 10-12 sm lateral XII qovurg'adan pastroqda teri punksiya qilinadi. Punksiya qilinadigan soha novokain suyuqligi bilan teridan qatma-qat paranefral kletchatkaga qadar anesteziya qilinadi. Tashqi tomoni silindr va ichi o'qdan iborat biopsiya uchun bo'lgan maxsus ignani, kichikroq (0,5 sm) kesilgan teri orqali buyrakka qarab yuboriladi. Ignaning uchi buyrakning pardasini teshib o'tganda, tashqi silindrni mahkamlab, ichki o'qni buyrakning to'qimasiga 1sm chuqurlikka yuboriladi. Unda maxsus chuqurcha bo'lib, uni buraganda buyrak to'qimasi kirib qoladi. So'ngra o'qni qimirlatmay, tashqi silindr ichkariga qarab tortiladi, ignani chuqurchasiga kirib qolgan, uzunligi 1,5 sm bo'lgan buyrak to'qimasi «kesiladi». Shu usul bilan tekshirish uchun yetarli miqdorda material olinadi.

Punksion biopsiya uchun, aspiratsion ignani ham ishlatish mumkin. Buning uchun buyrakning chuqurligiga troakar yuborilib, uning o'qi olib tashlangandan so'ng, shprints bilan qo'shilgan maxsus igna kirgiziladi.

Shprints yordamida ignada kerakli nisbiy bosim hosil qilinadi. Ignani buyrakning ichiga siljitib, unga buyrak to'qimasi «suriladi». Aspiratsiyani to'xtatmay igna va troakar tortib olinadi. Buyrakning yopiq punksiion biopsiyasini asosiy xavfli asoratlaridan biri punksiya qilingan joydan qonning oqishi va buyrak oldida gematomaning hosil bo'lishi hisoblanadi. Shuning uchun qonning oqish jarayonini yuqori darajada bo'lganda, buyrakda turg'unlik holati bo'lganda, qonning bosimi ko'tarilganida bunday tekshirish man etiladi.

Prostata bezining punksiion biopsiyasi uning xavfli o'sma yoki noaniq sabablar bilan surunkali yallig'lanishlarning tashxisida qo'llaniladi. Bu to'g'ri ichak oraliq orqali bajariladi. Prostata bezining biopsiyasi uchun, har xil tuzilishda bo'lgan, bir nechta maxsus igna troakarlari qo'llanilgan. Tashxisning yuqori darajada bo'lishi va tekshirish uchun to'qimalarni prostata bezining har xil joylaridan olinishi tavsiya qilinadi

Prostata bezining biopsiya usuli quyidagicha: Bemorni operatsion kursiga beli bilan yotqizib, oyoqlari yuqoriga ko'tarilib va ochilgan holda joylashtiriladi. So'ng qisqa muddatli narkoz beriladi. Ko'rsatkich barmoqni to'g'ri ichakka kirgizib, uning nazoratida igna troakar bilan orqa teshik 1,5-2 sm chetlab, oldi qismida oraliq terisi teshiladi. Prostata bezining to'qimasiga chuqurligi 1-1,5 sm ignani kigizib, uning tashqi silindri bilan to'qimaning bir bo'laki kesiladi. Ba'zi bir konstruktsiyali biopsiya ignalarining aspiratsiya qilish imkoni bo'lishi muolajaning oxirida, o'sma hujayralarini punksiion kanalga tushib qolish ehtimoli borligi sababli, ularning oldini olish uchun, troakar muftasi orqali ma'lum miqdorda spirt yuborish mumkin. Punksiya qilingan joydan qon oqsa, u barmoq yordamida bosish bilan to'xtatiladi.

Agar prostata bezining zichlangan joylari yuqori segmentlarda joylashgan bo'lsa, punksiion biopsiyani to'g'ri ichak orqali qilish maqsadga muvofiqdir. Bu vaqtda punksiion ignani to'g'ri ichakka barmoq nazorati orqali yuborib, shubha qilingan prostata bezining ustidan yo'g'on ichak devorini uning atrofidagi kletchatkani va prostata bezining to'qimasi punksiya qilinadi. Punksiion ignaning ehtiyot qiladigan joyi muftaga o'xshab, ignani juda chuqur yuborishdan, qovuqni yoki siydik chiqarish kanalini teshilishidan saqlaydi. Punksiya qilgan joydan

oqayotgan qonni barmoq bilan bosib hamda to'g'ri ichak ampulasini tamponada qilish bilan to'xtatiladi.

Paraproktitning oldini olish uchun tekshirishdan ilgari maxsus tayyorgarlik qilinadi. Tekshirish arafasida (kechqurun) tozalash xuqnasi qilinib, bir kunda 8 tomchidan 3 marta afyun shirasi (oddiysi) berilib, antibakterial davolash boshlanadi (bir kecha-kunduzda 1g gacha streptomitsin yoki 2 marta 175000 kolomitsin mushak ichiga yuboriladi).

Moyak yoki uning ortig'ini punksiyon biopsiyasi ularning noaniq kasalliklarida mahalliy anesteziya orqali diametri katta troakar yordamida aspiratsiya usuli bilan bajariladi.

Pastki siydik yo'llarining ish faoliyatini tekshirish usullari.

Tsistomanometriya – Qovuqning ichki bosimini o'lchash bo'lib, u qovuqni to'layotganda yoki siyish vaqtida aniqlanadi. Qovuqni toldirayotgan vaqtda uning ichki bosimini o'lchash, uning rezervuar faoliyatiga baho berishga imkon beradi. Qovuqni bo'shatgandan so'ng sistomanometriya qilish boshlanadi. Suyuqlik yoki gaz tana haroratigacha isitilib, 50 ml dan bo'lib-bo'lib doimo hajm tezligida yuboriladi. Qovuq to'lishi bilan shu kateter orqali bosim o'lchanadi. Quyidagilarning ko'rinishi bilan bosim o'lchanadi: 1) birinchi o'rtacha siyishning istagi bo'lganda; 2) birdan keskin ravishda istagi bo'lganda. Qovuq 100-150 ml bilan to'lib va qovuq ichida bosim 7-10 mm suv ustuniga teng bo'lsa, sog'lom kishida siyishning birinchi istagi paydo bo'ladi. Qovuq 250-350 ml bilan to'lganida va qovuq ichining bosimi 20-25 sm suv ust.ga teng bo'lsa, keskin ravishda siyishga istak paydo bo'ladi. Qovuqning to'lishiga uning bunday holdagi paydo bo'lgan ta'sirlanishi odatdagi reflektorli deb aytiladi. Har xil patologik holatlarda bu ta'sirlanish o'zgarishi mumkin. Agar qovuqning bosimi ancha ko'tarilib, qovuq ozroq miqdorda to'ldirilganda (100-150 ml) keskin ravishda siyish istagi paydo bo'lsa, bunday qovuqni giperreflektorli deb aytiladi. Aksincha agar qovuq 600-800 ml gacha to'ldirilganda, qovuq ichki bosimi biroz (10-15 mm ust.gacha) ko'tarilib, hali siyish istagi paydo bo'lmasa, bunday qovuqni giporeflektorli deb aytiladi.

Sistomanometriya siyish vaqtida qovuq-siydik chiqarish kanalining segmenti, siydik chiqarish kanalining o'tkazuvchanligini va detruzorning qisqarish qobiliyatiga baho berishga imkon beradi. Odatda erkaklar qovug'ining ichki bosimi siyish vaqtida 45-50 sm suv ust., ayollarda esa 40-50 sm suv ust.ga teng. Siyish vaqtida qovuqning ichki bosimi, odatdan tashqari yuqori ko'tarilsa, qovuqning bo'shashiga to'siq bor ekanligidan dalolat beradi.

Urofloumetriya - detruzorning qisqarish qobiliyatini aniqlaydigan usul va qovuq – siydik chiqarish kanali segmentining qarshiligini siyish vaqtida, siydik oqimining hajm tezligida o'zgarishini to'g'ri reja asosida yozilib borishidir. Urofloumetriya natijalari qovuqning evakuatsiya faoliyati haqida fikr yuritishga imkon beradi.

Siydik oqimining hajm tezligini aniqlash uchun maxsus asboblari ishlatiladi. Odatda siydik oqimining eng ko'p hajm tezligining kamayishi, ko'pincha siydik chiqarish kanalining ichki qarshiligining yuqori bo'lishini bildiradi, lekin detruzorning qisqarish qobiliyatining pasayishi ham bunga bog'liq bo'lishi mumkin. Qovuqning ichki bosimini siyish vaqtida va siydik oqimining hajm tezligini bir vaqtda o'lchanishi, bir holatni ikkinchi holatdan ajratishga imkon beradi. Siyish

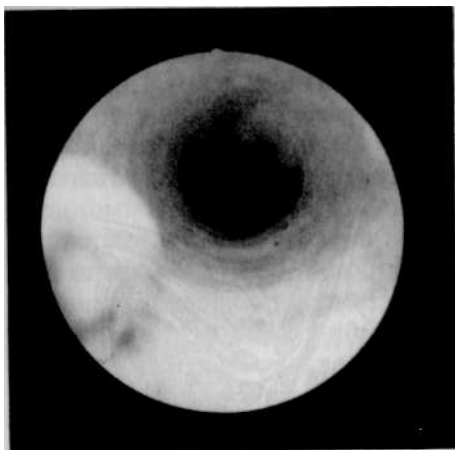
vaqtida urofloumetriya va sistomanometriyani birga aniqlash, siydik chiqarish kanalining ichki qarshiligining miqdoriga to'g'riroq baho berishga imkon beradi. Ayniqsa qovuq ichidagi torayishlarning boshlanish davrlarini aniqlashda muhim o'rinni egallaydi. Siyishning o'rtacha hajm tezligini eng oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Ajralib chiqqan siydikning hajmini (ml), bir marta siyishda siydik miqdoriga va uning vaqtiga (daqiqasiga) bo'lish kerak.

Qovuqning yumilish asbobining holati uretraning aniqlangan ichki bosimning natijasiga qarab hukm chiqariladi. Bu usulning asl mohiyati quyidagicha: siydik chiqarish kanalidan doimiy chiziq tezligiga ikki yo'lli 5 sm masofasida va ikki yon tomonida gulacha tekshiklaridan iborat bo'lgan kateter o'tkaziladi. Kateterning yonidagi teshik orqali suyuqlik yoki gaz yuboriladi. Suyuqlik yoki gazning chiqishida qovuqning yumilish asbobiga bo'lgan qarshiligi o'lchanadi va yoziladi (ichki va tashqi sfinkterlar, prostata bezi va boshqalar). Bosimning o'zgarishi natijasida olingan egri chiziq siydik chiqarish kanalining ichki bosimini ko'rsatkichi deb aytiladi (IBK). Ko'pincha IBK siydikni usholmaydigan, siyishning neyrogenik buzilishi bor bemorlarda aniqlanadi. Odatdagi hajmdan, siydik chiqarish kanalining ichki bosimining yuqori darajasidan past bo'lishi va IBK qisqarishi, siydik usholmaslikka xos bo'ladi.

ENDOSKOPIYA USULLARI BILAN TEKSHIRISH

URETEROSKOPIYA.

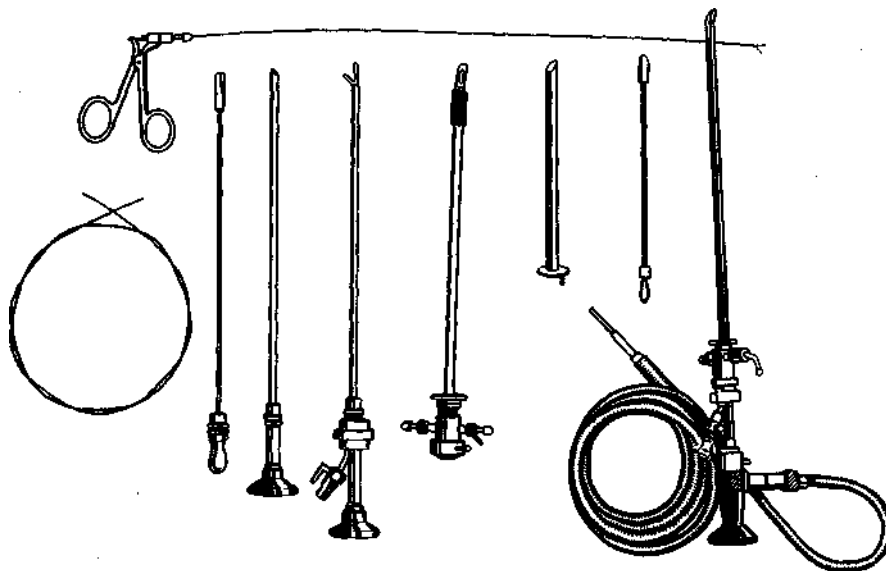
Siydik chiqarish kanalining turli xil kasalliklarini aniqlashda ko'pincha hamma shilliq pardasini tekshirishga zarurat tug'iladi.



13-rasm Ureteroskopiya

Zamonaviy endoskop asboblari (qo'shilgan endoskop asboblari-ureterotsistoskoplar) bilan ureterosistoskopiya o'tkazilayotgan paytda uretrani ham tekshirishga imkon beradi, ya'ni asbobni siydik chiqarish kanalidan qovuqqa yuborayotgan vaqtda, lekin ba'zi bir siydik chiqarish kanalining kasalliklarini aniqlashda ko'pincha maxsus tekshirish – ureteroskopiya qilish zarurati tug'ilib qoladi, bu esa siydik chiqarish kanalidagi barcha shilliq pardani ko'rishga imkon beradi. Ureterotsistoskop asta-sekin chiqarish bilan tekshirish bajariladi, bu vaqtda asbobning qayerda turganini aniqlash zarur, chunki uretroskopda «markaz shakl» ya'ni uretra yorig'ida, shilliq parda radial bo'lib qo'shiladi. Odatda tekshirishlar «quruq» (uretrani suyuqlik bilan taranglashtirmasdan) uretroskoplar yordamida o'tkaziladi.

Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limini aniq ko'rish uchun irrigatsion uretroskop ishlatish kerak (kanalni suyuqlik bilan to'ldirish orqali). Siydik chiqarish kanalini va jinsiy a'zolari o'tkir yallig'lanish davrida asboblardan tekshirish man etiladi.

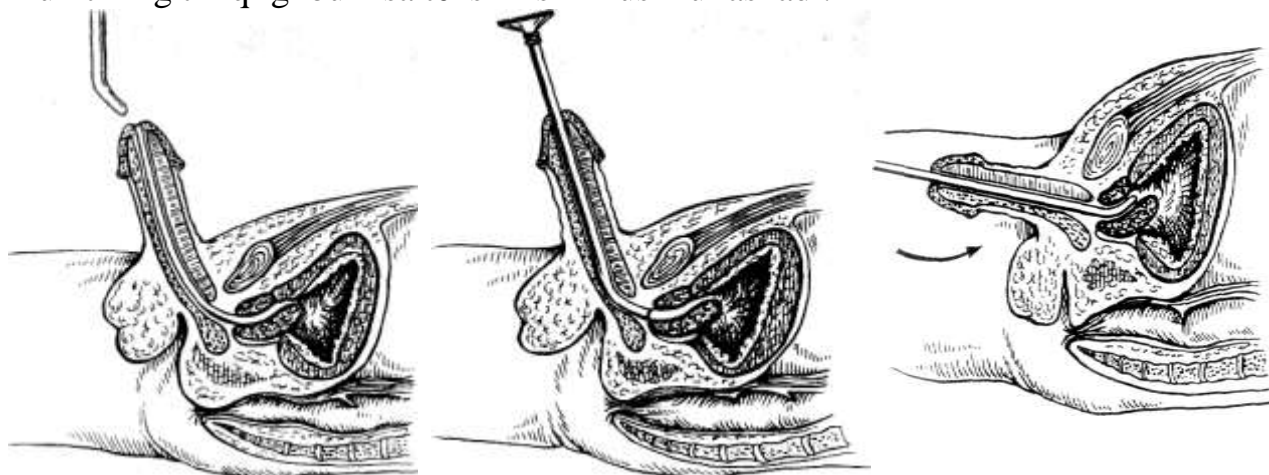


14- rasm. Har xil ko'rinisdagi uretrotsistoskoplar.

SISTOSKOPIYA.

Sistoskopiya-qovuqning ichki yuzasini sistoskop yordamida ko'rish usuliga aytiladi. 1879 yili M.Nittse sistoskop taklif qilgan.

Foydali takomillashtirishlar zamonaviy uretroskopni yaratishga imkon berdi. (14-rasm). Urologiya amaliyotida sistoskopiya eng ko'p bo'ladigan muolajalardan biri bo'lib hisoblanadi. Uretrotsistoskopning qo'shilgan optiq qismlari bo'lib, ular sistoskopiya vaqtida ko'rish, siydik yo'llarini kateterizatsiya va operatsiyalar qilish uchun ishlatiladi. Yosh bolalarni tekshirish uchun kichik diametrli yosh bolalar sistoskoplaridan foydalaniladi. Siydik chiqarish kanalini, qovuq va jinsiy a'zolarning o'tkir yallig'lanishlarida sistoskopiya va hamma uretra orqali qilinadigan muolajalar man etiladi. Siydik chiqarish kanalining o'tkazuvchanligi buzilib, qovuqning hajmi kichkina bo'lsa, gematuriya, piuriya va boshqalar natijasida tezlikda optika muhitining tiniqligi buzilsa tekshirish mushkullashadi.



15-rasm. Sistoskopiya bosqichlari

Sistoskopiya usuli quyidagicha: Siydik yo'llarining shilliq pardasiga mahalliy anestetiklarni yetarli darajada ta'siri bo'lmaganligi sababli, bemorga parenteral analgetik dori-darmonlar tayinlanadi. Kuchli hayajonlanadigan bemor va yosh bolalarni tekshirish narkoz yordami bilan olib boriladi. Tekshirish oldidan bemorga siyib, qovuqni bo'shatish taklif qilinadi. sistoskopiya, bemor urologik tayanma kursiga beli bilan yotqizilib, oyoqlarini ko'tarilib va egilgan holda bajariladi. Shuni esda to'tish kerakki, sistoskopiyaning bajarayotgan paytda, xuddi operatsiya qilayotgan vaqtlardagidek aseptika va antiseptika qoidalariga jiddiy rioya qilish kerak. Uretrosistoskopiya qovuqqa xuddi boshqa metall asboblarni yuborganday yuborish kerak. Uretrotsistoskopni uretraga yuborishdan avval, faqat tozalangan glitserin bilan surkaladi, chunki u optika muhitini xiralashtirib qo'ymaydi. Agar qovuqda qolgan siydik bo'lsa, uretrotsistoskop yuborgandan so'ng chiqarilib, isitilgan 3% li borat kislotasi yoki 1:5000 furatsilin suyuqligi bilan yuvilib, undan keyin shu suyuqlik bilan siyish istagi paydo bo'lishgacha to'ldiriladi. Bu esa qovuqning hajmini aniqlashga imkon beradi. Odatda qovuqqa 250 ml suyuqlik yuborilgandan keyin sistoskopiya bajariladi. Qovuqning shilliq pardasini tekshirish oldingi devoridan boshlanib, undan so'ng chap yon, orqa va o'ng yon devori, uretrotsistoskopni soat strelkasining yurishiga qarab aylantirib ko'riladi. Ayniqsa, qovuqning Lyeto uchburchak sohasini diqqat bilan ko'rish kerak, chunki bu yerda ko'pincha patologik o'zgarishlar joylashadi.

Qovuqning ichki yuzasini oson aniqlash uchun uni shartli soat siferblat maydonlariga bo'ladi. Odatda, siydik yo'lining o'ng teshigi 7 va chapi esa 5 soat siferblatiga to'g'ri keladi. Tekshirayotganda uning simmetrik joylashishiga, turgan o'rniga, shakliga va siydik yo'li teshiklarining soniga, qovuq shilliq pardasining rangiga, patologik o'zgarishlarni (yara, o'sma va boshqalar), qovuqda yot qism va toshlarning bo'lishiga ahamiyat berish kerak. Odatda qovuqning pardasi och-qizil rangda, to'rga o'xshash qon-tomirlardan iborat. Lyeto uchburchagida qon-tomirlar ko'p bo'lib, ular kattaroq bo'ladilar. Siydik yo'lining teshiklari simmetrik bo'lib, uning shakllari yoriq, tuxumsimon va o'roqsimon, yumaloq va nuqtali bo'ladilar. Siydik yo'lining teshiklari (16-rasm) patologik ajralmalarni (yiring, qon) kuzatish mumkin.



16-rasm. Siydik yo'li teshigidan yiring (A), qon (B), indigokarminlarni (V) ajralib chiqishining tsistoskopik ko'rinishi.

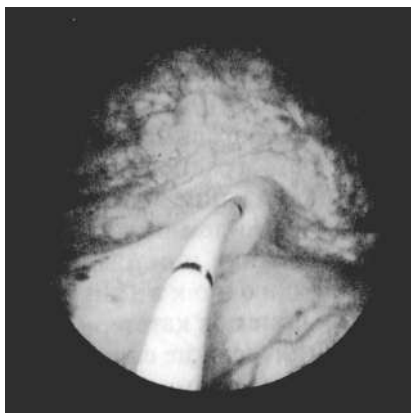
XROMOSISTOSKOPIYA.

Odatda qovuqni ko'rish, xromosistoskopiya bilan birga olib boriladi.

Bu tekshirish shundan iboratki, vena ichiga 2-3 ml 0,4 % indigokarmin yuborilib, uni siydik yo'lining teshigidan shiddatli ravishda chiqishi kuzatiladi. Odatda indigokarmin 3-5 daqiqadan keyin qovuqqa chiqa boshlaydi. (16-rasm. V.) Indigokarminni venaga yuborish mumkin bo'lmay qolsa, uni mushak ichiga yuboriladi. Bunda indigokarmin yuborilishi bilan uning qovuqda ko'rinish orasi 15-20 daqiqagacha ko'payadi. Siydikdagi rangning pasayishi yoki indigokarminning kechikib chiqishi, buyrak yoki yuqori siydik yo'llarining siydik chiqarish ish faoliyatlarini qaysi tomonda buzilganligiga shubha qilishga imkon beradi. Indigokarminni venaga yuborgandan keyin 10-12 daqiqa davomida ajralib chiqmasa, buyrak faoliyatining ancha pasayganini yoki siydikni buyrak jomidan oqib tushishi holati buzilganligini masalan, tosh bilan to'silib qolishi ko'rsatadi.

Siydik yo'li va buyrak jomini kateterizatsiya qilish.

Siydik yo'lini, buyrak jomini kateterizatsiya qilish va siydik yo'lga kateterni o'tkazish uchun, bir yoki ikki yo'lli, ko'taradigan *Albarrani* bo'lgan uretrotsistoskoplarni qo'llaniladi. Ular shifokor nazorati ostida kateter uchini ma'lum yo'nalishda, siydik yo'li teshigiga kerakli balandlikka yuborishga imkon beradi. Siydik yo'li kateteri yuzasining har bir santimetrida maxsus belgilarning borligiga qarab, nazorat qilinadi.



17-rasm. Siydik nayini kateterlash.

Bir vaqtda shifokor siydikni kateterdan bir tekis chiqishini ham kuzatib turadi; to'xtab-to'xtab qisqarib turishi, siydik yo'li va buyrak jomini odatdagi holatini xarakterlasa, siydikni tez-tez yoki oqib chiqishi, yuqori siydik yo'llarida to'siqning borligini ko'rsatadi.

Siydik yo'lining o'tkazuvchanligini, to'siqning qayerdaligini aniqlash, har bir buyrakdan alohida tahlil uchun siydik olish va retrograd ureteropyelografiyalarni bajarish uchun siydik yo'li kateterizatsiya qilinadi.

Buyrak jomidan siydikning oqib chiqishi buzilganda, davolash maqsadida kateterizatsiya qilinadi. Bu hollarda kateter buyrak jomida bir necha kun zarurati bo'lguniga qadar qoldiriladi.

SIYDIK YO'LI VA BUYRAK JOMI BOSIMINI O'LCHASH.

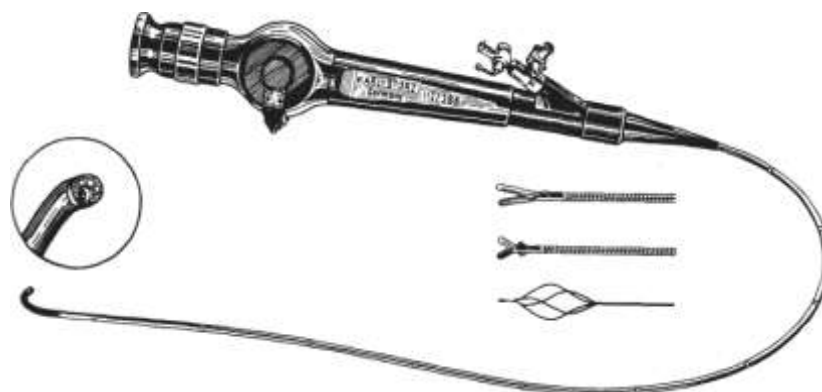
Hozirgi vaqtlarda siydik yo'li va buyrak jomining bosimini o'lchash, uchun ular kateterizatsiya qilinadi. Siydik yo'lga yuborilgan kateterni «DIZA» asbobining sfigmomanometriga ulab, uni siydik yo'lga yuborayotgan vaqtda, siydik yo'li va buyrak jomining turli joylardagi bosimi o'lchanadi. Siydik yo'lining distal bo'limidagi bosim eng yuqorisi 15-25 sm. suv ust.gacha teng bo'ladi. Siydik yo'li kateterini buyrak jomiga o'tkazilishi bilan bosim pasayib, buyrak jomida odatda 7-10 sm. suv ustinigacha yetadi. Yuqori siydik yo'llarida bosimning o'zgarishi, buyrak jomida va siydik yo'lidagi qisqarishlar kuchiga va urokinamikaning buzilishiga bog'liqdir. Bu qovuq-siydik yo'li reflyksida birdaniga 40 sm ust.gacha va undan ham ko'proqqa ko'tarilishi mumkin.

Yuqori siydik yo'llaridagi bosimni o'lchash, buyrak jomi va siydik yo'lida siydik oqimi va urokinamikasining buzilishi ularning ish qobilyati haqida chuqurroq bilishga, hujjatli ma'lumotlar olishga imkon beradi.

Buyrak jomini teri orqali punksiya qilib, bosimni o'lchab uning holati haqida ham fikr yuritish mumkin.

PIYELOENDOSKOPIYA.

Zamonaviy klinik amaliyotida, maxsus fibrooptikali siydik yo'li kateterlari qo'llanilmoqda, bularni buyrak jomiga yuborganda uning ichki devorining ko'rinishini, buyrak jomi va kosachalarining tuzilishini, ularda patologik o'zgarishlarning borligini aniqlashga va fotopiyelogramma qilishga imkon beradi.

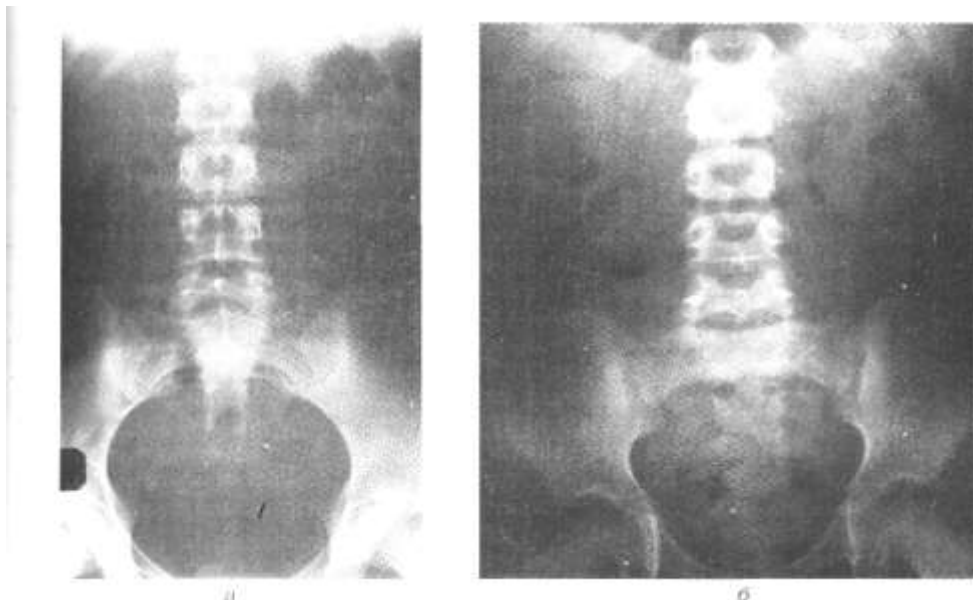


18-rasm. Egiluvchan ureteropiyeloskop

RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH USULLARI

SIDIK YO'LLARINING RENTGENATOMIYASI

Buyraklar umurtqa poganasining ikki tomonida bo'lib, odatga ko'ra ThXII-LIII (o'ng) va ThXI – LII (chap) da joylashgan bo'ladi. Buyrakning uzunasidagi o'qi bel mushagining chekkasiga parallel bo'lib, ikki buyrak o'qidan hosil bo'lgan burchak pastga qarab 20-30 gradusga teng, erkaklarda esa bu bir oz kattaroq. Bu belgini bilish juda muhim bo'lib, rentgenogrammada osonlik bilan aniqlanadi, chunki, patologik (tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib, piyelonefrit, nefroptoz, paranefrit va boshqa) holatlarda, buyrak uzunasidagi o'qining yo'nalishi bir yoki ikki tomonida o'zgarishi mumkin. Odatda buyraklar rentgenogrammada loviyaga o'xshash shaklida ko'lanka berib, tashqi ko'rinishi tekis va katta – kichikligi esa 12 x 7sm (erkaklarda bir oz katta, ayollarda bir oz kichikroq) bo'ladi. O'ng buyrak chap buyrakka qaraganda 1,5-2 sm pastroqda joylashgan bo'lib, uning ko'lankasini XII qovurg'a tepa va o'rta qismi chegarasidan kesib o'tadi. Insonlarning deyarli 3/1 qismida ikki buyrak bir xil tekislikda joylashgan 5% kishilarda esa, chap buyrak o'ngga qaraganda pastroqda joylashgan bo'ladi. (19-rasm).



19-rasm. Siydik yo'llarining umumiy rentgenogrammalari.

A - katta yoshdagi kishida; B - yosh bolada.

Yosh bolalarda buyraklar kattaroq, umurtqa poganasining bel qismi unga nisbatan kaltaroq, shuning uchun buyrakning pastki qutbi yonbosh suyagining tojiga yaqin, ba'zi vaqtlarda esa uning ustida bo'ladi.

Buyrakning katta-kichikligini aniqlash bir qancha kasalliklarda (piyelonrefrit, o'sma, nefrogen gipertenziya va boshqalar) katta diagnostik ahamiyatga ega. Buyraklar fiziologik doimiy «nafas» harakatiga ega bo'lib, bu harakat bir umurtqaning tanasiga teng. Katta harakatchan buyrak, uning past joylashganining guvoxi bo'lib, siljishining yo'q bo'lishi distopiya ekanligini yoki buyrak oldi kletchatkasining yallig'lanishi (paranefrit, pedunkulit) zo'rayganligini bildiradi.

Buyrak jomi va kosachalari.

Odatda buyrak jomi bir qancha shakllarga ega. Buyrak jomining ikki xil shakli: buyrakdan tashqari va buyrak ichida joylashishi klinik ahamiyatga ega. Birinchi xilida buyrak jomining hammasi buyrak sinusining tashqarasida bo'lib, parenximaning oz qismi bilan yopilgan bo'ladi. Ikkinchi xilida esa buyrak jomi sinusining ichida bo'lib, hamma tomoni parenxima bilan yopilgan bo'ladi (20-rasm).



A **20-rasm.** Ekskretor urogrammalar: buyrak jomining buyrak ichidagi (A) va buyrakdan tashqari (B) xillari. Б

Buyrakdan tashqari joylashgan buyrak jomi sharsimon yoki nok shaklida bo'lib, buyrak ichidagisi esa uchburchak shaklida bo'ladi. Buyrak jomining kosachalari bilan o'rtacha hajmi 5 mlni tashkil qiladi. Retrograd piyelografiya qilayotgan vaqtda bularni esda tutish kerak.

Buyrak kosachalari katta va kichik shaklda bo'lib, ularning hajmi va soni har xil bo'ladi. Katta kosachaning bo'yni va tepasi bo'lib, undan kichkina kosachalar boshlanib, ular asosan dorsal va ventral yo'nalishlarda boshlangan. Kichkina kosachalarning bunday joylanishi, bir proeksiyada joylashgan urogramma hamma vaqt aniq ko'rinishga imkon bermaydi. Kichkina kosachaning bo'yni bo'lib, katta kosachadan chiqib u o'z kosacha va gumbaziga ega (forniks), kosachaning bir qismi konus shaklidagi tirsakning tagini o'rab turadi. Kichkina kosachalarning soni o'rtacha 6-8 tadan iborat bo'ladi.

Siydikning ajralib chiqishida va rezorbsiyasida buyrakning fornikal asbobi katta ahamiyatga ega. Bu kichkina kosachaning proksimal qismi, uning gumbazi, tirsagi va unga yaqin nerv va limfalardan tashkil topgan.

Fornikal asbobning ish vazifasini yoki organik o'zgarishi. Fornikal buyrak jomi-buyrak reflyuksining paydo bo'lishida asosiy patologik zveno bo'lib, siydikning so'rilishi natijasida tana haroratining ko'tarilishiga, o'tkir piyelonefrit va gematuriyaning rivojlanishiga olib keladi. Xuddi shunday hollar yuqori siydik yo'llarini tosh bilan to'silib qolishida, buyrakni tushib qolganida va boshqa holatlarda paydo bo'lishi mumkin.

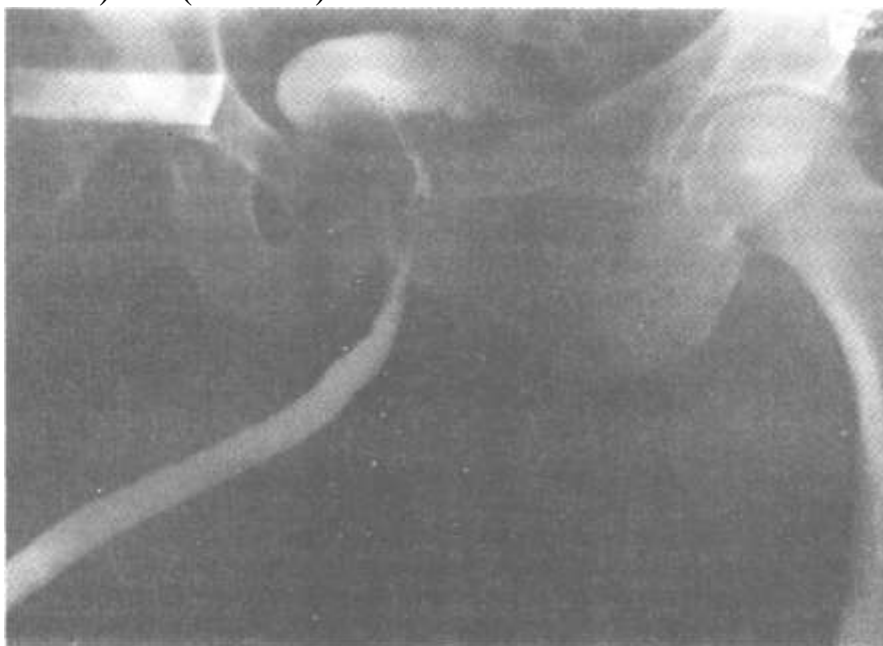
Siydik yo'lining to'rtta fiziologik toraygan joylari bor: 1) buyrak jomini siydik yo'lga o'tishida, 2) yonbosh qon-tomirlari ostida, 3) Qovuq oldi qismida (siydik yo'lini yukstavezikal qismida, 4) Qovuq ichi bo'limida.

Siydik yo'li uchta sistoidlardan tashkil topgan – urchuqsimon idishlar, uretrogrammalarda ularning oralarida yaqqol ko'ringan torayishlar bor. Katta kishilarda siydik yo'lining uzunligi 25-30 sm, tashqi diametri 1,0-1,3 sm, diametri 0,4-0,6 sm bo'ladi.

QOVUQ. Qovuq bo'yni, tagi, tanasi va yuqori qismlaridan iborat. Yuqori qismi – qovuqni o'rta qovuq-kindik payiga o'tish joyi bo'lib hisoblanadi. (bitib ketgan – uraxus). Tagi – qovuqning eng keng, past va orqa qismi bo'lib, erkaklarda to'g'ri ichakka, ayollarda esa bachadonga va yuqori qinning oldingi devoriga qarab turadi. Bo'yin – qovuqning toraygan qismi bo'lib, siydik chiqarish kanali bilan chegaralanib turadi. O'rta bo'limi, qovuqning yuqori va tagi orasida joylashgan qismi tanasi deb aytiladi.

Qovuqni to'lib turgan vaqtida oldingi, orqa, yuqori, o'ng va chap yon devorlari aniqlanadi. Odatda qovuq rentgenokonstrast moddasi bilan to'ldirilsa, rentgenogrammalarda (ayollarda) tuxumsimon, (erkaklarda) shar shaklida bo'lib, chekkalari aniq va to'g'ri ko'rinadi. Qovuqning pastki chegarasi qov suyagining yuqori chekkasiga to'g'ri keladi yoki undan pastroqda bo'ladi.

Siydik chiqarish kanali. Erkaklarni siydik chiqarish kanalida ikkita egri-bugri joyi bor: birinchi do'ng tomoni bilan pastga qarab, qovuqning qo'shilgan joyini aylanib o'tadi. (*curvatura subpubica*) ikkinchisi do'ng tomoni bilan tepaga, olatning ildiziga qarab turadi (*curvatura praepubica*). Siydik chiqarish kanali uretrogrammada to'g'ri va tekis bo'lib, diametri bir xil bo'lmagan egilgan yo'lga o'xshab tasvirlanadi. Qovuqning tashqi sfinkteri erkak siydik chiqarish kanalini ikki bo'limga bo'ladi. Oldingi va orqa, bularning har biri ham o'z navbatida yana ikki bo'lakka bo'linadi. Uretraning oldingi bo'limida penal (olatning davomida) va bulboz (xuddi piyozga o'xshab kengaygan) orqa bo'limida membranoz va prostata qismlari (prostata bo'yini o'rab turadi) bor (21-rasm).



21-rasm. Uretrogramma. Erkaklarning olatdagi siydik chiqarish kanali.

URODINAMIKA

Siydik chiqarish – bu yuqori va pastki siydik yo'llarining kosasi, buyrak jomi, siydik chiqarish yo'li va qovuqni nervmushak asboblari tufayli harakatlantiruvchi

moslamaning ish faoliyatidir. Kichkina kosachalarning devorida, aylanma holda joylashgan ikkita mushak sfinkter tolalari bor – m.sphincter fornicis va m.sphincter calycis. Kosachaning gumbazidan buyrak parenximasiga uni bo'shatish uchun kosachalar forniksini ko'taradigan mushak tolalari, - m.levator fornicis kiradi. Kosachalari bo'ylab esa m.longitudinalis calycis joylashadilar. Bu guruh mushaklar, ko'p sonli nerv tolalari bilan ta'minlangan bo'lib, yig'uvchi naychalardan siydikni kichkina kosachalar va undan katta kosachalarga oqishini ta'minlaydi.

Hamma siydik yo'llarining o'ziga xos tuzilishlari va ish faoliyati uni bir necha uroodinamik bo'limlarga bo'lishga imkon beradi. Bulardan biri buyrak jomi bilan buyrak jomi-siydik yo'li segmenti bo'lib hisoblanadi. Bu bo'limda buyrak jomining mushak asbobi detruzorga o'xshab ishlaydi, buyrak jomi siydik yo'li segmenti – sfinkterga o'xshab, bu segmentni ochib va yopib turadi. Bu segmentda kavernoza o'xshash qon-tomirlardan tashkil topgan bo'lib, qon bilan to'lganda shu joyning mushaklarini qisqarishiga olib keladi. Xuddi kavernoza o'xshash narsalar siydik yo'lining ba'zi bir boshqa bo'limlarida bo'lib, buyrak jomi va siydik yo'li detruzor-sfinkter harakatini ta'minlaydi. Siydik yo'lida 2-4, ko'pincha 3, harakat seksiyalari yuqori, o'rta va pastki bo'lib, bularning har biri *sistoid* deb ataladi.

Buyrakdan siydikni kosacha-jom tuzilmasiga tushishi va bo'shashi ikki fazali bo'ladi: diastola – kosacha yoki buyrak jomida sidikning yig'ilishi, sistola – ularning bo'shatilishidir. Kosachada diastola 4 sekund davom etib, sistolaga o'tib 3 sekund bo'lib, ularning orasidagi to'xtashi 5-9 sekundga teng.

Buyrak jomi to'la bo'shamay, 1 daqiqada 4-5 marta (har 10-12 sekundda) qisqarib, sistola 2-3 sekund davom etadi. Tananing yotgan holatiga qaraganda, tikka to'rganida buyrak jomi 2-2,5 marta tezroq bo'shaydi. Buyrak jomidan siydik yuqori siydik yo'li sistoidiga o'tadi.

Siydik yo'lining sistoidlari navbatma-navbat bo'shashib va qisqarib turadi. Agar yuqori sistoid qisqargan davrda tursa, o'rtasi kengayish davrida bo'lib, yuqoridan siydikni qabul qiladi. Pastki sistoid qisqarib, siydikni qovuqqa haydaydi. Shuning uchun ekskretor urogrammalarda siydik yo'li sistoidining distola davridagina ko'rinadi. Siydik yo'lining hammasini rentgenokonstrast moddalar bilan to'la bo'lishi, nerv faoliyati va mushak kuch-quvvatining kuchsizlanganini, uning uroodinamikasining disgarmoniyasiga olib kelganligini ko'rsatadi. Siydik yo'lining sistoid faoliyati, buyrakning fornikal asbobini, buyrak jomi ichki bosimini to'satdan ko'tarilishidan saqlaydi. Siydik yo'lining har bir sistoid qisqarishi 20 sekundda bir marta bo'ladi.

Keyingi yillardagi rentgenokinomatografik tekshirishlarning hammasi, siydik yo'li bo'ylab uzluksiz qisqarayotgan peristaltik to'lqinlarining ehtimolligini ko'rsatmoqda. Siydik yo'lining harakatlanish xususiyati masalasi kelgusida chuqur o'rganishni talab qiladi.

Qovuqning bo'shatilishi, siydik yo'li orasidagi chegara va Lyeto uchburchagining qisqarishidan boshlanadi. Bunday keyinroq qovuqning qisqarishi boshlanadi. Bu vaqtda qovuq ichidagi bosim 35-40 sm suv ust.ga ko'tariladi. Detruzorning qisqarishi qovuqning bo'ynini qisqaroq qilib, ochilishiga sabab bo'lib (ichki sfinkter), bir vaqtda tashqi sfinkterni bo'shashtiradi. Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limining tortilishi va undan siydikning chiqishi, qovuq reflektor qisqarishini kuchlantiradi.

Siydik a'zolarining kasalliklarida, ko'pincha urokinamikaning buzilishi siydik orqaga oqishi-reflyuksiga sabab bo'ladi. Buyrak jomining ichida bosimning birdaniga va yuqori ko'tarilishi hamda fornikal asbobida patologik o'zgarishlar buyrak jomi reflyukslarini paydo qilib, buyrak jomidagi suyuqlikni buyrak parenximasiga, keyinchalik uni vena va limfa to'rlariga quyulishiga olib keladi. (22-rasm).

Buyrak jomi-buyrak reflyukslari asosan ikki xil bo'ladi: fornikal (kosachalar gumbazi orqali) va tubulyar (buyrak tirsagi orqali).

Fornikal reflyukslar kichkina kosachalarning gumbazining shikastlanishi natijasida paydo bo'lib, piyelosinusli, piyelovenozli, piyelolimfatik, piyeloperivaskulyarli, piyelosubkapsulyarli, piyeloretroperitoneal va piyelointerstitsial xillari bo'lishi mumkin.

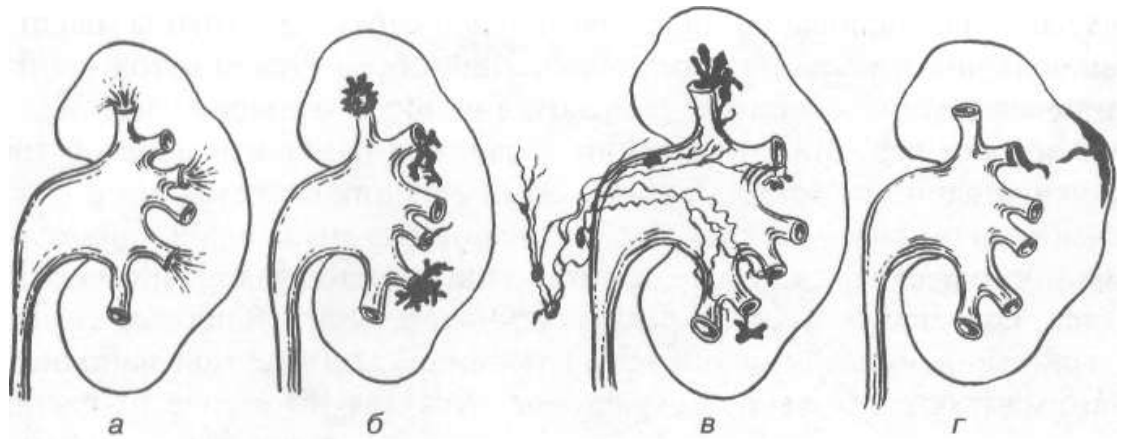
Fornikal sohasi bir qancha chandiقدan iborat bo'lsa ham buyrak jomi ichida bosim ancha yuqori bo'lishiga qaramay, fornikal reflyuksga olib kelmasligi mumkin. Buyrak jomi ichidagi suyuqlik bu sharoitlarda buyrak piramidasidagi naychalar tirsagiga retrograd yo'li bilan kiradi (tubulyar reflyuks).

Buyrak jomi - buyrak reflyukslari qoidaga asosan rentgen orqali, yani ekskretor urografiya va ko'pincha retrograd piyelografiya bilan aniqlanadi. Bularning aniqlanishi buyrak jomi ichidagi bosimning ancha ko'tarilganini guvovi bo'ladi. Masalan: siydik yo'lining to'silishida buyrak sanchig'i yoki retrograd piyelografiyaning bajarilishi qoidasini buzilish talab etiladi.

Buyrak jomi - buyrak reflyukslari yallig'lanish kasalliklarining patogenezida asosiy sabab bo'lib, so'rilish natijasida haroratning ko'tarilishiga va o'tkir piyelonefritning paydo bo'lishiga olib keladi.

Qovuq-siydik yo'li-buyrak jomi reflyukslari tug'ma yoki keyinchalik paydo bo'lib, bir va ikki tomonli bo'lishi mumkin. Tug'ma qovuq – siydik yo'li – buyrak jomi reflyukslari III- bobda bayon etilgan. Keyinchalik paydo bo'lgan (ikkilamchi) qovuq-siydik yo'li-buyrak jomi reflyukslari quyidagi kasalliklarda, qovuqdan siydikni chiqishining buzilishi va uning mushak devorining susayishi hamda siydik yo'lining intramural bo'limida bo'lgan o'zgarishlar (bolalarda qovuq faoliyatining buzilishi, qovuq bo'ynining dag'allanishi, prostata bezining adenoma va xavfli o'sma, uretraning chandiqlanishi, sistit, qovuqning sil kasalida va boshqalarda) natijasida paydo bo'ladi. Siyish paytida buyrak sohasidagi og'riqning paydo bo'lishi, qovuq – siydik yo'li buyrak jomi reflyuksini patognomonik klinik belgilaridan bo'lib hisoblanadi. Rentgen orqali reflyuksni retrograd va miktsion (siyish vaqtida) sistografiya qilib, siydik yo'li (ba'zida buyrak jomigacha) kontrast modda bilan to'ldirilib aniqlanadi.

Urorentgenokinematografiya siyish vaqtida qovuq-siydik yo'li – buyrak jomi refleksini aniqlaydi. S₁₃₁I-gippuran bilan qilingan radioizotop sistorenografiya qovuq-siydik yo'li qo'shilish, joyining yetishmovchiligining boshlanish davrini aniqlashga imkon beradigan eng sezgir usullardan biri bo'lib hisoblanadi. Qovuqning ichki bosimini past vaqtida (qovuqni fiziologik holatiga- siyishga istak bo'lganga qadar to'ldirganda) aniqlangan qovuq – siydik yo'li- buyrak jomi reflyuksi sust, qovuqni ichki bosimini ko'targan vaqtda paydo bo'lganini (kuchanganda, siygan paytda) – *faol reflyuks* deb ataladi.



22-rasm. Buyrak jomi – buyrak reflyukslari.

A- piyelotubulyar; B-piyelofornikal, V-piyelolimfatik; G-piyelofornikal – subkapsulyarli.

UROLOGIK KASALLIKLARNI RENTGENODIAGNOSTIK TEKSHIRISH USULLARI

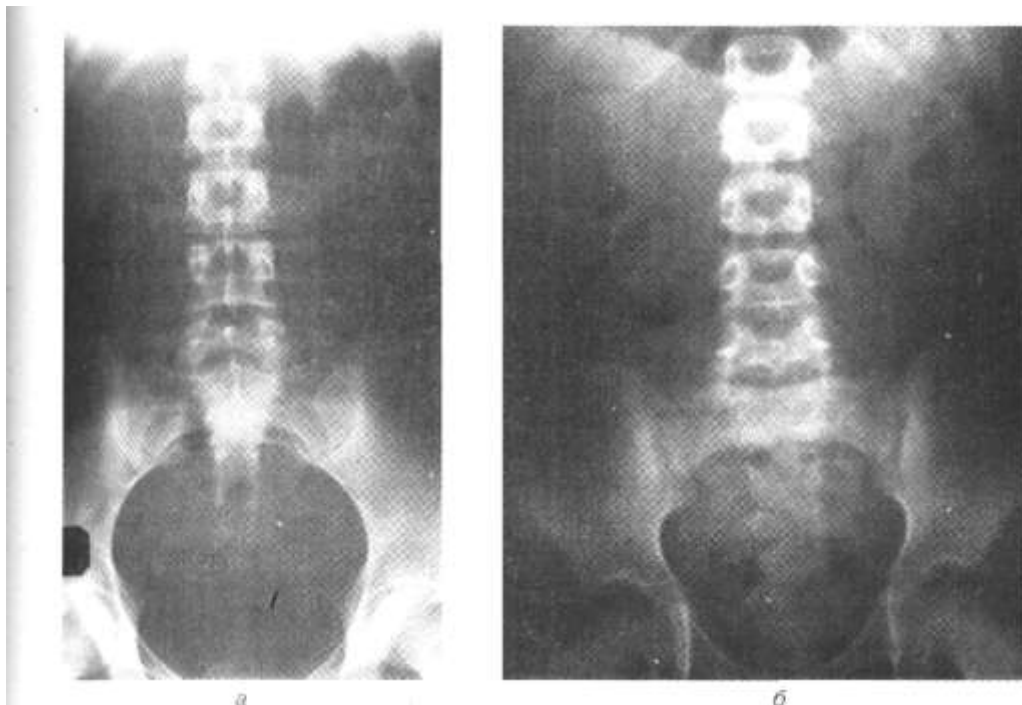
Urologik kasalliklarni rentgenodiagnostik tekshirish usullari jiddiy va muhim ahamiyatga ega. Bemorni rentgenologik tekshirishlarga tayyorlashning shartlaridan biri, ichakning tozalanishini puxta o'tkazish kerak. Buning uchun 2-3 kun mobaynida bemorga chegaralangan uglevod parhez tavsiya qilinib, tekshirish arafasi kuni kechqurun va ertalab tozalov klizmasi qilinadi. Agar bu tadbirlar yetarli bo'lmasa tekshiruv arafasida kechqurun surgil dori (30 ml zaytun, vazelin yoki pista yog'i) qabul qiladi. Tekshirishni odatda ertalab nahorda o'tkaziladi. Lekin tekshirish uzoq vaqt davom etgan vaqtda «ochlik» natijasida ichakda yelning paydo bo'lishini oldini olish uchun, bemorga oz miqdorda quritilgan oq non bilan choy berishga ruxsat etiladi.

Siydik yo'llariga to'g'ridan-to'g'ri rentgenokonstrast moddalarni yuborib, qilingan tekshirish usullarida (retrograd uretropiyelografiya, antegrad piyelouretroografiya, uretrotsistografiya) ko'rinishi yuqori darajada bo'lganligi sababli ichakni puxta tayyorlash talab etilmaydi.

Uretrorentgenologik diagnostik tekshirishlar, qorin bo'shlig'idagi a'zolarning rentgen tekshirishlaridan avval qilinishi zarur, chunki ichakda saqlanib qolgan bariy suratlarda rentgenogrammalarni noto'g'ri fikr qilishga olib keladi.

Umumiy urogramma.

Umumiy urogramma deyarli hamma siydik yo'llarini, yani buyrakning yuqori qismidan siydik chiqarish kanalining boshlanishigacha o'z ichiga oladi. Har qanday rentgenologik tekshirishdan avval, bemorni tekshirish uchun umumiy urogrammadan boshlash kerak. Ko'pincha shu bilangina tashxis qo'yish mumkin. (23 -rasm.) Siydik yo'llarining umumiy rentgenogrammasini interpretatsiya qilayotganda suyak tuzilishiga ahamiyat berish kerak. Umurtqa pog'onasida tug'ma nuqsonlarni aniqlash (lyumbolizatsiya, sakralizatsiya, spina bifida) suyak skeletida patologik o'zgarishlarning bo'lishi (skolioz, deformatsiyalovchi spondilyoz, spondilit, sil kasali va boshqalar), o'smalarning metastazlari katta diagnostik ahamiyatga ega.



23 rasm. Umumiy urogramma.

Buyrakning o'rnini umurtqa pog'onasi bo'yicha aniqlash to'g'riroq bo'ladi. Chunki qovurg'alarning kattaligi va egilish burchagi har xil bo'ladi. Rentgenogrammalarda odatdagi buyraklarning ko'rinishi tekis va to'g'ri bo'lib, ularning ko'lankasi gomogen bo'ladi.

Rentgenogrammalarda bel mushaklarining ko'lankasi, odatda kesilgan piramidaga o'xshab yuqori qismi XII ko'krak umurtqa pog'onasiga to'g'ri keladi. Bu mushaklarning ko'rinishini o'zgarishi yoki ko'lankasini yo'q bo'lishi qorin pardasining orqa bo'shlig'ida patologik zo'rayishlarning borligining alomati bo'lib hisoblanadi. O'zgarmagan siydik yo'li umumiy urogrammada ko'rinmaydi. Siydik bilan to'lgan qovuqning ko'lankasi ellips shakliga o'xshaydi.

Patologik yoki qo'shimcha ko'lankalar juda ham turli-tuman bo'lishi mumkin va ular esa har xil a'zolarining to'qimalariga tegishli bo'ladi. Har qanday ko'lanka, siydik yo'llarining yonida bo'lib, har xil zichlikda bo'lsa, buni tosh deb gumon qilishimiz ham mumkin. Ko'pincha chanoq sohasida bo'lgan ko'lankalarning sababi venalar toshi, bachadon fibromatoz tugunlari, qon-tomirlarining qotib qolishlari bo'lishi mumkin. Topilgan toshlarni siydik yo'llariga aloqasi borligini rentgenokonstrast tekshirish usullari yordamida aniqlash mumkin.

Ekskretor urografiya.

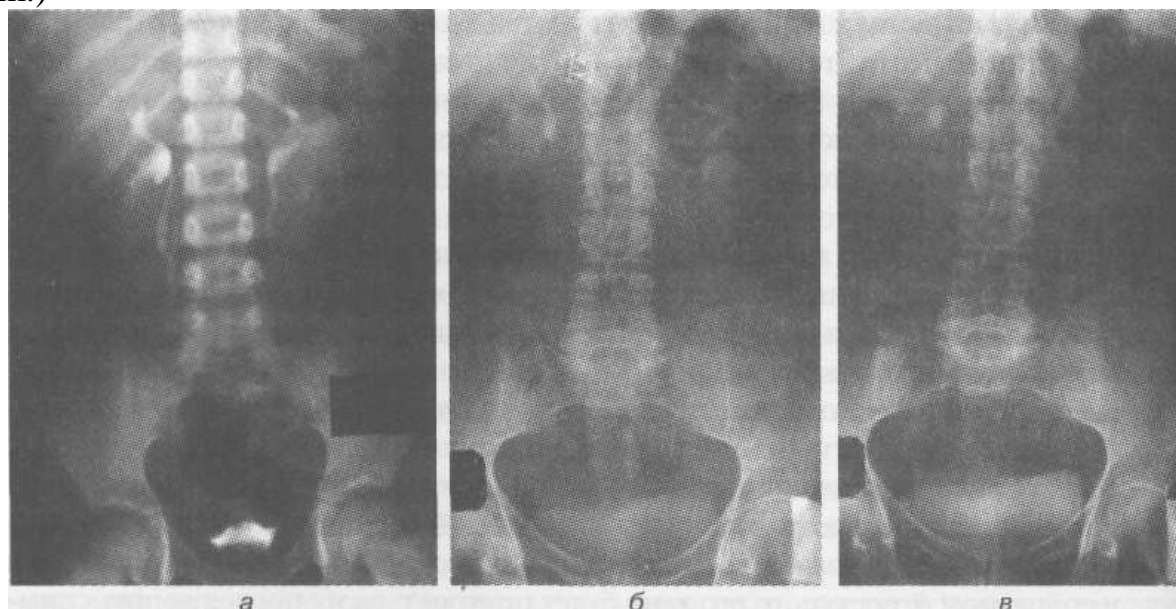
Urologiya amaliyotida ekskretor urografiya 1929 yilda qo'llanilgan. Bu usul ma'lum rentgenokonstrast moddalarining buyrak orqali ajralib chiqish faoliyatiga asoslangan bo'lib, shuning uchun rentgenogrammalarda buyrak va siydik yo'llarining tasviri ko'rinadi. Ekskretor urografiyaning zarurati shundan iboratki, bu orqali buyrak, buyrak jomi, siydik yo'li va qovuqning anatomik holatini va ularning ish faoliyatlarini aniqlashga imkon beradi. Hozirgi vaqtda tekshirish uchun qoidaga binoan o'z molekulasida 3 atomli, konsentratsiyasi 60-70 % li bo'lgan rentgenokonstrast moddalar : triyodtrast, urotrast, urografin, xaynek va boshqalar qo'llaniladi.

Yosh bolalarda rentgenokonstrast moddalar faqat venaning ichiga yuborilmay, ba'zan teri ostiga, mushak ichiga yoki og'iz orqali ichakka ham yuboriladi.

Ekskretor urografiya qilishga asosiy to'sqinlik yod preparatlarini to'g'ri kelmasligi bo'ladi, shuning uchun to'g'ri kelmasligini surab olishdan tashqari bemorni ishlatilayotgan preparatga shaxsiy sezgirliigi ham tekshirib ko'riladi. Buning uchun avval 1 ml preparatni vena ichiga yoki asosiy miqdorning birinchi millilitri asta-sekin quyilib, bemorning ahvoli kuzatiladi. Ekskretor urografiya qari odamlarda, xafaqon kasalligiida, jigar kasalliklarida, buyrak yetishmovchiligida ehtiyotkorlik bilan bajariladi. Tiosulfat natriy o'ziga yot bo'lgan moddalarni neytrallaydigan modda bo'lib hisoblanadi.

Buyrak ish faoliyati qoniqarli bo'lgan bemorlarda 60-75 % 20 ml kontrast moddani venaga yuborish yetarli bo'ladi. Ba'zi hollarda tekshirishni ikki yoki uch me'yorli qilib o'tkaziladi (eng ko'pi bilan 1 ml kontrast modda 1 kg tananing og'irligiga to'g'ri keladi). Suratlarini olish vaqti, bemor buyragining ish faoliyatiga va tekshirishning qo'yilgan vazifasiga qarab belgilanib, nefrogrammani (rentgenokonstrast moddasi bilan buyrak parenximasini to'ldirgan holatda olingan surati) 1 daqiqada ko'rinish boshlashi, rentgenokonstrast moddaning ekskretsiyasi va buyrak jomi, siydik yo'lining tasviri, odatda 3-5 daqiqada aniqlanishi hisobga olinadi. Rentgenokonstrast moddani yuborib, 7-10 daqiqadan so'ng, odatda birinchi surat olinadi, keyingisi oldingisining natijasiga qarab (rentgenokonstrast moddani yuborib o'rtacha 20-25 daqiqadan keyin) olinadi. Qari kishilarda rentgenokonstrast moddani chiqarish asta-sekin bo'ladi. Ba'zi vaqtlarda kechki rentgenogrammalar talab qilinadi (1-2 soat va undan ortiqroq).

Urogrammaga baho berayotgan vaqtda buyrak parenximasining ko'rinishiga, kattaligiga, shakliga, turgan joyiga, ko'lankasining ko'rinish zichligiga, kosachabuyrak jomining rentgenokonstrast moddasi bilan to'lish vaqtiga, yuqori siydik yo'llarida, u yoki bu morfologik o'zgarishlarning borligiga, ularning bo'shash holatlariga va uning shaklini ko'rinish xususiyatlariga ahamiyat berish kerak. (24-rasm.)



24-rasm. Ekskretor urogrammalar. Odatdagi ko'rinish.

A-rentgenokonstrast moddani venaga yuborib 5 daqiqadan so'ng qilingan surat, B-20 daqiqadan so'ng, V-40 daqiqadan so'ng.

Ekskretor urografiya natijalariga ko'p sabablar ta'sir qiladi. Bular orasida endogen va ekzogenlardan kelib chiqqan buyrak va siydik yo'llariga reflektor ta'sir ko'rsatadigan kuchlar asosiy o'rinni egallaydi. Masalan: og'riq, ruhiy ta'sirlar, ichaklarda gazlarning to'planishi, havoning past harorati, buyrakdagi rentgenokonstrast moddaning ekskretsiyasiga to'sqinlik qiladi. Agar uning kechikib chiqishi, buyrakning o'z patologik o'zgarishlarga sabab bo'lsa, siydik yo'llarining kontrast ko'rinishining kechiktirilib qilingan suratlarida ko'rish mumkin.

Tekshirishlar maqsadiga va buyrakning ish faoliyatiga muvofiq klinik amaliyotida har xil turdagi ekretor urografiya qo'llaniladi. Buyrakning harakatchanligini aniqlash uchun *ortostatik ekskretor urografiya* bemorni tik turgan holida qilinadi.

Ko'pincha asosan buyrakning kontsentratsion faoliyati susayganda, ekskretor urogrammalarda siydik yo'llarining zo'riqishi aniq bo'lmaydi. Bunday holatlarda *kompresion urografiya* qilish maqsadga muvofiqdir. Bu turdagi ekskretor urografiya siydik yo'lini oldingi qorin devori orqali maxsus qulaylashtirilgan rentgenonegativ belbog' yoki rentgen stolidagi sokka bilan bosib qilinadi. Bu bilan yuqori siydik yo'llarida siydikning to'silishi va ularning ko'rinish tasvirini kuchlanishiga erishiladi. Lekin kompresion urografiya urodinamikaning buzilishi tekshirishning sifatini bahosini pasaytiradi, shuning uchun siydik yo'llarining tabiiy holatini aniqlash uchun diagnostik maqsadda suratlarni faqat kompressiya vaqtida qilmay, undan avval va keyin qilish kerak.

Buyrak yetishmovchiliging boshlang'ich bosqichida zarur bo'lgan *infuzion urografiya* katta ahamiyatga ega. Bemor venasiga katta miqdorda, lekin kontsentratsiyasi ancha oz bo'lgan rentgenokonstrast modda yuboriladi (60-70 % li triyod modda 120 ml xlorid natriy suyuqligida yoki 5% glyukozada suyultiriladi). Suyuqlik 5-7 daqiqa davomida tomchilatib quyiladi. Birinchi surat moddani yuborgandan keyin 5 daqiqadan so'ng olinadi, qolganlarini bajarish vaqtini tekshirishni olib borayotgan shifokor belgilaydi.

Ekskretor urografiya – urologiyada rentgenologik tekshirishlarni eng fiziologik usuli bo'lib, buning yordamida buyrak va hamma siydik yo'llarining anatomik va ish faoliyatlarini aniqlab, siydik va jinsiy a'zolarining ko'p kasalliklarini aniqlash uchun juda katta ahamiyatga ega bo'lgan axborotlar olinadi. Har qanday turdagi ekskretor urografiya shok, kollaps, buyrak yetishmovchiliging dekompensatsiya bosqichi, giperazotemiya, ish faoliyati buzilgan og'ir jigar kasalliklari, gipertireoidizm, yodga o'ta sezgirlik, gipertoniya kasalligini dekompensatsiya bosqichi to'sqinlik qiladi.

Retrograd ureteropiyelografiya. Retrograd (ko'tarilayotgan) ureteropiyelografiya 1906 yili birinchi marta qilingan. Bu usul yuqori siydik yo'llarini retrograd yo'l orqali rentgenokonstrast modda bilan to'ldirib, rentgenda ko'rinishiga asoslangan. Buning uchun sergozin, diodon, urotrast va gazzimon (kislород, karbonat angidrid) rentgenokonstrast moddalar ishlatiladi. Tekshirishning maqsadiga qarab siydik yo'li kateteri (№5 yaxshiroq) siydik yo'lining har xil balandligiga yuboriladi. (ureterografiya uchun 3-5 sm ga, piyelografiya uchun esa 20 sm gacha). Kateterning turish holatini umumiy surat bilan, elektron-optik o'zgartiruvchi bo'lsa, televizor ekranida nazorat qilinadi. Kateter orqali 5 ml gacha

rentgenokonstrast modda yuboriladi. Rentgenokonstrast moddani yuborayotgan vaqtda og'riqlarning sezilishi, buyrak jomi va kosachalarining tortilishi hamda buyrak jomi-buyrak refleksining ehtimolligini ko'rsatadi. Piyelografiya to'g'ri bajarilganda, reflyuksning paydo bo'lishi-buyrakda patologik o'zgarish borligining belgisi bo'lib hisoblanadi.

Retrograd ureteropiyelografiyani o'tkazayotgan vaqtda aseptika qoidalariga rioya qilish asosiy shartlardan biri bo'lib hisoblanadi. Bundan tashqari yallig'lanishlarning qoldiqlarining oldini olish uchun antibiotiklar bilan davolanayotgan vaqtda, tekshirish juda ham ehtiyotkorlikda o'tkaziladi.



Retrograd ureteropiyelogrammalarni interpretatsiya qilayotgan vaqtda yuqori siydik yo'llarining o'rnini o'zgarishiga va anatomik tuzilishiga, urodinamikaning xususiyatiga ahamiyat beriladi, chunki bular orqali bir necha rentgenogrammalarda buyrak jomi va siydik yo'lining bo'sh darajasiga baho beriladi (25- rasm).

25- rasm. Retrograd ureteropiyelogramma. Odatdagi ko'rinish.

Rentgenonegativ toshlarning diagnostikasi uchun kontsentratsiyasi past bo'lgan kontrast modda yoki gaz, odatda kislorod bilan buyrak jomiga 6-8 sm³ miqdorda yuborib retrograd ureteropiyelografiya qilinadi (pnevmoreteropiyelografiya). Gazda turgan rentgenonegativ tosh rentgen nurlari uchun ko'p o'tkazuvchan bo'lib, uning ko'lankasi suyuq kontrast modda ichida xuddi nuqsonga o'xshab ko'rinadi.

Retrograd ureteropiyelografiyani ikki tomonlama bir vaqtda faqat ba'zi bir holatlardagina hayot uchun zarurati bo'lganda, buyrak va yuqori siydik yo'llarida patologik o'zgarishlarning xususiyatlarini aniqlashda ishlatiladi.

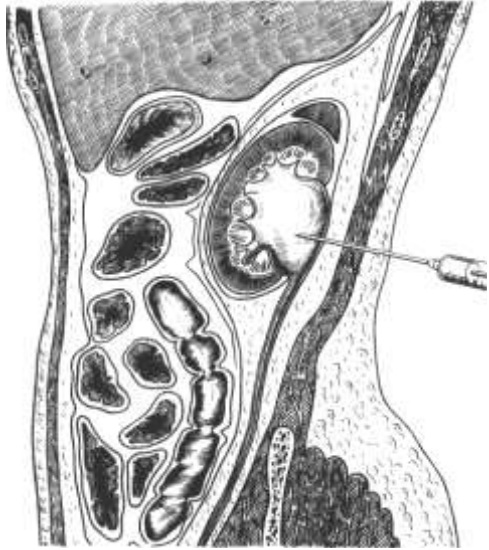
Erkakning jinsiy a'zolarida, pastki va yuqori siydik yo'llarida o'tkir yallig'lanish jarayonlari va buyraklarda total gematuriya bo'lsa, rejali retrograd ureteropiyelografiya qilish uchun to'sqinlik qiladi. Buyrak jomidan siydikning oqishi buzilganida bu tekshirishni juda ehtiyotlik bilan amalga oshirish kerak. Rentgenokonstrast moddaning oqib chiqishi uchun tekshirishning oxirida kateterni buyrak jomigacha yuborib bir necha soatgacha qoldiriladi. Retrograd piyelografiyada destruksiya o'zgarishlari kosachalarda tirsaklarda, buyrak jomida va siydik yo'llarida, hatto ozgina bo'lsa ham aniq bo'lib ko'rinadi. Lekin bu fiziologik usul hisoblanmaydi. Sistoskopiya va siydik yo'lining kateterizatsiyasi zarurligi, buyrak jomi-siydik yo'li reflyuksi va piyelonefritning paydo bo'lish xavfi borligi retrograd ureteropiyelografiyaning qo'llanilishini chegaralaydi: bu faqat fiziologik usullarni bajarish imkoni bo'lmay qolganda yoki yetarli axborot bermagan holatlarida qo'llaniladi.

Zamonaviy texnika vositasida elektron optik o'zgartiruvchi yordamida piyelorentgenoskopiya qilish hamda televizor ekranida ekskretor urografiya va retrograd piyelografiya urodinamikasini kuzatish imkonini beradi.

Antegrad piyeloureterografiya.

Antegrad piyeloureterografiya rentgenokontrast moddani to'g'ridan-to'g'ri nefropiyelostoma yoki teri orqali punksiya yo'li bilan kosacha-buyrak tuzilmasiga yuborishga asoslangan (26- rasm).

Bu tekshirish usuli buyrakning ish faoliyati buzilganligi sababli rentgenokontrast moddalarni ekskretor urografiyalarda ajralib chiqishi ko'rinmaganida, qovuqning hajmi kichik bo'lishi tufayli retrograd piyelografiya



imkoniyati bo'lmaganda va siydik chiqarish kanali yoki siydik yo'li to'siqligida (tosh, chandiqlanishda, chandiqlar tufayli bitib ketganda, o'sma, siydik yo'li atrofi yallig'langanda) qo'llanadi.

26-rasm. Antegrad piyeloureterogramma – buyrak jomchasi punksiyasi

Antegrad piyeloureterografiya novokain anesteziyasi orqali bemor qorni bilan yotqizilgan holda teri orqali qilinadi. Avval qilingan umumiy suratga asoslanib, XI qovurg'a tagiga, o'rta chiziqdan 10 sm lateral tomonda, ignani ichkariga

va buyrak jomiga qarab yuborilib, shprintsning porshenini ba'zida tortib, uzluksiz ravishda novokain suyuqligi yuboriladi. Shprintsda siydik paydo bo'lishi ignaning buyrak jomiga yoki kosachasiga tushganligidan dalolat beradi. Bu usul buyrak jomi ichidagi bosimni o'lchashga imkon berib, gidronefrotik transformatsiyali bemorlarda muhim ahamiyatga ega. Bir qism siydik aspiratsiya qilinib, igna orqali aspiratsiya qilingan siydikdan ozroq rentgenokontrast modda yuboriladi. Zarurati bo'lgan vaqtda rentgenokontrast modda sifatida antegrad pnevmoureteropiyelografiya qilish uchun kislorod qo'llash mumkin.

Piyelo-yoki nefropiyelostoma orqali antegrad piyeloureterografiya uchun rentgenokontrast moddani yuborish texnikasi oddiy muolaja hisoblanadi. Qoidaga binoan, bu kosacha – buyrak jomi tuzilmasining operatsiyadan keyingi holatini va operatsiya qilingan buyrakning siydik yo'lini nazorat qilish uchun bajariladi. Buyrak jomi – buyrak reflyukslarining xavfi hisobga olinib, tekshirish o'tkazayotgan vaqtda ehtiyotkorlik yuzasidan aseptika va antiseptika qoidalariga qattiq rioya qilish zarur.

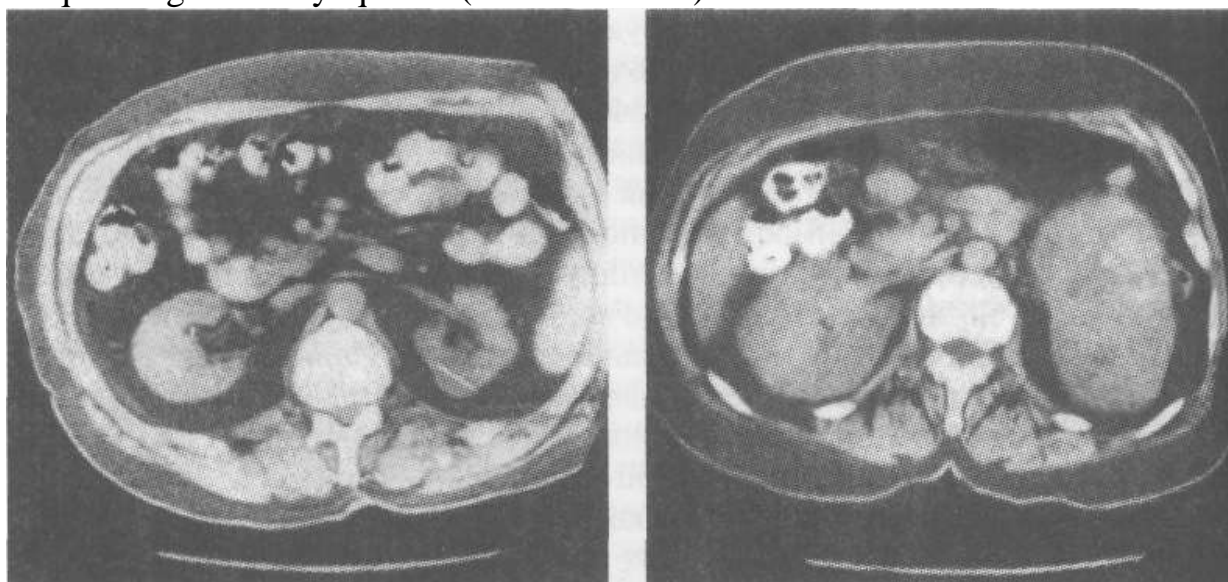
Urotomografiya.

1929 yili birichni marta urologiya amaliyotida urotomografiya qo'llanildi. Bu usul buyrak usti bezlari va siydik yo'llarini qavatma-qavat rentgenografiya qilishga asoslangan. Buyrakning asosiy tomografik kesimi uning darvozasi, buyrak jomi va buyrak parenximasidan o'tadi. Boshqa suratlar uchun 1 sm tomografik qadamni yetarli deb hisoblanadi. Plyonkaga tushgan ko'lanka tomografik kesimdagi a'zoning bir bo'lagining tasviri hisoblanadi. Tomografiya buyrakning katta-kichikligini, shaklini va turgan o'rmini, buyrak va buyrakdan tashqaridagi o'smalarni, bir-biridan farqini ajratish tashxisida, siydik yo'lidagi toshlarning, petrifikatlar va o't qopidagi toshlarning, buyrak va buyrak oldi kletchatkasidagi yot jismning turgan joyini

aniqlashda qo'llaniladi. Ekskretor urografiya va pnevmoretroperitoneum bilan bu tekshirishni birga olib borilganda uning hal qilish qobiliyati oshadi.

Ekskretor urografiya usulining yana bir tomografiyaga bog'liq bo'lgan turi *nefrotomografiya* bu ekskretor urografiyaning nefrografik davrida, buyrakni qavat-qavat tekshirish bo'lib, buyrakning ko'lankasini va uning tashqi tasvirini yanada aniqroq olishga imkon beradi. Bu usulning bajarilishi – oddiy nefrotomografiya shundan iboratki, 60 ml 60-70% rentgenokonstrast moddasi tezlikda yuborilib, 10 daqiqadan keyin kator tomogrammalar bajariladi.

Urologiyada keyingi vaqtlarda va boshqa klinik tibbiyot sohalarida yangi rentgenologik tekshirish usuli – kompyuter tomografiya muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Bu usul hech shikastlantirmaydi, beozor, tanaga tashqaridan qandaydir modda yoki asbob kiritilmaydi, tezlikda har xil chuqurlikdagi, har qanday a'zoning aniq tasvirini olishga imkon beradi. Bu usulning ayniqsa o'sma kasalliklarni aniqlashdagi bahosi yuqoridir (27-28- rasmlar).



27-rasm. Odatdagi buyrakning rentgen kompyuter tomogrammasi.

28-rasm. Rentgen kompyuter tomogrammasi. Chap buyrakning o'smasi.

Urokimografiya.

Urologik kasalliklarni aniqlashda 1933 yili urokimografiya taklif qilingan. Bu usul tekshirilayotgan ob'ekt bilan rentgen plyonkasining orasida joylashgan harakatlanuvchi kimograf panjarasi yordamida yuqori siydik yo'llarining qisqarish qobiliyatlarini o'rganishga asoslangan. Tekshirish to'lqinlarning qisqarish yo'nalishini va uning qisqarish amplitudasini aniqlashga imkon beradi. Qisqarish ritmini tishlarning eni va orasidagi chuqurchagining uzunligiga qarab aniqlanadi. Ritmik qisqarishda qo'shni urokimografiya yo'llarida bir xil sonli tishlar va to'siqlar orasida bir xil masofa kuzatiladi. Tishlarning balandligiga qarab qisqarishlarning amplitudasiga xulosa chiqarish mumkin, odatdagi sharoitda ular 3-4 mm ga teng. Yuqori siydik yo'llari giperkineziyasi uchun balandroq tishlar atoniyasiga – ularning yo'qligi xosdir.

Amaliyotda rentgentelevizion piyeloureteroskopiya va urokinematografiya tadbiq qilinganligi sababli urokimografiyaning ahamiyati ancha pasaydi.

Urokinematografiya.

Urologik kasalliklarning diagnostik usuli sifatida keyingi yillarda urokinematografiya keng tarqaldi. Bu esa rentgen nurlari va kinosyomka orqali kontrastlangan siydik yo'llarining harakati ish faoliyatini o'rganishga imkon berdi. Odatda urokinematografiyani ekskretor urografiya, miktsion sistografiya va retrograd piyelografiyalar qilinayotgan paytda bajariladi. Filmni ko'rish siydik yo'llari motorining ish faoliyatini o'rganishga imkon beradi.

Qovuq siydik yo'li buyrak jomi refluksida urokinematografiya buzilganligini aniqlashda urokinematografiya katta ahamiyatga ega.

Pnevmoren. Pnevmoretroperitoneum. Pnevmoretroperitsistografiya.

Bu usullar buyrak, buyrak usti bezi, qovuq va prostata bezlarining tashqi ko'rinishini aniqlash uchun qo'llaniladi.

1921 yili pnevmoren usuli taklif qilingan. Bu usul kislorod yoki karbonat angidridni punksiya orqali buyrak oldi bo'shlig'iga yuborishga asoslanib, texnikasi xuddi paranefral blokadasiga o'xshaydi. Igna orqali buyrak oldi klechatkasiga asta-sekin 150 dan (yosh bolalarda) 500 sm³ gacha (katta yoshlarda) kislorod yoki karbonat angidrid yuborilgandan so'ng 15 daqiqadan so'ng rentgenogrammalar bajariladi.

Presakral pnevmoretroperitoneumda gaz retroperitoneal oraliqdagi har xil qavatlariga bog'liq bo'lgan yumshoq presakral kletchatkasiga yuboriladi. Bemorni tizza-tirsak holatida qo'yib, barmoqni to'g'ri ichakka yuborib, barmoq bilan nazorat qilib, uzun ignani dumg'aza balandgidan 1 sm oldingi nuqtada oraliq punksiya qilinadi. Novokain suyuqligini uzluksiz yuborilib turilib ignani 10-15 sm chuqurlikka kirgiziladi. Kislorod igna orqali asta-sekin 1-1,5 l miqdorda yuborilib, undan so'ng bemor ehtiyotlik bilan gorizontol holatda qorni bilan joylashtiriladi. Kislorod insufflyatsiyasining 40-60 daqiqasidan so'ng rentgenografik tekshirishlar bajariladi.

Bemor ahvolining umumiy og'irlashishi, yurak-qon-tomir yetishmovchiligining dekompensatsiyasi, anal sohasidagi o'tkir yallig'lanish kasalliklari, presakral va qorin parda orasidagi kletchatka yallig'lanishida, kapillyarotoksikoz, qon ivishining pasayishi, gipertoniya kasalligining og'ir shakllari tekshirish uchun butunlay zid bo'lib hisoblanadi.

Buyrak usti bezi va qorin pardasi orasidagi bo'shliq o'smalarni aniqlashda pnevmoretroperitoneum muhim ahamiyatga ega bo'lib, buyrak va buyrak usti bezlari ko'lankasining aniq tasvirini olishga imkon beradi. U ekskretor urografiya, retrograd uretropiyelografiya, tomografiya, angiografiyalar bilan birgalikda qilinsa, tekshirishning yaxshi ko'rinishi yanada ortib boradi.

Peritsistografiyada 500-600 sm³ miqdordagi kislorod qovuq usti yoki oraliq punksiyasi orqali qovuq oldi klechatkasiga yuboriladi.

Peritsistografiyani kislorod sistografiyasi bilan birga olib borilganda qovuq devorining tasviri aniqroq ko'rinadi.

Buyrak arteriografiyasi.

1929 yili buyrak arteriografiyasi usuli taklif qilinib, ayniqsa so'nggi yillarda keng qo'llanilmoqda. *Qorin aortografiyasida* ikkala buyrak arteriyasining tasviri ko'rinadi. Aortaga rentgenokonstrast moddaning yuborilishiga qarab aortografiyani translyumbal va transfemoral xillari ajratiladi. Hozirgi vaqtlarda ko'pincha oxirgi usuli qo'llanilmoqda. 1953 yili transfemoral aortografiya usuli taklif qilingan.

Tekshirish usuli, pupart boylamining 1-2 sm pastrog'ida maxsus igna bilan son arteriyasini punksiya qilib, igna orqali metall o'tkazgich yuborilib, u orqali esa kateterni buyrak arteriyasining aortadan tarqalish joyigacha (1 bel umurtqasining o'rtasigacha) yuborilishiga asoslangan .

Buyrak arteriografiyasi quyidagi holatlarda zarur bo'ladi: total gematuriyani boshqa usullar bilan sababini aniqlash mumkin bo'lmaganda; buyrak o'smasiga shubha bo'lib va kista bilan ajratish tashxisiga zarurat sezilganda; gidronefroзда buyrak parenximasining saqlanib qolgan qismini aniqlashda; qo'shimcha qon-tomiri bo'lib, uni rezektsiya qilish mumkin bo'lganda; buyrak sili va boshqa kasalliklar ehtimoli bo'lgan rezektsiyaning hajmini aniqlashda; vazorenal arterial gipertenziyaga shubha bo'lib va buyrak arteriyalarining zararlanish xususiyatini aniqlash zarurati bo'lganda; buyrak usti bezi yoki qorin pardasi orqasidagi oraliqda o'smaga shubha bo'lganda; buyrak yo'q deb atalganda, qachonki boshqa usullar yetarli darajada informatsiya bermaganda, yana operatsiyadan oldin, buyrak arteriyasini bosib, uning tarqalgan qon-tomiri yo'qligini hamda nefrotomiyaning qilinadigan joyi va xilini aniqlash zarurati bo'lsa, arteriografiya qilish maqsadga muvofiqdir.

Buyrak arteriografiyasiga aorta va son arteriyasining yaqqol ko'rinib turgan aterosklerozi, tireotoksikoz, og'ir buyrak yetishmovchiligi, yol moddalariga yuqori darajada sezgirlik, o'pkaning faol sil kasali va yurak-qon-tomir yetishmovchiligining dekompensatsiyalari to'sqinlik qiladi.

Buyrak arteriografiyasi rentgenokonstrast moddaning to'rt davr sirkulyatsiyasini va uning ekskretsiyasini aniqlaydi (29 –rasm). Birinchi davri –arteriogramma (buyrak arteriyalari va uning shoxlari kontrasttirilgan), ikinchi davri-nefrogramma (buyrak parenximasining rentgenokonstrast moddasi bilan to'yinib turgan to'liq ko'lankasi), uchinchi davri-venogramma (katta buyrak venalari kontrastlangan, buyrak venalari bosimi ko'tarilganda, ayniqsa aniq bo'lib ko'rinadi), to'rtinchi davr- ekskretor urogramma.



29-rasm. Buyrak arteriogrammasi. Odatdagi ko'rinish.



30-rasm. Selektiv buyrak arteriogrammasi. Odatdagi ko'rinish.

Buyrakning patologik harakatchanligini aniqlash uchun buyrak arteriografiyasini bemor tik turgan va yotqizilgan holatlarda bajariladi.

Keyingi yillarda klinik amaliyotga selektiv buyrak arteriografiyasi tadbiq etilgan, bunda maxsus kateterning egilgan tomoni bilan tekshirilayotgan buyrak arteriyasiga yuboriladi. Shunday usul bilan oz miqdordagi rentgenokonstrast modda yordamida ancha aniqroq bo'lgan buyrakning qon-tomir arxitektonikasi tasvirini olishga muyassar bo'lamiz (30-rasm).

Farmakoangiografiyada arterial zondi orqali 2 ml 0,001 % adrenalini suyuqligi, 8 ml natriy xloridning izotonik suyuqligi bilan yuboriladi, undan so'ng 14-16 sekunddan keyin tekshirishning maqsadiga qarab 20 ml rentgenokonstrast modda yuborib, buyrakning arterio yoki venografiyasi bajariladi. Adrenalin ta'sirida o'zgarmagan arteriya qon-tomirlari qisqarib, rentgenokonstrast moddasi bilan to'lmaydi. Shuning uchun arteriogramma o'smadagi adrenalini ta'sir qilmagan qon-tomirlari ko'rinadi. Buyrak arteriya oqimining ozayishi, uning venoz sistemasidagi bosimni pasaytirib, venografiya vaqtida rentgenokonstrast moddaning yaxshi to'planishiga imkon beradi.

Transfemoral buyrak arteriografiyasi ko'pincha yosh bolalar va go'daklarni tekshirishda ishlatiladi. Yosh bolalarda tekshirish texnikasi xuddi kattalarnikiga o'xshaydi, lekin yosh bollarda tekshirish faqat narkoz orqali qilinadi. Ba'zi holatlarda qon-tomir kateteri kindik arteriyasi orqali yuboriladi.

Venokavografiya.

1939 yili birinchini marta venokavografiya usuli bajarilgan. Bu usul kovak venasini rentgenokonstrast moddasi bilan to'ldirilib, rentgenografiya qilishga asoslangan. Pastki kovak venasida bosimning keskin ravishda ko'tarilishi, uning o'sma bilan bosilishida yoki trombozda kuzatilib, markaziy kovak venadan tashqari rentgenogrammada buyrak venalari va tomirlari ko'rinishi mumkin. Transfemoral yo'l bilan pastki kovak venani rentgenokonstrast modda bilan to'ldirish mumkin. Son venasining punksiyasi xuddi son arteriyasining punksiyasiga o'xshab, undan 0,5 sm medial tomonda qilinadi. Tashqi kovak venaga kateter umumiy yonbosh venalarning qo'shilish joyigacha yuboriladi.

Venokavografiyaning ko'rsatmalari quyidagilarni: yonbosh vena va pastki kovak venalarning obturatsiyasini yoki stenozini aniqlash, pastki kovak vena o'sma torombozini buyrak yoki buyrakusti bezining xavfli o'smalarida, aniqlash qorin paradaning orqasidagi o'smalarning turish joyini bilish zarurati bo'lib, o'smalarning birlamchi yoki metastaz ekanligini aniqlashdan iborat. Tekshirish venokavografiyaning erkin oqishidan boshlanadi. Bunda faqat pastki kovak venaning o'tkazuvchanlik qobiliyatini aniqlash mumkin. Pastki kovak vena va uning shoxchalarining patologik o'zgarishlari interpretatsiyasi ancha murakkab. Ikkinchi davrida obturatsion venokavografiya bo'lishi mumkin. Bunda pastki kovak venaning cheklangan segmenti buyrak venalarining qo'shilish joyida obturatsiya qiladigan ballonchik yordamida rentgenokonstrast modda to'ldiriladi.

Buyrak venografiyasi.

Buyrak venografiyasining texnikasi xuddi venokavografiya usuliga o'xshaydi. Lekin pastki kovak venaga uchi yoysimon yoyilgan qon-tomir kateteri yuboriladi. Metall o'tkazgichni olgandan so'ng, pastki kovak vena bo'ylab kateter yuborganda, egilgan uchi buyrak venasining kerak bo'lgan tomoniga o'tkazishga imkon beradi.



Buyrak venasining tasvirini yaxshi aniqlash uchun 10-12 ml rentgenokonstrast modda yetarli bo'ladi (31-rasm).

31-rasm. Buyrak venogrammasi. Odatdagi ko'rinish.

Buyrak o'smalari har xil turdagi arterial gipertenziyalar, ko'pincha varikotselening belgisi bo'lgan vena buyrak gipertenziasiga shubha bo'lganda, buyrak selektiv venografiyasini qilishga to'g'ri keladi. Zarurati bo'lganda, buyrak venografiyasini venotonometriya bilan birgalikda qilinadi. Pastki kovak venada qon bosimi odatda, 40 dan 100 mm suv ust.gacha, buyrak venalarida – 90 dan 140 mm suv ust.gacha bo'ladi.

Buyrakning flebolitik tekshirilishi. Hozirgi vaqtda nafaqat buyrak venalarining kasalliklarida, balki har xil arterial gipertenziyalarining ajratish taxshisida ham keng qo'llanilmoqda.

Chanoq arteriografiyasi.

Bu usul kichkina chanoq a'zolarida, ko'pincha ginekologik amaliyotda o'smalarning borligini aniqlashda ishlatiladi. Tekshirish usulining bajarilishi xuddi transfemoral arteriografiyaga o'xshaydi. Bu usul o'smalarning turish joyini va qovuq devoriga va atrofidagi to'qimalarga qanchalik o'sib kirish darajasini tasavvur qilishga imkon beradi.

Chanoq venografiyasi.

Qovuq, prostata bezi raklarining bosqichini hamda qovuq oldi kletchatkaga va qo'shni a'zolarga rakning o'sib kirish darajasini aniqlash uchun chanoq venografiyasi misol bo'la oladi. Bu tekshirish usuli chanoq sohasida va oyoq venalarida qonning to'xtab qolish sabablarini, trombozning borligini, uning o'rnini va katta chanoq venalarida qancha uzunlikda ekanligini aniqlashga imkon beradi.

Chanoq venografiyasida rentgenokonstrast moddani venaga (son venalariga, chuqur va orqa tomonining ustki yuzasida joylashgan venalarga) yoki suyak ichiga (qov suyagining yonbosh bo'lagining iligiga yoki son suyagining sathiga) yuboriladi.

Limfadenografiya.



Siydik va jinsiy a'zolari xavfli' smalarining limfatik tugunlardagi metastazlarini aniqlashda, chanoq va qorin pardasi orti bo'shlig'i limfadenografiyasi usuli qo'llaniladi.

Rentgenokonstrast sifati yog'simon moddalar ishlatiladi: yodolipol, etiodol, lipoidollar bo'lib, ular asta-sekin tovonning limfa tomirlariga yuboriladi. Odatdagi limfadenogrammalarda limfa tugunlari har xil kattalikda va shakllarda bo'lishi mumkin. (32-rasm).

32-rasm. Limfogramma. Odatdagi ko'rinish.

O'zgarmagan limfa tugunining ko'lankasi bir tekis bladi. Limfa tugunlarining o'tkir va surunkali yallig'lanishlarida limfadenogramma interpretatsiyasi qiyin bo'ladi. Paydo

bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlari: o'pkaning yog' emboliyasi, limfangitlar va limfadenitlar.

Asoratlarning oldini olish uchun tekshirish usulini jiddiylik bilan o'tkazish kerak: moddani faqat limfa (vena tomiriga emas) tomiriga asta-sekin yuborish kerak, tekshirishdan keyin rentgenda nazorat qilib, oldini olish maqsadida antibiotiklar berish kerak.

Sistografiya.

Sistografiya pastga tushayotgan (ekskretor urografiya va ko'tarilayotgan (retrograd) bo'lishi mumkin. (33-rasm).

33-rasm. Ko'tarilayotgan sistogramma. Odatdagi ko'rinish.

Retrograd sistografiyani ko'pincha quyidagi xillari qo'llaniladi:

1. Suyuq rentgenokonstrast modda bilan bo'lgan sistografiya qovuqning divertikulini, rentgenonegativ toshni, o'smani, tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishini, shikastlanishini, qovuq sili va va x.k. aniqlashga imkon beradi.

2. Gazsimon rentgenokonstrast



moddalar (kislrod) bilan sistografiya qilish qovuqning rentgenonegativ toshi, prostata bezining adenomasida ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

3. Suyuq rentgenoktrast moddani kislrod (20 ml 40 % suyuq rentgenoktrast moddasini va 100-150 sm³ kislrodni qovuqqa yuborish bilan birgalikda sistografiya qilinsa, prostata bezining adenomasi va rakini qovuqning o'sma va toshini aniqlashga imkon beradi. (34-rasm).

4. Qovuqqa 10-15% 50-100 ml bariy sulfat suspenziyasini yuborib, 30-40 daqiqadan so'ng yuvilib, 100-150 sm³ kislrod yuborgandan keyin sistografiya qilinsa, buni **quyqali sistografiya** deb ataladi. Bu usul qovuq o'sma tasvirini aniq ko'rsatishga imkon beradi, chunki o'zgargan o'sma yuzasida bariy to'xtab qolib, odatdagi qovuqning shilliq pardasida esa butunlay yuvilib ketadi.



Siydik va jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanishlari retrograd sistografiyasi uchun to'sqinlik qiladi.

34-rasm. Qovuqni murakkab kontrast qilingan sistogrammasi.

Prostata bezining adenomasi.

Uretrografiya.

Ureterografiyani pastga tushayotgan (miktsion) va ko'tarilayotgan xillari bo'ladi. Bu usulning ikkala xilini ham ishlatish taklif qilinadi. Bu usul siydik chiqarish kanali kasalliklari yoki shikastlanishida qo'l keladi.

Tekshirish bemorning beli bilan yotqizilgan holatida bajariladi, bunda chap oyoq bukilib tashqariga suriladi, o'ng oyog'i cho'ziladi. Olat chap songa parallel qilib shunday tortiladiki, siydik chiqarish kanalining kontrast bilan to'ldirilgan ko'lankasi sonning yumshoq etiga to'g'ri kelishi kerak. Retrograd uretrografiya rentgenoktrast modda uretraga Jane ignasi bilan yuboriladi. Miksion (antegrad) uretrografiya surati siyish vaqtida olinadi. Odatda bu tekshirish ekskretor urografiyaning (pastga tushayotgan sistografiyadan so'ng) yoki suyuq rentgenoktrast moddasi bilan ko'tarilayotgan sistografiyaning oxirgi bosqichi bo'lib hisoblanadi.

Genitografiya. (vezikulografiya, vazografiya, epididimografiya).

Vezikulografiya – urug' pufakchalarini kontrast modda bilan to'ldirib qilingan rentgenografiyasi bo'lib, anatomik tuzilishini batafsil tasavvur qilib, unda destruksiya va boshqa o'zgarishlarning bor yoki yo'q ekanligi haqida axborot beradi. Bu usul urug' pufakchalarining o'smasiga shubha bo'lganda, urug' pufakchalari va prostata bezining sil kasalligi tashxisida hamda rak o'smasining prostata bezi va qovuq bo'yniga o'sib kirganini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Ko'tarilayotgan vezikulografiyani urug' chiqarish yo'llarini kateterizatsiya yoki punktsiya qilish bilan bajariladi. Ko'pincha yog'simon kontrast moddalar qo'llaniladi. Urug' chiqarish yo'li bo'ylab kontrast modda yuborilganda, qarshi yo'nalishda moyak ortig'ining tasviri olinadi – **epididimografiya**. Ba'zi vaqtlarda faqat urug' chiqarish yo'lini kontrast

qilishga zarurat bo'ladi. Vazo-epididimo va vezikulografiyalarning birgalikda qilinishi *genitografiya* deb ataladi.

Prostatografiya.

Prostatografiya, sistografiya, peritsistografiyalar ekskretor urografiyaning natijasi bo'lib, agar prostata bezi kattalashib, qovuq ichiga turtilib chiqqan bo'lsa, qovuqning tasviridan tashqari, prostata bezining shakli ham ko'rinishi mumkin.

Transuretral yo'li bilan prostata bezini punksiya qilib, uning to'qimalariga kontrast modda yuborilsa, qilingan prostatografiyada prostata bezi va atrofdagi venalar faqat qisqa muddatda ko'rinishi mumkin.

RADIOIZOTOP TEKSHIRISH USULLARI.

Urologiyada hozirgi vaqtda radioizotop tekshirish usullaridan har xil kasalliklarning tashxisni aniqlash maqsadida keng rivojlandi. Tekshirishning sodda va muvaffaqiyatli darajadagi axborot natijalari, bu usullarni zamonaviy urologik tekshirishlar bilan birga qo'shib olib borishga imkon beradi. Ko'p radioizotop usullar kasallarning siydik va jinsiy a'zolarini faqat qo'shimcha ish faoliyati hamda ularning tuzilish holatlari haqida ma'lumot beribgina qolmay, bu usul boshqa tekshirish usullari yordamida erishib bo'lmagan ajoyib va juda aniq tashxis axborotini ham beradi.

Bu tekshirishlarni bajarish uchun to'rt xil maxsus asboblardan ishlatiladi.

Birinchi har xil sistemadagi gamma-kameralar kiradi. Bu ancha murakkab konstruksiyali tez harakatlanuvchi asbob, tekshirayotgan a'zo sohadan kelayotgan radioaktiv nurlanishlarni uzluksiz yozib, undan so'ng televizor ekranida, bu a'zoning yoki sohaning, statik yoki dinamik tasvirini (ssintigrafiya) ko'rishga imkon beradi. Tasviri maxsus kamera orqali suratga olinib, miqdor axboroti elektron-hisoblash yordamida bajariladi.

Ikkinchi xildagi asboblarga skanerlar ozroq takomillashgan va qabul qiladigan tuzilmalar kiradi. Bu tuzilmalarning harakati tekshirayotgan sohadagi radioaktiv datchikning asta-sekin o'zgarishga asoslanib, tasviri qog'ozda oq-qora yoki har xil rangdagi ingichka yoki arifmetik sonlar bo'lib ko'rinadi. Bu asboblardan yordamida faqat a'zolarining yoki tekshirilayotgan sohalarning statik tasvirini olish mumkin. Radiotsirkulografiya uchinchi xil asboblarga kirib, 2-4 datchikli radioaktiv tuzilmalardir. Tekshirilayotgan tananing ustidagi nurlanishlar dinamikasi tegishli egri chiziq bo'lib "o'zi yozar" yordamidagi asbobda yoziladi. Xuddi shu xildagi asboblardan ko'pincha buyrakning ish faoliyatini tekshirish uchun qo'llanib *renograflar* deyiladi.

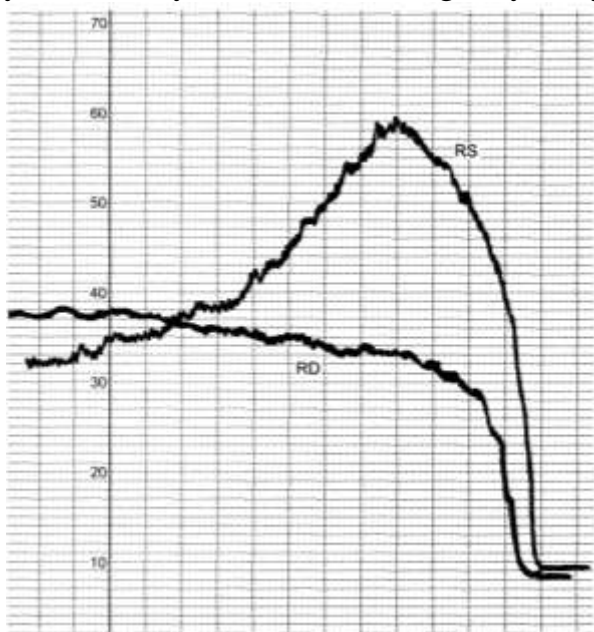
To'rtinchi xildagi asboblardan va nurlanishlar hisoblagichlari radioaktiv suyuqliklarni tekshirish uchun ishlatiladi (plazma, qonning zardobi, sidik va boshqalar). Bu asboblardan har xil moddalarning tarkibini aniqlash uchun radiobiokimyoviy tekshirishlarda ishlatiladi.

Olingan natijalarning soniga to'g'ri baho berishda, ayniqsa radioizotop tekshirishlarning ahamiyati katta. Moddalarning buyrak va qovuqdan ajralib chiqish tezligi, naychalar sekretsiyasi va ko'ptokchalar filtratsiyasining intensivligi, nishon birlashmalarning buyrak qon-tomirlari orqali o'tish tezlik konstanti maxsus matematik usullar bilan hisoblashdan iborat. Bundan tashqari gamma-kamerada ssintigrafiya o'tkazilgandan so'ng, olingan ichki a'zolarining tasviri yoki sohalari ixtisoslashtirilgan kompyuterlar yordamida tahlil qilinadi. Bu a'zolarining faqat bir

butun ish faoliyati tuzilish holati aniqlamay, balki ularning alohida joy qismlariga ham baho berishga imkon beradi. Zamonaviy gamma-kameralarda olingan tasvirni videomagnitofon lentasiga yozish mumkin.

To'g'ri bo'lmagan radioizotop renangiografiya.

Bu usul nishonli birikmani buyrak qon-tomirlar tizimidan o'tishini tekshirishga asoslangan. Tekshirish usuli venaga ^{99}Tc yoki ^{131}I albuminni yuborib 30-60 daqiqa davomida buyrak ustidagi uzluksiz radioaktivlikni gamma-kamera yordamida yoki radiotsirkulografiyada yozib turishga asoslangan.



35-rasm. To'g'ri bo'lmagan radioizotop renangiogramma.

Rs (ren. sinistra) – odatdagi egri chiziq

Rd (ren. dextra) – buyrak qon-tomirlarining to'lish tezligining ancha pasayishi.

Tekshirish natijasida olingan to'g'ri bo'lmagan radioizotop renangiogramma egri chizig'i ikki qismdan iborat: (35- rasm) –ko'tarilayotgan yoki - «arterial» va pastga tushayotgan, yoki «venali». Birinchi – arteriya qon-tomirlarining modda bilan to'layotganligini tasvirlaydi, ikkinchisi-kapillyar tomirlari orqali buyrak ichidan aylanib, vena kollektorlaridan moddaning

ajralishi. Odatda qon-tomirlarining to'lish tezligi 0,1 s/l chiqish – 0,09 s/l bo'ladi.

Buyrak qon aylanishi xilining va darajasining buzilishi bu usulni qo'llashga ko'rsatma bo'ladi (buyrakning katta qon va kapillyar tomirlarida).

Buzilish o'ziga xos uch shakldan iborat bo'ladi:

Qon-tomirlarining to'lish tezligining pasayishi

Qon-tomirlaridan modda chiqishining sekinlashuvi

Buyrak qon-tomirlaridan nishonlangan moddalarning o'tish davrining buzilishi.

Radioizotop renografiya.

1-variant (tubulotrop birikmaning qo'llanishi orqali).

Bu usul nishonli buyrak moddasining naychalar orqali bo'lgan faol sekretsiyasi va ularning yuqori siydik yo'llaridan chiqishini tekshirishga asoslangan. Tekshirish usuli venaga ^{131}I yoki ^{125}I gippuranni yuborib, 15-30 daqiqa davomida buyraklar ustidagi radioaktiv darajasini radiotsirkulograf yordamida uzluksiz yozishga asoslangan.

Tekshirish natijasida olingan egri chiziq renogramma deyilib, ikki qismdan iborat : (36- rasm). – ko'tarilayotgan yoki «sekretor» va tushayotgan yoki «evakuator». Birinchi qismi – qonda erigan gippuranni faqat proksimal buyrak naychalarining epiteliy hujayralarida faol yig'ilishni, ikkinchisi-moddaning kosacha-buyrak jomidan siydik yo'li orqali ajralib chiqishini ko'rsatadi. Renogrammalar maxsus ishlov paytida quyidagi parametrlarni aniqlaydi:

1. Naychalar sekretsiyasining tezligini (odatda 0,12 daqiqa -1).

2. Buyrak parenximasi orqali tranzit vaqti (odatda 6 daqiqa).

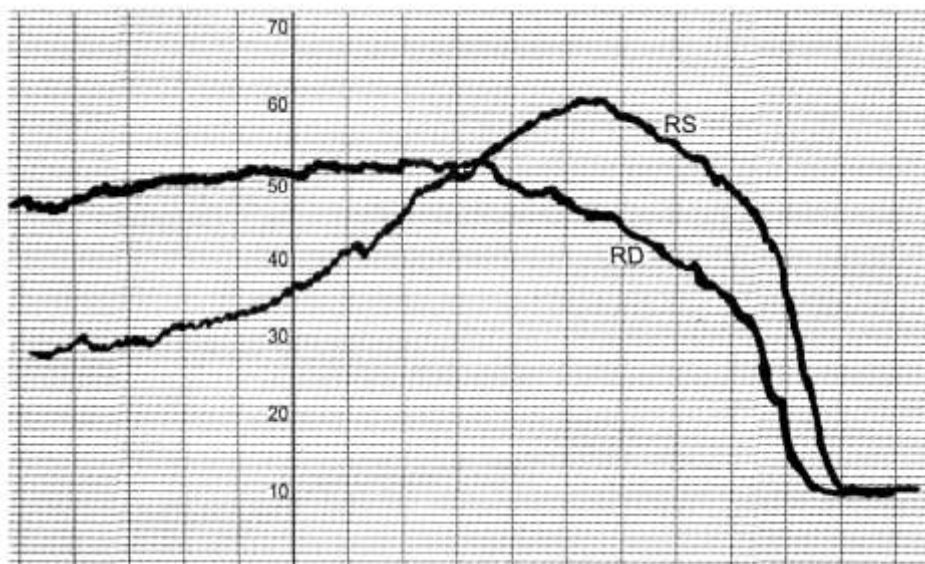
3. buyrakdan uning chiqish tezligi (odatda 0,1S-1). Organizmda gippuranning bo'linish hajmining barqarorligini hisobga olib (tananing taxminan 17% gacha bo'lgan massasidan), naychalar sekretsiasining tezlik ko'rsatkichlariga asoslanib, bu moddaning alohida buyrak klirensi hisobga olinadi (ml/daqiqqa). O'ng va chap buyraklarning alohida buyrak klirensi, gippuran buyrak klirens ko'rsatkichining yig'indisini berib, odatda 1 kg tana massasiga 15-22 ml/daqiqqa to'g'ri keladi. Odatda radioizotop renografiya o'tkazilayotganda, radiotsirkulografiyaning uchinchi datchigi yurakning ustiga joylashtiriladi. Yozish davomida olingan egri chiziq, nishonlangan gippuranni total klirensining aksini beradi. Odatda buning hajmi (ml/daqiqqa) buyrak klirens yig'indisining ko'rsatkichiga to'g'ri keladi, buyrakning ish faoliyati buzilganda, total klirensining hajmi kattaroq bo'lib, tananing tozalanishiga ekstrarenal omillarning qo'shilganligini bildiradi.

Buyrakning naychalar asbobini tozalash qobiliyatiga va yuqori siydik yo'llari urokinamikasiga baho berish zarurati radioizotop renografiyani qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Siydik tuzilmasida patologik o'zgarishlarga shubha bo'lsa, radioizotop renografiya bemorlarni tekshirishda (saralangan) birinchi muhim usul hisoblanadi. Eng ko'p uchraydigan ish faoliyatining buzilish alomatlari quyidagicha bo'ladi: buyrak naychalar asbobining tozalash qobiliyatining pasayishi; buyrakdan chiqish tezligining pasayishi; bu belgilarning birgalikda bo'lishi.

2-variant. (glomerulotrop birikmasi bilan qo'llanilganda).

Bu usul nishonlangan birikmani nefron filtratsiyasi, tropniyni buyrakka nisbatan bo'lgan tekshirishga asoslagan. Bu usul venaga ^{99m}Tc yoki $^{113}\text{In-DTPA}$ yuborib, uzluksiz 15-20 daqiqqa davomida buyraklar ustidagi radioaktivlikni radiotsirkulograf yordamida yozishga asoslangan.

Olingan renogramma, odatda ikki qismdan – ko'tarilayotgan va tushayotgan qismlardan iborat. Birinchi qismi (1-2 daqiqqa) bo'lib buyrak nefronlari nishonlangan DTPA bilan to'layotganini aks ettiradi, ikkinchisi – filtrlangan moddaning buyrakdan siydik bilan chiqishi. Odatda nefron filtratsiasining tezligi 0,03 daqiqqa/1 ga teng. Organizmda (tananing og'irligidan 75%) DTPA ning bo'linish barqarorligini hisobga olib, filtratsiya tezligining ko'rsatkichiga asoslanib, nishonlangan DTPA ning (ml/daqiqqa) alohida buyrak klirensi hisoblanadi; odatda bu ko'rsatkich tananing 1 kg massasi 3-5 ml/daqiqqaga teng. Yurak ustida o'rnatilgan radiotsirkulografning uchinchi datchigi yordamida nishonlangan DTPA ni egri chiziq, total klirensi yoziladi. Odatda bu miqdor (ml/daqiqqa) buyrak klirensining yig'indisiga to'g'ri keladi; buyrakning ish faoliyati buzilganda DTPA total klirensining hajmi ko'p bo'lib, bu qonning plazmasini tozalashda ekstrarenal omillarning qatnashganini aks ettiradi.



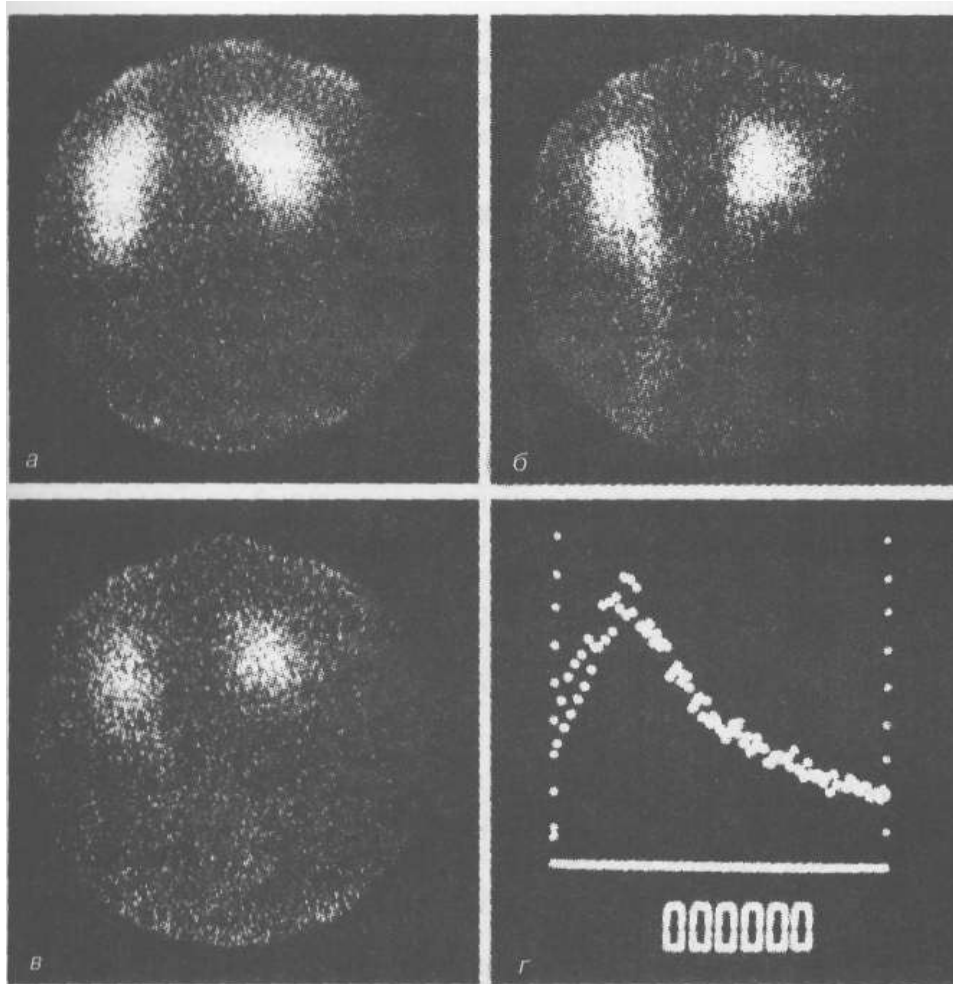
36-rasm. Radioizotop renografiya.

A- tubulotrop birikmasi bilan. RS – odatdagi egri chiziq (^{131}I gippuran 460 ml/daqiqqa klirensi) ; RD – tozalanish ish faoliyatining pasayishi (135 ml/daqiqqa klirensi), buyrakdan ajralib chiqishning keskin ravishda buzilishi.

Dinamik nefrostsintigrafiya.

Nishonli nefrotrop birikmalarini, buyrak parenximasining faol yutishi va ularning yuqori siydik yo'llari orqali chiqishini yozishga asoslangan buyrak ish faoliyatini tekshiradigan usulidir.

Tekshirish usuli nishonlangan gippuranni venaga yuborib, detektor gamma-kamera yordamida, buyrak usti sohasidagi radioaktivlikni uzluksiz yozishga asoslangandir. Olingan axborotlar kompyuterning magnit xotirasiga yozilib, tekshirish tamom bo'lgandan so'ng televizion monitorlarning maxsus ekranlarida, buyrak orqali nishonlangan nefrotrop birikmalarni har xil o'tish davrlarining qaytadan tasvirlarini ko'rish mumkin. Nishonlangan gippuranni venaga yuborgandan keyin, odatda 2-5 daqiqa (37-rasm) faol ravishda yig'ilgan modda, buyrak parenximasining tasviri bo'lib ko'rinadi. Parenximaning ko'rinish tasviri 5-6 daqiqadan so'ng pasayadi; kosacha-buyrak jomi tizimini, 10-15 daqiqadan keyin qovuq nishonlangan birikma bilan to'ldiradi.



37-rasm. Buyrak ish faoliyati o'zgarmagan vaqtida dinamik nefrostsintigrama (A.B.V) va kompyuter renogrammalari (G).

Kompyuterda maxsus dastur ishlov yordamida, radioindikatorning o'tish dinamikasini, ularning tasvirini kompyuter renogrammalarda qayta ko'rib hamda buyrak klirenslarining alohida ko'rsatkichlarini hisoblash mumkin.

Xuddi shu yo'l bilan glomerulotrop birikmalar ($^{99m}\text{Tc} - \text{DTPA}$, $^{113m}\text{In-DTPA}$) bilan dinamik nefrostsintigrafiyani o'tkazish mumkin.

Dinamik nefrossintigrafiya yordamida aniqlangan asosiy patologik o'zgarishlar quyidagilardan iborat:

1. nishonlangan birikmalarning buyrak parenximasida total (yoki regional) yig'ilish zichligining pasayishi;
2. buyrakdan ajralib chiqishning total (yoki regional) sekinlashishi;
3. o'zgarishlarning birga bo'lishi.

Har xil urologik kasalliklarda tashxis katta ahamiyatga ega bo'lgan bo'lsa, bu tekshirish usulini qo'llashga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Statik nefrossintigrafiya (buyrakni skanerlash).

Bu usul buyrak parenximasining tuzilish – ish faoliyatini, nishonlangan birikmaning buyrakda tarqalishi va uning asta-sekin chiqishini yozishga asoslangan.

Tekshirish usuli tubulotrop modda ^{179}Hg – promeranni venaga yuborib skaner yordamida buyrakning ustki sohasidagi radioaktivlikni yozishga asoslangan. Tekshirish davomida qog'ozda olingan buyrakning tasviri nishonlangan moddani

yuqori va past bo'lib yig'ilgan joylarini aniqlashga yordam beradi. Bu hajmli (o'sma, kista) bo'lgan kasalliklar tashxisida, buyrak parenximasining ehtiyot ish faoliyatini aniqlashda hamda o'tkir destruktiv kasalliklarning (buyrak shikastlanishi, o'tkir yiringli piyelonefrit) zo'rayishi diagnostikasida katta ahamiyatga ega.

Radioizotop urofloumetriya.

Bu usul, siydikda erigan radioaktiv birikmalarni siyish vaqtida qovuqning bo'shatish qobiliyatini tekshirishga asoslangan.

Bu tekshirish usuli radioizotop renografiya qilingandan so'ng, tabiiy siyish istagi paydo bo'lganda, radiotsirkulografning datchiklaridan birini qovuq ustiga qo'yilib, bemor siyishiga asoslangan. Siyish vaqtida yozilgan egri chiziq siyishning eng katta va o'rta tezligini hamda qolgan siydikning miqdorini hisoblaydi.

Qovuqning bo'shatish qobiliyati tezligining pasayishi (ajralgan siydikni miqdori 110 ml, siyishning eng katta tezligi 7,2 ml/s, o'rtacha tezlik 4,6 ml/s, qolgan siydikni miqdori 93 ml).

ENDOKRIN BEZLAR VA ICHKI A'ZOLARNI RADIOIZOTOP USULI BILAN TEKSHIRISH

Urologik kasalliklardagi radioizotop diagnostikasining bu yo'nalishi kelajakda katta ahamiyat kasb etadi.

Qalqonsimon oldi bezlarining ssintigrafiyasi, siydik tosh kasalligida, marjonsimon tosh kasalligi bo'lgan bemorlarni davolashda katta ahamiyatga ega bo'lib, bu adenoma va giperplaziya natijasida oshiqcha chiqqan paratgormonlarning borligini aniqlashga imkon beradi. Buyrak usti bezlarining ssintigrafiyasi bu bezlarda patologik o'zgarishlarni ancha ertaroq aniqlashga imkon beradi.

Moyaklarning ssintigrafiyasi har turdagi kriptorxizmlar (ayniqsa tushmagan moyaklarning o'smasida) va erkak naslsizligi tashxisida katta ahamiyatga ega.

Siydik va jinsiy a'zolari o'smasining metastazlarini radioizotop diagnostikasi.

Siydik va jinsiy a'zolari xavfli o'sma metastazlarining radioizotop tashxisini onkourologiyada asosiy ahamiyatga ega. Boshqa tekshirish usullariga qaraganda bu radioizotop, usul yordamida metastazlarni o'rtacha 4-7 oy oldin aniqlash mumkin. Bu usullarning negizi, nishonlangan birikmani, metastatik joylarning (skelet) faol yutishiga va yuqorilashgan (miya) bo'limlarida yoki preparatlarning konsentratsiyasining ozayishi (o'pka) hamda to'qimalarning (jigar) funksional faolligining pasaygan joylarida preparatning yig'ilishiga asoslangan. Limfa oqimining buzilishini ko'rsatgan ssintigrafik belgilar, limfa tugunlarida o'smalarning metastazlarining borligini aniqlashda qo'llaniladi (to'g'ri bo'lmagan limfossintigrafiya), pastki kovak venaning venoz kollektorlaridan nishonlangan birikmalarning qiyinchilik bilan o'tishi-o'smalar trombozining diagnostikasida (to'g'ri bo'lmagan radioizotop pastki venokavografiya) ishlatiladi.

Radioimmunologik tekshirish usullari.

Bu usullarni asosiy bajarish negizlaridan immunologik antigen-antitelo reaksiyasi bo'lib, bular uchun maxsus reagentlar to'plami qo'llanilib, ularning har biri tekshirilayotgan moddani juda aniq topa oladigan va sezuvchan bo'ladi. Radioimmunologik usullarning ijobiy tomoni shundan iboratki, tekshirilayotgan

moddalarning tarkibini qon va siydikning oz qismidan aniqlash umkin. Radioaktiv to'plamlarni tekshirishda qo'llash, yuqori darajada aniq natijalar olishga imkon beradi. Bunda asosan shunday biologik faol moddalar tekshiriladki, ularni oddiy biokimyoviy usullar bilan topib bo'lmaydi.

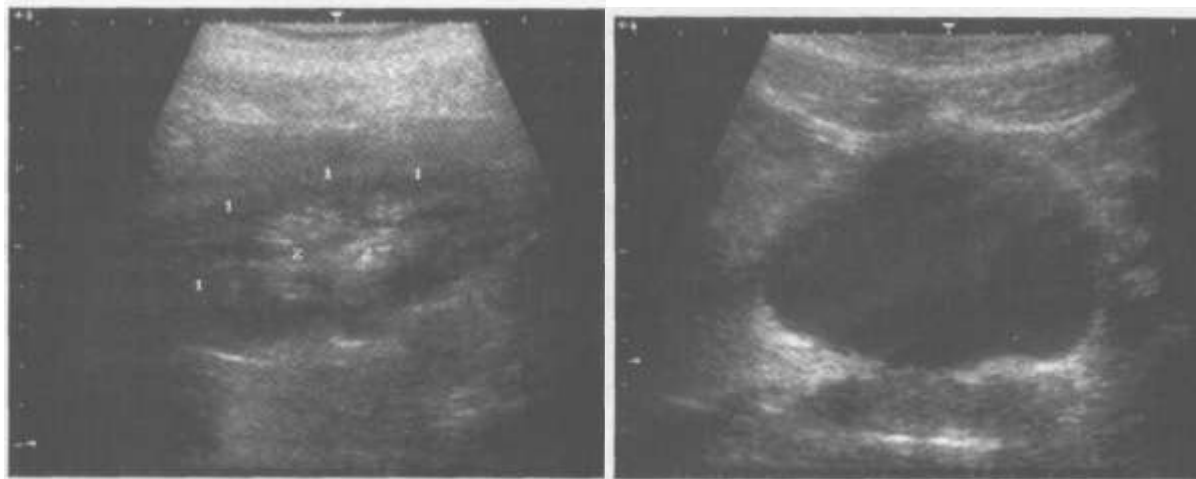
Radioizotop tekshirish usullarining yana qulay tomoni shundan iboratki, bu usul uchun nurlanishi juda past bo'lib, rentgenologik tekshirishga qaraganda yuz marta ozroqdir. Shuning uchun operatsiyadan keyingi davrida va tezlik bilan tashxis qo'yishda hamda zarurati bo'lganda bemorning har qanday holatida bir necha marta tekshirish mumkin.

ULTRATOVUSH TEKSHIRISH USULLARI

Keyingi yillarda urologiya amaliyotida ultratovush tashxisi (exografiya) usullari qo'llana boshlandi. Ular radioelektron asboblarda yordamida to'qima va a'zolarining chegarasidan qaytgan o'zining akustik parametrlari (ularda ultratovush to'lqinlarining tarqalish tezligi, qaytarish va yutilish koeffitsenti bilan) farq qiladigan tovushlarning yozilishiga asoslangan.

Bir necha ultratovush diagnostik asboblarda yaratilib, ular yordamida bir va ikki o'lchamli exografiyalarni bajarish mumkin.

Nurlanuvchi harakat qilmagan holatida bir o'lchamli exografiya qilinib, to'qimalar tuzilishiga nisbatan bir xil bo'lgan va bir xil chuqurlikda joylashgan har xil amplitudada qaytarilgan tovushlardan axborotlar olinadi. Qaytarilgan ultratovush impuls amplitudalarida va chiziqlar davomidagi o'zgarishlar patologik zo'rayishlarning borligiga guvoh bo'ladi. Datchigining borib-qaytayotgan harakatlarida (ikki o'lchamli exografiya), elektron nurlanish trubka ekranida, tekshirilayotgan tananing joyida yoki a'zoda uning kesilgan tasvirlari xuddi yorug' dog'larga o'xshab ko'rinadi. Exografik suratlar fotoplyonkaga yoki fotoqog'ozga hujjatlashtiriladi. Shunday qilib exografiya a'zolarining katta kichikligini, qaysi chuqurlikda joylashishini, odatda a'zo va to'qimalarning bir-biriga nisbatan turishini hamda turish joyini hajmini va patologik o'zgarishlarining tuzilish suratlarini hujjatlashtiriladi. (38-rasm).



38-rasm. Ultratovush skanogrammalar (exogrammalar).

A-odatdagi buyrakning tasviri (uzunasiga kesimi).

B-odatdagi Qovuqning tasviri (ko'ndalang kesimi).

YOSH BOLALARDAGI UROLOGIK TEKSHIRISHLARING BA'ZI BIR XUSUSIYATLARI

Yosh bolalarda urologik tekshirish o'tkazishining o'ziga xos xususiyatlari mavjud.

Bolalarda, ayniqsa go'daklarda, katta yoshdagi bolalar va kattalarga qaraganda ko'pincha buyrakni paypaslash mumkin. Bunga qorin devorining kuchsiz rivojlanishi, buyrakning nisbiy kattaligi va past joylashishi sabab bo'ladi. Ko'pincha buyraklar va boshqa a'zolar yosh bolalarda uchraydigan qorin mushaklarining aplaziya, gipoplaziyasida aniq bo'lib paypaslanadi. Bunda qorin «baqanikiga» o'xshab uning yupqalashgan devoridan ichaklarning peristaltikasi ko'rinib turadi. Bu ahvol hamma siydik yo'llarining atoniyasi, siyishning to'xtab qolishi bilan kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalar, ko'pincha qorinning pastki qismini qo'llari bilan bosib, qovuqni bo'shatadilar. Bunday bemorlarda, odatda piyelonefrit qo'shilganligi va tezda buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi sababli yetuk yoshgacha yashay olmaydilar.

Bolalarning me'yorida siyishiga baho berish uchun quyidagilarni bilish zarur, birinchi kunlari sog'lom bola bir kecha-kunduzda 5-10 marta siyadi, keyin soni asta-sekin 20-25 gacha va 3 oydan keyin ozayib, bir yoshda 14-16 marta, 3 yoshda 10-12 marta, 5 yoshda 8-9 va undan katta yoshda 5-7 marta siyadi. Kechasi yosh bola ozroq siyadi. 2 yoshda esa odatda tunda quruq bo'lib uxlaydi.

Siyishning soni tashqi muhitning darajasiga (kun sovuganida ko'payadi), tananing holatiga (ko'p terlanganda, qayt qilganda, ichi o'tganda ozayadi) va yosh bolaning individual xususiyatlariga (uyalishi, siydikni chiqib ketguncha ushlab turishiga o'rganib qolishi) qarab o'zgarishi mumkin.

Bolalar hayotining birinchi 6 oyida ajralib chiqqan siydik hajmi 20-30 ml, 1 yoshida 50-70 ml, 5 yoshida 90 ml, 10 yoshida 150 ml bo'ladi.

Bolalarda buyrakning kontsentratsion qobiliyati past bo'lganligi sababli, katta diurezda siydikning kontsentratsiyasi ancha past bo'lib ko'rinadi. Birinchi yoshida siydikning nisbiy zichligi 1002 dan 1008 gacha bo'lib, o'zgarib turishi mumkin, 2-3 yoshida 1010 dan 1018 va 10 yoshida ko'rsatkichi katta yoshlarnikiga o'xshab ketadi.

Yosh bolalarda siydikning biokimyoviy ko'rsatkichlari yoshiga qarab o'zgarishi ozroq bo'ladi. Yangi tug'ilgan yosh bolalarning siydigining reaksiyasi keskin kislotali- pH 5,0 dan past birinchi yoshida siydikning pH 6,0-7,4 ga teng. Och qolganda, ich ketganda, ko'p terlaganda siydikning kislotaliligi oshib boradi. Bolaning o'sib borishida siydikning miqdori kattalar ko'rsatkichiga yaqinlashib boradi.

Go'dak bolalar buyragini tekshirish diagnostikasi juda qiyin, chunki bolalarda ko'pincha buyrak zararlanishining ko'rinish belgilari umumiy xususiyatlarga o'xshaydi; bolaning bezovtalanishi, tana haroratining ko'tarilishi, ishtahaning yomonlashishi, qayt qilish va boshqalar. Tashxis qo'yishda yaxshi yig'ilgan anamnez (bunda tug'ma va oilaviy kasalliklarni aniqlash ahamiyatga ega) va siydik tahlillari yordam beradi. Yangi tug'ilgan va go'dak bolalarda siydikni yig'ish uchun maxsus yopishadigan polietilen qopchalar qo'llaniladi.

Hayotining birinchi yoshidagi bolalar hamma vaqt og'rigan joylarini noto'g'ri ko'rsatib, ko'pincha piyelonefritda, buyrak va siydik yo'llari toshida, urug' tizimchasining shikastlanganidan keyingi holatida, moyakning buralib qolishida va

boshqa urologik kasalliklarda og'riqni kindik sohasida deb shikoyat qiladilar. E'tiborsizlik bilan ko'rish yoki shifokorning yetarli darajada tajribasi bo'lmasa, bu hollarda o'tkir appenditsit tashxisi qo'yilib, behuda operatsiya bo'lishi mumkin. Go'dak bolalarda buyrakning ish faoliyati yetarli darajada bo'lmasligi tufayli, ekskretor urografiya ko'pincha infuzion urografiya xiliga o'xshatib bajariladi. Rentgenokonstrast moddaning miqdori yosh bolaning og'irligiga va yoshiga qarab bo'ladi: 1yoshgacha bo'lgan bolalarga tananing 1 kg og'irligiga 35% ml suyuq modda venasiga quyiladi. 3-5 yoshgacha 2-3 ml, 7-10 yoshgacha 1,5-2 ml. Buyrakning ish faoliyati ancha pasayganda, rentgenokonstrast moddani 1-2 marta ko'paytiriladi. Yosh go'daklarni tekshirishdan oldin, sut bilan havoni yo'qotish uchun ovqatni kichkina butilkalarda beriladi. Havo ta'sirida cho'zilgan oshqozon sharoitida buyraklarning ko'rinishi ancha aniq bo'ladi.

Ikki yoshdan yuqori bo'lgan bolalarda qovuqni va siydik chiqarish kanalini tekshirish uchun keyingi yillarda katta darajali sistouretroflyurografiya o'tkazish keng tarqaldi. Uni bajarish usuli quyidagicha: Qovuq bo'shatilib, 20% isitilgan suyuq rentgenokonstrast modda bilan to'ldiriladi. Yosh bolani vertikal holatda flyurograf xonasiga joylashtirib, kichkina bolalarni esa rentgenonegativ kursigacha o'tkazilgan holda tekshiriladi. Siyish vaqtida va keyin bir necha suratlar qilinadi, bu esa siyish dinamikasini, qovuq va siydik chiqarish kanalining holatini, qovuq-siydik yo'li refleksini aniqlashga va siydik qoldig'i borligini kuzatishga imkon beradi.

Ba'zida yosh go'dak bolalarda miksion sistouretrografiyaning maska orqali qilingan narkoz bilan bajariladi. Qovuq, kontrast modda bilan to'ldirilgandan so'ng maska olinadi. Yosh bola narkozdan uyg'onishi bilan siya boshlaydi.

Yosh bolalarda asboblardan tekshirish (sistoskopiya, uretroskopiya, buyrak punktsion biopsiyasi, angiografiya) odatda narkoz orqali qilinadi. Bu tekshirishlar yosh bolani yoshiga qarab tegishli asboblarni tanlab olishga katta e'tibor beriladi.

IV-BOB.

BUYRAK, SIYDIK YO'LLARI VA ERKAKLAR JINSIY A'ZOLARI ANOMALIYALARI

Odamning tug'ma nuqsonlarini 1/3 qismini siydik va jinsiy a'zolarining anomaliyalari tashkil qiladi.

Siydik va jinsiy a'zolar nuqsonlari oz va ko'p, yengil (hayot davomida klinik ko'rinishlar kuzatilmaydi) va og'ir (hattoki hayot uchun to'g'ri kelmaydigan darajada) xillariga bo'linadi.

Odamning siydik va jinsiy sistemasini emriogenetik yaqin bog'liqligi tufayli, siydik a'zolarining anomaliyalarini 33% jinsiy a'zolarining nuqsonlari bilan birgalikda uchraydi.

Buyrak asosan uchta tuzilishda rivojlanadi: pronefroz, mezonefroz va metonefroz. Pronefroz ekskretor sistemani quyi umurtqalilarining ontogenetik qoldig'i bo'lib hisoblanadi. U 6-10 juft naychalardan hosil bo'lib, yo'laklar bilan qo'shilib, Volfov yo'li deb nomlanadi, yoki *birlamchi ekskretor kanali* deyiladi.

Bola hayotni ona qornidagi davrini 4 haftasida pronefros takomillashib faqat Volfov yo'li saqlanib, kloakaga ochilib, nefrogen xordani uzunasiga qarab usadi. Pronefroz yo'qolmay turib, usib borayotgan mezoblastik oraliq hujayra massasidan mezonefros paydo bo'ladi.

Mezonefros kanalchalardan tashkil topgan bo'lib, volfov yo'lini pronefrotik sohasida tugallanadi. Mezonefros avval yuqori dorsal segmentdan paydo bo'lib, jarayonning kaudal bo'limida tezlik bilan rivojlanib III bel segmentida joylashadi. Bu vaqtda mezonefrosni ish faoliyatida bo'lgan to'plovchi kanallari faqat oz qismi qolib, ayollarda *gunterov yo'li*, erkaklarda esa *paraepididimis* saqlanib qoladi. Gartnerov yo'lini bo'limi siydik nayini tashqi teshigini qinda yoki bachadon bo'ynida ektopiyasining bo'lishiga sabab bo'ladi.

Metanefroz sekretor va yig'uvchi sistemadan iborat. U embrionni dum qismidan mezonefrosni atrofiya davrida nefrogen xordaga o'xshab (buyrak blastomasi) paydo bo'ladi. Parallel bu bilan birga metanefrotik yoki volfova yo'lidan buyrakni to'plovchi elementidan ikki tomonlama divertikulani paydo bo'lishi bilan vujudga keladi. Siydik nayining boshlanishi (metonefrotik divertikula) kanal yo'nalishda o'sib, keyinchalik siydik nayi paydo bo'ladi. Metanefrogen blastoma bilan o'ralgan siydik nayining yuqori qismidan, bo'linish yo'li bilan buyrak jomi va kosachalarini o'sish joyini boshlanishi bo'lib, keyinchalik bu yana bo'linib buyrakni to'plovchi naychalarini hosil qiladi.

Bir vaqtda nefrotik to'qima to'plovchi naychalarni uchini o'raydi. Keyinchalik kapillyar ko'ptokchalarni inkapsulyatsiyasi paydo bo'ladi.

Mezonefrogen blastomadan buyrakning sekretor sistemasi, ekskretori esa volfova tanasining qoldig'idan rivojlanadi. Bu sistemalarning qo'shilishida buzilishi, ko'pchilik hollarda, buyrak polikistozi anomaliyasining paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Metanefrogen blastomadan ko'p hollarda buyrakni po'stloq moddasi paydo bo'ladi; piramidaning asosini yopib turadi, uning yuzasi bo'laksimon. Bu miya moddasidagi piramidalar orasida markazga qarab tarqalib, po'stloq moddasi *bertineva kolonnalarini* hosil qiladi.

6 oylik homilaning buyrak tuzilishi bo'laksimon bo'lib, buyrak jomi kichkina, lekin parenximaning po'stloq va miya qatlamlari ancha rivojlangan bo'ladi.

Buyrakni tosdan bel sohasiga o'tish xususiyatlari bir qancha buyrak anomaliyalarining kelib chiqishini bilish imkoniyatini beradi. Embrional rivojlanishning 7-8 haftalarida buyrakning o'ziga xos ko'tarilishi kuzatiladi.

Tosning pastki qismida joylashgan buyrakning jomi buyrakning oldingi yuzasi va tashqi chekkasida bo'ladi. Keyinchalik harakatida buyrak o'zining bo'yiga qarab o'z o'qida buralib, buyrak jomi kosachalar sistemasi rotatsiyasi bo'ladi; avvaliga kosachalar ichki tomonga qarab, keyinchalik oldinga va oxirida, qachon buyrak o'zining odatdagi joyiga yetganda, tashqariga qarab turadi. Ona qorni davri rivojlanishining 8-9 haftasida, bel segmentining III-da joylashgan aorta va pastki kovak venasidan chiqqan qon tomirlaridan buyrakni qon bilan to'la ta'minlashi tugallanadi. Bu davrgacha nefrogen blastomadan qonni kaudal joylashgan qon-tomirlaridan oladi.

Buyrakning magistral tomirlari buyrakka buyrak sinusi orqali kiradi, lekin 25% odamlarda bu buyrak tomirlaridan tashqari, buyrakning yuqori va pastki segmentida qo'shimcha arterial tomirlari ham bo'ladi.

5-6 haftali homila ona qorni davrida ventral urogenital segmentidagi kloakadan siydik nayini boshlanishi bo'lib, keyinchalik undan siydik nayi, kosacha buyrak jomi segmenti va buyrakni to'plovchi naychalari paydo bo'ladi. Volfov nayi siydik nayi qovuq segmentiga aylanadi.

Siydik nayining tashqi teshigi yuqoriga ko'tarilib, qovuq uchburchagining yonboshiga borib ochiladi. Volfov nayidan yana siydik chiqarish kanalining orqa qismi, urug' chiqarish yo'llari, moyak ortig'i va urug' pufakchalari paydo bo'ladi. Siydik nayining o'sishi va volfov nayidan kelib chiqadigan a'zolarining paydo bo'lishida ularning bir-biriga bog'liqligi buzilsa, siydik nayining teshigi ektopiyasi va boshqa siydik va jinsiy a'zolar sistemasi anomaliyalari paydo bo'ladi.

Odamlar siydik va jinsiy a'zolarining qandaydir anomaliyalari bilan hayotining ko'p yillar davomida o'zida bo'lgan anomaliyani sezmay yashab kelishi mumkin. Lekin ko'p hollarda siydik yo'llarida anomaliyalar bo'lsa, siydik yo'llarida yallig'lanish kasalliklarini, toshlarning buyrak parenximasini atrofiyasi va buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'lishi mumkin. Buyrak va siydik yo'llari surunkali yallig'lanishi kasalliklari bo'lgan yosh bolalarning yarmisida bu kasalliklarning sababi siydik yo'llaridagi tug'ma obstruktiv o'zgarishlar bo'ladi.

BUYRAK VA YUQORI SIYDIK YO'LLARI ANOMALIYALARI

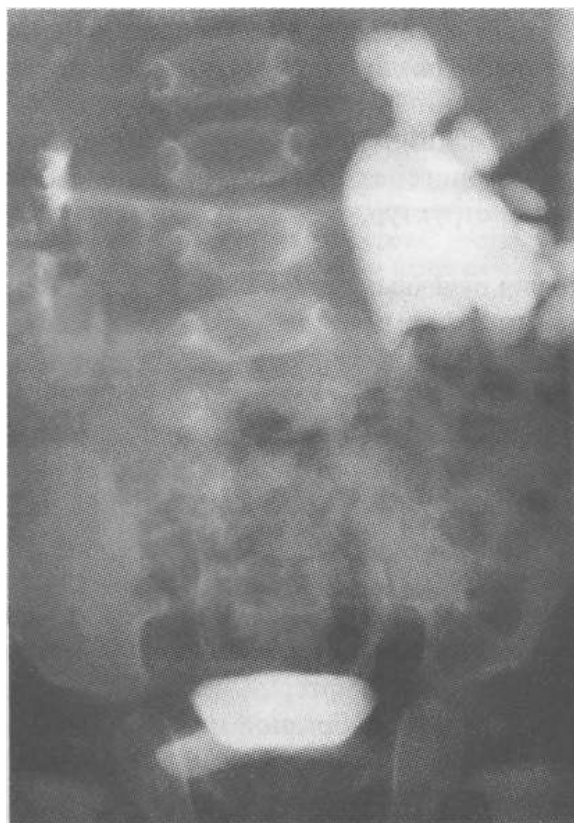
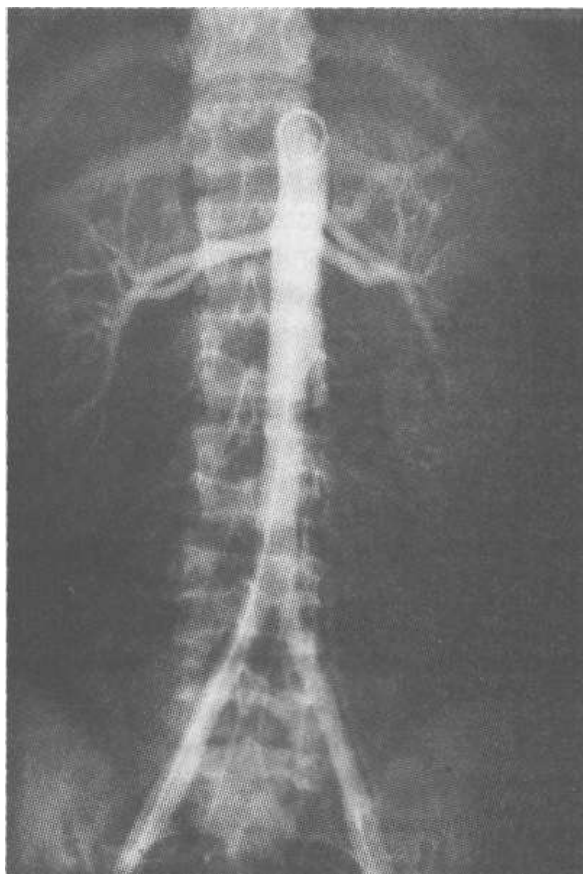
Buyrak qon-tomirlari anomaliyalari

Buyrak tug'ma qon-tomirlari o'zgarishlarini ikkita ahamiyati bor. Birinchidan, qoidaga asosan har xil buyrak (diblastik, qo'shaloq, distopiyalashgan, taqasimon buyrak, buyrak polikistozi va boshqalar) anomaliyalari kuzatiladi, ikkinchi tomondan buyrak anomaliyasi alohida nozologik shakldagi kasalliklardan bo'lishi mumkin.

Qon-tomir anomaliyalarining turli xillarining paydo bo'lishida, eng ko'p uchraydigan sabablaridan biri bu buyrakni embrional vaskulirazatsiyasini saqlanishi bo'lib hisoblanadi.

Buyrak arteriyalarining tug'ma o'zgarishlarining soni, anomaliyasi, joylashgan joyi, arterial stvollarining struktura va shakllarga bo'lish mumkin:

Tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishlarning orasida arteriya soni ko'pincha amaliyot alohida ahamiyatga ega; qo'shimcha buyrak arteriyasi asosiy arteriyaga qaraganda kichikroq bo'lib, buyrakning yuqori yoki pastki segmentiga yo'naladi. Qo'shaloq buyrak arteriyasi, buyrak qonni ikki bir xil kattalikdagi tomirdan olsa (39-rasm), ko'p arteriyalar, taqasimon buyraklar yoki har xil shakldagi buyrak distopiyalariga xosdir.



39-rasm. Qorin aortogrammasi : o'ngda – qo'shaloq arteriya bilan buyrakning qon bilan ta'minlanishi, chapda-qo'shimcha buyrakning pastki qismining arteriyasi.

40-rasm. Ekskretor urogramma. Chap tomonlama gidronefroz.

Qo'shimcha va qo'shaloq buyrak arteriyalari siydik yo'llarini kesib o'tsa, buyrakdan siydik oqib chiqishiga va gidronefrotik transformatsiyaga sabab bo'lishi mumkin (40- rasmlar). Buyrakning arteriyalari ko'p bo'lishi ehtimolligini taqasimon yoki distopiya bo'lgan buyraklarni operatsiya qilayotgan vaqtda unutish kerak emas. Ko'p arteriyalar orasida buyrak venalarining o'tishi, bu venadan qonning o'tishini buzib, buyrakdan qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Buyrak venalarining anomaliyalari

Joylashishining (distopiya) tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishiga, buyrak arteriyasini aortaning pastki qismidan chiqishiga – bel distopiyasi, umumiy yonbosh arteriyasidan chiqishiga – yonbosh distopiyasi hisoblanadi. Yonbosh arteriyasidan chiqishiga –chanoq distopiyasi deb ataladi. Arteriyalardan chiqqan tarmoqlarning shakli va tuzilishining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishiga quyidagilar kiradi: tizzasimon buyrak arteriyasi, buyrak arteriyalarning anevrizmlari (bir tomonlama va

ba'zan ikki tomonlama) odatda markaziy buyrak arteriyalari va uning tarmoqlarida ba'zida qo'shimcha arteriya tomirlarida; joylashishi buyrak arteriyasining fibromuskulyar stenoz-buyrak arteriya devori fibroz va mushak to'qimalarni oshiqcha rivojlanishi. Fibromuskulyar stenoz bir va ikki tomonlama bo'lib, arteriyaning o'rta qismida joylashgan, ba'zida qo'shimcha arteriyalarga o'tib, ko'proq ayollarda uchraydi.

Bu tug'ma buyrak arteriya tomirlarining shikastlanishi, ko'pincha buyrakdagi qon ta'minlanishining buzilishi arteriya vazorenal gipertenziyaning etiologik omiliga sabab bo'ladi. Buyrak arteriya anevrizmasining klinikasida buyraklardan qon oqishi mumkin. Buyrakning arteriya va vena tomirlari tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi o'rtasidagi joyni, tug'ma shakldagi tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lgan arteriovenoz fistulalar egallab turadi. Ularning klinikasida arteriya gipertenziyasi, buyrakdan qon oqish, yurak yetishmovchiligi, aorta qorin bo'limining ustida sistologik shovqin belgilari bo'lib ko'rinishi mumkin.

Har xil shakldagi buyrak arteriyasining tug'ma o'zgarishlar tashxisi va davosi, buyrakdagi nefrogen arteriya gipertenziyasi va vena gipertenziasiga bag'ishlangan boblarida mukammal ko'rib chiqilgan (XII va XIII boblarga qarang).

Buyrak venalarining tug'ma o'zgarishlarining kelib chiqishi pastki kovak venalarining rivojlanishi o'zgarishiga yaqindan bog'liq. Pastki kovak va uning tarmoqlari embriogenezing rivojlanishining ketma-ket murakkab bo'lib, regressiya va uchta venoz sistemani elementlarining almashinishidan iboratdir(orqa kordinal venalar, sub va suprakardinal venalar). Pastki kovak venaning renal segmentini har qanday shakllanish davrlarida buzilishi mumkin.

O'ng buyrak venasining (ko'p venalar, gonad venasini o'ng buyrak venasiga qo'shilishi) tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi kam uchraydi.

Ko'rsatilgan vena embriogenez davrida ko'rinarli darajada transformatsiyaga uchramay, juft birlamchi buyrak venalaridan shakllanib, periaortal vena va arteriya halqasining o'ng chekkasiga qo'shilib, o'zi pastki kovak venani so'ngi renal segmentiga aylanadi. Shu vaqtda bu vena halqasining chap chekkasi keyinchalik bundan so'nggi chap buyrak venasining perikaval bo'limi paydo bo'lib, quyidagi o'zgarishlarga aylanadi; uning ventral (periaortal) novdasi saqlanib, birlamchi chap buyrak venasiga qo'shiladi, dorsal novdasi (retroaortal) esa yo'qoladi. Shunday qilib, chap buyrak venasi, o'ng tomonidan embrional tuzilishi har xil bo'lishi bilan ajralib, shuning uchun uning rivojlanishi ko'pincha buzilib turadi: yo chap vena halqasining ikki uchi saqlanib (halqasimon chap buyrak venasi), yoki ventral novdasi regressiyaga uchrab, dorsali esa qolib (chap buyrak retraaortal venasi), ba'zan regressiya jarayonining buzilishi natijasida, sub va suprakardinal venoz tuzilmalarining o'ngga siljishida tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishining shunday xili kelib chiqadiki, bunda chap buyrak venasi ekstrakaval bo'lib qo'shiladi.

Buyrak venalari sonining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishiga qo'shimcha buyrak venasi va ko'p buyrak venalari kirib, chap tomonga qaraganda o'ng tomonda ko'p uchraydi (41-rasm). Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishlar shundan iboratki, hatto qo'shimcha vena va uning shikastlanishi venografiyada kurmasa ham, vena tanasidan chiqqan ko'p tarmoqlarning bittasi shikastlansa, buyrakning hamma venoz gemodinamika tuzilmasining buzilishi mumkin.

Buyrak o'smasida o'sma trombozi vena tanasidan chiqqan bitta tarmoq orqali tarqalishi mumkin, buyrak venografiyasi vaqtida buyrakdagi blastomatoz bosqichi haqida noto'g'ri tushuncha hosil qilib, bu esa xavfli asoratning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi (nefrektomiya bajarilayotgan vaqtda o'sma trombozi uzilib ketishi mumkin).

Buyrak venalarining shakli va joylashishining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi. Gonad vena chap tomondan buyrak venasiga qo'shiladi. Ungda esa pastki kovak venaga. Ammo 10% hollarda o'ng gonad vena, o'ng buyrak venalaridan bittasiga qo'shiladi. Gonad venaning tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib qo'shilishi vena buyrak-moyak refleksining paydo bo'lishiga anatomik asos bo'lishi mumkin, bu esa o'ng buyrak venasidan qon oqishining buzilishiga, *simpatik varikotselega* olib keladi (masalan, nefroptoza yoki boshqa shikastlanishlarda o'ng buyrak venasining stenozi olib keladi.)

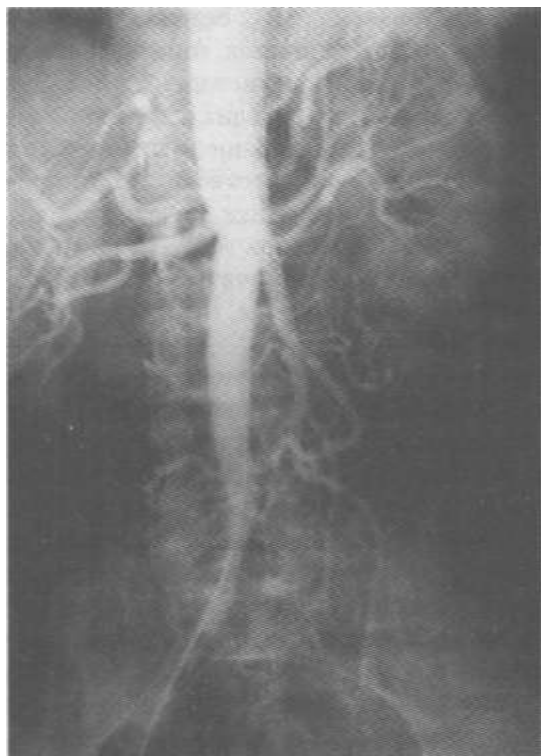
Halqasimon chap buyrak venasi. Bunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish 17% gacha boradi. Buyrak vena tarmoqlarining pastki kovak venaga qo'shilish joylari qoidaga ko'ra har xil oldingi (yuqori) novda buyrak venasining odatdagi joyida (LI –LII) qo'shiladi, orqa (pastki) qing'ir-qiyshiq pastki yo'nalish (LIII –LIV) joyida bo'ladi. Novdalarning yo'g'onligi har xil bo'lishi mumkin. Oldingisiga buyrak usti, gonad va diafragmal venalari qo'shiladi, orqadagisiga- bel venasi va yarim juft bo'lmagan venalar qo'shiladi. Orqa (retraaortal) novdasi orqali keyinchalik qonning oqishi natijasida buyrak vena gipertenziyasi paydo bo'lib, bu buyrak venasining oldingi (anteaortal) novdasida ham bosimning oshib ketishiga sabab bo'ladi. Bu klinik ko'rinishida esa urug' tizimcha venalarning kengayishi va buyrakdan qon oqishlar bo'lib ko'rinadi. Bunday buyrak venasining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishini, buyrak usti bezining o'smasini diagnostikasida hisobga olish katta ahamiyatga ega. Agar buyrak venasining faqat pastki novdasini selektiv kontrastlash bilan chegaralangan, bu vaqtda buyrak usti bezining o'smasini aniqlamay qolish mumkin.

Buyrak o'smasining retroaortal novdasining trombozi natijasida buyrak venasini (haqiqatda faqat uning yuqori novdasi) erkin deb tasavvur qilish mumkin. Bundan tashqari, buyrak operatsiyalarida pastki vena novdasining shikastlanishidan saqlash uchun buyrak venasining bunday anatomik turlari borligini hisobga olish kerak.

Chap retroaortal buyrak venasi (bitta yoki ko'p) 3% gacha uchraydi: u egri-bugri pastga tushayotgan trayektoriyada bo'lib, pastki kovak venasining odatdagidan pastrog'ida qo'shiladi. Bu turida buyrakning venasida qonning to'planishida anatomik sharoitning bo'lishi, proteinuriya yoki gematuriya klinik belgilari bo'lib ko'rinadi. Buyrak o'smasining angiografiyasida venaning qiyinchilik bilan bo'lgan katetrizatsiyasi va kontrastlanishi, o'sma borligi haqida soxta taassurot bo'lishi mumkin.

Chap subkardinal vena buyrak venasiga aylanib, yarim juft vena tizimiga yoki yonbosh venasiga ochilishi chap buyrak venasining ekstrakaval qo'shilishi sabab bo'ladi. Pastki kovak vena tanasidan chiqqan qo'shimcha tarmoq xilidagi tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi qonning oqish yo'nalishi bilan farq qiladi: chap buyrak venasining ekstrakaval qo'shilishda u pastga yo'naltirilgan (umumiy chap yonbosh venasiga), pastki kovak venasi qo'shaloq bo'lganda- yuqoriga yo'naltirilgan bo'ladi (markazlashgan).

Shunday odatdan tashqari vertikal yo'nalishda bo'lgan buyrak venalarini gorizantal bo'lib kelayotgan buyrak arteriyalari kesadi, bu esa buyrakdan chiqayotgan vena oqimining buzilishiga olib kelishi mumkun.



41-rasm. A- o'ng buyrak venogrammasi: ko'p buyrak venalari, ularning bittasiga moyak venasi qo'shilyapti:

Buyrak qon-tomir oyog'ining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishini boshqa tomirlar bilan bir-biriga bog'liq bo'lgan aortomezenterial arteriya «pinseti» va gonad arteriyalari bilan, chap buyrak novdasining bosilishini tashkil qiladi.

Faqat pastki venokavagrafiya va buyrak venografiyasi orqali buyrak venalarining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lish diagnostikasini aniqlash mumkin, lekin chap umumiy yonbosh venasini tekshirish ishlari undan avval bo'lishi kerak. Buyrak gemodinamikasining buzilgan vaqtida venalarning tug'ma kasalliklarini

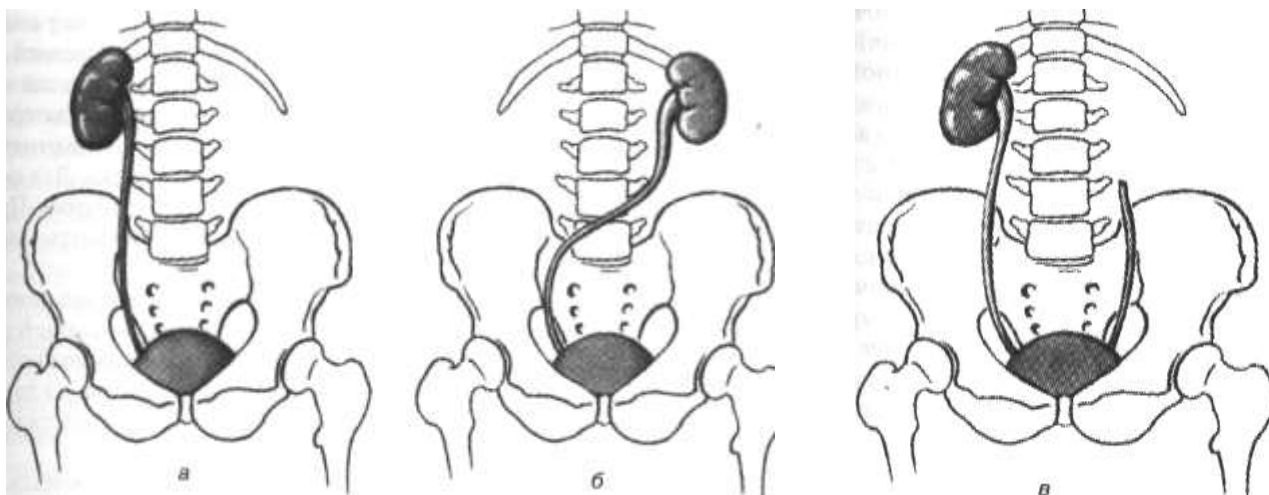
davolash zarurati tug'iladi.

BUYRAKNING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Buyrakning tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi besh guruhga bo'linadi: soni, katta-kichikligi, joylanishi, bir-biriga munosabati, tuzilishi jihatidan.

Sonining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi.

Buyrak aplaziyasi (agenezia) – volf yo'lining rivojlanishi to'xtab qolishi yoki



42- rasm. Buyrak aplaziyasi (chizma). a –chap buyrak aplaziyasi; b – o'ng byrak aplaziyasi va siydik nayi distal qismining chapda joylashuvi; v – chap buyrak aplaziyasi siydik nayi bir qimining saqlanishi bilan.

bo'lmasligi natijasida birlamchi izolateral yadrodan aplaziya paydo bo'lib, bundan esa tegishli tomonning siydik yo'llari vujudga keladi. Buyrak aplaziyasini uning

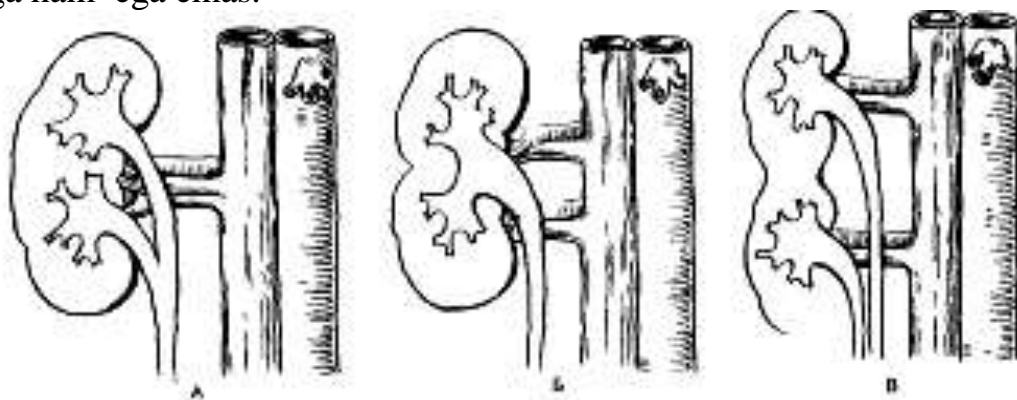
atrofiyasidan ajratish kerak, chunki bu patologik holatlarning klinik ko'rinishlari bir xil.

Buyrakning aplaziyasi uchun, tegishli tomonda qovuq uchburchagi yoki qovuqdagi siydik chiqarish teshigining birortasining bo'lmasligi patognomik bo'ladi. Xromosistoskopiya, ekskretor urografiya, pnevmoretroperitoneum, buyrakning radioizotop va ultratovush skanirovaniyasi va angiografiyasi, buyrak qon tomirlarining bo'lmasligini aniqlash yordamida buyrakning bir tomonlama aplaziya tashxis qo'yiladi. Odatda buyrakning aplaziyasida kontralateral buyrakning gipertrofiyasi kuzatiladi. Gipertrofiyaga uchragan buyrakning odatdagi ish faoliyati buzilmagan bo'lsa, buyrak yetishmovchiligi kuzatilmaydi.

Bitta buyrakni qandaydir boshqa bakteriyalar, zaharli moddalar yoki to'sadigan omillar ta'siri bo'lmaganga qadar ish faoliyati buzilmaydi. Bitta buyrakning zo'rayish belgilaridan biri ko'pincha oligoanuriya hisoblanadi.

Shunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish ehtimolligini bilib turib boshqa tomonida ish faoliyatiga ega bo'lgan buyrakning borligini oldindan tekshirmasdan, har qanday sharoitda nefrektomiya qilish mumkin emas. Ayniqsa, bitta yagona buyrakning aplaziyasida buyrak jomini va siydik yo'lini aniqlash murakkab bo'ladi. Bitta siydik yo'li qovuqning, odatdagi o'z joyida ochilib, ikkinchisi esa qovuqning ro'parasida ochiladi. Bunday hollarda, odatda joylashgan ikkita siydik yo'llarining teshigidan indigokarminning chiqishi ikkala buyrakning borligi haqida soxta tushuncha hosil qiladi.

Ikki tomonlama buyrakning aplaziyasi favqulodda kam uchraydigan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib, u hayotga to'g'ri kelmaydigan bo'lganligi uchun, klinik ahamiyatga ham ega emas.



43-rasm. Buyrakning ikkilanishi turlari: A-buyrak jomchalari ikkilanishi; B-buyrak qon tomirlari ikkilanishi; V- buyrak jomchalari va buyrak qon tomirlari ikkilanishi (to'liq ikkilanish)

44-rasm. Ekskretor urogramma: o'ng buyrak ikkilanishi.

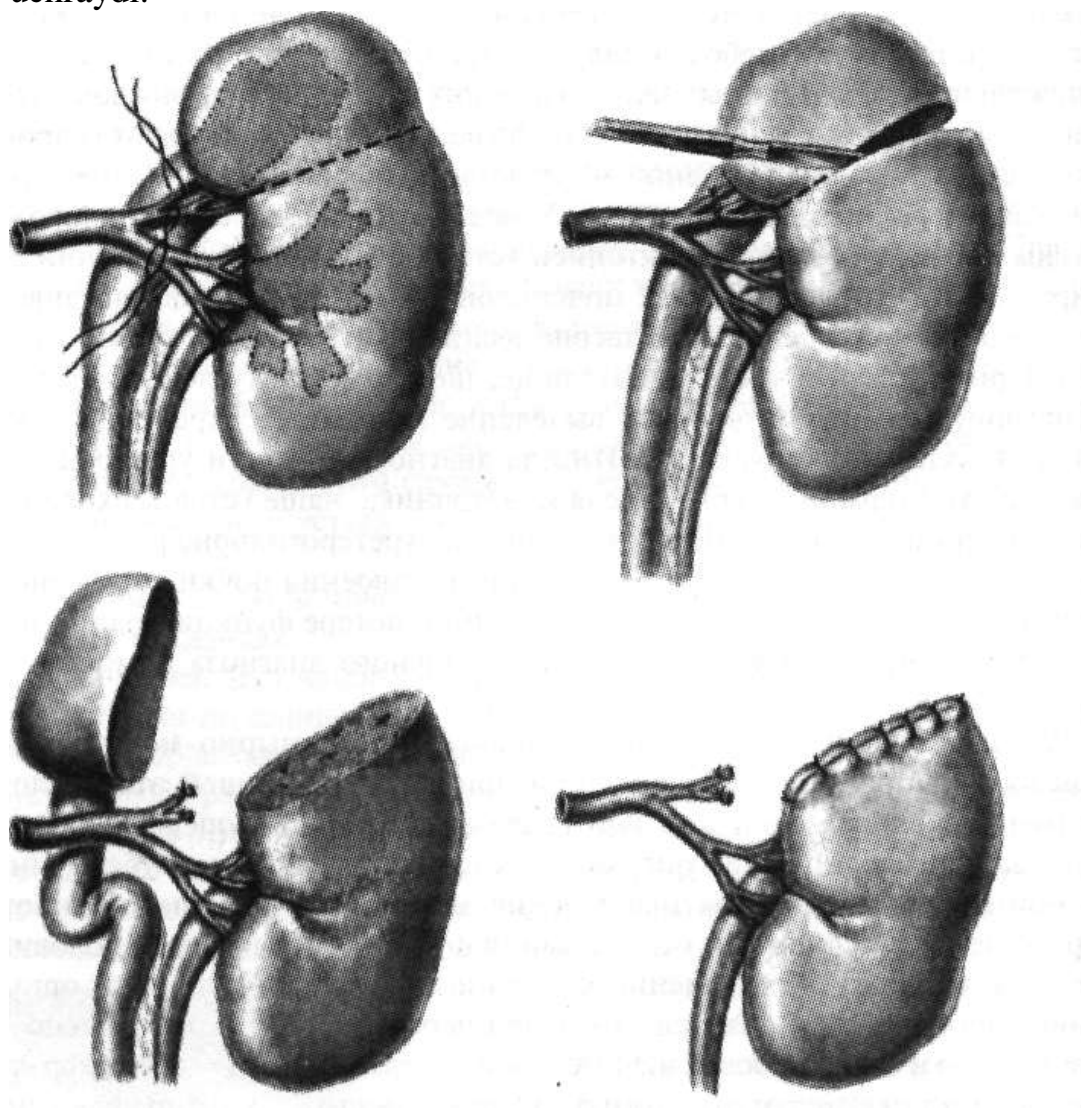


Buyrakning ikkita bo'lishi – bu a'zoning ko'p uchraydigan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishidir. Odatdagiga qaraganda ikkita buyrak uzunroq bo'lib, ko'pincha embrional bo'lakchalari aniqroq bo'ladi. Yuqori va pastki buyrak orasida ariqcha bo'ladi, lekin u har xil darajada ko'rinishi mumkin. Qo'shaloq bo'lgan buyrakning yuqori qismi hamma vaqt pastiga qaraganda ancha

kichikroq bo'ladi. Qo'shaloq buyrak ikkita buyrak arteriyalari orqali qon bilan ta'minlanadi. Buyrakning har bo'lagini limfa aylanishi alohida – alohida bo'ladi. Buyrak to'la qo'shaloq bo'lganda, buyrakning har bir qismida alohida buyrak jomi, kosachasi bo'lib pastki qismida odatdagidek rivojlangan, yuqori qismi esa rivojlanmagan bo'ladi. Har bir buyrak jomidan bittadan siydik yo'li chiqadi (43-rasm).

Shunday qilib, to'la qo'shaloq bo'lgan buyrakning har bir qismi mustaqil a'zo bo'lib (anatomik va fiziologik tuzilishlarda), ko'pincha alohida yuqori qismi kasallikka duch keladi. Buyrakning tomirlari va parenximasi ikkita bo'lib, buyrak jomi ikkita bo'lmasa, *buyrakning to'liqsiz ikkita bo'lishi* deb aytiladi.

Sistoskopiya, buyrakning ekskretor urografiyasiga va skanerlashga asoslanib ikkita buyrakning tashxisi qo'yiladi. Bu tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishning klinik ko'rinishlari qo'shilgan patologik jarayonlarga bog'liq buyrakning bir qismida ko'pincha gidronefroz, piyelonefrit, siydik tosh va sil kasalliklari uchraydi.



45-rasm. Qo'shaloq buyrak. Geminefrouretrektomiya bosqichlari (chizma)

Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish davolashni talab qilmaydi. Qo'shaloq buyrakning yarim tomoni kasallanganda patologik joyni olib tashlash uchun ko'rsatma bo'lsa, geminefrektomiya qilish mumkin, qo'shaloq buyrakning ikkala qismi ham zararlansa, nefrektomiya qilinadi.

Qo'shimcha uchinchi buyrak – juda kam uchraydigan anomaliyadir. Qo'shimcha buyrakning qon aylanishi va siydik yo'li alohida bo'ladi. Bu buyrak odatdagi buyrakdan pastroqda, pastki bel umurtqasi oldida, yonbosh sohasida, ba'zi hollarda chanoqda bo'ladi. Shakli o'zgaruvchan bo'lib, ko'pincha kichikroq bo'ladi. Ba'zi vaqtlarda qo'shimchabuyrakning siydik yo'li teshigini ektopiyasi kuzatilishi mumkin. Tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishning tashxisi ekskretor urografiya, buyrak skanirovaniyasi va buyrak arteriografiyasi (aortografiya) ma'lumotlariga asoslanib qo'yiladi. Operatsiya yo'li bilan davolash – nefrektomiyaga-gidronefroz, litiaz, piyelonefrit, o'sma ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

MIQDORINING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Buyrak miqdorining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishiga, uning miqdorining kichik bo'lishi- *giporlaziya* kiradi. Buyrak gipoplaziyasida uning gistologik tuzilishi odatdagiday bo'lib bunda buyrakning ish faoliyati buzilmaydi. Ko'pincha gipoplaziya bir tomonlama bo'lib, ba'zan har tomonlamasi ham uchrashi mumkin.

Gipoplaziya tashxisi buyrakning ekskretor urografiyasi, radioizotop va ultratovush skanirovaniyasining axbrotlariga asoslangan holda qo'yiladi. Rentgenogrammalarda buyrak kichik bo'lib ko'rinadi. Buyrak jomi kichikroq, uchburchak yoki ampula shaklida bo'lib, buyrak jomidan kichkina kosachalar tarqaladi (46-rasm).

46-rasm. Ekskretor urogramma. O'ng buyrakning gipoplaziyasi.



Buyrak arteriografiyasi gipoplaziyani patologik jarayon tufayli kichkina (nefroskleroz) bo'lgan buyrakdan tashxisini aniqlashga va taqqoslashga imkon beradi: gipoplaziyasida buyrak oyog'idagi tomirlar kolibri, buyrak ichidagi tomirlarga o'xshab bir xil kichkina bo'ladi, ikkilamchi bo'lgan atrofiyada, buyrak oyog'idagi tomirlar kolibri odatdagiday bo'lib, buyrak ichidagi, asosan po'stlog'idagi tomirlarning kolibri juda ham kichkina bo'lib, ular buyrakda noto'g'ri tarqalib, ularning soni ancha kamaygan bo'ladi.

Bir tomonlama buyrak gipoplaziyasida faqat piyelonefritning og'ir asoratida yoki arterial gipertenziyasida davolash zarurati bo'ladi. Ikkinchi buyrakning ish faoliyati saqlangan bo'lsa, bunday hollarda nefrektomiya qilinadi.

JOYLANISHINING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Buyrakning joylanishini tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi (distopiya), birlamchi buyrakning chanoqdan bel sohasiga odatdagi siljishi buzilganda paydo bo'ladi. Buyrakning distopiyasi bir yoki ikki tomonlama bo'ladi.

Buyrakning joylanishiga qarab ko'krakli, yonbosh, bel, chanoq va bir-biri bilan kesilgan distopiya xillari bo'ladi. Distopiya bo'lgan buyrak qancha past bo'lsa, buyrakning rotatsiyasi shuncha ko'p buzilgan bo'ladi.

Buyrakning ko'krak distopiyasi juda ham kam uchraydi, tasodifan topilib, odatda ko'krak qafasini rentgenoskopiya, flyurografiya qilganda to'satdan ko'krak qafasi diafragma ustida ekanligi aniqlanadi.

Ko'pincha o'pka o'smasi yoki kistasi deb tashxis qo'yib, operatsiya ham qilishadi. Lekin ekskretor urografiya va buyrakning skanirovaniyasi yordamida to'g'ri tashxis qo'yish mumkin. Ba'zida bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi diafragmaning relaksatsiyasi bilan birga uchraydi.

Buyrakning ko'krak distopiyasida siydik yo'li odatdagiga qaraganda uzunroq, buyrak tomirlarining yuqoridan chiqishi aniqlanadi.

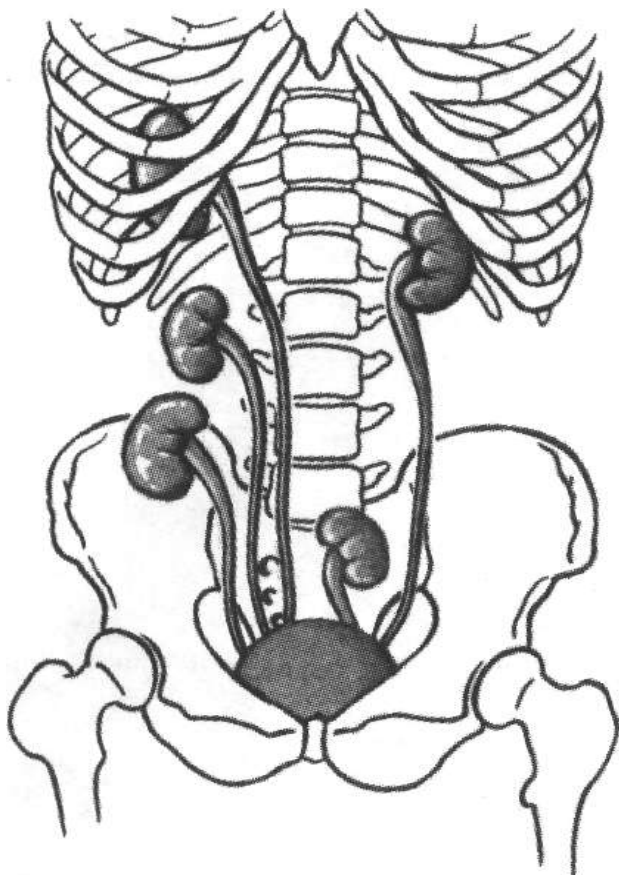
47 – rasm. Buyrak distopiyasi turlari.

Yonbosh distopiyasi ko'proq uchraydigan anomaliyalardan bo'lib, buyrak yonbosh chuqurchasida joylashadi (47-rasm). Buyrak arteriyalari odatda ko'p bo'lib, umumiy yonbosh arteriyasidan chiqadi.

Yonbosh distopiyasining ko'pincha belgilaridan biri qorindagi og'riq bo'lib, distopiya bo'lgan buyrak qo'shni a'zolarni, nerv tugunlarining bosishi natijasida va urokinamikaning buzilishi tufayli kelib chiqadi. Ayollarda bu og'riqlar hayz ko'rish davrlariga to'g'ri keladi. Me'da-ichak yo'llari ish faoliyatining buzilishiga bog'liq bo'lgan og'riqlar, faqat buyrak atrofida ichaklarni bosilishidagina bo'lmay, bu reflektor xususiyatiga ega bo'lib, ko'ngil aynish, qusish, gastralgiya va aerokoliyalardan iborat. Odatda bu gidronefroz yallig'lanish kasalliklarida yoki distopiya bo'lgan buyrakning toshlarida uchraydi.

48 – rasm. Qorin aortogrammasi. O'ng buyrak tos distopiyasi.

Yonbosh distopiyasida buyrak qorinda xuddi o'smaga o'xshab paypaslanganligi sababli, ko'pincha uni kista yoki tuxumdon yoki boshqa a'zoning o'smasi deb



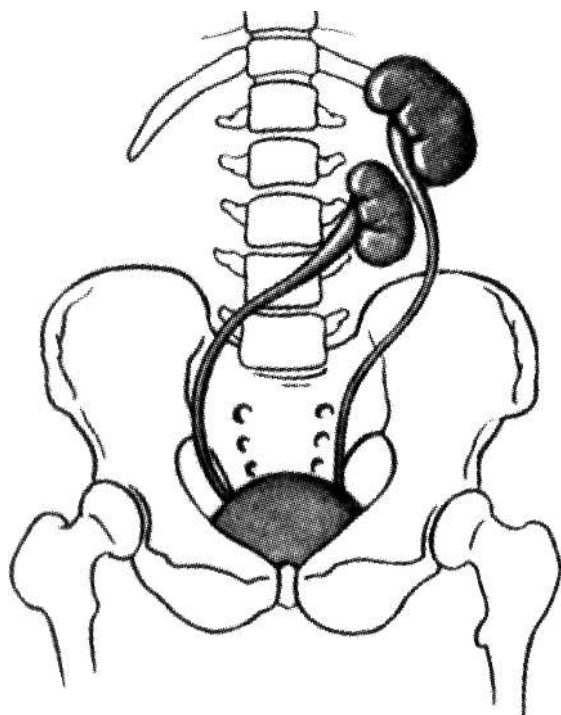
bilish mumkin. Yonbosh sohasida distopiya bo'lgan buyrakning (hatto yagona buyrakni) o'sma deb, bilmasdan olib tashlagan hodisalar ham ma'lum.

Bel distopiyasida buyrak bel sohasining pastki qismida joylashadi. Distopiya bo'lgan buyrakning arteriyasi aortaning pastki qismi II-III bel umurtqasining chegarasidan boshlanib, buyrak jomi oldinga qarab turadi. (48-rasm).

Buyrakning bel distopiyasi ba'zida og'riqlar bilan o'zining borligini sezdirib, qovurg'a osti sohasida paypaslanib, uni buyrak o'smasi yoki nefroptoz deb o'ylash mumkin. Chanoq distopiyasi kam uchraydi, chanoq chuqur joylashgan bo'ladi. Erkaklarda buyrak to'g'ri ichak bilan qovuq orasida, ayollarda esa bachadon va to'g'ri ichak o'rtasida joylashadi.

Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishning klinik belgilari atrofdagi a'zolarining siljishiga bog'liq bo'lib, ularning ish faoliyatlari buzilishi natijasida kelib chiqadi. Bimanual paypaslash erkaklarda turgan to'g'ri ichak, ayollarda esa qinning orqa gumbazi orqali oz harakatli qattiq konsistensiyali tanani aniqlashga imkon beradi.

Bir-biri bilan kesishgan buyrak distopiyasi juda kam uchraydigan anomaliyalardan bo'lib hisoblanadi. U bitta buyrakni o'rta chiziqqa siljitadi, buning natijasida ikkala buyrak bir tomonda joylashgan bo'ladi. Bir-biriga kesishgan distopiyada ko'pincha ikkala buyrak qo'shilgan bo'ladi. Buyrak distopiyasining tashxisida asosiy usullardan ekskretor urografiya, radioizotop skanirovaniya yoki ssintigrafiya bo'lib hisoblanadi. Buyrak distopiyasida ajratish tashxisini nefroptoz va qorin bo'shlig'ining o'smasi bilan bajariladi. Buyrak angiografiyasini ajratish tashxisida asosiy ahamiyatga ega. Tekshirish yotgan va turgan holatlarda o'tkaziladi.



49-rasm. Buyrakning bir-biri bilan kesishgan distopiyasi.

Buyrak distopiyasining nefroptozdan farqi, buyrak tomirlari kalta, odatdagiga qaraganda pastroqdan chiqib, buyrakning harakati bo'lmaydi. Distopiya bo'lgan buyrakni faqat patologik zo'rayishlar mavjudligida (piyelonefrit, kalkulyoz, gidronefroz, o'sma) operatsiya qilinadi. Buyrak distopiyasida patologik harakatchanlik kuzatilmasa nefropeksiya qilinmaydi.

BIR-BIRIGA BO'LGAN MUNOSABATNING (BITISHINI) TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

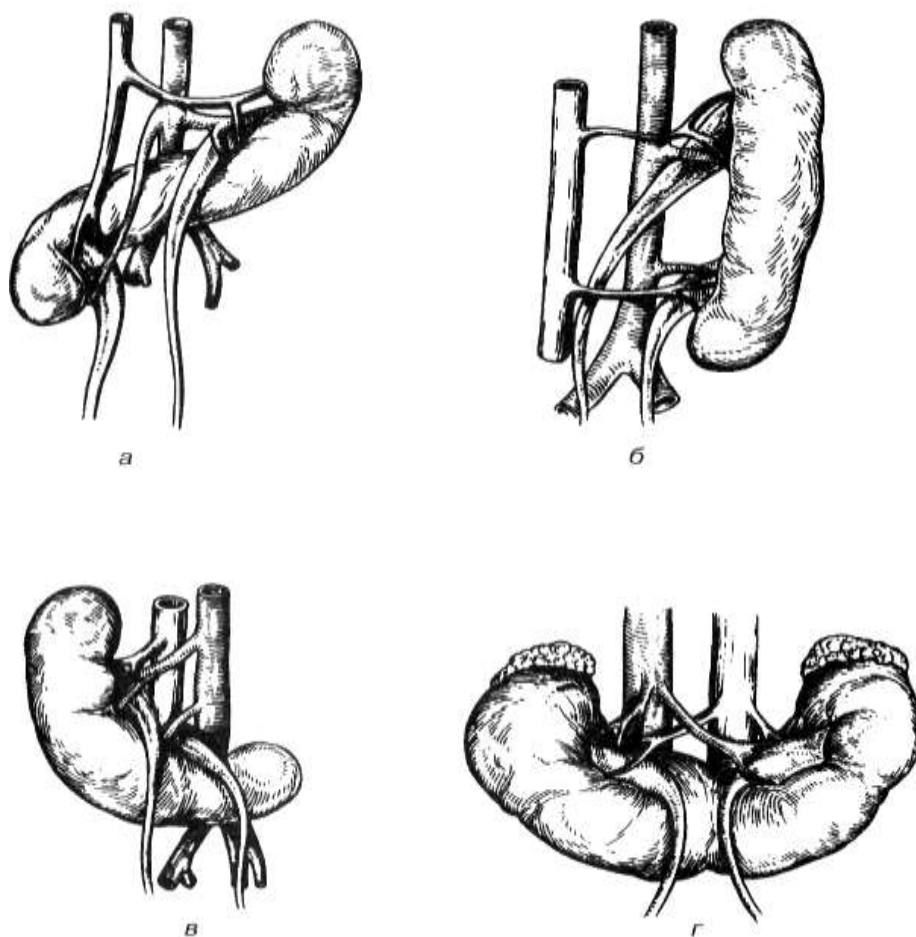
Ikki buyrakning bir-biri bilan munosabatining (bitishini) tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi deb aytiladi. Agar buyraklarning bitishi ularning medial yuzasida bo'lsa, bunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishini *galeto-shaklli buyrak* deyiladi.

Bir buyrakning yuqori qutbi bilan boshqa buyrakning pastki qutbi qo'shilsa, unda *S-shaklli yoki L-shaklli buyrak* deb ataladi (50-rasm).

Birinchi shaklida bitta buyrakning buyrak jomi-siydik yo'li segmenti medialga, boshqa tomoni esa lateralga qayrilgan; ikkinchi shaklida esa buyrakning uzun o'qlari bir-biriga perpendikulyar bo'ladi. Agar buyraklarning bir xil qutblari qo'shilsa (90% hollarda pastki) tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi *taqasimon buyrak* deb ataladi.

Ko'pincha tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lgan shu guruhdagi taqasimon buyrakning qiziqarli tomoni bor. Ko'pincha bu erkaklarda uchrab, taqasimon buyraklari bor kishilarning yarmisida boshqa a'zolar tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'ladi.

Taqasimon buyraklarning harakati, odatdagi buyrakka qaraganda ozroq bo'lib, mahkam turishi uning ko'p tomirlarining bog'lanishi va a'zoning o'ziga xos shaklli bo'lishiga bog'liq. Buyrakning ikkala yarim bo'g'imlarini qo'shadigan bo'yni, odatda katta tomirlarni (aorta, pastki kovak vena, umumiy yonbosh tomirlari) va quyosh tugunining oldida joylashib, uni umurtqa pog'onasiga bosib turadi.



50-rasm. Buyraklar bir-biriga bo'lgan munosabatning anomaliyasi
S- shaklli (A) va L-shaklli (B), V- shaklli (v) ,taqasimon buyraklar(g).

Lekin bo'ynining retroaortal holati ham bo'lishi mumkin. Taqasimon buyrak o'zi hech qanday shikoyatni keltirib chiqarmaydi. Kishi bunday o'zgarishlarning borligini bilmasligi ham mumkin. Taqasimon buyrakning asosiy belgilaridan qorinni paypaslaganda kam harakatlanuvchi narsani umurtqa poganasining ikki tomonida

bo'lishi, ba'zida qo'shni a'zolarning bosilishi sababli yengil og'riqlarning sezilishi mumkin. Taqasimon buyrakning bo'yni bilan pastki kovak venaning bosilishi tananing pastki yarmida vena gipertenziyasini, oyoqlarda shishlarni, hattoki astsitning bo'lishiga olib keladi. Ba'zida oyoqlarning uvishib qolishi seziladi.

Taqasimon buyrakning har qanday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi, gidronefroz, o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish kasalliklarining va ko'p hollarda tosh paydo bo'lishiga qulay sharoit yaratib va nefrogen arterial gipertenziyaning sababi bo'lishi mumkin. Odatdagi buyrakning joylashishiga qaraganda taqasimon buyrakni kam harakatchanligi va o'ziga xos o'rinda turishi, uning ko'p darajada shikastlanishga muhtalok qilish mumkin. Buyrakning bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi tashxisida rentgenologik va radioizotop tekshirish usullari katta rol o'ynaydi. Angioarxitektonikani o'rganish uchun buyrak arteriografiyasi qo'llaniladi. Shiddatli va kuchli og'riqlarning bo'lishi operatsiya bilan davolash uchun asos bo'ladi. Bunda buyrak bo'yni kesilib ajratiladi (istmotomiya). Lekin operativ yo'l bilan davolash, ko'pincha taqasimon buyrakda faqat qandaydir patologik o'zgarishlar rivojlanganida qo'llaniladi. Operatsiya qilayotgan vaqtda shuni esda tutish kerakki, buyrak jomi oldingi tomonida bo'lib, aorta va yonbosh arteriyalardan kelayotgan tomirlar juda tartibsiz joylashgan bo'ladi.

Agar taqasimon buyrakning bir tomoni chuqur zararlangan bo'lsa, buyrak bo'ynini kesib ajratgandan so'ng olib tashlanadi.

BUYRAK TUZILISHINING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Buyrakning displaziyasi – hajmi tug'ma kichik bo'lib, parenximasida noto'g'ri rivojlangan va ish faoliyati pasaygan bo'ladi. Buyrakning ikki xil shakldagi displaziyasi mavjud: rudimentar va pakana buyrak.

Rudimentar buyrak shunday a'zoki, embronal davrning boshlanishida rivojlanishi to'xtab qolgan bo'lib, buyrakning o'rnida uncha katta bo'lmagan 1-3 sm yoki undan ham kichkina massa topilib, uni gistologik tekshirganda ko'ptokchalar, naychalar va silliq mushak tolalarining qoldiqlari aniqlanadi.

Pakana buyrak faqat ancha kichkina (2-5 sm gacha) bo'lib, parenximasida ko'ptokchalar miqdori juda ozayib, interstitsial fibroz to'qimasi oshiqcha rivojlangan. Buyrak tomirlari ham ancha ingichkalashgan ba'zida esa siydik yo'li obliteratsiyaga uchragan. Bunday shaklli buyrak tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib, ko'pincha nefrogen arterial gipertoniya olib keladi.

Buyrak multikistozi – juda ham kam uchraydigan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishidir. Bu ko'pincha bir tomonlama bo'lib, buyrak to'qimalarining hamma o'rnini kistalar egallaydi, siydik yo'li va buyrak jomi atrofining obliteratsiyasi yoki uning distal qismi yo'q bo'ladi. Tashxisi juda murakkab. Multikistozning asosiy tekshirish usuli aortografiya bo'lib zararlangan tomonda buyrakning angiogramma va nefrogrammalarida hech narsa ko'rinmaydi. Buyrakning bilateral multikistozi hayot uchun to'g'ri kelmaydi.

BUYRAK POLIKISTOZI.

Buyrak polikistozi – tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishning eng og'ir shakli bo'ladi. Ularning parenximasidagi o'rnini har xil kattalikdagi ko'p kistalar egallagan. Buyrakning ko'rinishi bir bosh uzumga o'xshaydi. Buyrak polikistozining asosida,

sekretor va ekskretor nefronlar segmentining ona qornida rivojlanish bosqichida o'z vaqtida noto'g'ri va egri-bugri naychalarining qo'shilganligi sababli bo'ladi. Buning natijasida nefronning proksimal bo'limidan birlamchi siydikning oqishi buzilib, bir tomoni berk bo'lgan naychalar kengayib, ularda kistalar paydo bo'ladi. Polikistozda oraliq to'qimalar surunkali yallig'lanishlarning zo'rayishi natijasida naychalarning bosilishiga olib kelib, yana ham nefronlardan siydikning oqishini qiyinlashtirib, kistalarning kattalashishiga imkon beradi. Yosh bolalarda nefronlarning displaziyasi sababli polikistoz bosqichi og'ir bo'lib, buning natijasida 70% ga yaqin tug'ilgan bolalar hayotining birinchi kunlaridayoq vafot etadi. Agar bolaning tug'ilishida zararlangan nefronlarning miqdori oz bo'lsa, buyrak yetishmovchiligining alomatlari, buyrak polikistozining ikkilamchi kasalliklari, ko'pincha surunkali piyelonefrit belgilari paydo bo'lganda bilinadi. Buyrak polikistozida ayollarda ko'proq kuzatiladi. Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish, ko'pincha jigar polikistozida, oshqozon osti bezi, qora taloq, o'pka, tuxumdonlar polikistozida hamda miya arteriyalarining anevrizmlari bilan birga uchraydi.

Buyrak polikistozida buyrak yetishmovchiligi sababli bel sohasida simillagan og'riq, chanqoqlik va poliuriya, tez charchashlik, yurak tomirlarining o'zgarishiga bog'liq bo'lgan arteriya bosimining ko'tarilishi, gematuriyalar asosiy belgi bo'lib hisoblanadi. Piyelonefritning rivojlanishida piuriya paydo bo'ladi.

Buyrak polikistozida uch klinik bosqichdan iborat:

1-baravarlashtirilgan bel sohasida simillangan og'riqlar, umumiy behollik va buyrakning ish faoliyatining biroz buzilishi;

2-baravarlashtirilgan xususiyatining pasayishi, buning uchun buyrak sohasidagi og'riqlar, buyrak yetishmovchiligiga bog'liq bo'lgan og'iz bo'shlig'ining ko'rinishi, chanqoqlik, behollik, ko'ngil aynishi va arteriya bosimining ko'tarilishi;

3-baravarlashtirish xususiyatining buzilishiga, doimo ko'ngil aynishi, vaqti-vaqti bilan qusish, umumiy behollik, bosh aylanish va chanqoqliklar xosdir. Buyrakning ish faoliyati juda pasayib, uning filtratsion va konsentratsion qobiliyati buzilib, qonning sariq zardobida mochevina va kreatininlarning miqdori ancha ko'payadi.

51-rasm. Buyrak polikistozining urogrammasi.

Paypaslash buyrak polikistozida muhim diagnostik usullardan bo'lib hisoblanadi. Bunda buyraklarni paypaslash, uning yuzasida qanday o'zgarishlar borligini aniqlash zarur. Polikistozda ikkala buyrak ham ancha kattalashib, qattiq, g'adir-budir va ba'zi paytlarda ularning yuzasida alohida kistalar paypaslanadi. Polikistoz bo'lgan buyraklar shunday kattalashib ketadiki, ular oldingi qorin devoridan bo'rtib chiqadilar. Bularning hammasi kasallikka to'g'ri tashxis qo'yishda shubha qoldirmaydi. Siydikni tekshirganda gipoizostenuriya, piuriya va gematuriyalar borligi aniqlanadi. Qonning tahlili anemiyani,



mochevinani va kreatinning ko'tarilganini bildiradi. Buyrakning polikistoz tashxisida rentgenologik va ultratovushlar muhim ahamiyatga ega. Ekskretor urogmmalarda buyrak kattalashib, buyrak jomi va kosachalari cho'zilgan bo'ladi. Kistalar bilan bosilishi natijasida ular shoxlanib, dumaloq va o'roqsimon bo'lib, buyrak jomi-siydik yo'li segmenti, siydik yo'lining yuqori qismi bilan birga medial tomonga surilgan bo'lib, buyrak jomi buyrak ichida bo'ladi. (50-rasm).

Polikistoz bo'lgan buyraklarning angiogrammalarida tomirsiz joylari bo'lib, markaziy va mayda arteriyalar ingichka va cho'zilgan bo'ladi.

Farqlovchi tashxis buyrakning o'smasi bilan qilinishi kerak. Kasallik buyrakning ikkala tomonida bo'lishi, buyrak polikistozini muhim farqlovchi tashxis belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi. Buyrak angiogrammasi to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradi. Buyrak polikistoz bo'lgan bemorlarni konservativ usul bilan davolashdan asosiy maqsad, siydik yo'llaridagi yallig'lanishni yo'qotish hamda buyrak yetishmovchiligi, anemiya va arteriya gipertenziyalari bilan kurashishdan iborat.

Buyrak sohasida tez-tez yoki doimo og'riqlarni hamda buyrak darvozasi oldida katta kistaning bo'lishi, total gematuriyani qaytalanib turishi, kistaning yiringlanishi, arterial gipertenziya, buyrak yetishmovchiligining zo'rayishlari bo'lsa, buyrakni ochib hamma kistalarni punksiya bilan bo'shatib, polikistoz buyrakdagi bosimni ozaytiradigan operatsiya qilinadi. Bu operatsiya «*ignipunktura*» deyilib, ba'zida uni buyrakning omentorevaskulyarizatsiyasi bilan birga qilinadi (buyrakning oyog'ini chavri yog'i bilan o'rash).

Buyrak yetishmovchiligi doimo ko'paya borsa, natijasi qoniqarsiz bo'ladi. Bunday hollarda gemodializning zaruriati va keyinchalik buyrak transplantatsiyasini qo'llash ehtimoli bo'lib qoladi.

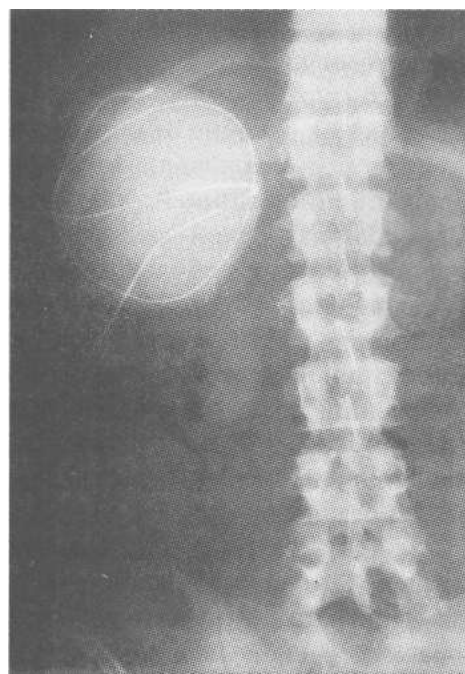
BUYRAK SOLITAR KISTASI

Buyrakning oddiy (solitar) kistasi bitta bo'lib, yumaloq yoki tuxumsimon shaklda bo'ladi. Ko'pincha solitar kista buyrakning ustki yuzasida bo'ladi, lekin u buyrakning har xil joylarida ham uchrashi mumkin.

52-rasm. Kistogramma. Buyrakning solitar kistasi.

Kasallik tug'ma yoki yashash davri paydo bo'lishi mumkin. Birinchisida kista put naychalarida rivojlanib, siydik yo'llari bilan aloqasi buzilgan bo'ladi. Yashash davrida paydo bo'lgan buyrakning solitar kistasi-piyelonefrit, siydik-tosh kasalligi, sil, o'sma yoki buyrakning infarktida retentsion zo'rayishlar natijasida paydo bo'ladi. Ikkala holatalarda ham buyrakning solitar kistasining patogenezi ikkita asosiy vaqtni o'z ichiga oladi: naychalar okklyuziyasini tug'ma va yashash davrida paydo bo'lgan va keyinchalik buyrakning retentsion va to'qimalar ishemiyasining zo'rayishlarini.

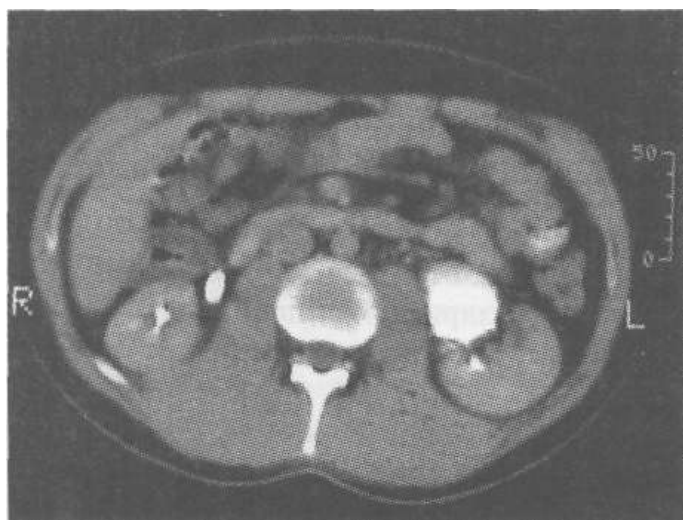
Kistaning kattalashishi buyrak parenximasini asta-sekin atrofiyalab, buyrakning gemodinamikasini



buzadi, bu esa o'z yo'lida arteriya gipertenziyasiga sabab bo'lishi mumkin. Ko'pincha buyrakning solitar kistasining klinik belgilaridan, bel sohaida buyrakning simillagan og'rig'i, paypaslanayotgan buyrak, piuriya va kam hollarda total gematuriyalar bo'lib hisoblanadi. Solitar kistaning tashxisi rentgenologik tekshirishlar ekskretor urografiya, teri orqali qilingan kistografiya (52-rasm), buyrak arteriografiyasi va buyrak radioizotop va ultratovush skanirovaniyalarining natijalariga asoslanadi.

Ekskretor urografiya va retrograd piyelografiyalarda kista va buyrak o'smasi bir-biriga o'xshash ko'rinishda bo'lganligi sababli farqlovchi tashxisni buyrakning o'smasi bilan o'tkazish kerak. Farqlovchi tashxisda nefrotomogramma, buyrak angiografiyasi, kistografiyalarining natijalari katta ahamiyatga ega (XI-bobga qarang). Kistografiyani teri orqali punksiya qilib va rentgenokonstrast modda yuborib qilinadi. U kistaning kattaligini, uning buyrakka bo'lgan munosabatini hamda uning ichida turgan o'smaning bor yoki yo'qligini aniqlashga imkon beradi.

Arteriogrammalarda solitar kista o'ziga xos shaklga ega bo'lib, yumaloq, tomirsiz yerlari aniq ko'rinadi. Kistaning skannogrammalarida (stsintigrammalar) zararlangan buyrakda izotopning yig'ilishida ko'lanka va shakli o'smaga qaraganda



farqi shundan iboratki, unda o'zgarishlar bo'lmaydi. Faqat katta solitar kistada, uning o'rnida defekt tasviri to'g'ri demarkatsion liniyasi bilan aniqlanadi. Ultratovush skanirovaniyasida buyrak to'qimasida bo'lgan defekt joyda bir xil suyuq muhit borligini aniqlaydi.

53-rasm. Komp'yuter tomogrammasi.(chap buyrak solitar kistasi)

Katta bo'lmagan kistalarni punksiya qilib, uning bo'shlig'iga skleroz qiladigan moddalar yuboriladi. Buyrak va qo'shni a'zolari bosib, buyrak ish faoliyatlarini susaytirgan katta kistalar bo'lsa, bu operatsiya qilishga ko'rsatma bo'lib, kista yorilib, devorlari taranglashib, bo'shlig'i buyrak yonidagi yog' kletchatkasi bilan to'ldiriladi. Ba'zi hollarda buyrakning rezektsiyasi bajariladi. Ba'zida bitta buyrakda bir necha oddiy kistalar-buyrakning multilokulyar kistalari topiladi.

Buyrakning dermoid kistasi – juda kam uchraydigan anomliyadir. Dermoid kistalarda yog', soch tolalari, ba'zida tishlar ham bo'lishi mumkin. Dermoid kistaning tashxisi juda qiyin. Umumiy urografiya tishlar va suyaklar ko'rinishi mumkin, ekskretor urografiya esa kosacha-buyrak jomini aniqlashga imkon beradi. Odatda dermoid kistani buyrakning o'sma yoki kistasini operatsiya qilayotgan vaqtida aniqlanadi. Yetarli darajada buyrak parenximasining ish faoliyati bo'lsa, davosi faqat kesib olib tashlanish bilan kifoyalanadi.

Kovaksimon buyrak - piramidalarida ko'p mayda kistalarning borligi bilan xarakterlanadi. Kasallikning asosiy belgilaridan: gematuriya, bel sohasida og'riq va

piuriya bo'ladi. Tashxis rentgenologik tekshirishlarning ma'lumotlariga asoslangan bo'ladi. Umumiy rentgenogrammalarda buyrakning medulyar moddasining proeksiyasida mayda petrifikatlar ko'lankasi aniqlanadi.

Ekskretor urogrammalarda miya moddasining tirsaklar sohasida mayda bir guruh bo'shliqlar ko'rinib, uning tasviri xuddi yuvg'ichning teshiklariga o'xshaydi. Kovaksimom buyragi bor bemorlarining kasalligi og'irlashmasa, davolashning zarurati bo'lmaydi. Total gematuriya bo'lsa, gemostatik choralar ko'riladi, agar piyelonefrit qo'shilsa, antibakterial terapiya o'tkaziladi. Agar oqayotgan qon yoki o'tkir yiringli piyelonefritning rivojlanishida konservativ davolash usuli natija bermasa, nefrektomiya qilishga ko'rsatma bo'ladi.

Megakalioz (polimegakaliks) medulyar displaziyaning natijasi bo'lib, uni buyrak ichi gidronefrozi yoki tuberkulyoz deb noto'g'ri fikrlab operatsiya qiladilar. Metakaliozda buyrak ish faoliyati buzilmay, gidronefroзда esa ko'pincha pasaygan bo'ladi. Megakaliozda miya qatlami o'zgarmagan bo'lib, medullyari esa yupqalashgan bo'ladi.

Ekskretor urografiyaga asoslanib, megakalioz tashxisi qo'yiladi. Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish maxsus davolashni talab qilmay, faqat megakalioz qandaydir kasallikka uchragan vaqtdagina davolash zarur bo'ladi.

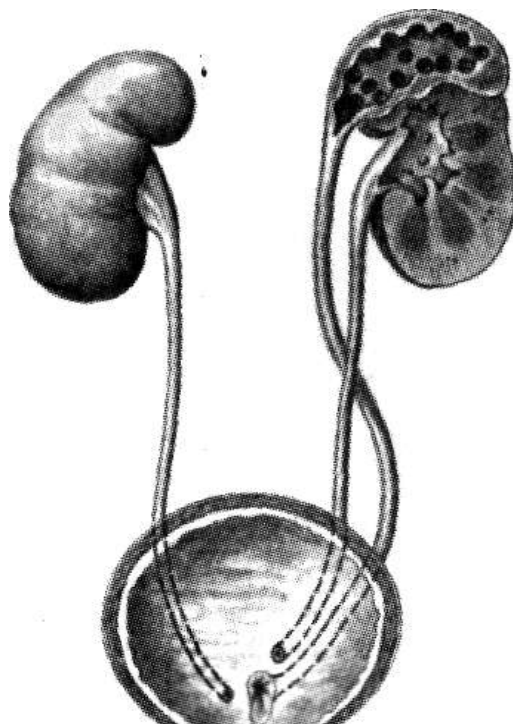
BUYRAK JOMI VA SIYDIK YO'LLARINING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Buyraklar sonining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi

Buyrak jomi va siydik yo'llarining aplaziyasi buyrak aplaziyasining asosiy elementlaridan bo'lib hisoblanadi. Bunday hollarda sistoskopiya vaqtida siydik qovuq uchburchagining yo'qligi yoki uning yarmini gipoplaziyasini ko'rish mumkin. Juda kam hollarda siydik yo'lining bir tomoni berk bo'lib katta kistaning paydo bo'lishiga sabab bo'lib, u qorin bo'shlig'ida o'sma borligiga shubha tug'diradi.

54-rasm. Jomcha va siydik nayi ikkilanishi (chizma)

Buyrak jomi siydik yo'llarining anomaliyalari eng ko'p bo'lib, ba'zida qo'shaloq buyrak bilan birga uchraydi. U ikkita siydik yo'li nefrogen blastema novdalaridan, bir vaqtda ikkita siydik yo'lining o'sishi yoki yagona siydik yo'li novdasining bo'linishi tufayli paydo bo'ladi. Buning natijasida qo'shaloq buyrakning siydik yo'llarining ikkala teshigi qovuqda ochilib, ya'ni siydik yo'li to'la ikkita (ureter duplex) yoki siydik yo'li bo'linib (ureter fisis), chanoq bo'limida tanasi qo'shilib, qovuqda bitta teshik bilan ochiladi, ularning yuqori qismi ikkiga bo'linib, ikkita buyrak jomi bilan qo'shiladi (54-rasm). Siydik yo'li teshigining ektopiyasi bo'lmagan hollarda, qo'shaloq siydik yo'llari buyrak jomidan chiqib, to'g'ri qovuqqa qarab

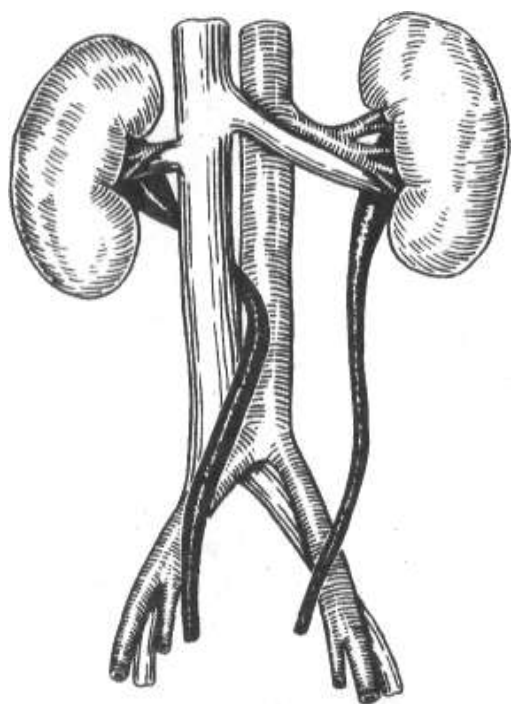


yo'naladi. Lekin *Veygert-Meyer* qonuniga asosan siydik yo'llari qovuqqa yetmasdan bir-biri bilan kesishadi. Shu sababli siydik yo'llarining teshigi qovuqda, yuqori buyrak jomidan kelayotgani, siydik yo'li teshigining pastida, pastki buyrak jomidan kelayotgani esa uning yuqorisida joylashgan bo'ladi. Tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishning tashxisini ekskretor urografiya, xromosistoskopiya, retrograd urografiya natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Buyrak jomi va siydik yo'lining uchta bo'lishi juda kam uchraydigan anomaliya bo'lib, u ham xuddi shunday tekshirishlar yordamida aniqlanadi.

Siydik yo'li joylanishining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi

Retrokaval siydik yo'li – homila venoz tuzilmasining noto'g'ri rivojlanishi natijasi bo'lib, bunda orqa o'ng kardinal vena odatdagi reduksiyaga uchramay, pastki kovak venaga aylanadi (55-rasm).



55-rasm. Retrokaval siydik yo'li.

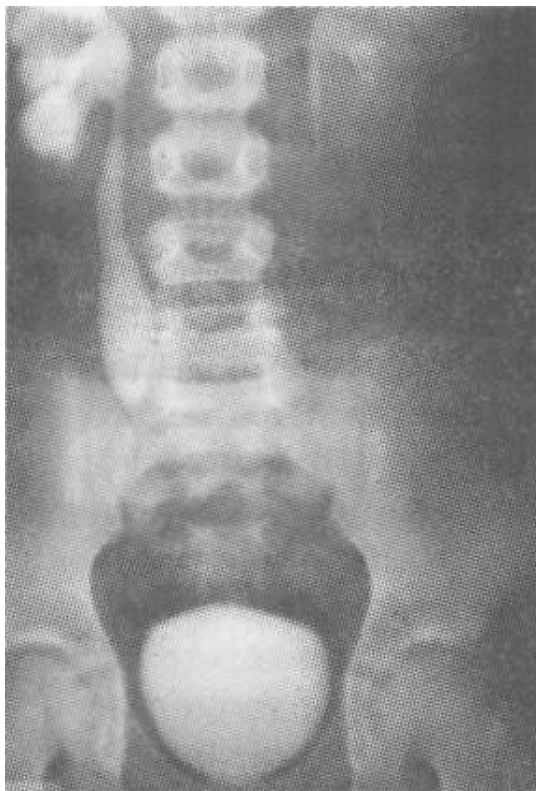
Klinik ko'rinishlari retrokaval joylashgan siydik yo'lining pastki kovak vena va bel-yonbosh mushaklari bilan bo'lgan kompressiyasiga bog'liq bo'lib, siydik oqishining buzilishiga olib kelib, gidronefroz va piyelonefritlarni rivojlantiradi. Tashxis gidronefrotik transformatsiya va siydik yo'lining medial tomonga surilishini aniqlayotgan ekskretor urografiya natijalariga asoslanib qo'yilishi mumkin. Tashxisni aniqlash maqsadida venokavografiyani siydik yo'lga rentgenokonstrast kateteri yuborib yoki uretrografiyaning birga qilinadi. Ish faoliyati saqlangan buyrakning operatsiyasi siydik yo'lini kesib, pastki kovak vena oldida uning o'tkazuvchanligini tiklanishiga asoslangan bo'ladi. Buyrak parenximasining to'lato'kis bo'lishi nefroureteroektomiyaga ko'rsatma bo'ladi. Yana juda kam uchraydigan tabiiy

ko'rinishdan o'zgacha bo'lishlardan *retroileokal siydik yo'li* bo'lib, siydik yo'li yonbosh tomirlarining orqasida joylashgan bo'ladi.

Siydik yo'li teshigining ektopiyasi

Siydik yo'li teshigining ektopiyasi-siydik yo'li teshigini siydik chiqarish kanalining orqa bo'limida, qinning zumbazida, vulva sohasida va juda kam hollarda urug' pufakchasida yoki to'g'ri ichakda bo'lishiga aytiladi.

Siydik qovuq uchburchagining lateral burchagidan ochilishi uchun siydik yo'lining teshigi embrional rivojlanish bosqichida yuqoriga suriladi, lekin nuqson bo'lib rivojlanishida esa bunday bo'lmaydi. Siydik yo'li teshigining ektopiyasi odatda siydik ikkita bo'lishi qo'shalog'i bilan birga bo'lib, yuqori buyrak jomini bo'shatadigan siydik yo'li ektopiyasi bo'ladi.



56-rasm. Ekskretor urogramma-chap tomonlama retroiliokal ureterogidronefroz.

Ayollarda siydik yo'li teshigining ektopiyasi, erkaklarga qaraganda 2-4 marta ko'p bo'lib kuzatiladi. Ayollarda siydik tuta olmaslik, siydik yo'li teshigining bitta ektopiyasi qinda va vulvasida joylashishi sabab bo'lishi mumkin. Odatdagi siyish saqlanib, har doim siydikning ixtiyorsiz chiqishi, bunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishning o'ziga xos belgisi bo'ladi: odatda joylashgan siydik yo'lidan, siydik qovuqda yig'ilib, vaqti-vaqti bilan chiqariladi. Ikkinchi ektopiya bo'lganida esa siydik uzluksiz tarzda tashqariga oqib turadi.

Siydik yo'li teshigining ektopiyasi bo'lgan buyrak ko'pincha gidronefrotik transformatsiya va infeksiyaga uchragan bo'ladi.

Siydik yo'li teshigining ektopiya tashxisining, o'ziga xos bo'lgan siydik tuta olmaslik, xromosistoskopiya vaqtida, qovuqda faqat bitta siydik yo'li teshigini aniqlanishi va siydik yo'li teshigining ektopiyasining topilishiga asoslanib qo'yiladi. Oxirgisini topish uchun venaga indigokarmin yuborib, undan so'ng siydik chiqarish kanalini, qinni va to'g'ri ichakni diqqat bilan ko'rib, rangning chiqishini aniqlash kerak. Siydik yo'li teshigining ektopiyasida, yuqori siydik yo'llarini qo'shaloq ehtimolligini aniqlashga ekskretor urografiya imkon beradi.

Bunday tabiiy ko'rinishdan o'zgachalik faqat operatsiya yo'li bilan davolanadi. Buyrakning ish faoliyati yaxshi saqlanganda ureterotsistoanastomoz, siydik yo'li qo'shaloq bo'lganda – ureteroureteroanastomoz, piyelonefrit yoki gidronefrozda buyrakning funktsiyasi bo'lmasa nefroureterektomiya qilinadi.

Buyrak jomi kistasi (buyrak jomi yoki kosachasining divertikulasi)- juda kam uchraydigan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishdir. Tirsak fornikal va tirsak – kosacha zonalarining nerv-mushak asboblarining buzilishi natijasida, ularning bir vaqtda bo'ladigan ish faoliyatlarining buzilishi, divertikula yoki kistalarning paydo bo'lishiga olib kelib, tor yo'l orqali kosacha bilan qo'shilib turadi. Kasallikning

klirik belgilari patologik bo'shliqda bo'shalishning buzilishiga va buyrakdagi yallig'lanishning zo'rayishiga bog'liq bo'ladi. Buyrak joymining kistasi nefrogen arterial gipertenziyasiga olib kelishi mumkin. Tashxis qo'yish qiyin kechadi. Urogramma va piyelogrammalarda buyrak jomi nuqsonli bo'lib, to'lib ko'rinadi. Ko'pincha aniq tashxis operatsiya qilinayotgan paytda qo'yiladi.

Piyelonefrit, qonning oqishi, arterial gipertenziyalarning qo'shilishi operatsiya bilan davolashga ko'rsatma bo'ladi; buyrak jomi divertikulasini bartaraf qilish, buyrakning juda ko'p yallig'lanish o'zgarishlarida esa nefrektomiya qilish zarur.

Buyrak jomi yonidagi buyrak kistasi-kam uchraydigan anomaliyadir. U juda kengaygan limfatik tomir bo'lib, yallig'lanish va obliteratsiya belgilari bo'ladi. Bunday kistaning chuqur buyrak sinusida joylanishi va buyrak jomi bilan bitib ketishi uning isboti bo'ladi. Buyrak jomi yonidagi kistaning klinik tashxisini qo'yish juda qiyin. Agar operatsiya vaqtida buyrak darvozasi sohasida ko'p kistalar topilsa, unda faqat a'zoni saqlaydigan kistalarni kesib olib tashlaydigan operatsiya qilish kerak.

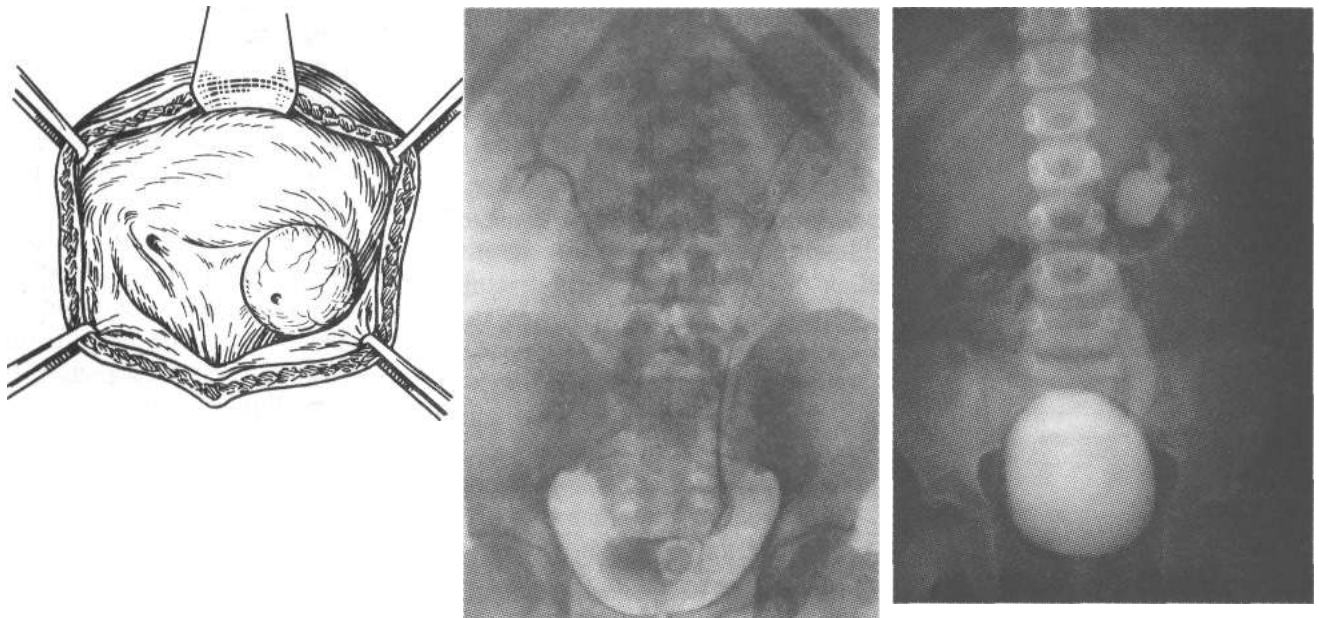
SHAKLINING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Parma va halqasimon bo'lgan siydik yo'llarining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi juda kam uchraydi.

Siydik yo'li tuzilishining o'zgacha bo'lishi

Ureterotsele - siydik yo'lining intramural bo'limining hamma qavatini qovuq ichiga churrasimon bo'lib chiqishidir (57- A-rasm). Uning ustki qismi qovuqning shilliq pardasi bilan qoplanib, ichi esa siydik yo'lining shilliq pardasi bilan yopilgan; bu qatlamlar orasida mushak tolalari biriktiruvchi to'qimalar bilan bir-biriga aralashib ketgan. Ureterotsele bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Siydik yo'li teshigining tor bo'lishi, uning distal qismini cho'ziluvchanligining birga bo'lishi va qovuq ichiga osilib chiqishi sabab bo'ladi. Ureterotselening katta-kichikligi har xil, 2 mldan qovuqning hajmigacha teng bo'lishi mumkin. Ayollarda ba'zi vaqtlarda ureterotsele qovuqdan siydik kanalidan tashqariga chiqib, o'tkir yoki surunkali siydik to'xtashiga sabab bo'lishi mumkin. Yosh bolalarning ba'zi kasalliklarida paydo bo'lgan paradoksal ishuriyani (siydikning to'xtab qolishi uning ushab qola olmasligi bilan birga kelishi) enurez deb noto'g'ri hisoblaydilar. Uzoq vaqt aniqlanmagan ureterotsele yuqori siydik yo'llarining kengayishiga, piyelonefrit va toshning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Beldagi og'riq, dizuriya va gematuriyalar ureterotselening klinik belgilari bo'lib hisoblanadi. Bunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishni sistoskopiya natijalariga asoslab aniqlanadi. Siydik yo'lining teshigi sohasida, odatdagi shilliq pardasi bilan qoplangan, vaqti-vaqti bilan to'lib va bo'shayotgan kistaning ko'rinishi mumkin. Ureterotsele natijasida paydo bo'lgan, qovuqdagi to'liq nuqsonni aniqlashga ekskretor urografiya imkon beradi. Siydik yo'lining pastki qismining kengayishi ilonning boshiga o'xshaydi. (59-rasm).

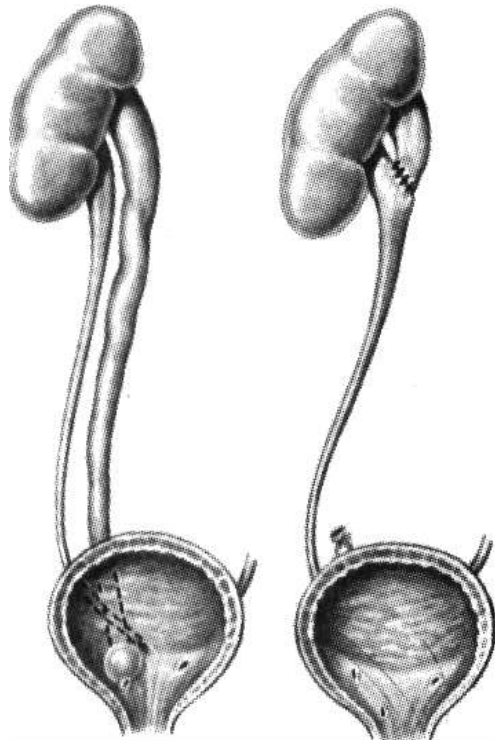


57-rasm. Ureterotsele.

A-chapdagi ureterotsele; B-ekskretor urogramma; ureterotsele va chap siydik yo'lining bo'linishi.

Davosi – siydik yo'lining teshigini qovuq ichida yorib va transuretral elektrozeksziya qilishdan iborat, ureterotsele katta bo'lsa, uni qovuq usti orqali qovuqni kesib operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi.

Siydik yo'llarining neyromushak displaziyasi – siydik yo'li teshigining tug'ma torayishi uning intramural pastki sistoidi neyromushak displaziyasi bilan birgalikda bo'ladi. Siydik yo'li teshigini va uning intramural bo'limining torayishi sababli, hamma siydik yo'lining kuch-quvvatining buzilishi sistoidlarini cho'zilishi va kengayishiga olib keladi. Pastki sistoidning kengayishini *axalaziya* deyiladi; bu vaqtda yuqori sistoidning urodinamikasi saqlanib qoladi. Ikki yuqori sistoidlarning zo'rayishi, siydik yo'li uzunligining ko'payishi bilan birga bo'lishi *megaureter* deyiladi. Bunday holatda siydik yo'li juda kengayib va uzun bo'lib, uning qisqarish harakati sekinlashib yoki umuman bo'lmay qoladi, shuning natijasida siydik yo'lining bo'shash dinamikasi ancha buzilgan bo'ladi.



58-rasm. Ureterotsele. Ureterektomiya. Piyeloureteroanastomoz (chizma)

Siydik yo'llarining neyromushak displaziyasi- ikki tomonlama anomaliyaning bo'lishidir. Uning rivojlanish bosqichlari quyidagicha:

- 1-bosqich – yashirin yoki tenglashgan (siydik yo'llarini axalaziyasi);
- 2-bosqich – zo'rayishning rivojlanishi natijasida megaureterning paydo bo'lishi;
- 3-bosqich – gidroureteronefrozning rivojlanishi. Bu kasallik ko'pincha yosh bolalarda va o'smirlar uchraydi.



59-rasm. Ekskretor urogramma – o'ng tomonlama ureterotsele.



60-rasm. Ekskretor urogramma. Chap siydik nayi displaziyasi.

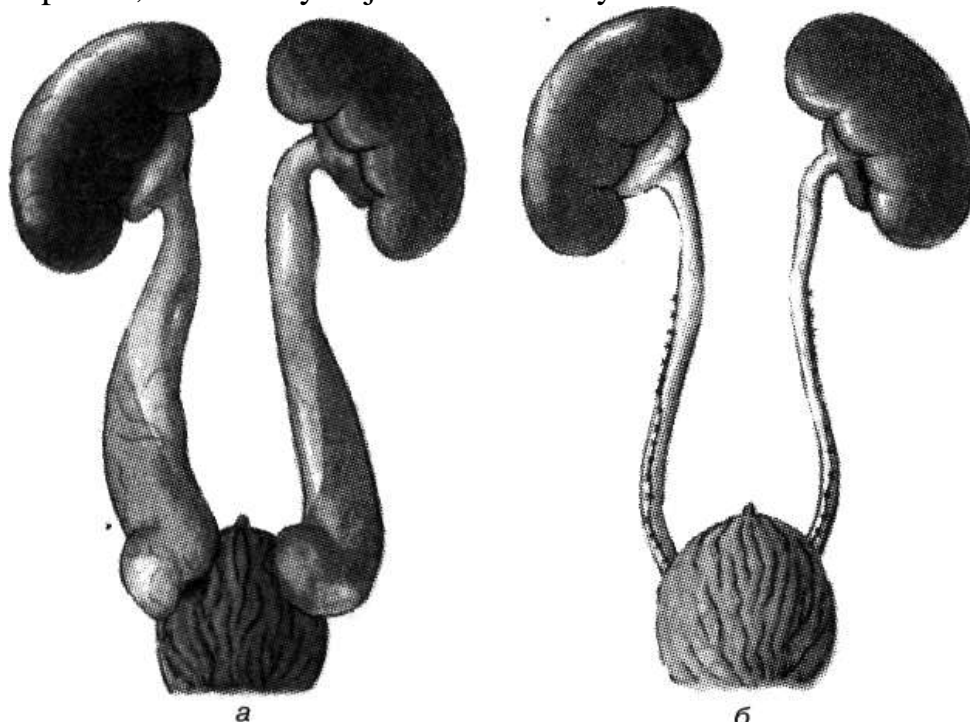
Siydik yo'llari displaziyasining o'ziga xos klinik ko'rinish belgilari bo'lmaydi. Bu kasallik piyelonefrit yoki buyrak yetishmovchiligi qo'shilganda aniqlanadi. 1-bosqich kasallikning belgilari kuzatilmaydi. 2-bosqichda birinchi klinik belgilari paydo bo'ladi; umumiy holsizlik, tez charchash, bosh og'rig'i, qorinda simillagan og'riqlar va doimiy piuriya kuzatiladi. Xromoitstoskopiya vaqtida siydik chiqarish teshigining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lgan joyidan indigokarminni chiqishi buziladi, ekskretor urogrammalarda - siydik yo'lining hamma qismi kengaygan bo'ladi, urokinematogrammalarda esa siydik yo'lining shiddatli va sust qisqarishini ko'rish mumkin. 3-bosqichda klinik ko'rinish ancha ravshanroq bo'ladi. Qonning zardobida mochevina miqdori 17-25 mmol/l gacha yetadi.

Ko'p bemorlarning yuqori siydik yo'llarida anatomik faoliyatini ancha o'zgarishi kuzatiladi, siydik yo'llari juda kengayib, diametri 3-4 sm ga yetib uzayadi va gidronefrotik o'zgarish paydo bo'ladi.

Urokinematografiya shuni ko'rsatadiki, siydik yo'lining axialaziyasida qisqarish to'lqini pastki sistoidgacha yetib, keyin tarqalmaydi, megaureter va gidroureteronefroзда qisqarish to'lqinlari juda kam yoki butunlay bo'lmaydi, xuddi shu vaqtda kinematotsistogramma qovuq siydik yo'li reflyuksini aniqlamaydi. Bu farqlovchi-tashxis belgi bo'lib, siydik yo'lining neyromushak displaziyasini boshqa sababdan bo'lgan gidroureteronefroздan ajratish uchun xizmat qiladi. Kasallikning tug'ma ekanligini, odatda, zo'rayishning ikki tomonlama bo'lishi isbotlaydi. Gidroureteronefrotik transformatsiya albatta surunkali yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bu davolash tadbirlarini o'z vaqtida o'tkazishga majbur etib, bularning orasida har xil jarrohlik davolash usullari bosh o'rinni egallaydi. Maqsad buyrak ish faoliyatini saqlash va tiklanishiga yordam berish yoki faqat siydik yo'llarining bo'shatilish dinamikasini yaxshilashdir.

Jarrohlik davolashning asosiy xillaridan biri – kengaygan siydik yo'lida dublikatura yaratib, antireflyuks ureterotsistoanatomoz yoki siydik yo'lining ingichka ichak segmenti bilan o'rin almashtiriladi.

Siydik yo'lining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishining boshqa xillari: gipoplaziya, klapanlar, divertikulyar juda kam uchraydi.



61-rasm. Siydik nayi neyromushak displaziyasi (chizma),
a -operasiyagacha; b –operasiyadan keyin.

Qovuq – siydik yo'li reflyuksi.

Qovuq-siydik yo'li quyilish joyiga yetilib to'liq tugallanmasa ko'pincha qovuq-siydik yo'li reflyuksi (QSYR), tez-tez piyelonefrit xurujiga sabab bo'lib, keyinchalik u gidroureteronefrozning paydo bo'lishiga olib keladi.

QSYR tashxisi murakkab emas. Siyish vaqtida buyrakda og'riqning bo'lishi uning borligini ko'rsatadi. QSYR ni miksion sistografiya qilayotgan vaqtda aniqlash mumkin.

QSYR ko'p hollarda bolalarning yoshi kattalashganida, shilliq parda tagida



siydik yo'lining qovuq qismi rivojlanishi tugallanib, yetarli darajada uzunligi o'sishi sababli yo'q bo'lib ketadi. Katta yoshdagi bolalarda QSYR bo'lsa antireflyuks operatsiyalari qilinadi.

62-rasm. Miksion sistogramma. Ikki tomonlama qovuq-siydik nayi reflyuksi.

Yosh bolalarda qovuq-siydik yo'li reflyuksi.

Siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan bolalarning to'rtasidan bittasida QSYR borligi aniqlanadi. QSYR ni o'ziga xos belgilari bo'lmaganligi sababli u piyelonefrit ko'rinishlarida yashirilib, QSYR faqat

sistografiya vaqtida aniqlanadi. Rentgenokontrast moddaning ko'rinishiga va yuqori siydik yo'llarining kengayishiga qarab QSYR besh darajaga ajratiladi: siydik yo'lining quyi bo'limi rentgenokontrast modda bilan to'lishi:



63-rasm. Politano-Ledbetter operatsiyasi (chizma)

Buyrak kosachalari tuzilmasi va siydik yo'lining rentgenokontrast modda bilan to'lishi:

Siydik yo'lining buyrak jomi bilan biroz kengayib, kosachalar gumbazining yumaloq bo'lishi:

Siydik yo'lining aniq va ravshan kengayib, ilon izi bo'lish, buyrak jomi- kosachalarining egri-bugriligi: Gidroureter va buyrak parenximasining juda yupqa bo'lishi.

Ko'pincha QSYR patologik zanjirning oxiri bo'ladi; bu dinamik buzilish bo'lib, u siydik infeksiyasini rivojlantiradi, bu esa o'z navbatida siydik yo'li va qovuq devorlarini buyrakka har doim ko'tarilib turishiga yordam beradi. Agar siydik yo'li teshigining yopilish asbobining bir oz tug'ma yetishmovchiligi bo'lsa, yallig'lanish zo'rayishi qo'shilmay yoki zararsiz o'tsa, yoshning o'tishi bilan bu qismning yetilishi mumkin. Bunga uroantiseptikalar, ko'kat sharbatlari bilan konservativ davolashlar va qovuq tashqi sinusoidal elektrostimulyatsiya yoki dinamik toklar yordam beradi. 1-3 darajali reflyukslarni 70% bolalarda yo'q bo'lishiga erishish mumkin. Bir yillik davolash natija bermasa, antireflyuks operatsiyalar qilinadi.



64-rasm. Koen operatsiyasi (chizma)

Greguar usuli yaxshi natijalarni beradi: Qovuqning mushak pardasini va qovuq ichini yormasidan kesish, 2-3 sm siydik yo'lining shilliq qavatini tagiga joylashtirib, uning ustidan kesilgan detruzorni tikish. 4-5 darajali reflyukslarda siydik yo'lining distal qismini rezeksiyasini *Politano-Ledbetter* shaklida (63-rasm) uretrotsistoaneatomoz qilish kerak-yorilgan qovuqda siydik yo'lini, qovuqning shilliq pardasi tagidagi tunnel orqali o'tkazishdan iborat

bo'ladi.

Agar qovuqning bo'ynida va siydik chiqarish kanalida to'siq bo'lsa, avval uni bartaraf qilib, undan so'ng reflyuksni operatsiya qilish kerak.

Qovuq siydik yo'li reflyuksi sababli operatsiya bo'lgan bolalar uzoq vaqt urolog va nefrolog nazoratida bo'lib, vaqti-vaqti bilan rentgenologik tekshirishlarda (ekskretor urografiya va miktsion sistografiya) bo'lishlari zarur.

Qovuq, siydik chiqarish kanali va erkaklar jinsiy a'zolarining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi.

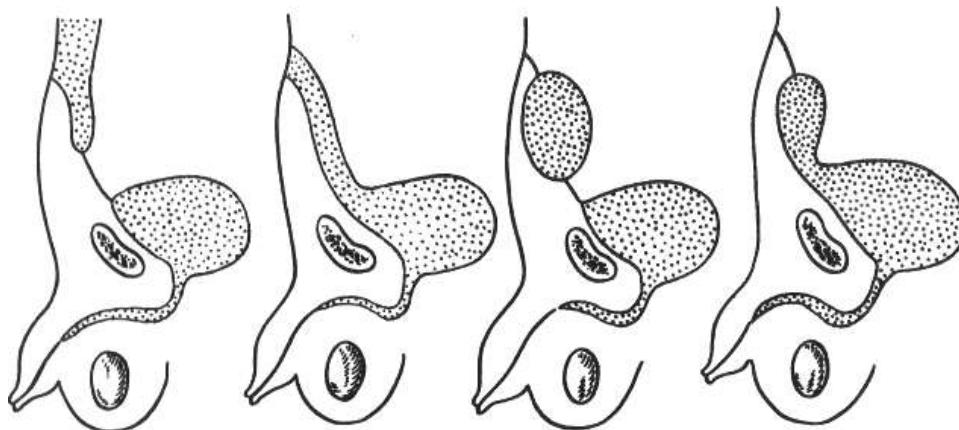
Qovuq embriogenezining ikkinchi oyida allantoisning o'rta qismidan rivojlanadi. Avval allantois divertikulaga o'xshab, ichak nayining quyi bo'limidan ya'ni kloakadan chiqadi. Kloakani frontal to'siq bilan parallel bo'lganda allantois bir shakldan ikkinchi shaklga o'tadi. Uning distal kindikka yo'nalgan qismi torroq bo'lib, siydik yo'lining kurtagi (uraxus) paydo bo'ladi. Allantoisning o'rta qismi kengayib, qovuqqa aylanadi. Kloakani yaqin qismidan, urogenital sinus shakllanib, unga paramezonefral(myuller) va mezonefral yo'llari (volfov) qo'shiladi. Mezonefral yo'llar siydik yo'lining boshlanishi bo'lib, ularning tashqi chiqarish teshigi asta-sekin yuqoriga ko'tarilib, Lyeto uchburchagining burchaklarini hosil qiladi.

Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limi birlamchi kloakani embrional hayotining 30-40 kunlari o'rtasida bo'lingandan keyin, oddiy to'g'ri ichak va jinsiy-siydik sinusi hosil bo'ladi. Ikkinchi oyning o'rtalarida uretraning orqa bo'limi to'la shakllanib, jinsiy tepaligining tagida ochiladi. Jinsiy tepalik 5-haftada kloakani biroz kranialroq tomonida paydo bo'ladi. 6-haftada uning ustida uretraning burmasi yon tomonlarida moyak xaltachasining silindrsimon shakli paydo bo'ladi. Jinsiy do'nglik qizlarda 1-12 haftada pastga qarab egila boshlaydi, o'g'il bolalarda u to'g'ri bo'lib, tezda kattalashib, olatni paydo qiladi. Olatning pastki yuzasidan uretrani jo'yagi rivojlanib, undan esa naysimon hosila-siydik chiqarish kanali rivojlanadi. Jinsiy siydik teshigining sinusi atrofida uretra tarmovining oxiri boshlanib, olat boshiga qarab tarqaladi. Siydik kanalining bosh bo'limi 15-20 haftadasida alohida shakllanib va undan keyin siydik kanalini proksimal qismiga qo'shiladi. Uretra bilan bir vaqtda olatning kertmagi va yuganchasi rivojlanadi. Uchinchi oyda boshining tepasida uning dorsal yuzasida epitelial o'smasi paydo bo'lib, u asta-sekin ventral yuzasiga o'tadi. To'rtinchi oyning oxiri va beshinchi oyning boshlarida bu narsa siydik chiqarish bo'limining anastomoz joyiga o'tib, yuganchani hosil qiladi.

Uraxusning tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi.

Uraxus yoki siydik yo'li, odatda bolaning tug'ilishidagina bitib ketib, Ligamentum umbilicale medialeni hosil qiladi. Lekin ba'zi vaqtlarda, ayniqsa chala tug'ilgan bolalarda, tug'ilish vaqtiga qolganda, u ochiq qolib, uning bitib ketishi hayotining birinchi yoshida bo'lishi mumkin.

Uraxusning bitib ketishi buzilganda, uning butun uzunligini bo'yicha (qovuq-kindik oqma yarasi) yoki uning ayrim joydan ochiq bo'lib qolishi mumkin (59-rasm). Uraxusning distal bo'limi bitmasa, kindik oqma yarasing paydo bo'lishiga olib keladi. Agar uraxusni o'rtalari ochiq qolsa, kista paydo bo'lib, ba'zida juda kattalashib, yiringlashiga olib kelishi mumkin. Uraxusni proksimal bo'limi bitmasa, qovuqni divertikulasi paydo bo'lib, unda siydik yig'ilib, yallig'lanish zo'rayishini rivojlantiradi. Bitmagan uraxusning diagnostikasi kindikdan suyuqlikning oqib chiqishi, siydikda infeksiyaning bo'lishi, sistografiya va fistulografiyalarning axborotlariga asoslanib qo'yiladi.



65-rasm. Bitmagan uraxusning har xil shakllari.

A-kindik orqa yarasi. B-Qovuq kindik oqma yarasi. V-uraxusning kistasi, G-Qovuq divertikuli;

Qovuqning divertikulasi.

Uraxusning proksimal bo'limini bitmaganligini sistoskopiya da aniqlash mumkin. (qovuqning tepasidagi divertikulaning ko'rinishi). Qovuq-kindik oqma yarasining borligini ko'k rangli metilen bilan qilingan sinov tasdiqlaydi: agar uraxus bitmasa, uretra orqali qovuqqa yuborilgan rangli suyuqlik kindikdan oqib chiqadi. Ko'pincha uraxusning kistasida tashxis qiyinchiliklar bo'lib, kindik va qovuq orasida, o'rta chiziq bo'ylab joylashgan paypaslanayotgan o'simta borligiga asoslanib aniqlanadi.

Butunlay bitmagan uraxusning davosi qirtishlab olib tashlashdan iborat. Yallig'lanishlarning rivojlanish xavfi borligi sababli operatsiya yosh bola hayotining birinchi oylarida bajariladi. Uraxusning to'la bo'lmagan oqma yarasida konservativ davolashlarni o'z ichiga olgan permanganat kaliyli vannalar, 1% brilliant yashili eritmasi bilan kindikdagi yara tozalanadi va 2-10% kumush nitratida kuydiriladi.

Bir yoshdan katta bo'lgan bolalarda konservativ davolash natijasiz bo'lsa, faqat operatsiya qilinadi. Uraxus kistasining davosi faqat operatsiya bo'lib hisoblanadi. Kistani olib tashlash bemorni noxush sezishlardan xalos qilib, bo'ladigan asoratlarning yani qorin bo'shlig'ida teshilishi, sepsis, xavfl io'sma bo'lishdan va boshqalarni oldini olishga xizmat qiladi.

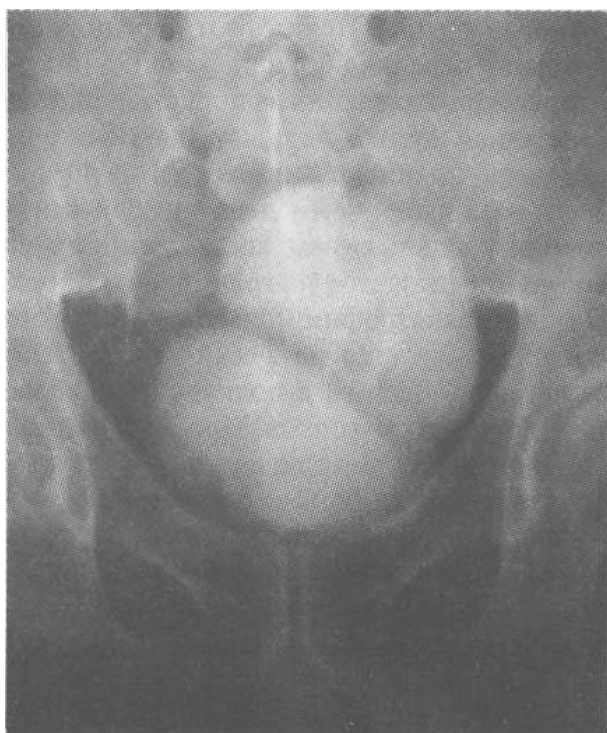
QOVUQNING TABIIY KO'RINISHDAN O'ZGACHA BO'LISHI

Qovuqning ageneziyasi (tug'ma yo'q bo'lishi) – juda kam uchrab, odatdagi hayotda to'g'ri kelmaydigan nuqsonlardan biri bo'lib hisoblanadi. Qoidaga ko'ra bolalar shunday tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish bilan o'lik tug'iladilar yoki chaqaloqligidayoq o'lib ketishadi.

Qovuqning qo'shaloq bo'lishi – eng kam uchraydigan nuqson bo'lib hisoblanadi. Qovuqning o'rtasida ikkiga bo'lgan to'siq bo'lib, uning har biri ichida siydik yo'lining teshigi ochiladi. Bunda qovuqning har bo'lgi alohida bo'yinga ega. qovuqni to'la qo'shaloqligi siydik yo'lining qo'shaloqligi bilan uchraydi. To'liqsiz qo'shaloq bo'lganda, qo'shaloq bo'lgan qovuqning umumiy bo'yni va bitta siydik chiqarish kanali bo'lishini ajratish kerak. Ba'zida to'liqsiz to'siq bo'lib, qovuq bo'shlig'i sagittal va frontal yo'nalishda bo'lib turadi. Bu tabiiy ko'rinishdan

o'zgacha bo'lishni *ikki kamerali qovuq* deyilib, qovuq bo'shatilishning buzilishi va surunkali yallig'lanishning rivojlanishi bilan kuzatiladi. Davosi - to'siqni tarashlab olib tashlash.

Qovuqning divertikulasi- qovuq devorini qopga o'xshab bo'rtib chiqishidir. Divertikulalar bitta va ko'p, haqiqiy va soxta bo'lishi mumkin. Haqiqiy divertikula qovuq devorining hamma qavatlaridan iborat bo'ladi. Haqiqiy divertikulaning paydo bo'lishi qovuq devorining noto'g'ri shakllanishiga bog'liq. Soxta divertikulalar



ko'pincha ko'p bo'lib, detruzorning mushak dastalari bilan shilliq pardasining orasidan bo'rtib chiqishidan iborat bo'lib, har xil to'siqlar (Qovuq bo'ynining sklerozi, prostata bezini adenomasi, siydik chiqarish kanalining qopqoq va torayishlari va boshqa xildagi qovuq ichidagi to'siqlar) tufayli qovuqning qiyinchilik bilan bo'shatilishi natijasida paydo bo'ladi.

66-rasm. Sistogramma. Qovuqning divertikulasi.

Divertikulalar odatda qovuqning orqa va yonbosh devorlarida, siydik chiqarish teshigi atroflarida anchagina, lekin onda-sonda qovuqning yuqori va pastki sohalarida joylashgan bo'ladi. Ko'pincha divertikula katta bo'lib, qovuqning hajmidan ortiq bo'ladi. Divertikulaning bo'lishi unda siydikning yig'ilishiga (ayniqsa divertikulani bo'yni tor bo'lganda), sistit va piyelonefritning rivojlanishiga olib keladi. Siydik chiqarish teshigi sohasida divertikulaning bo'lishi uning yopilish faoliyatining buzilishida kuzatiladi, buning natijasida qovuq-siydik yo'li reflyuksi paydo bo'ladi. Oxiri siydikning divertikulada yig'ilib turishi, tosh va o'smaning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

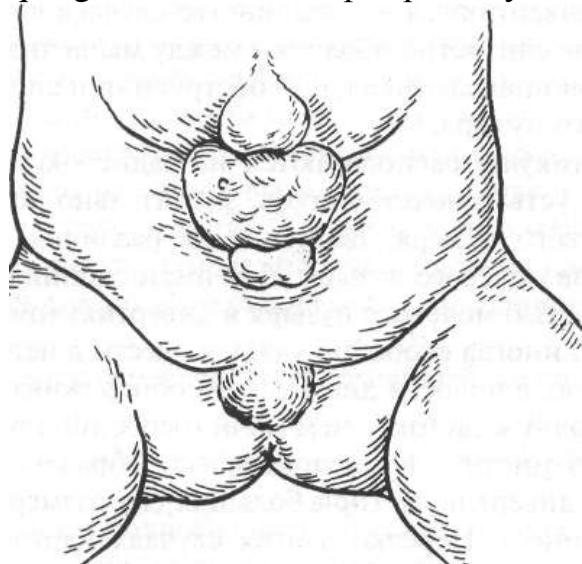
Qovuq divertikulasining asosiy belgilaridan siyishning qiyinligi, hattoki uni to'la to'xtab qolishi hamda siyishning ikki marta bo'lishi:avval qovuq bo'shaydi, undan so'ng divertikula.

Divertikula tashxisida hal qiluvchi o'rinni sistografiya egallaydi, u qo'shimcha bo'shliqning borligini va uning qovuq bilan qo'shilganligini aniqlashga imkon beradi. Divertikulaning ko'lankasi ko'proq qiyalab yoki yonbosh tasvirida ravshan aniqlanadi. Divertiklani aniqlashda sistoskopiya ma'lum darajada yordam beradi. Divertikulaga kirish joyi yumaloq teshikka o'xshab, shilliq pardaning radial burmalari ham ko'rinadi.

Divertikulaning davosi uni to'la tarashlab olib tashlashdan iborat. Siydik yo'li divertikulaga quyilsa, uni qovuq devoriga implantatsiya (ureterotsistoanatomoz) qilinadi. Soxta divertikulalarda esa, qovuqdan siydikning oqishiga bo'lgan to'siqlarni bartaraf qilish bilan kifoyalanadi.

Qovuqning ekstrofiyasi - uning oldingi devorining tug'ma yo'qligi

(67-rasm). Bunda tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish 40000 nafar tug'ilgan boladan bittasiga to'g'ri keladi. O'g'il bolalarda qovuqning ekstrofiyasi qizlarga qaraganda 3 marta ko'proq uchraydi.



67-rasm. Qovuq ekstrofiyasi.

Ekstrofiyaning klinik ko'rinishi o'ziga xosdir: oldingi qorin devorining nuqsonidan yalang'ochlangan qovuqning orqa devorining shilliq pardasi bilqillab ko'rinib turadi. Shilliq pardasi yorqin qizil rangda, og'riydigan, kiyimning tegishi bilan tez-tez yaralanadigan va qon oqadigan bo'ladi. Yosh bola kuchanganida, baqirganida qovuqning devori ancha bo'rtib chiqadi. Lyeto uchburchagi saqlangan bo'lib, siydik yo'lining teshigi tashqariga konussimon tepalikning yuqorisidan ochiladi. Oqib chiqayotgan siydik son va oraliq terisining bichilishiga yoki terining yallig'lanishiga olib keladi. Kindik yo'q bo'lib yoki u teri qovuq shilliq pardasi plastinkasining chegarasida joylashadi.

Qov suyaklari ancha ayrilgan bo'lib, sonni tashqi tomonga burib, «o'rdak» yurishga olib keladi. Eksktrofiya hamma vaqt siydik chiqarish kanalining nuqsoni bilan kuzatiladi. Total epispadiya ko'pincha chov churrasi, to'g'ri ichakning chiqib turishi, yuqori siydik yo'llarining tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishlari, surunkali piyelonefritlar bilan birga bo'ladi. Qovuq ekstrofiyasining davosi faqat operatsiya bo'lib hisoblanadi. Operatsiyalarning usullari uch guruhga bo'linadi: mahalliy to'qimalar bilan qovuq plastikasi; Qovuqni kesib sigma yoki to'g'ri ichakka ulash; Qovuqni yoki siydik yo'lini ichakning alohida bo'g'iniga kesib ulash.

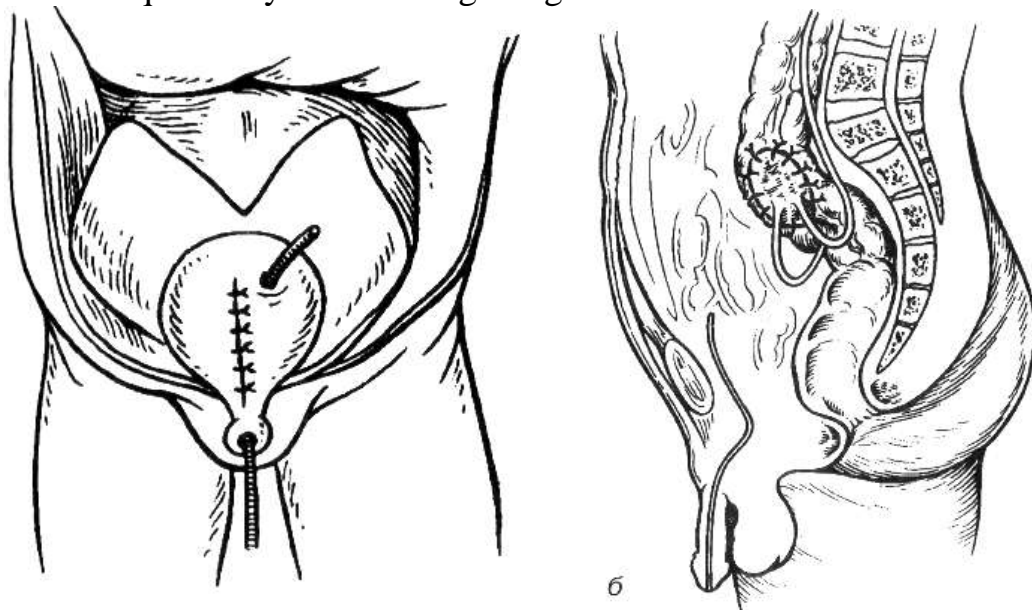
Odatda go'dak bolalarda mahalliy to'qimalar bilan qovuqning plastik operatsiyalari qo'llaniladi. Qovuq shilliq pardasining polipozi va qolgan kichik miqdoridagi devori bunga asos bo'la olmaydi.

Afsuski, bu operatsiyalar hamma vaqt siydikning to'xtata olmasligini bartaraf qila olmaydi, shuning uchun qaytadan operatsiya qilishni talab etadi.

Rudimentar qovuqni kesib, ichakka ulash bilan siydikni sigma yoki to'g'ri ichakka tushirish, anal sfinkteri siydikni ushlab qolishi mumkinligi asoslangan. Siydikni ichakka tushurish uchun asosiy ko'rsatma bo'lib, ekstrofiya bo'lgan qovuq mahalliy to'qimalarning rekonstruksiyasi uchun yaroqsizligi yoki ularning natija bermasligi hisoblanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, siydik ichakka tushirganda, buyrakning infeksiyalanish xavfi bo'lganligi sababli, uchinchi guruhdagi operatsiyalar siydik bilan axlatni ajratishga asoslangan bo'ladi. Qovuqni alohida to'g'ri ichakdan qilinadi, lekin bunday operatsiyalar ham kamchilikdan xoli emas. Sigma va to'g'ri ichak yoniga, oraliqqa tushiriladi, anal sfinkter axlatni va siydikni ushlashga xizmat qiladi. Alohida bo'lgan qovuqni ichak segmentidan yasash oson emas, chunki ba'zi operatsiya vaqtida anal sfinkteri shikastlanib, axlatni tuta olmaslikka olib kelishi mumkin.

Shu bugungi kunda qovuqning ekstrofiyasida keng tarqalgan operatsiyalardan sistosigmoanastomoz bo'lib qolmoqda. Operatsiya endotraxeal narkoz orqali

bajariladi. Teri va shilliq parda atrofidagi kletchatka bilan ajratib olinadi. Qovuq plastinkasining chekkasi tarashlanib, katta kichikligi 2x3 sm bo'lgan tuxumsimon laxtak siydik yo'li teshigi bilan kesib olinadi. Parietal qorin pardasi yorib ochiladi, sig'ma ichagi chiqarilib, uni *taenia libra* bo'yicha 3 sm kesiladi. Qovuq plastinkasini sigma ichagining kesilgan chekkasiga ikki qavatli qilib tikiladi. Qorin pardasi berkitilib, qorin parda devori qavatma-qavat qilib tikiladi. To'g'ri ichakda yo'g'on naycha tarnovini vaqtincha ya'ni 5-6 kunga kirgiziladi.



68-rasm. Qovuq ekstrofiyasidagi tashrix usullari. (chizma).
a-qorin oldingi devoir va uretra plastikasi; b – ikki tomonlama ureterosigmoanostomoz;

Operatsiyadan keyingi davrda gomeostaz sinchiklab korrektsiya qilinadi. Axlat chiqarishni ushlab turish va anastomozning yaxshi sharoitda bitishi uchun afyun sharbatidan beriladi. 5-10 kunlari teri choklari olib tashlanadi. Operatsiyadan keyingi parvarish xususiyatlari yuqorida aytilganlarga bog'liqlik, chunki operatsiya ko'pincha yosh bolalarda o'tkaziladi. To'g'ri ichakka va kichik tos chanoq bo'shlig'iga drenaj qo'yiladi. To'g'ri ichakdan drenaj naychani (operatsiyadan so'ng 5-6 kun) o'tgandan keyin, axlat va siydikni mustaqil va ixtiyoriy chiqishi boshlanadi, lekin siyishga va axlat chiqarishga bemorda istak, operatsiyadan so'ng 2-3 haftada, ba'zida esa kechroq keladi. Operatsiyadan so'ng kasallikdan qoladigan asorat siydik infeksiyasi, siydikning oqib, yig'ilishi va qovuq oldi kletchatka flegmonasi, qisman yoki to'la ichakdan o'tmay qolishlik ehtimoli bo'lishi mumkin.

Bemor uzoq muddat dispanser nazoratida bo'lib, o'z vaqtida ichak siydik yo'li reflyuksini rivojlanishini aniqlash uchun ekskretor urografiya va irrigografiya qilinib turiladi. Siydikning ichakka tushishi va uning so'rilishi, ayniqsa operatsiyaning birinchi oylarida giperxloratsidozining rivojlanishiga qarab bo'lgani uchun suv-tuz muvozanatini kuzatib turishni talab qiladi. Vaqt o'tishi bilan ichak devoriga siydikning ta'siri natijasida oshiqcha ajralib chiqqan shilimshiq bilan qoplanib, surilish qobiliyatini yo'qotadi, bu esa elektrolit buzilishlarining xavfini ancha ozaytiradi.

Infravezikal obstruktsiya.

Qovuqning bo'ynida yoki siydik chiqarish kanalida siydikning oqishi uchun to'siq bo'lsa, buni infravezikal «buzilish» (obstruktsiya) deb tushunish kerak. «Infravezikal obstruktsiya» atamasi yig'uvchi va ko'p bo'lgan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lish kasalliklarni o'z ichiga olib, ularning asoslari qovuq bo'ynining kontrakturasi, siydik chiqarish kanali orqa bo'limining qopqoqlari, siydik chiqarish kanalining torayishi va bitib ketishlari hisoblanadi.

Bu kasalliklarning klinik alomatlari bir xil. Qiyinchilik bilan siyishi asosiy belgilardan bo'lib, ko'pincha tug'ilgan vaqtdan boshlab, to'la siydikning to'xtab qolishi va paradoksal ishuriya bo'lishi mumkin.

Dastlab qovuq detruzorning tenglashtirilgan gipertrofiyasi buzilgan joydan, siydikni siydik yo'llaridan bemalol chiqara oladi. Lekin detruzorning gipotrofiyasi gipotoniya, keyinchalik esa atoniya bilan almashadi. Yosh bola qovug'ini bo'shatish uchun qorin mushaklarini qattiq taranglashtirib, qo'llari bilan qorinning pastki qismini bosishiga to'g'ri keladi.

Qovuqda siydikning to'xtab qolishi sistit, piyelonefritlarni rivojlanishiga qovuq-siydik yo'li refluykslarini va soxta divertikulalarning paydo bo'lishiga imkon beradi. Bolalar odatda ranglari oqargan va jismoniy rivojlanishlardan orqada qolgan bo'ladi. Qovuqni ko'rganda ancha cho'zilganligi aniqlanadi.

Qovuq bo'ynining kontrakturasi, uning bo'ynini shilliq pardasi ostida va mushak qatlamlarida fibroz to'qimalarning rivojlanishi natijasida paydo bo'ladi. Gistologik tekshirishlarda ko'pincha fibroz bilan birga surunkali yallig'lanishlarning belgilari ham aniqlanadi.

Kasallikning rivojlanib borishini uch davrga bo'lish mumkin.

- qisilib siyish biroz bilinib siydikning qoldig'i bo'lmaydi, buyrak faoliyati buzilmaydi. Vaqti-vaqti bilan leykotsituriya bo'ladi;
- siyish ancha qiyinlashadi, siydikning qoldig'i paydo bo'ladi, piyelonefritning belgilari bo'lib, buyrakning ish faoliyati buziladi; rentgenologik tekshirishda qovuq-siydik yo'llarining refluykslari va buyrak jomi hamda siydik yo'llari kengayganliklari aniqlanadi;
- siydikning to'xtab qolishi paradoksal ishuriya xiliga o'xshab, surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi; rentgenda ikki tomonlama gidroureteronefroz aniqlanadi.

Qovuq bo'ynining kontraktura tashxisi ancha qiyin. Urofloumetriyani sistomanometriya bilan birgalikda tekshirganda buzilishning borligini va detruzorning ish faoliyatini aniqlashda ma'lum darajada yordam beradi.

Sistoureterografiyada qovuqning pastki devori ko'tarilgan va trabekulyar bo'lib, siydik chiqarish kanali yetarli darajada kontrastlanmaganligi aniqlanadi. Sistoskopiya vaqtida qovuq devorining trabekulyar bo'lgani, undan tashqari bo'ynining orqa devorining bo'rtib chiqqani, ba'zi bemorlarda-Lyeto uchburchagi mushaklar gipertrofiyasining aksini ko'rsatib turadigan, siydik yo'llari orasidagi burma aniqlanadi. Ko'pincha asosiy tashxis operatsiya vaqtida qovuqni reviziya qilayotganda aniqlanadi.

Davosi: yengil xilida konservativ davolash bilan kifoyalanib, siydik chiqarish kanali buj bilan kengaytiriladi, bakteriyalarga qarshi dori darmonlar beriladi. Buzilish darajasi yuqori bo'lsa, qovuqdan chiqish joyini kengaytiradigan operatsiyalar orqali

labini endovezikal yoki qovuqning hamma bo'yin qismini rezektsiya qilib, bo'ynini gorizontalar qarab kesib yoki Y-V plastika qilinadi.

Siydik chiqarish kanalining tug'ma qopqoqlari pardadan iborat bo'lib, ikki tomonidan shilliq pardasi bilan qoplangan.

Uretraning uch xil qopqoqlari bo'ladi: 1-xil qopqoqlar (odatda ikkita) urug' do'ngligining pastki qismida joylashib, kosacha shaklida bo'ladi (juda ko'p uchraydi);

2-xil qopqoqlar voronkasimon qopqoqlar ko'pincha ko'p urug' do'ngligidan qovuqning bo'yniga qarab keladi;

3-xil qopqoqlar ko'ndalang diafragmaga o'xshab, urug' do'ngligining yuqori yoki pastida joylashgan bo'ladi (69rasm).

Qopqoqlarning kelib chiqishi paramezonefral yo'llar yoki urogenital membrananing to'liqsiz reduksiyasiga bog'liq.

Siydik chiqarish kanalining klapanlari ko'pincha siydik yo'lining distal bo'limining torayishi, qovuq bo'ynining kontrakturasi va siydik yo'li orasidagi bog'lamning gipertrofiyasi bilan birgalikda uchraydi.

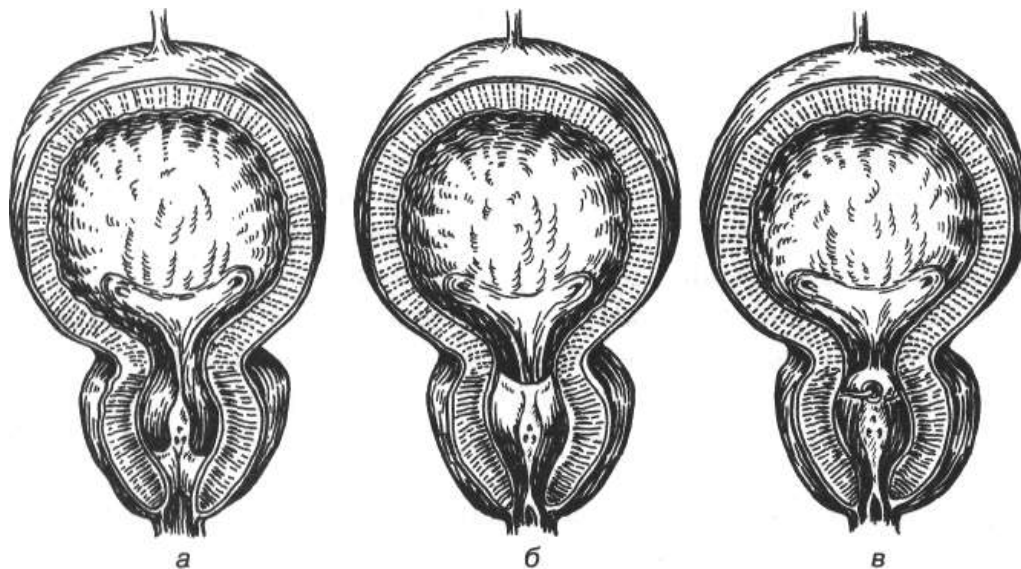
Uretraning qopqoqlarida detruzorning dekompensatsiyasi juda tez paydo bo'lib, piyelonfritning og'ir shakli yetilib, hayotning birinchi yillarida, hattoki boshlang'ich oylarida buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Siydik chiqarish kanali qopqoqlarining tashxisi uchun bo'lgan tekshirish usullari, qovuq bo'ynining kontraktura tashxisi uchun ham shu usullar qo'llaniladi.

Uretra qopqoqlarining qovuq bo'yni kontrakturasidan farqi shundaki, bujlar, kateterlar va sistoskoplalar bemalol qovuqqa o'tadi. Qopqoqning borligini qopqoqchali buj bilan aniqlash mumkin, chunki u bemalol qovuqqa kirib, uni chiqarayotgan paytda uretraning orqa bo'limida to'siqning borligi seziladi. Katta yoshdagi bolalarda uretroskopiya vaqtida qopqoqlarni ko'rish mumkin. Sistoureterogrammalarda qovuqning kattaligini, uretraning orqa bo'limini kengayganligi, ko'pincha divertikulalar va qovuq siydik yo'li reflyukslarining borligi aniqlanadi.

Siydik chiqarish kanali qopqoqlarining davosi operatsiyadir. Katta yoshdagi bolalar va kattalarda qopqoqlarni transuretral elektrozektsiya qilinadi. Yosh bolalarda oraliq orqali qopqoqlar olib tashlanadi yoki u uretra bilan birga rezektsiya qilinadi.

Urug' do'ngligining gipertrofiyasi –tug'ma tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib, urug' do'ngligining hamma elementlari giperplaziyasidan iboratdir. Urug' do'ngligining kattaligi ba'zi vaqtlarda shunday bilinarli darajada bo'lib, u uretra yo'lini to'sib qovuq bo'shlig'iga chiqib turadi.

Yuqori yozilgan klinik ko'rinishdan tashqari urug' do'ngligining gipertrofiyasi siyish vaqtida og'riqli erektsiyaga olib keladi. Ko'pincha kasallik xavfli bo'lib, tezda bolani hayotdan olib ketadi.



69-rasm. Orqa uretra qopqoqlarining xillari.

A-I xil, B-II xil, V-III xil. Tushuntirish yuqorida yozma ravishda bayon etilgan.

Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limidagi nuqsonning tashxisi sistoureterografiya yoki ko'tarilayotgan ureterografiya orqali aniqlanadi.

Qovuqni kateterizatsiya qilayotganda uretraning orqa bo'limida to'siqning borligi sezilib, ba'zida urug' do'ngligi, buj yoki kateter bilan shikastlanib biroz qon oqishini paydo qiladi. Tashxisda ureteroskopiya uchun katta yordam beradi, lekin uni yosh bolalarda o'tkazish vaqtida qiyinchiliklar bo'ladi.

Urug' do'ngligi gipertrofiyasining davosi, uni yoki oraliq yoki endouretral orqali rezektsiya qilishdan iboratdir.

Siydik chiqarish kanalining butun uzunligi bo'ylab tug'ma bitib ketishi juda kam uchraydi va hayot uchun xavfli. Ko'pchilik o'g'il bolalarda alohida bo'g'in bitib ketishi uchraydi. Bitib ketish joylari ko'pincha odatda bulboz bo'limida yoki siydik chiqarish kanalining qayiqsimon chuqur sohasida bo'ladi. Uretraning bitib ketishida siydik ba'zida bitmagan uraxusdan yoki tug'ma qovuq-to'g'ri ichak yoki qovuq-qin oqma yarasi orqali ajralib chiqadi.



Yangi tug'ilgan chaqaloq hayotining birinchi 24-48 soatlarida siymasa, siydik chiqarish kanalining bitib ketganligi haqida o'ylash kerak bo'ladi. Qovuqning kateterizatsiyasi natijasiz bo'lsa qo'yilgan tashxisni tasdiqlaydi.

70-rasm. Siydik chiqarish kanalining tug'ma torayishi.

Qovuq usti punksiyasi orqali qilingan sistografiya bilan bitib ketgan joyini va oqma yaraning borligini aniqlash mumkin.

Davosi: Agar bitishi kichkina bo'lsa,

uni ajratib va kesib tashlab, uretraning o'zgarmagan joylarini bir-biriga tikish kerak. Bir vaqtning o'zida qovuqni oqma yaralari ham tugatiladi.

Siydik chiqarish kanalining tug'ma torayishi, uning har qanday joyida uchrab, ko'pincha distal bo'limida joylashadi. Bu tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishining asosiy belgilaridan biri qiyinchilik bilan ko'pincha tez-tez siyish va kechasidagi enurez bo'lib hisoblanadi. Asoratlari xuddi boshqa infravezikal buzilishlarnikiga o'xshaydi.

Bujlash (andozasini o'lchash) va uretrografiya (pastga tushayotgan va ko'tarilayotgan) orqali tashxis aniqlanadi.

Uretrogrammada siydik chiqarish kanalining proksimal bo'limi kengaygan bo'lib, sistogrammada yaqqol ko'ringan torayish bo'lsa, qovuq devorining trabekulyar belgilari, soxta divertikulalar aniqlanadi. Qovuq-siydik yo'li refluykslari va siydikning qoldig'i bo'lishi mumkin. Uretraning andozasi, alpoqsimon bujlar bilan bajarilib, o'zining yoshiga to'g'ri keladigan bujning kichikrog'idan boshlanadi.

Yaqqol ko'rinmagan uretradagi buzilishlarning davosi, uni buj qilish bilan kifoyalanadi. Buj qilish yordam bermasa va torayishi ko'proq bo'lsa, uning toraygan joyi rezeksiya qilinib, uretraning odatdagi qolgan bo'laklari tiqiladi. Siydik kanalining eng distal bo'limida torayish bo'lsa, *meatotomiya* (uning tashqi teshigi kesiladi) qilinib, bolaning yoshiga teng bo'lgan kateter uretrada bir necha kun qoldiriladi.

Siydikning bemalol oqishiga qarshi bo'lgan to'siqlarni bartaraf qilgandan keyin, infravezikal buzilishning natijasi buyrakning zararlanish darajasiga va piyelonefritga qarshi kurashning muvaffaqiyatlariga bog'liq bo'ladi.

SIYDIK CHIQARISH KANALINING BOSHQA ANOMALIYALARI

Siydik chiqarish kanalining qo'shaloq bo'lishi – juda kam uchraydigan anomaliyadir. Qo'shaloq uretra olatning (*diffaliya*) qo'shaloq bo'lganda yoki bo'lmagan vaqtda ham uchrashi mumkin.

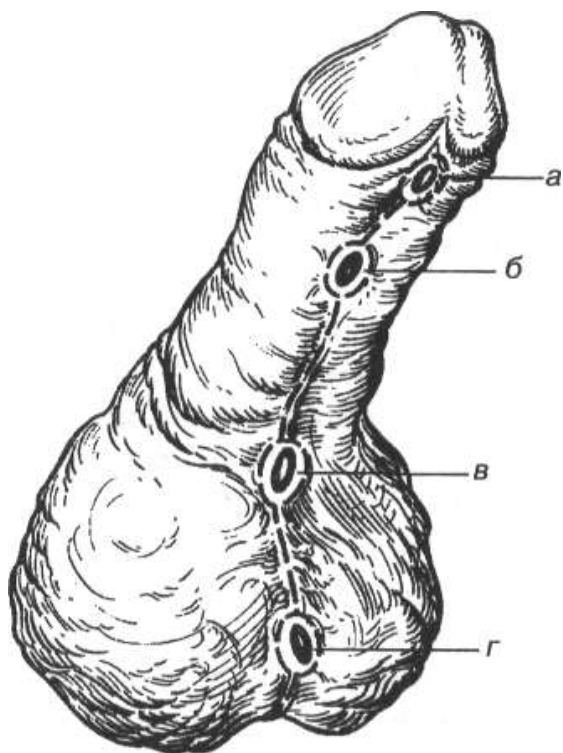
Qo'shaloq uretra to'liq va to'liqsiz holda uchrashi mumkin. To'la qo'shaloq bo'lganda qo'shimcha siydik chiqarish kanali qovuqning bo'ynidan boshlanib, olatning boshida yoki olat tanasida ochiladi. To'liqsiz qo'shaloq bo'lganda qo'shimchasi asosiy uretradan boshlanib, olatning boshida ochilib, uning ventral yoki dorsal yuzasida berk bo'lib tugaydi. Har xil shakldagi qo'shaloq bo'lganlaridan parauretral yo'llari eng ko'p uchrab, ular tor va berk bo'ladi va olatning bosh sohasida alohida teshik orqali ochiladi.

Qo'shimcha uretra va parauretral yo'llarda faqat yallig'lanish va siyish qiyinchilik bilan bo'lganda ularning klinik ahamiyati oshadi. Ularning davosi tarashlab kesib tashlashdan iboratdir.

Siydik chiqarish kanalining tug'ma divertikulasi – juda kam uchraydigan tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib, uretraning orqa devoridan bo'rtib chiqqan xaltachaga o'xshaydi. Uretraning osilib turgan bo'limidan o'simtaga o'xshash narsa aniqlanib, siyayotgan vaqtda u kattalashadi. Uni bosganda uretradan loyqalangan siydik yoki yiring chiqadi.

Siydik kanalining orqa bo'limidagi divertikula to'g'ri ichak orqali aniqlanadi, u xuddi hamirga o'xshagan o'simta bo'lib, bosganda bu narsa bo'shab qoladi.

Divertikulaning bo'lishi qiyinchilik va og'riq bilan siyishga, siydik yo'llarini infeksiya bilan zararlanishiga olib keladi.



71-rasm. Gipospadiyaning shakllari.

A-boshida; B-tanasida (penalnaya);
V-moyak xaltasida, G-Oraliqda.

tomoniga olatni egri bo'lib qolishiga sabab bo'ladi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi juda kam hollarda o'z joyida bo'lib, uretraning katta bo'lishi sababli olat deformatsiyasi bo'lib u ilmoqqa o'xshab qoladi - xorda shaklidagi gipospadiyalar (uning boshqa nomlari: yelkanga o'xshash gipospadiyalar, «gipospadiyasiz gipospadiyalar», tug'ma kalta bo'lgan uretra).

Kasallikning simptomlari. Boshcha gipospadiyasi – eng yengil shakli bo'lib, u hamma gipospadiyalarning 70% ini tashkil qilib, siydik chiqarish kanalining teshigi gultoj jo'yagiga siljigan bo'ladi. Odatdagi uretra tashqi teshigining o'rnida, uncha katta bo'lmagan chuqurcha bo'lib, teshigi esa olatning yuganchasida joylashgan bo'ladi. Ventral yuzasida kertmak yo'q bo'lib, dorsalida esa ochiq bo'lgan olat boshining ustida etakka o'xshab osilib turadi. Boshi biroz qiyshaygan bo'ladi. Ba'zi bolalarda ektopiya uretraning teshigi toraygan bo'lib, yoki siyishni qiyinlashtirib, butunlay uni yopib turadigan yupqa parda ham bo'ladi.

Tanasida bo'lgan gipospadiyada olat rivojlanmay va olatning boshchasida ektopiya bo'lgan uretraning teshigiga qarab ketayotgan fibroz tortilmalar (xordalar) hisobiga olat orqaga qarab qiyshayib turadi. Yoshning o'tishi bilan olatning qiyshayishi ko'payib, ereksiya paytida og'riq paydo bo'ladi. Katta yoshdagilarning gipospadiyasida olatning juda ko'p qiyshayganligi sababli ko'pincha jinsiy aloqa qila olmasligi va uretraning ektopiyasi tufayli maniy qinga tushmaydi.

Moyak xaltachasining gipospadiyasida olat yana ham rivojlanmay va olatning qiyshayishi yaqqolroq ko'rinadi. Qiyshaygan olat ilmoqsimon shaklida bo'lib, moyak

Divertikulaning bo'yni tor bo'lsa, uning bo'shlig'ida toshlar paydo bo'lishi mumkin.

Uretrografiya va uretroskopiya orqali tashxis tasdiqlanadi.

Davosi- divertikula operatsiya orqali olib tashlanadi.

Gipospadiya - siydik chiqarish kanali orqa devorining distal qismining bo'lmasligiga aytiladi. Bunda siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, odatdagidan proksimalroq ochiladi: boshida yoki olat tanasining orqa yuzasida, moyak xaltasi sohasida yoki oraliqda. Shunga muvofiq gipospadiyaning to'rt shakli (darajasi) bo'ladi: boshida, tanasida, moyak halta sohasida yoki oraliqda (71-rasm).

Uretra tashqi teshigining distopiyasidan tashqari, gipospadiya yana uretra va kavernoza tanalarining uzunligi bir-biriga to'g'ri kelmasligi bilan ifodalanadi. Kalta bo'lgan uretra orqa

xaltachasiga tortilgan va bo'lingan bo'lib, katta jinsiy lablarni eslatadi. Olat boshining orqa yuzasidan ektopiya bo'lgan siydik chiqarish kanalining teshigigacha rudimentar uretraning yupqa shilimshiq pardasi o'tadi. Bemorlar o'tirib siyadi, siydikni har tomonga sachrashi sababli, son terisi yumshab va qizarib ketadi.

Oraliq gipospadiyasida tashqi jinsiy a'zolarining keskin o'zgarishlari ko'rinib, ba'zi vaqtlarda bolalarning jinsini aniqlashda qiyinchilik bo'ladi; moyak xaltachasi xuddi jinsiy lablarga o'xshab bo'lingan bo'lib, olat o'zining kattaligi va shakli bilan klitorni eslatadi. Bu xildagi murakkab gipospadiyada bo'lib ularning orasida kriptorxizm birinchi o'rinni egallaydi. Hattoki gipospadiyaning juda og'ir shakli bo'lganda ham qoidaga ko'ra, siydikni ushlay olmaslik bo'lmaydi, chunki qovuqning sfinkteri bunga qo'shilmaydi.

Ayniqsa gipospadiya germafroditizm bilan birga bo'lganda bolaning va otanasining ruhini tushiradi. Bolalar juda erta o'zining nuqson bilan rivojlanishini bilib, serjahl va pismiq bo'lib o'sadi. Shu sababli uning haqiqiy jinsini aniqlashda siydik chiqarish kanalining nuqsonini o'z vaqtida bartaraf qilish kerak.

Haqiqiy germafroditizm – bir vaqtda moyak va tuxumdonning bo'lishi juda ham kam uchraydi. Odatda ko'pincha erkak soxta germafroditizm xili bo'lgan bemorlar kuzatiladi (bitta jinsning gonadlari, ikkilamchi jinsiy belgilari – boshqasida).

Soxta erkak germafroditizmida moyaklar qoidaga binoan qorin bo'shlig'ida joylashib, moyak xaltachasi bo'linib, olat rivojlanmay, gipospadiya kuzatiladi. Ayollarnikida esa klitor gipertrofiyalangan bo'lib, tuxumdonlar odatda uyatli lablarning ichida joylashganligi sababli ularni bo'lingan moyak xaltachasida deb bilish mumkin.

Ayollarning *soxta germafroditizmida*, ko'pincha buyrak usti bezlari po'stlog'ining o'sma yoki giperplaziyasida androgenlar ajralib, ular ayollarning jinsiy bezlarining ish faoliyatlarini pasaytiradi. Bu holatni *androgenital sindrom* deb ataladi. U bemorning o'sishini tezlashtirib, junlarni erkaklarcha erta paydo bo'lishiga, o'z vaqtdan oldin epifiz va suyaklarning o'sish qismining qotishi bilan ajralib turadi.

Tashxisi. Jinsni aniqlashda sinchiklab ko'rish, laboratoriya va rentgenologik tekshirish usullarining natijasiga asoslanib qo'yiladi. Bunga kertamakning joylanishi sabab bo'lishi mumkin. U o'g'il bolalarning gipospadiyasida butunlay olatning dorsal yuzasida joylashib, soxta germafroditizmida kertmak klitorni ventral yuzasiga o'tib, kichkina uyatli lablariga qo'shiladi. Ba'zi gipospadiyada rudimentar qin bo'lib, uning farqi shundan iboratki, soxta germafroditizmida qin yaxshi takomillashgan bo'ladi. Lekin ayollarning soxta germafroditizmida tashqi tomondan qin aniqlanmay, uretraga siydik-jinsiy sinusiga o'xshab qo'shiladi.

Siydikda 17-ketosteroidlarni va epitelial hujayralarning yadrolarida jinsiy xromotinlarni aniqlash, laboratoriya tekshirishlarini o'z ichiga oladi. Buyrak usti bezining giperplaziyasi yoki o'smasida 17-ketosteroidlarning siydikdagi miqdori ancha ko'payadi. (odatda bir kecha-kunduzi 0,5-8,1 mg o'rniga ba'zida 60 mg gacha bo'ladi). Qirib olingan terida erkaklar jinsiy xromatini 5-10 %, ayollarda esa 70-80% hujayralar aniqlanadi.

Suyak rentgenografiyasi, androgenital sindromida suyaklarning qotish yadrolarining barvaqt paydo bo'lganini aniqlashga imkon beradi. Ginekografiya

orqali bachadon va uning ortig'ini aniqlash mumkin. Uretrografiya yordamida siydik-jinsiy sinusi aniqlanadi. Qorin pardasining orqa bo'shlig'iga havo yuborilib (pnevmoretroperitoneum) birgalikda tomografiya qilish buyrak usti bezi giperplaziyasi yoki o'smaning tashxisiga imkon beradi.

Juda qiyin hollarda jinsni aniqlashda, ayollarning ichki jinsiy a'zolarini bilishga, laparoskopiya va diagnostik laparotomiyalar imkon beradi.

Gipospadiyaning davosi operatsiyadir. Ikki asosiy operatsiya bosqichi bilan olat to'g'rilanib va yetmayotgan siydik chiqarish kanalining bo'limini yaratishdan iboratdir.

Davolashning birinchi davri – olatning to'g'rilash odatda 1-2 yoshda qilinadi. Operatsiya qilish ikki tarkibiy qismdan iborat: olatni qiyshiq bo'lib turgan tortmani tarashlab kesish hamda olatni ventral yuzasidan (keyinchalik uretroplastika qilish uchun), uchburchak laxtalarni almashtirish yoki kertmak terisini ko'chirish bilan teri tayyorlanadi. Kavernozi tanalarni odatdagidek rivojlanishiga sharoit yaratish uchun operatsiyani barvaqt qilish kerak.

Davolashning ikkinchi davri – uretroplastika bemorni 13-15 yoshida olatning rivojlanishiga va operatsiyani xiliga qarab bajariladi.

Hozirgi zamonda ikki asosiy guruhdagi uretroplastik operatsiyalari qo'llaniladi: mahalliy plastikani olat va moyak xaltachasi to'qimalari hamda erkin teri laxtaklari bilan plastika qilish.

Bolalardagi «*gipospadiyasiz gipospadiyani*» davolash uretra kesilib, kavernozi tanalarni to'g'rilash embrional biriktiruvchi to'qimali tortmani tarashlab kesish hisobiga bo'lib va olatning ventral yuzasidagi ro'paradan kelayotgan uchburchak laxtaklar bilan plastika qilishdan iborat.

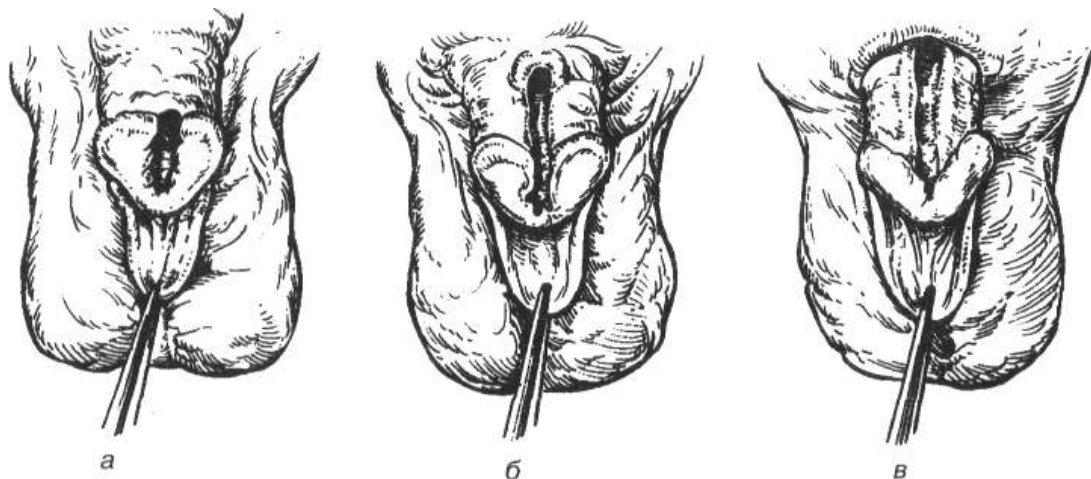
Ikkinchi davrida xuddi boshqa gipospadiyalarda qilinadigan uretroplastika qilinadi.

Olatning bosh qismida gipospadiya bo'lsa, bunda bir oz qiyshayish bo'lganligi sababli davolashni talab qilmaydi. Agar uretra tashqi teshigining torayishi uning pardasi bilan birga bo'lsa, unda meatotomiya yoki pardani tarashlab kesib tashlanadi.

Qiz bolalarda gipospadiya juda ham kam uchraydi, unda uretraning tashqi teshigi qinga ko'chganligi ma'lum bo'ladi. Bu paytda qizlik pardasining yuqori gumbazi yorilgan bo'ladi. Siydik qinga tushib, shilimshiq pardasi qizarib yumshab ketadi, ya'ni vulvovaginit bo'lib, siydik infeksiyasi yuqoriga ko'tarilishi mumkin. Agar uretra butun bo'ylab yetilmagan bo'lsa, total gipospadiya paydo bo'lib, qovuq bo'yni bilan qin orasida bir-birini qo'shadigan yoriq hosil bo'ladi. Ba'zi «ayollar gipospadiyasida» doimo siydikni tuta olmasligi kuzatiladi. Davosi qinning devoridan uretra qilishdan iborat bo'ladi. Siydik tuta olmaslik kasalligida qovuq sfinkterining plastinkasi bajariladi.

Epispadiya – siydik chiqarish kanalining dorsal (oldingi) devorining bir qismini yoki hammasini tug'ma yorilishidir. U 50 000 tug'ilgan go'daklarda bitta, o'g'il bolalarda qizlarga nisbatan 5 marta ko'proq uchraydi.

Epispadiyaning uch xili uchraydi: o'g'il bolalarda – bosh qismidagi epispadiya, olatning epispadiyasi hamma qismida bo'lgan epispadiya, qizlarda – klitorli, subsimfizli hamma qismida bo'lgan yoki retrosimfizli epispadiya (72-rasm). Hamma qismida bo'lgan (total) epispadiya boshqa shakllariga qaraganda uch marta ko'proq uchraydi.

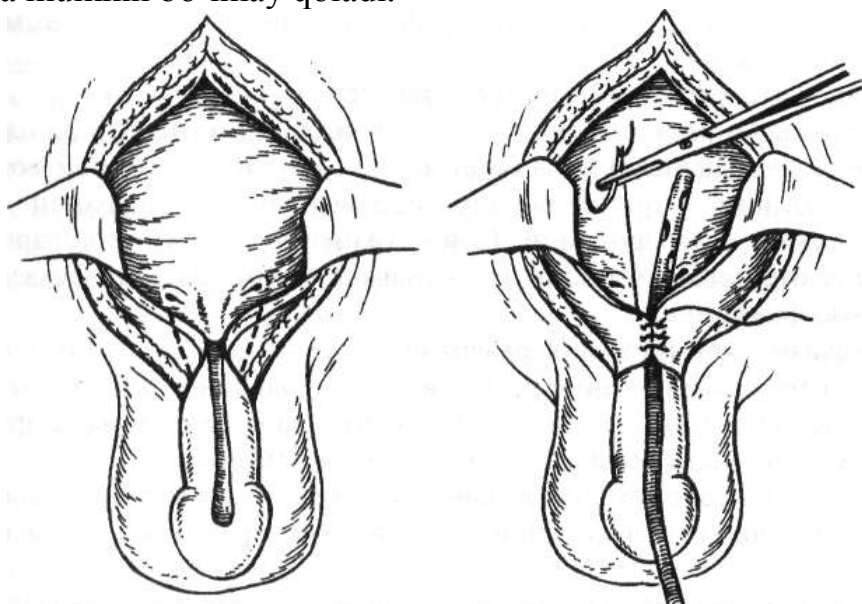


72-rasm. Epispadiyaning shakllari.

A-bosh qismidagi; B-tanasidagi; V-hamma qismida.

Alomatlari – bosh qismidagi epispadiyada olatning boshi biroz yuqoriga qiyshaygan bo'ladi. Olatning boshi zichlangan kertmakning yuqori qismi yorilgan bo'lib, tashqi siydik chiqarish kanalining teshigi, olat dorsal yuzasining gultojo' yagida ochiladi. Siyish ixtiyoriy bo'lib, biroz siydik sachrab chiqadi. Olatning rivojlanishi va uning ish faoliyati buzilmaydi.

Olatning epispadiyasida uning qiyshaygani yaqqol ko'rinib turadi. Bosh qismi yorilgan bo'lib, uning dorsal yuzasidan pastlik boshlanib, yupqa shilimshiq parda bilan chuqur shaklli ektopiyalangan siydik chiqarish kanalining tashqi teshigigacha qoplangan bo'ladi. Qovuqning sfinkteri saqlangan bo'lib, lekin ko'pincha yo'talganda, kulganda, jismoniy harakat qilganda siydikni tuta olmasligi bo'ladi. Siyish vaqtida siydik oqimini atrofga sochilib chiqishi, bemorning olat kertmagidan orqaga tortib, o'tirib siyishga majbur qiladi. Ko'pincha bu shakldagi epispadiyada qov suyaklari va qorinning to'g'ri mushaklarining ayrilishi uchraydi, qov suyaklariga yopishgan kavernoza tanalar har xil tomonga ayrilgan bo'lishi, olatning qo'shimcha kaltayishiga va oldingi qorin devoriga yaqinlashishiga olib keladi. Kattalarda olatning qiyshiqligi yaqqol bo'lganligi sababli jinsiy aloqa qilish ancha qiyin bo'lib va mumkin bo'lmay qoladi.



73-rasm. Epispadiya. Uretra sfinkterini hosil qilish.

Total epispadiyada qovuqning ayrilishi bir butun bo'lib, siydik doimo tashqariga oqib, kiyimlarga va atrofdagi tanaga tegib, bolalar tarbiyasini qiyinlashtirib, ularni jamiyat orasida bo'lishiga imkon bermaydi.

Olat rivojlanmay, ilmoqqa o'xshab, yuqoriga ko'tarilmay, teri burmalari ichida ko'rinmaydi. Uning dorsal yuzasida ayrilgan kavernoza tanalari orasidan doimo namlangan shilimshiq yo'l o'tadi. Qov suyaklari bo'g'inining keng ayrilishi sababli «o'rdak» yurish bo'ladi. Moyak xaltachasi rivojlanmagan bo'lib, ko'pincha gipoplaziya bo'lgan moyaklardan iborat bo'ladi. Kasallik ko'pincha kriptorxizm, prostata bezining gipoplaziyasi, buyrak va siydik yo'li nuqsonlari bilan birga bo'ladi. 30% bemorlar piyelonefrit bilan xastalangan bo'ladi. Qizlar epispadiyasida anatomik o'zgarish ozroq bo'lib, uning yoshlik vaqtidagi tashxisi ancha qiyin bo'ladi. Epispadiyaning klinik belgilari uning nuqsonli darajasiga bog'liq bo'ladi.

Klitorli shaklida klitor ayrilgan bo'lib, uning ustida tepaga siljigan uretra ochiladi, lekin siyish buzilmagan bo'ladi. Nuqsonni amaliyotda ahamiyati yo'q.

Subsimfizli shaklida klitor bir yo'la butun ayrilgan bo'lib, kichik va katta jinsiy lablar orasida, uning oldingi tomonida qo'shilgan joyi bo'lmaydi. Tashqi siydik chiqarish kanali keng va chuqurroq shaklida bo'ladi. Qovuqning sfinkteri qisman ayrilgan bo'lib, siydikni tuta olmasligiga sabab bo'ladi. Qov suyaklarining ayrilishi kuzatilmaydi.

Bir butun (retrosimfizarli) shaklida siydik chiqarish kanalining oldingi devori va qovuq bo'ynining oldingi bo'g'ini tamomila bo'lmaydi.

Uretra tarnov shaklida bo'ladi. Siydik doimo oqib turadi va faqat tananing gorizontol holatida qovuqda uning biroz miqdori yig'iladi.

Jinsiy lablar va qorin bo'g'ini bir yo'la ayrilgan bo'lib, qorinning to'g'ri mushaklarida ham ayrilish bo'ladi. Siydikni tuta olmasligi sababli tashqi jinsiy a'zolarining va sonning terisi yumshagan va qizargan bo'ladi.

Davosi: bosh qismidagi va klitorli epispadiya shakllarida davolanishni talab qilmaydi. Boshqa shakldagi epispadiyalarni operatsiya qilish yo'li bilan davolanishga siydik tuta olmaslik va pardozli nuqsonlar sabab bo'ladi. Davolashni maktabgacha bo'lgan yoshda o'tkaziladi. Operatsiyadan avval og'iz bo'shlig'ini va siydik yo'llarini sog'aytirib, terining shilingan va yaralangan joylarini yo'qotish kerak. Operatsiyaning maqsadi mahalliy to'qimalar hisobiga yetmagan uretra qismini yaratish hamda siydikni tuta olmasligini yo'qotish uchun qovuq bo'ynini plastika qilishdan iboratdir.

MOYAKLARNING ANOMALIYALARI

5% bolalarning moyaklari tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lib tug'iladi. Moyaklarning anomaliya soni, tuzilishi va joylanishlari har xil bo'ladi. Soni jihatidan monorxizm, anorxizm va poliurxizmlar bo'ladi.

Monorxizm – tug'ma bitta moyakning yo'q bo'lishidir. Tashxisi odatda kriptorxizm sababli qilinayotgan operatsiya vaqtida, qorin orti pardasi bo'shlig'i keng ravishda tekshirilib moyak topilmagan vaqtda qo'yiladi. Agar ikkinchi moyak odatdagidek bo'lsa, monorxizm hech qanday o'zgarishlarga olib kelmaydi.

Anorxizm - tug'ma ikkala moyakning yo'q bo'lishi. Bunda bir vaqtda moyak ortiqlarining rivojlanmasligi yoki urug' chiqarish yo'llari yo'q bo'lishi mumkin. Bunday holat juda kam uchraydi, gipogonadizm va evnuxoidizm yaqqol kuzatiladi.

Davosi – garmonlar bilan o'rnini bosish orqali chegaralanadi.

Poliorkizm - uchta yoki undan ko'proq (juda ham kam uchraydi) moyaklar bo'lishi mumkin. Qo'shimcha moyak asosiy moyakning yonida joylashib, odatda rivojlanmagan bo'lib, uning ortig'i va urug' chiqarish yo'li bo'lishi mumkin.

Davosi – qo'shimcha moyak xavfli o'smaga o'tib ketishga ko'proq moyil bo'lganligi sababli u operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi.

Tuzilishining anomaliyasiga moyakning bir va ikki tomonlama *gipoplaziyasi* kiradi. Gipoplaziya bo'lgan moyakning kattaligi bir necha millimetrdan oshiq bo'lmaydi. Moyakning ikki tomonlama gipoplaziyasi amaliyotda anorxizmga teng. Bir tomonlama bo'lgan gipoplaziyada rivojlanmagan moyakning malignizatsiyasi xavfi borligi sababli uni olib tashlash afzalroq.

Moyaklarning o'zgacha bo'lib joylanishi ko'proq uchraydi. Bularga moyakning kriptorxizm va ektopiyasi kiradi.

Kriptorxizm - moyakning tushishini to'xtatib qolishi. Uning kelib chiqishiga garmonal o'zgarishlari yoki mexanik to'siqlarga (moyak qon-tomirining kaltaligi, ularni embrional tortmalari ichki chov halqasida ushlab turish, chov kanalining rivojlanmaganligi va boshqalar) bog'liq. Garmonal omillar ko'pincha moyakning ikki tomonlama retensiyasiga, mexaniklari esa – bir tomonlamasiga olib keladi.

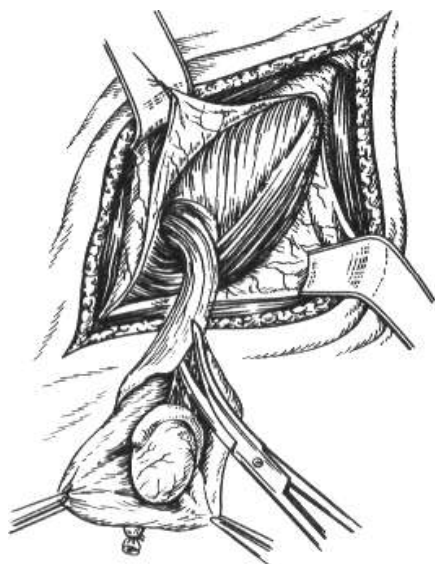
Kriptorxizm qorin va chov xillariga bo'linadi. Qorin kriptorxizmida moyak qorinning u yoki bu tomonida joylashadi. Chovli xilida esa- chov kanalida joylashgan bo'ladi. Bundan tashqari haqiqiy va soxta kriptorxizm bo'ladi. *Soxta kriptorxizm*da moyakni tortib xaltachasiga tushirish mumkin, lekin u yana o'z o'rnini egallaydi. Balog'at yoshiga yetish vaqtida moyakni xaltachasiga butunlay tushishi sababli, bu holat davolashni talab qilmaydi.

Moyakning ektopiyasini kriptorxizmdan farqini uni moyak xaltachasiga tushayotgan vaqtda boshqa tomonga og'ishi bilan aniqlanadi. Moyak chov kanalidan chiqqandan keyin uning boshqa tomonga og'ishi boshlanadi. Moyak xaltachasiga kirish joyi parda bilan to'silganligi sababli, moyak sonining chov sohasida, oraliq yoki moyak xaltachasining qarama-qarshi tomonlarining teri ostida joylashishi mumkin. Shunga muvofiq chov, son, oraliq va ko'ndalang kesib o'tgan moyak ektopiyalari bo'ladi; ko'pincha chov ektopiyasi uchraydi.

Qorin bo'shlig'ida haroratni moyak xaltachasidan 2-3°S yuqori bo'lishi sababli tushmagan moyak o'sishdan va rivojlanishdan orqada qoladi. Shunday haroratning ta'sirida moyakda sklerotik o'zgarishlar rivojlanishi mumkin, ularni 10 yoshdan keyin qaytarib bo'lmaydigan bo'ladi.

Chov kanalida joylashgani, odatda joylashgan moyakka qaraganda moyak ko'proq shikastlanib va issiqlik ta'sirida bo'ladi. Bu omillar davolash tadbirlarining zarurligini ko'rsatadi, lekin ko'pincha moyakning o'zini moyak xaltachasiga tushishi sababli davolash tadbirlarini o'tkazish uchun shoshilish kerak emas. Hayotning birinchi yoshi davomida moyakning tushishi (70%) gacha kuzatiladi. Lekin bu tushish ehtimoli balog'at yoshiga yetgunga qadar bo'ladi.

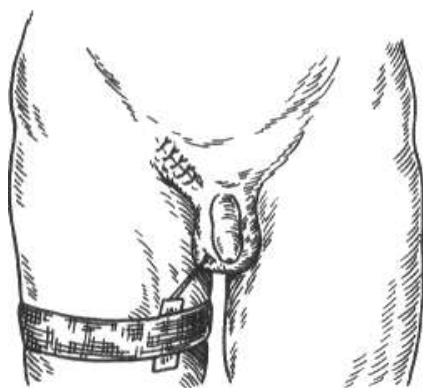
Alomatlari – moyak xaltachasida moyak yo'q bo'lsa, shu tomoni silliq bo'lib rivojlanmay qoladi. Bemorlar ko'pincha qorinda tortilib turgan og'riqlarga va



a



b



v

74-rasm. Kriptorxizm. a- moyak va urug' tizimchasini ajratish. b- moyakni yorg'oqqa tushirish. v- orxipeksiya

chovida shishib qolgan narsaning borligidan shikoyat qiladilar. 5-10 % bemorlarda endokrin o'zgarishlar alomatlari bo'lib, ko'pincha ikki tomonlama kriptorxizm u yaqqol ko'rinib turadi. 25% bemorlarda qo'shimcha chov churrasi aniqlanadi.

Oxirgi vaqtlarda kriptorxizmning har xil turlari (chov, qorinli) tashxisida moyakning stsintigrafiya usuli ^{99m}Tc - pertexnet bilan aniqlanadi.

Bemorning venasiga 5-15 mKi moddasi yuborilib (chov kriptorxizmida 5-7 mKi, qorinlisida 10-15 mKi) 0,5-1 soatdan keyin gamma kamerada tekshirish boshlanadi. Moyak xaltachasidagi o'zgarmagan moyaklarning ssintigrafiyasida ularning tashqi ta'siri to'g'ri bo'lib, moddaning to'planishi va tarqalishi bir tekis bo'ladi. O'rtadagi to'sig'i aniq ko'rinadi

Ssintigrafiya ma'lumotlariga asosan ko'pincha kriptorxizmida moyakning faqat joylashishi aniqlanmay, unda radioindikatorlarning tarqalishiga ham baho beradi. Tashqi ko'rinishining qiyshiqiligi va moddaning notekis yig'ilishiga qarab moyakning patologik zo'rayishi borligini taxmin qilish mumkin. Ultratovush skanirovaniyasi moyakning borligini, joylanishini va uning holatini, moyak xaltachasida yo'qligi haqida asosiy axborotlarni beradi.

Davosi konservativ, murakkab operativ bo'lishi mumkin. Endokrin o'zgarishlari bo'lgan bolalar va ikki tomonlama kriptorxizmi bor bemorlar konservativ davolashnisha ko'rsatma bo'lib, ular xorionik gonadotropin oladilar.

Ayniqsa testosteron-propionat va xorionik gonadotropinni yoshiga va me'yoriga qarab birgalikda qo'llash maqsadga muvofiqdir. 6-10 yoshdagilarga testosteron-propionat mushak ichiga 10 mg berilib, bir davolash davriga 15 inyeksiya, katta yoshdagilarga yoshiga qarab 2 - 2,5 barobardan oshiriladi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga xorionik gonadotropin mushak ichiga 5000 ED kunora yuboriladi (bir davolash davriga 30 ta ineksiya). Katta yoshdagi bolalar me'yorini 2 barobar oshiriladi.

Kriptorxizmning asosiy davolash usuli operatsiya qilishdan iborat.

Operatsiya (*orxipeksiya*) 6-9 yoshida bajariladi. Orxipeksiyaning bolalarda ikki davr bilan bajariladi (operatsiyadan avvalgi tayyorgarlik faqat umumiy).

Birinchi davr-chov burmasi bo'ylab teri kesilib, chov kanali ochiladi. Moyak va urug' tizimchasi embrional yopishgan joylardan ajratiladi. Qin o'sig'ining qorin pardasi urug' tizimchasining elementlaridan ajratilib, bo'ynidan tikib boglanadi. Moyak xaltachasini munosib tomonidan to'qimalarni ayrib moyak uchun joy qilinadi. Moyak xaltachasi va son terisining kesilgan joyidan, moyakni sonning keng fastsiyasiga keltirib, moyakni oq pardasiga tikib qo'yiladi. Moyak xaltachasini kesilgan joylari son terisi bilan bir-biriga tikib, moyak xaltachasi-son «anastomoz» tashkil qilinadi. Martinov usuli bilan chov kanali plastika qilinadi. Operatsiyadan keyin moyak qon-tomirlarini oshiqcha tortilmasligi uchun oyog'ini Beler taxtakachiga qo'yiladi. Yurish uchun 5 kecha-kunduzdan keyin ruxsat beriladi.

Ikkinchi davrida operatsiya 2-3 oydan so'ng bajariladi. Mahalliy novokain anestiziyasi orqali moyak xaltachasi-son «anastomoz» ajratilib, moyak xaltachasiga ko'chiriladi. Moyak xaltachasi va sonning teri nuqson chekkalari tikiladi. Bemor operatsiyaning ikki kecha-kunduzidan keyin shifoxonadan urolog yoki jarroh nazorati uchun ambulatoriyaga chiqarib yuborilishi mumkin va u yerda 7 kecha-kunduzdan keyin iplari olinadi. Katta yoshdagilarda orxipeksiyaning bir davrda bajarib, moyak xaltachasiga tushirilgan moyakni, yo'g'on ipak ipni uning oq pardasidan o'tkazib, moyak xaltachasining pastki qismidan tashqariga chiqarilib, u yoki bu usul bilan sonning ichki yuzasiga tortilib mustahkamlanadi (74-rasm).

Kriptorxizmning natijasi asosan moyakning rivojlanmagan darajasiga bog'liq. Hisoblashlarning natijasiga qaraganda operatsiyasiz 10% kriptorxizimli erkaklar urug'lik qobiliyatiga ega. Operatsiyadan so'ng bir tomonlama kriptorxizmga urug'lik 80% gacha ko'tarilib, ikki tomonlamasida esa 30% bo'ladi.

Moyakning ektopiyasi, odatda 6 yoshda bir davrda bajariladi, chunki urug' tizimchasi yetarli darajada bo'ladi. Natijasi qoidaga ko'ra yaxshi. Ko'ndalang kesib o'tgan moyakning ektopiyasi davolashni talab qilmaydi.

Moyak pardasi va urug' tizimchasining sariq suv kasalliklarini bir-biriga quyilishi (gidrotsele, funikotsele), qin o'sig'ining qorin pardasi bitib ketishi va yosh bolalarda limfatik tomirlarni yetishmaganligi anomaliyaning paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Buning natijasida moyak pardasi bilan urug' tizimchasi orasida qisman bo'lgan bo'shliq orqali qorin bo'shlig'i qo'shilgan bo'ladi. Shuning uchun bunday sariq suv kasalligini bir-biriga qo'shib turishi deb ataladi. Sariq suv kasalligining joylashgan o'rniga va uning qorin bo'shlig'i bilan qo'shilishiga qarab turli xil shakldagi sariq suv kasalliklari paydo bo'ladi.

Moyak xaltachasining bir yoki ikkala tomonining katta bo'lishi, sariq suv kasalligining klinik ko'rinishi bo'lib hisoblanadi. Odatda kattalashish bolani bezovta qilmay, u kun buyi o'zgarmaydi yoki kechqurunga qadar asta-sekin yo'g'onlashib boradi. Sariq suv kasalligini paypaslaganda u qayishqoq narsaga o'xshab moyakning atrofini o'rab turadi. Uning chov churrasidan farqi shundan iboratki, suv qopining ichidagi hamma narsani bir yo'la qorin bo'shlig'iga kirgizib bo'lmaydi. Diafanoskopiya yordamida suv xaltasidan yorug'likning o'tishi sariq suv kasalligining o'ziga xos bo'lgan alomatlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Qorin parda qin o'sig'ining obliteratsiyasi 1,5 yoshi davomida bo'lishi mumkin, shuning uchun operatsiyaning shu davr o'tgandan keyin qilish kerak. Agar suv suyuqligi tezda yig'ilib, moyakni bosib tursa, bir yoshgacha bo'lgan bolalarda suv xaltachasini qaytadan punksiya qilib ichidagi suyuqlik so'rib olinadi.

Bir-biri bilan qo'shilgan sariq suv kasalligida operatsiya qilib, qorin pardasi qin o'sig'ining proksimal bo'limi boglanib va uni moyak pardasigacha tarashlab kesiladi. Moyakning o'z pardasida tuynuk qoldiriladi. Birinchi vaqtlarda paydo bo'lgan suyuqliklar bu tuynuk orqali atrofga tushib, shu yerda so'rilib ketadi.

Katta yoshdagi bolalarda (10 yoshdan keyin) bir-biriga qo'shilmagan sariq suv kasalligida Vinkelman operatsiyasi bajariladi (moyak pardasi kesilib, u moyakning orqasiga to'ntarilib tikiladi).

OLATNING ANOMALIYASI

Olat anomaliyasi bu olat chekka kertmagi teshigining tug'ma tor bo'lishi va kertmak teshigining tor bo'lishi tufayli olat boshini yalang'och qilish imkoni bo'lmasligidir.

Bu holat yosh bolalar hayotining birinchi yoshida fiziologik bo'lib, agar kertmak xaltasida yallig'lanish-balanopostit rivojlanmasa, kertmakning tashqi teshigini bitib ketishiga olib keladi. Bu hollarda dizuriya, notinchlik, siyish oldidan vahimalar paydo bo'ladi. Yosh bola siyishni to'xtatib turadi. Bu holat asta-sekin qovuqning hajmini oshirishga, uni atoniya va yuqori siydik yo'llarini gipotoniyasigacha, sistit va piyelonefritlarning rivojlanishiga olib keladi.

Kertmak xaltasi siyish vaqtida siydik bilan ancha to'lgan bo'lib, kertmakning tor teshigidan ingichka oqim bilan chiqadi.

Qaytalanadigan balanopostit kertmakning bitishini rivojlantirib, olat boshi bilan kertmak xaltasining orasida qattiq chandiqlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Shunday qilib fiziologik kertmak teshigi patologik kertmak torayishiga aylanadi.

Fiziologik kertmak teshigining torayishi yosh bolaning birinchi yillarida, odatda davolashni talab qilmaydi.

Agar tor kertmakning tagida bolishga o'xshab yoki gultojo' yak atrofida alohida toshlarga o'xshab ancha smegma yig'ilsa, ko'karib ketgan kertmak tug'ma asbob yordamida ajratib, olat boshi ochiladi. Yig'ilgan smegma olib tashlanib, odatda olatning boshiga tozalangan vazelin yog'i surtiladi, kertmak esa avvalgi holatiga keltiriladi. Undan so'ng 3-4 kun davomida 0,1% permanganat kaliy eritmasida yalang'ochlangan olat boshi vanna qilinib, kertmak xaltasiga vazelin yog'i tomiziladi. Agar kertmak xaltasining o'zi 3-4 yoshgacha ochilmasa, uni temir tugma asbob yordamida aylanma harakat bilan kertmakni olat boshidan ajratiladi. Kertmak yaqqol bitib ketsa, qayta-qayta balanopostit bo'lib tursa, kertmakni aylanasi kesib olib tashalanadi.

Parafimoz - olat boshining tor kertmakda qisilib qolishi. Bunda olat boshining shishib ketishi, kuchli og'riqlar, qiyinchilik bilan siyish paydo bo'lib, olatning terisi ham birdaniga shishib, katta bo'lib ketadi.

Agar o'z vaqtida to'g'rilanmasa, qisilib qolgan kertmakning halqasi va hattoki olatning boshida nekroz rivojlanishi mumkin.

Davolash uchun olat boshi to'g'rilanishi kerak. Shuning uchun ba'zi vaqtlarda qisilgan holqa kesilib, kertmakning aylanasi tarashlanadi va operatsiya qilinadi.

Olatning kalta yuganchasi, yosh bolalarda olatning boshini kertmak xaltasidan chiqarish to'sqinlik qiladi. Kattalarda esa ereksiya vaqtida olat boshi qiyshayib jinsiy aloqani qiyinlashtiradi. Ba'zida jinsiy aloqa vaqtida yugancha yorilib ketib ancha qon oqishi kuzatiladi.

Davosi yuganchani ko'ndalangiga kesib, yarasini bo'yniga qarab tikishdir.

V bob

GIDRONEFROZ

Gidronefroz (yunoncha - suv va buyrak) siydikni buyrakdan pastga yo'nalishi to'xtab, sekinlab qolishi va buyrakdagi gemotsirkulyatsiyaning (qon aylanishining) buzilishi natijasida buyrakning jomi va kosachalarining kengayishi, buyrak to'qimasining ko'rinishi va uni boshqa barcha vazifalarini, kelajak taraqqiyotini tubdan buzilishiga olib boruvchi buyrak kasalligidir. Oxirgi yillarda bu kasallik ba'zi bir mamlakatlarda gidronefrotik transformatsiya (gidronefroz holati) deb atala boshladi.

Tasnifi.

Tajriba nuqtai nazardan va gidronefroz hajmidagi zamonaviy nazariyalarga asoslanib kasallikni ikki turga bo'lish ma'qul.

- Birlamchi gidronefroz, ya'ni jom va siydik naychasi bo'g'imining tugashi torligi natijasida, siydik oqimining buzilishidan paydo bo'ladi.
- Ikkilamchi ottirilgan gidronefroz, biror kasallik (siydik tosh kasalligi, buyrak tosh, siydik naychasi o'smasi, siydik yo'llarining shikastlanishini) asorati va boshqa sabablar tufayli vujudga keladi.

Birlamchi hamda ikkilamchi gidronefroz yopiq yoki intermitik bo'lishi mumkin. Agar yuqorida qayd qilingan siydik to'siqlaridan birortasi siydik naychasining eng pastki qismida paydo bo'lsa, bir tomonlama gidroureteronefroz (suv-siydik naycha buyrak) paydo bo'ladi. Agar to'siqlik qovuqning bo'yin qismida yoki siydik kanalida bo'lsa, ikki tomonlama gidroureteronefroz (suv siydik naycha-buyrak) paydo bo'ladi. Suv siydik naycha buyrak bolalar urologiyasida keng tarqalgan. Kattalar orasida esa ko'proq 20-40 yoshlardagi uchraydi. Ayollarda erkaklarga qaraganda 1-1,5 barobar ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi.

Gidronefrozda har doim siydik yo'lining biron bo'limida, ya'ni ko'proq naycha qismida paydo bo'ladigan g'ov natijasida yuzaga chiqadi. S.P.Federov bu g'ovlarni 5 qismga bo'ladi.

- 1.Zakar va qovuqdagi g'ov.
- 2.Siydik naycha bo'ylab tashqarisidan qisadigan g'ov.
- 3.Siydik naychasini yo'nalishini o'zgarishdan paydo bo'ladigan g'ov.
- 4.Siydik naychasi jomlar devoridagi siydikning oqishini buzadigan g'ovlar.
- 5.Siydik yo'llarini chiki qismidagi g'ovlar.

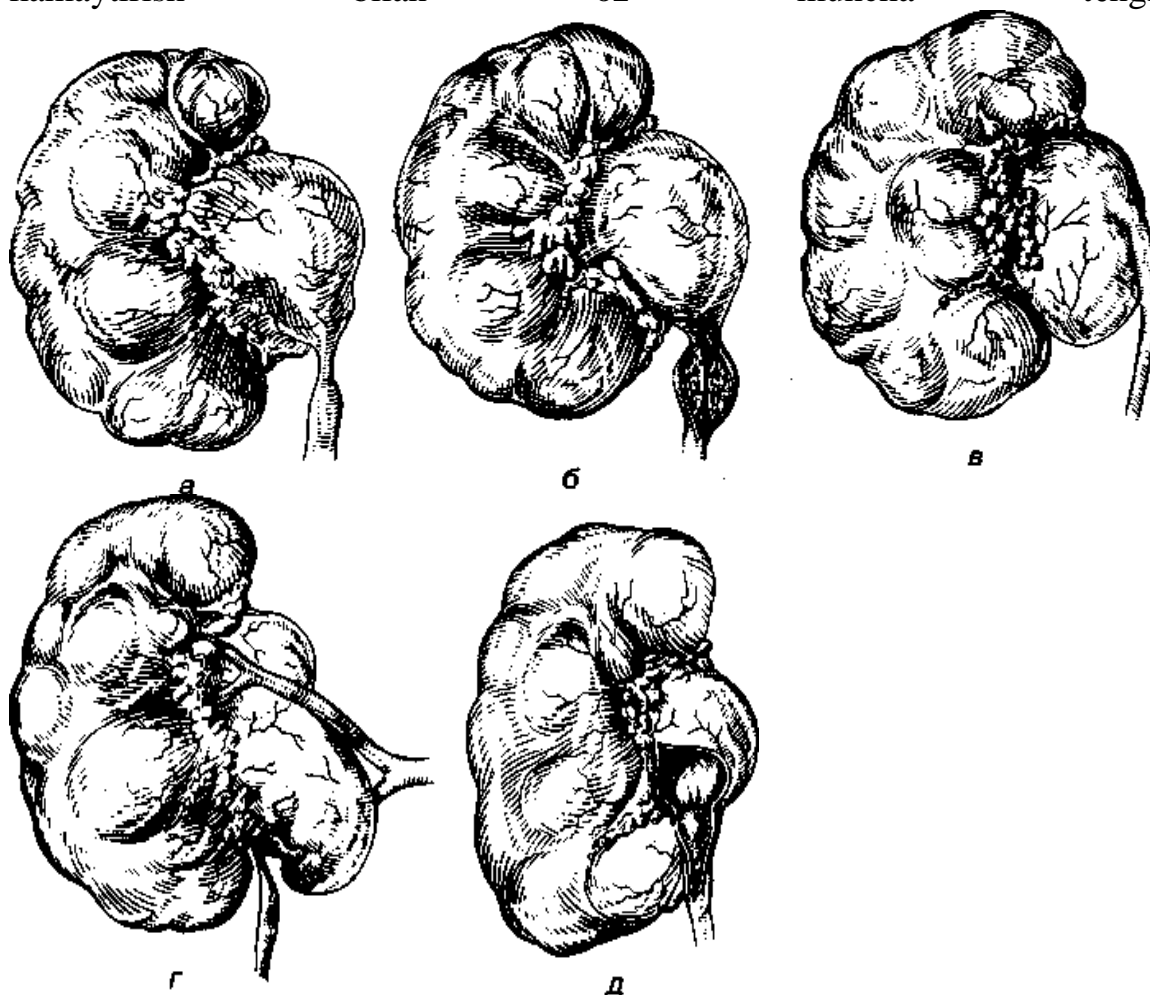
Patogenez.

Gidronefroz haqidagi zamonaviy nuqtai nazarga ko'ra, kasallikning yo'nalishi 3 davrga bo'linadi: 1 davr-faqat jomning o'zini kengayishi bilan bir qatorda, buyrakning vazifasini ham oz miqdorda bo'lsada buzilishi bilan kechadi; 2 davr - jomni o'zini emas, balki kosachalarni ham kengayishi (gidrokalikoz-suv kosa), buyrak parenximasining yupqalanishi hamda buyrakning vazifasini anchagina buzilishi bilan; 3 davr – buyrak parenximasini juda yupqalashib, buyrakning xalta xoliga

kirib qolishi bilan ifodalanadi. Sekreksiya va reabsorbsiya jarayoni saqlanib tursada reabsorbsiyaning sekreksiya yordamida sustligi, buyrakni jom va kosachalarida siydikning dam bo`lib qolishiga sabab bo`ladi. Bu holat buyrakni gidronefroznig barcha davrlarida ham o`z vazifasini bajaradigan a`zolar tarkibiga kiritishga imkon beradi.

Radioizotop tekshiruvlarning ko`rsatuviga ko`ra, damlangan buyrak jomchasidan yod izotoplarini, natriyni, kolloid tillani qonga qayta so`rilishi aniqlangan.

Suv-buyrak holatning boshlang`ich davrlarida, buyrak qismidagi siydik dimig`i, buyrak jomi va kosachalarini devorlaridagi mushaklarining tolasini kattalashib ketishi ro`yobga chiqaradi. Kosachalarni spiral mushaklarini asta-sekin kattalashib ketishi, siydikning so`rgichlari va fornikal zonalarga bo`lgan bosimini, buyrak kanalchalaridagi sekretor bosimdan ham ortirib yuboradi, bu esa siydikni so`rgichlaridan, buyrak jomiga ajralishini buzadi. Bu holat siydikning ajralishini kamaytirish bilan oz muncha tenglashtiradi.



68-rasm. Byrak jomchasidan siydik oqishiga to`sqinlik qiluvchi sabablar. a- jomcha – siydik nayi segmenti stenozi; b- jomcha – siydik nayi segmenti mushaklari gipertrofiyasi; v- siydik nayining jomcha yuqori qismidan chiqishi; g – qo`shimcha qon-tomir; d- siydik nayi segmenti toshi;

Ammo buyrak vazifasining bunday nisbiy muvozanati uncha uzoq davom etmaydi. Buyrak jomi va kosachalarining devoridagi muskul tolalarini vikar kattalashib ketishi asta-sekin ularni yupqalashuvi bilan almashinad, natijada siydikning yo`nalishi buzilib, jom va kosachalarini kengaytiradi, buyrak so`rgichlari

va buyrak to'qimalarini atrofiyaga olib boradi. Gidronefrozning kelib chiqishidagi asosiy omillaridan yana biri buyrakni hali o'z vazifasini yo'qotmagan qismlarida siydikning tiqilib qolishidadir. Bu holat hali uncha kengaymagan jomlarda qisqa vaqt mobaynida ichki bosimning ortib ketishi holatlarida ham uchraydi. Buyrak jomidagi bosimning ortib ketishi, yangi kelib qo'shilayotgan siydiklar tufayli bo'lib qolmay, balki gidronefrozning boshlanish jarayonida gipertrofiyaga uchragan va ko'pincha qattiq og'riqlarga sababchi bo'lgan kosachalarning muskullarini, ayniqsa fornikal sfinkterlarni hamda kosachalar sfinktrlarining qisqarishiga bog'liq. Bu gipertrofiyaga uchragan sfinktrlarining qismlarini, kosachalarining devorlarini butunligini buzadi va ajralgan siydikni jomlardan qaytadan parenximasi tomon haydaydi.

Siydik naychalarida to'g'on paydo bo'lgan paytdan qariyb 24 soat chamasi o'tgach, transformikal shish ezganligi sababli, buyrak piramidalarining atrofiyasi boshlanadi, so'rgichlari asta-sekin yalliglanadi. Oradan 6-10 kun o'tgach, piramidalarining atrofiyasi anchagina avjiga chiqadi: so'rgichlari asta-sekin ichiga tortiladi. Ikkinchi haftaning oxiriga borib, fornixlar yo'qoladi. Bertiniev ustunlari o'z holatida qoladi. Genli sirtmoqlari kaltalanadi yoki asta-sekin yo'qolib boradi. Bu vaqt ichida buyrak ko'ptokchalarining jarohatlashuvi hali uncha ko'p emas. Ba'zi ko'ptokchalar baland filtratsion bosim bilan, boshqalar esa past bosim bilan ishlab turadi. Shunga ko'ra, buyrakni balandroq qon bosimi bilan ta'minlangan bo'limlaridagi ko'ptokchalardan ajralgan glomerulyar filtrat, kosachalar va jomlarga yetib boradi u yerdan esa tubulyar reflekslar tufayli, pastroq qon bosimi bilan ta'minlangan buyrak to'qimasining ko'ptokchalariga, yig'uvchi kanalchalarga qaytadi. Qon bosimi har xil bo'lgan bu ikki gupuh ko'ptokchalari siydikning qayta so'rilishini ta'minlaydi.

Fornixslarning yuqolishi tufayli, yig'uvchi kanalchalarning ichi kengayadi. Bu esa siydikni jomdan kanalchalarga qaytishini osonlashtiradi. Siydikning oqimi hech to'xtamaydi. Piyelovenoz rkflyuk va limfa reabsorbsiyasi teskari glomerulyar filtraiyaga almashadi. Endi buyrak ichida aylanib yurgan siydik tubulyar apparatining sezilarli atrofiyasi tufayli ko'ptok filtratiga o'xshab qoladi. O'zgarib turuvchi qorin bushligining bosimini bu o'zgarishlarga qo'shilishi asta-sekin buyrak ko'ptokchalarida sirkulyatsiyasining buzilishiga va (ko'pincha 6-8 hafta oxiriga borib) yemirilishiga olib boradi. Tug'on davom etaversa, bora-bora kosachalarning gumbazlari yoriladi natijada siydik oqimining to'qimalari orasiga, qon-tomirlarga limfa sistemasiga bema'lol yo'nalishi ga imkoniyat tugiladi. To'qimalar orasidagi bosimning ortishi bu yerda qon aylanishini buzadi va piramidalarining atrofiyasiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt davom etgan transformikal shish natijasida buyrak parenximasini buyrakdagi qobug' qatlamida joylashgan bertiniev ustunchalaridan ko'ra, uning piramidalarida yaqqolroq ko'zga ko'rinadi. Qobug' hamda kapilyarlardagi qon aylanishining buzilishi buyrak to'qimalaridagi umumiy qon aylanishini buzilishiga olib boradi, bu esa kislorod tanqisligiga va to'qimalarda modda almashuvining bo'zilishiga, oqibatda buyrak qobig'ining umumiy atrofiyasiga olib boradi.

Shunday qilib, gidronefrotik transformatsiya ikki fazada - birinchi fazasida buyrakning miya qismi, ikkinchisida qobug' qismi atrofiyaga uchraydi.

Gidronefrotik transformatsiya sharoitida buyrakni qon-tomirlar apparti ham anchagina o'zgarishlarga duchor bo'ladi. Gidronefrotik qayta ko'rish paytida, qobug'

qon-tomirlari ingichkalashadi va uzunlashadi. Shuning bilan bir qatorda buyrakning ichki tomirlarini endoteliasini proliferatsiyasi hamda ularning elastik membranalarining buzilishini kuzatish mumkin.

Gidronefrotik transformatsiyani anchagina eskirgan holatlarida ham glomerulyar filtratning oz bo'lsa, qayta so'rilishi, siydikning ajralishi va uni buyrak jomchasiga yig'ilishi davom etaveradi: fornikslar butunlay yuqolganda ham filtratning reabsorbsiyasi tubulovinoz reflyuks orqali davom etadi, demak gidronefrotik transformatsiyaning paydo bo'lishida jom buyrak reflyukslarining katta o'rni bor.

Bu kompensator mexanizmlar buyrakning kosa jom sistemasida bosimni kamaytiradi va shu bilan buyrak sekretsiasini saqlab turadi.

PATOLOGIK ANATOMIYA

Gidronefroz patalogik anatomiyasi buyraklarning tuzilishini anatomik variantlariga va kasallikning stadiyasiga bog'liqdir. Gidronefrotik transformatsiyaga duchor bo'layotgan buyrak kasallikning boshlang'ich bosqichlarida tashqi ko'rinishi dan jomni buyrak ichida yoki uning tashxisida joylashgan bo'lishligidan qat'iy nazar sog'lom buyrakdan kam farq qiladi. Kasallikning boshlanishida asosiy o'zgarishlar jom va kosachalarda boradi. Jomlarning ichki bosimini tobora ortuvi natijasida kosachalarning ham hajmi orta boradi, tuzilishi o'zgaradi: ular yumaloqlashadi, bo'yin qismi kattalashadi va kengayadi. Bunday holat (gidrokalikoz, suv kosa) jomni ko'pincha buyrakni ichki qismida joylashgan paytlarida yuzaga chiqadi. Kosachalar hali kengaymasdan, jomning hajmi kattalashadi - piyeloeктоziya. Bu holat jomni buyrakni tashqarisida joylashgan kezlarida anchagina tezrok rivojlanadi. Shunday qilib, gidrokalikozga, piyelotaziya, qo'shilsa, gidronefroz paydo bo'ladi. Jomning devori undagi muskul to'qimalari atrofiyasi va ularning o'rnini qo'shuvchi to'qimalar egallashi natijasida asta-sekin yupqalashadi, nerv tolalari atrofiyaga uchraydi, qon va limfa tomirlarining bo'shlig'i berkilib ketadi. Siydikning oqimiga bo'lgan to'g'on yo'qolsa, jomni ichki bosimi qancha ko'p vaqt baland bo'lib tursa, jom va kosachalarning nerv muskullarini tarangligi shuncha pasayadi.

Gidronefrozning oxirgi bosqichlarida buyrak jomining devorlari yupqalashib, gumbazi qo'shuvchi to'qimadan iborat bo'lgan xaltaga aylanib qoladi. Kengayib borayotgan jom asta-sekin buyrak to'qimalarini itarib chetga suradi. Buyrak to'qimalari jom hamda buyrakni qobiq pardasi orasida qisiladi, kosachalarning ichki bosimi, buyrak so'rgichlarini ezadi va ularni yappaytiradi, gumbazlaridagi arteriya va vena qon-tomirlari ham eziladi, buyrak to'qimalarida, avvalom bor atrofiyaning tezrok borishiga sababchi bo'lgan, buyrakni miya kobig'idagi qon va limfa aylanishi buziladi. Olib tashlangan buyraklarni arteriyaografiyasi hamda gidronefroz bemorlarning buyraklarini arteriografiyasini sinchiklab o'rganilganda, ulardagi buyrakning asosiy arteriya qon-tomirlarini torayganligini va venalarini bujmayib, berkilib qolganligini ko'rish mumkin. Buyrak to'qimalarining atrofiyasi qancha rivojlangan bo'lsa, undagi qon-tomirlar shuncha toraygan bo'ladi va ular bir-birlaridan shuncha o'zoqlashadi. Gidronefrozning oxirgi bosqichlarida buyrak juda ham qattiqlashadi, uning eti juda yupqalashadi.

Belgilari

Gidronefroz ko`pincha hech qanday belgisiz rivojlanadi. Ba'zan kasallikka infeksiya qo`shiladi, buyrak biror narsaga urilishi natijasida shikastlansa yoki bemorning qorni paypaslaganda qo`lga biron o`sma urilgandagina, kattalashib qolgan buyrakning borligini tushunish mumkin. Gidronefroz uchun xos birorta ham belgi yo`q. Ko`pincha buyrak sohasidagi o`zgarib turuvchi yoki bir xilda ezib turadigan yoki tulg`oqsimon sanchiq bo`lishi mumkin. Bemorlar ko`pincha siydik miqdorining og`riq paytida keskin kamayib, og`riq bosilganda esa yana ko`payib qolishligini qayd qiladilar. Gidronefrozni so`nggi bosqichlarida keskin og`riqlar yo`qolib boradi. Ba'zan gidronefroz bemorlarda buyrak sanchig`i paytida tana haroratining ko`tarilishi, piyelovenoz reflyuksi tufayli yallig`lanish jarayoni qo`shilishiga bog`liqdir.

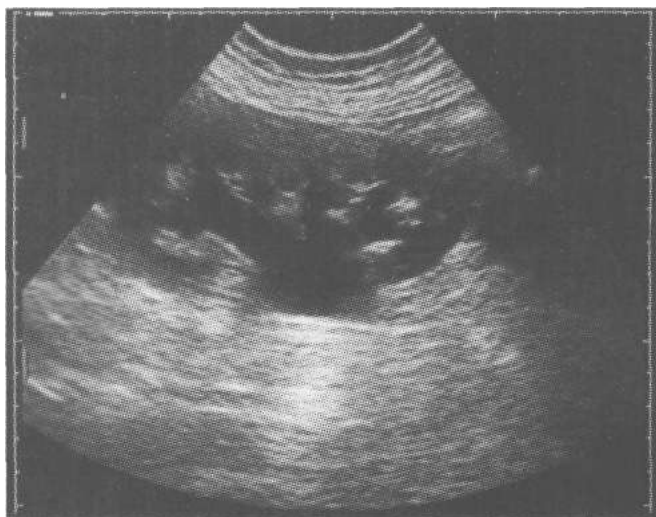
Kasallikning ikkinchi belgisi qovurg`a ostidan paypaslab topiladi, ba'zan esa gidronefroz juda katta bo`lganda qovurg`a ostidan bo`rtib, ko`zga tashlanib turadigan o`smaning topilishida qon siyish gidronefrozda tez-tez uchrab turadigan va ba'zan esa uning birdan-bir belgisidir. Bu belgi siydikning oqimini ba'zan qisqa vaqt ga yaxshilanib, buyrak ichki bosimining keskin pasayishi natijasida paydo bo`ladi.

Bir tomonlama aseptik gidronefroz asta-sekin rivojlangani munosabati bilan, bemorlar biroz o`zlarini sog`lom sezaverishadi. Ikkinchi buyrak kasal buyrakning vazifasini ham o`tagani tufayli bir tomonlama gidronefrozni og`ir holatlarida ham buyrak yetishmovchiligi yuzaga chiqmaydi.

Ikki tomonlama gidronefroz asta – sekin rivojlanuvchi surunkali buyrak yetishmovchiligiga va uremiya oqibatida o`limga olib boradi. gidronefrozning oqibatlariga misol qilib, o`tkir va surunkali piyelonefritlarini, ikkilamchi siydik toshlarini va gidronefrotik buyrakning yorilib ketishi kabi holatlarni ko`rsatish mumkin.

T a s h x i s i

Kasallik tarixini o`rganilganda bemorda tez-tez bo`lib turgan buyrak sanchiqlari yoki buyrak sohasidagi har xil og`riqlar tashxis uchun asos bo`la oladi. Bemorni paypaslab, kattalashib ketgan gidronefrotik gidronefrozni topish mumkin.



76-rasm. Gidronefroz. Ultrasonogramma.

Toqqilatib urish yoki tekshirilayotgan o`smani esa qorin bo`shlig`iga yoki uning tashqarisiga aloqador ekanligini aniqlash mumkin, chunki gidronefrozda to`mtiq tovush bo`ladi. Agar gidronefroz katta bo`lsa, uning ustini bertikib turgan ichaklar ichkariga tomon siljiydi va olingan ovoz o`tmas bo`lib eshitiladi.

Xromosistoskopiya qo`shimcha omillardan bo`lib, uning yordamida buyrakning ishlash qobiliyatini aniqlash, gidronefrozni bor-yo`qligini gumon qilish mumkin.

Gidronefroзда indigokarmin jarohatlangan buyrak jumbog'idan umuman ajralmaganligi yoki kechikib juda kuchsiz, rangi pastroq bo'lgan oqim holatida ajralish mumkin.

Gidronefrozni tekshirishda riadoizotop renografiya va dinamik nefrostsintigrafiya, buyrak to'qimalarini ishlash qobiliyati to'g'risida kerakli ma'lumotlarni beradi.



a



b

77-rasm. Ekskretor urogramma: a- katta yoshdagi bemor o'ng buyragida gidronefroz; b- 6 oylik chaqaloq chap buyragida gidronefroz



78-rasm. Retrograd ureteropiyelogramma – chap tomonlama gidronefroz

Rentgenologik tekshirishlar kasallikni aniqlashda asosiy o'rinni egallaydi. Bemorni yaxshilab tayyorlab qilingan rentgen rasmi kattalashib ketgan buyrakni va uning ichidagi toshlarni aniqlashda yordam beradi. Ekskretor urografiya esa sog'lom va kasal buyraklar to'qimalarining ishlash qobiliyatlarini va ularning siydik yo'llarini holatlari haqida anchagina ma'lumot beradi. To'qimalari anchagina yaxshi saqlangan buyraklarni tekshirishda vena qon-tomiriga rentgenokonstrast modda yuborilib 10 minut o'tkazib qilingan urogrammalarida, kosalarning ichida uncha aniq ko'rinmaydigan tosh soyalari topiladi, chunki buyrak

to'qimalaridan odatdagiga nisbatan oz miqdorda ajralgan rentgen kontrast moddali siydik kosa va jomlarda to'planib turgan siydik bilan aralashib suyilib qoladi. Vaqt

o'tgach rentgenokonstrast modda, jom va kosachalarda yig'ila boradi. Bunga sabab undagi siydikning ajralib chiqishi qiyinlashganligidir. Keyingi rentgen rasmlarda, vazifasi anchagina buzilgan buyrakni ichki tuzilishidan tasavvur beruvchi, kengayib ketgan jom va kosachalarning soyalarini, ba'zan esa ularni kengaytirib yuborgan sabablarni ko'rish mumkin.

Ichki tuzilishi va asosiy vazifasi anchagina yomonlashgan buyrak to'qimalaridan siydikni sekin ajralishi va jom kosachalarga kechikib yig'ilganligi sababli, ularning ichki ko'rinishini kontrast venaga yuborilganidan 1-2 soatdan keyingina aniqlash mumkin. Agar to'qima juda ko'p o'zgargan bo'lsa, u holda rentgenokonstrast modda hech ajralmaydi, ba'zan o'tkir to'siq paydo bo'lishi natijasida buyrak to'qimalarini vaqt uncha charchab ishlamay ham qoladi va damba olib tashlansa yana ishlab ketadi.

Gidronefrozning kechki darajalarida buyrakning holati to'g'risida yetarlicha ma'lumot olish uchun venaga yuboriladigan rentgen kontrast modda miqdorini ikki borabar oshirishga yoki infuzion usulni qo'llashga to'g'ri keladi.



79– rasm. Antegrad piyeloureterigrama-8 oylik chaqaloq o'ng buyragida gidronefroz

Urogramma gidronefrozning tuzilishi har xil tasvirlanadi, oz miqdorda kengaygan jomcha shaklidan yumaloq yoki uzunchoq ammo katta hajmdagi jom va yumaloq shaklli kosachalar sifatida ko'zga tashlanadi. Gidronefrozning qaysi darajasida bo'lmasin, uni jom va kosachalarining tashqi shakli urogrammalarda tekis va aniq ko'rinadi. Bu esa gidronefrozni piyelonefritdan, sildan va piyelonefrozdan farqlab turadi. Ureterogrammada siydik naychasidagi to'siq, egri-bugri, kengaygan yoki toraygan joylari aniq ko'rinadi. Jomni siydik naychasiga u joydagi keskin ajratib turuvchi soyalar ko'pincha

klapan yoki qo'shimcha tomirlarga xos bo'ladi.

Rentgenokonstrast eritmasini pastdan yuqoriga yuborib qilingan rentgen rasmlarda yuqorida aytilgan soyalar yanada aniq ko'rinadi.



80-rasm. Komp'yuter tomogrammasi. Gidronefroz.

Ammo bunday tekshirishlarni ehtiyotkorlik bilan qilingan ma'qul, chunki to'siq tomonda yallig'lanish jarayonini kuchaytirib yuborish mumkin va shu sababli tezlik bilan operatsiya qilish ehtimoli tug'ilishini nazarda tutmoqlik kerak. Juda zarur bo'lsa bunday tekshirishlar operatsiya arafasida

o'tkazilgani ma'qul. Plastik operatsiyalardan keyin jomga o'tkazilib qo'yiladigan drenaj naychasi siydikning oson oqib chiqishini ta'minlaydi va shu bilan birga yallig'lanish jarayonini to'xtatib turishga imkoniyat beradi. Shuning uchun retrograd piyelografiya qilingandan F kateterni darrov olib tashlanmagani, balki 1-1,5 soatdan keyin, yuborilgan rentgenokonstrast modda oqib chiqib ketganidan keyingina olingani ma'qul.

Har qaysi buyraklardan alohida siydik olib tekshirish, mikroflorasini antibiotiklarga moyilligini, piyelonefritli gidronefrozlarni tashxislashda qo'llaniladi. Gidronefrozning darajasini va qo'shimcha tomirni aniqlash uchun angiografiya qilinadi. Hamma ko'rsatilgan usullar gidronefrozni aniqlashga, uning darajasini belgilashga, buyrak to'qimalarining va siydik yo'llarining holatini bilishga va ayniqsa kasallikni keltirib chiqargan sabablarini topishga qaratiladi. Bularning hammasi davolash yo'lini to'g'ri belgilashga yordam beradi. Hamma ko'rib o'tilgan choralar bajarilib bo'lmasa yoki kasallikning to'g'ri aniqlash imkoniyat topilmasa, teri orqali qilinadigan antigrad piyelografiya qilishga to'g'ri keladi.

Oxirgi yillarda gidronefrozni aniqlashda radiozotop tekshirish usullari hamda dinamik sinstografiya, bevosita buyrak angiografiya qo'llanilmoqda. Ularning yordamida shikastlangan buyrak to'qimalarini va qon aylanishining holatini, siydikni hosil qilish va uni ajratish qobiliyatini aniqlash mumkin. Ultratovush yordamida Gidronefroz buyrakda suyuqlik to'plangan bo'shliqlarni aniqlash mumkin.

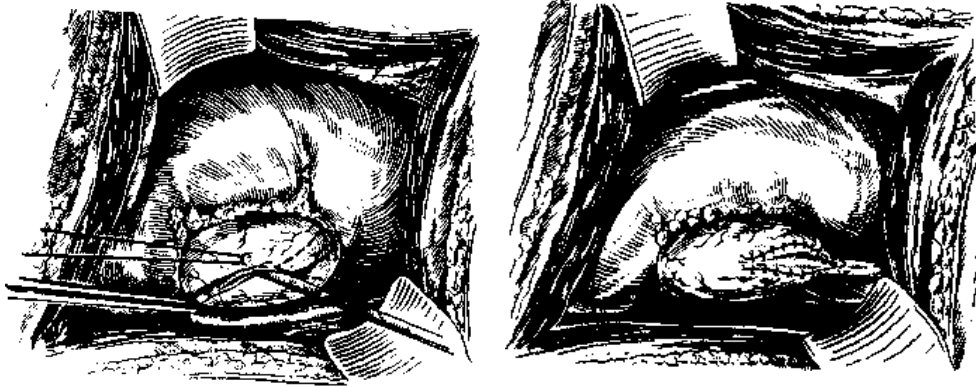
F a r q l o v c h i t a s h x i s

Gidronefroz rivojlanishida qaysi belgisining ko'proq gavalanganiga ko'ra, uni buyrakning va qorin bo'shlig'ining a'zolarini ba'zi bir kasalliklardan farqlash kerak.

Og'riq belgisini buyrak toshda, nefroptoza uchraydigan og'riqdan farqlash kerak. Buning uchun rentgen qilinsa, rentgenonegativ toshlarni topilib qolishi, buyrak tosh kasalligining borligini tasdiqlash mumkin. Nefroptoza uchraydigan og'riq belgisi asosan, harakat qilinganidagina kuchayadi, agar bemor tinchlansa va qimirlamay yotsa, og'riq yo'qoladi yoki pasayadi. Buyrakning vazifasi nefroptoza buzilmagan bo'ladi. Paypaslaganda aniqlangan o'smani gidronefroz polikistoz, salitar kista va buyrak o'smasi deb ham o'ylash mumkin. Odatda buyrak o'smasi paypaslaganda u kamroq siljiydi, anchagina qattiq, yuqorisi tekis bo'lmaydi. Jomni rentgen qilinsa uning ichki tuzilishi o'zgargan, ayrim joylari ezilgan yoki kesilgan bo'ladi. Paypaslanganda aniqlangan o'smani gidronefroz polikistozi, salitar kista va buyrak o'smasi deb ham o'ylash mumkin. Odatda buyrak o'smasi paypaslaganda u kamroq siljiydi, anchagina qattiq, yuqorisi tekis bo'lmaydi. Jomni rentgen qilinsa, uning ichki tuzilishi o'zgargan ayrim joylari ezilgan yoki kesilgan bo'ladi. Polikistoz kasalligida esa har ikkala buyrak ham barobar kattalashgan, yuqorisi g'adir-budir bo'ladi, ko'pincha buyrak yetishmovchiligi ham bo'ladi. Rentgen qilinsa, buyrak jomchasining yarmi oysimon uzaygan, torayganligi, kosachalarning mayda shoxchalariga o'xshash holati vujudga keladi. Salitar (yakka) kista (suv o'sma) bo'lsa, jomcha va suv o'sma joylashgan kosachalarining tashqaridan ezilganini ko'rish mumkin. Siydik bilan qon ajralgan holatlarda gidronefrozni, jomning o'smasi va uning sili bilan farqlash kerak bo'ladi.

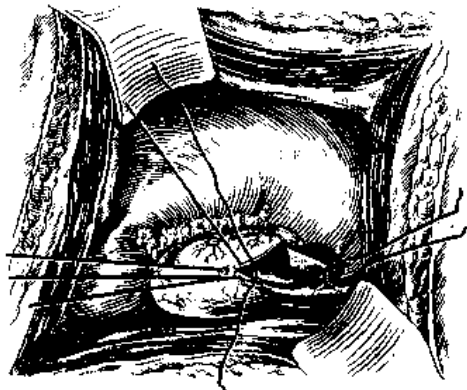
Davosi

Gidronefrozning davosi uni keltirib chiqargan sabablarni yo'qolishiga qaratilgan bo'lishi kerak.



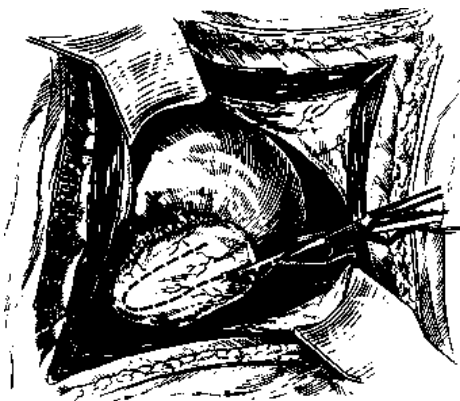
a

81-rasm. Jomcha – siydik nayi segmenti V-Y plastikasi.

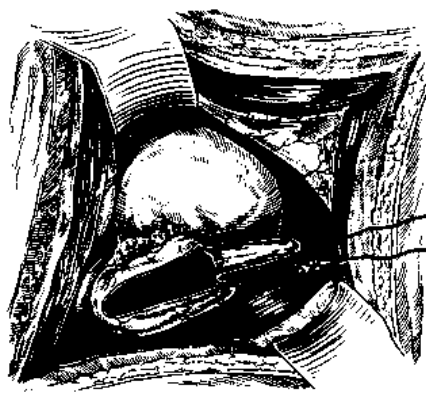


Bir yoki ikki tomonlama gidronefrozni davolash uchun plastik operatsiya bajarishlik, buyraklarning to'qimalarini ishlash qobiliyati saqlanib qolishini ta'minlashga va gidronefrozni keltirib chiqargan sabablarni yo'qotishga qaratilgan bo'lsa, buyrak yana ishlab keta olishini ta'minlashga asos bo'ladi. Jom naycha bo'limidagi torayishlar natijasida paydo bo'lgan. Gidronefrozni davolashda

har xil plastik operatsiyalar qo'llaniladi. Ularning asosiylari quyidagilar:



a



b

82-rasm. Jomcha – siydik nayi segmenti loskutli plastikasi.

Fenger operatsiyasi, jom-naycha bo'g'imining toraygan joyini uzunasiga kesib, ko'ndalangiga tikib qo'yishdan iborat. Foli operatsiyasi esa jom yaqinida voronkasimon kengaygan joy barpo qilishdan iborat. Buning uchun jom devorini naychaga davom etadigan qismidan «y» simon? qilib laxtak kesiladi va bu burchak yamoqni

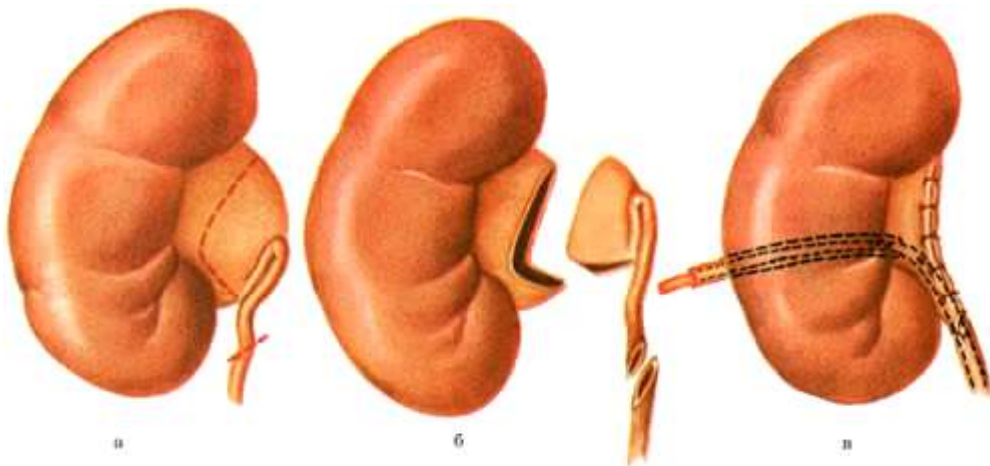
siydik naychasining tor qismiga, uni devorlari bilan aylantirib tikiladi. Bu bilan siydik naychasining torayib qolgan qismi yetarlicha kengaytiriladi.

Buyraklarning qon-tomirlari tuzilishining o'ziga xos bo'lganligini nazarga olgan holda siydik naychasining biron devorini ezib, gidronefroznung kelib chiqishiga sabab bo'layotgan har qanday qon-tomirlarini ham tekshirib ko'rmay turib, kesib tashlab yuborish mumkin emas. Chunki u oziqlantirib turgan buyrak to'qimalari nekroz bo'lib qolishi mumkin. Qo'shimcha qon-tomirlarini yuqori siydik yo'llarini jom naycha qismlari yaxshilab chigallardan ajratilib, jom yoki naycha kesiladi, tomirning old tomoniga o'tkazilib yana o'z holiga keltirib «jomni jomga», «naychani-naychaga» qilib ulanadi. Shu bilan tomir va naychalarning o'z'aro joylashuvining munosabati o'zgaradi va natijada ular tomir oldiga o'tib qoladi va bunday holatda tomir naychani eza olmaydi.

Jom naycha o'chog'ini «yon-yoni» qilib tikishlik anchagina ko'p tarqalgan. Operatsiya siydik naychasining toraygan joyini devorini uzunasiga, orqadan yuqoriga tomon kesib keyin jom va naychalarning yonboshlarini bir-biri bilan ulab qo'yishlikdan iborat.

Toraygan joyning uzunligi ancha uzun bo'lsa, uni kengaytirish uchun jom devoridan yamoq bichiladi va uni aylantirib, toraygan joy kengaytiriladi. Bunda yamoqni qirgoqlarida naycha davomida keng jom-naycha bo'limi hosil bo'ladi.

Buyrakning ichki qismida joylashgan jomlarda yuqoridagi operatsiyalarni bajarib bo'lmaydi. Bunday holatlarda naychaning kosa devorlari bilan ulab qo'yish mumkin.



83-rasm. Andersen – Bishof – Geynes operatsiyasi.

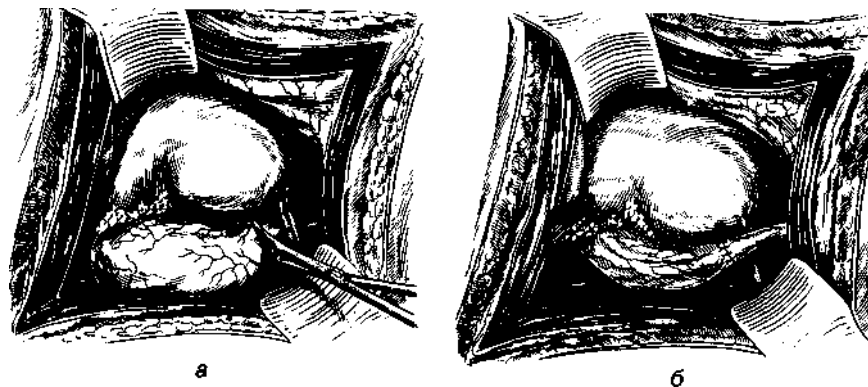
a — Siydik nayi toraygan segmenti va buyrak jomi subtotal rezektsiyasidagi kesmalar yo'nalishi; b — jomcha kaudal lahtagini hosil qilish; v — rezina naychaga jomcha qoldiqlarini tikish va siydik nayini tikish

Ko'pincha plastik operatsiyalardan keyin jomning ichiga buyrak to'qimasi yoki naycha devori ingichka rezina naychasi o'tkazilib qo'yiladi. Bu naycha odatda 2-3 kundan keyin olib tashlanadi. Jomdagi naycha esa siydik jomidan bimalol ajraladigan bo'lgandagina olib tashlanadi.

Buni bilish uchun antigrad piyelografiya qilib ko'rish yoki ichki bosimini aniqlash kerak bo'ladi.

To'qimasi atrofiyaga uchragan va siydik ajralishi juda pasayib ketgan buyrak to'qimalari, yaxshi holatlarda bo'lgan qarama-qarshi buyrak bor bo'lgandagina olib tashlanishi mumkin. Ammo kasal buyrakni olib tashlamaslik ham xavflidir. Chunki aks holda har xil falokatlar (o'tkir piyelonefrit, nefrogen arterial gipertenziya va boshqalar) kelib chiqishi mumkin. Katta yoshdagi kishilarda ko'pincha yomonlashib

qolgan buyrak olib tashlangani ma'qul. Ikkinchi buyrakni olib tashlash mumkin emas. Ikkinchisi ham kasal bo'lsa u holda buyrakning jom yoki siydik naychalarini teshib, rezina tiqib qo'yishlik alohida operatsiya sifatida juda kam bajariladi. Uni faqat bemorning og'ir holatlardagina qilish mumkin. Yig'ilib qolgan siydikni tezda chiqarib kasallikning holatini yaxshilash maqsadida asosiy operatsiyadan oldin terini teshish yo'li bilan nefropiyelostomiya qilish mumkin.



84-rasm. Antevazal piyeloureteroanostomoz.

a – jomcha-siydik nayi segmenti ustidagi qo'shimcha buyrak qon tomirini kesish; b - jomcha-siydik nayi segmenti rezeksiyasi jomcha va siydik nayini qo'shimcha qon tomir oldidan tikish.

Bolalarda qilinadigan operatsiyalar asosan buyrakni saqlab qolishga qaratilishi lozim, chunki ularda regeneratsiya jarayoni anchagina yuqori. Agar buyrak butunlay ishdan chiqqan taqdirdagina uni olib tashlashlik mumkin. Ko'pincha har xil rekonstruktiv operatsiyalar natijasida ishlamasligiga ishonch hosil bo'lgan buyraklar ham operatsiyadan keyin ishlab ketish hollari uchraydi. Buyrakni saqlab qolish maqsadida operatsiyaga tayyorlangan bemorlarda asosan infeksiya bilan operatsiyadan keyin piyelonefritni kuchaymasligi uchun kurash tarzida borgani ma'qul, buning uchun ba'zan 2-3 hafta muddatga buyrak ichiga naycha qo'yiladi.

Jomning ichiga 18-26 kunga naycha qoldirishlik, operatsiyadan keyingi muddatni yaxshi o'tishligini ta'minlaydigan asosiy omillaridan biridir. Bu muddat o'tgandan keyin jom naycha qismini kenglik holati tekshiriladi. Agar u yaxshi bo'lsa, naycha olib tashlanadi, teshik o'z holicha berkilib ketadi.

O q i b a t i

Gidronefroz kasalligidan yaxshi tuzalib ketishlik anchagina murakkab, chunki qilingan operatsiyalar hamma bemorlarda ham yaxshi natija beravermaydi. Bir tomonlama gidronefroz hayot uchun xavfli bo'lmasa, ikki tomonlamasi anchagina og'ir, chunki bu holat ko'pincha buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaradi.

Buyrakni saqlab qoluvchi operatsiyalar qancha tezrok qilinsa, oqibat shuncha yaxshi bo'ladi. Yaxshi natijalar 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda 90 % gacha, 15 yoshgacha bo'lganlarida 80% gacha va kattalarda 50% gacha bo'lishi mumkin.

VI-BOB

NEFROPTOZ

Nefroptoz (buyrakning pastga tushishi) deb shunday holatga aytiladiki, bunda buyrak o'z joyidan chiqib, odatdagiga qaraganda pastroq joylashib, tananing holati o'zgaradi, uning harakatlanishi fiziologik chegaradan chiqib ketadi. Kasallikning ma'nodosh nomi shundan kelib chiqib, buyrakning patologik holati deyiladi.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI

Buyrakning odatdagi o'rnida ushlanib turishida qorinning bog'lamlari, buyrakning o'rnini hosil qilgan fastsiyalari, diafragma, qorin mushaklarining devori va buyrak fastsial yog to'qimalarining ahamiyati katta.

Buyrakning pastga tushishi asosan uning bog'lovchi asboblarining o'zgarishiga bog'liq. O'ng buyrakning mahkam ushlanib turishi qorin bo'g'masining oldini to'sib turgan va bir necha bog'lamlarni tashkil qilgan Lig hepatorenale va lig.duodenorenale hisobiga bo'ladi. Chap buyrakni Lig pancreaticorenale va lienorenale mahkam ushlab turadi. Buyrakni mahkam turishida ko'pincha fibroz kapsulasi muhim ahamiyatga ega, chunki u buyrak jomi bilan yopishgan bo'lib, buyrak oyoqchasiga o'tib, tomirlar qini bilan qo'shilishib ketadi.

Buyrak kapsulasining fibroz tolalarining bir qismi, diafragma oyoqchasini yopib turadigan fastsiya tarkibiga kiradi. Kapsulaning bir qismi asosiy mahkamlanishga ega bo'lib, u Lig. suspensoriya renis deb ataladi. Buyrakning to'g'ri saqlanib turishiga uning yog'li pardasi capsula adiposae renis muhim ahamiyatga ega. Bu kapsulaning hajmi kamaysa, nefroptozga va buyrakning buralib qolishiga olib keladi. Buyrakning to'g'ri turishiga uning fastsiyalari va yuqori qutb sohasidagi fibroz tortmalar hamda buyrak usti bezi va buyrak orasidagi qattiq yog' kletchatkasi sabab bo'ladi.

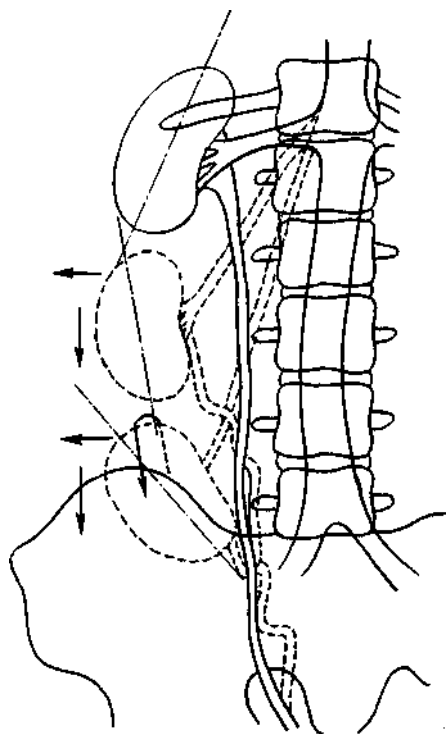
Bir necha patogenetik omillar buyrakning bog'lovchi asboblarining o'zgarishiga olib kelib, nefroptozning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bu omillarining asosiysi mezenximaning faolligini pasaytiradigan yuqumli kasalliklar hamda qorin devori mushaklarining kuch-quvvat darajasini susaytiradigan, birdaniga ozish va boshqalar bo'ladi. Ba'zi hollarda nefroptoz splanxnoptozning bir qismi bo'lishi mumkin. Shikastlanish nefroptozning rivojlanishida muhim o'rinni egallaydi (yuqorida n pastga yiqilish, birdaniga tanani eqilishi) bunda boglovchilarning yorilishi yoki buyrakning yuqori qutbidagi gematoma buyrakni o'z o'rnidan pastga surishi mumkin.

Ayollarda nefroptoz erkaklarga nisbatan ko'proq uchrab (10:1, 5:1), asosan o'ng tomonda rivojlanadi. Birinchi holatda ayollar organizmning qonstitutsion xususiyatlariga qarab tushuntiriladi, jumladan tosning kengligi, homiladorlik va tug'ishlarning natijasida qorin devorining kuch-quvvat darajsining pasayishi, ikkinchi - o'ng buyrakning pastroq joylashib va chap buyrakning bog'lovchi asboblarining kuchliroq bo'lishi.

Hozirgi zamonda nefroptoz ayollarda 1,5%, erkaklarda 0,1 % aniqlanib, asosan 25-40 yoshda bo'ladi.

Nefroptozning rivojlanishi uch davrdan iborat: I davr - nafas olganda buyrakning pastki bo'g'ini yaqqol paypaslanadi, nafas chiqarganda u qovurg'a tagiga kirib ketadi; II davr – kishi vertikal holatda tursa, buyrakning hammasi qovurg'a

tagidan chiqadi, lekin gorizontol holatda qaytadan o'z holiga keladi yoki qo'l bilan qaytadan o'z joyiga og'riqsiz qo'yiladi; III-davr – buyrak butunlay qovurg'a tagidan chiqadi va yana osonlikcha katta va kichik tosga suriladi. II davridan boshlab buyrakning tushib qolishiga uning oyoqchasi atrofida buralib qolishi qo'shiladi. (85-rasm).



85 - rasm. Nefroptozning davrlari. Buyraklarning harakat yo'nalishlari ko'rsatilgan.

Buyrakning tushib va buralib qolishining kuchayib borishi, uning tomirlarini ko'proq cho'ziltirib va burab qo'yadi. Buyrak arteriyasining diametri 1,5-2 marta ozayadi, uning uzunligi esa 2 marta ko'payadi. III-davr siydik yo'li bukilgani bo'yicha mahkamlanib qolib, siydikning chiqishi buzilib, kosacha-buyrak jomlarining kengayib ketishi mumkin.

Nefroptozning II-III davrlari buyrakning gemo va urodinamikasini hamda buyrakdan limfa oqishining buzilishiga olib keladi. Buyrak arteriyasining tortilishi natijasida uning torayishiga olib kelib, buyrakning ishemiyasini vujudga keltiradi. Buyrak venasining buralib qolishi undan qonning oqishini o'zgartirib buyrakning vena gipertenziyasiga olib keladi. Qon va limfa oqishining buzilishi buyrakda yallig'lanishning zo'rayishiga imkon yaratadi. Bu esa buyrak atrofidagi

chandiqlarning paydo bo'lishiga olib keladi va mahkamlangan nefroptozni vujudga keltiradi.

ALOMATI VA KLINIK DAVRI

Nefroptozning I davrida alomatlari juda oz bo'lib, ularni aniqlash qiyin bo'ladi. Bel sohasida simillagan har doim bo'lmaydigan xususiyatga ega bo'lgan og'riqlar bo'lib, jismoniy harakatda kuchayib, tinch va tananing gorizontol holatida yo'qolib ketadi. Og'riqlar reflektor xususiyatga ega bo'lib, buyrak darvozasi o'rnidagi nerv tolalarining tortilishi natijasida paydo bo'ladi. Uning siljishining ko'payishi bilan kasallikning alomatlari kuchayadi. Qorinning hamma joylarida og'riqlar paydo bo'lib, bel sohasiga qarab tarqaladi. II davrdan boshlab bir oz proteinuriya va eritrotsituriyalar bo'lishi mumkin. III davrda og'riqlar doimiy bo'lib, hattoki bemorni gorizontol holatida ham yo'qolmay ish qobiliyatini ancha susaytiradi.

Nefroptozda psixologik depressiya, ishtahaning yo'qolishi va ichaklar ish faoliyatining buzilishi mumkin.

Kasallikning zo'rayishi vaqt o'tishi bilan yangi yoki ilgari bo'lgan nefroptozning alomatlarini ancha kuchayishiga olib kelishi mumkin. Buyrak sanchig'i, proteinuriya, gematuriya va eritrotsituriya, piuriya va leykotsituriya-patalogik harakatlangan buyrakning asorat belgilari bo'lib, ulardan piyelonefrit, fornikal qon oqish, arterial gipertenziya va gidronefrozlar uchraydi. Ko'p bemorlarda

piyelonefrit yoki arterial gipertenziyaning xurujlari, nefroptoza ning birinchi klinik ko'rinishi bo'lishi mumkin.

Piyelonefrit nefroptoza ning eng ko'p uchraydigan asoratlaridan biri. Nefroptoza da venadan qonning oqishi va siydikning ajralib chiqishi buzilib, buyrakning oraliq to'qimalarida infeksiyaning tushib qolishiga qulay sharoit yaratadi.

Vena gipertenziyasi sababli buyrakdan qon oqishining qiyinlanishi, nefroptoza da fornikal qon oqishiga olib keladi (buyrak venalarining torayishi) . Shunday yuqori darajadagi gipertenziyada fornikal sohadagi venalar yorilib ketishi mumkin. Shuning uchun nefroptozi bo'lgan bemorlarda jismoniy harakatdan keyin gematuriya bo'lib, bemorning gorizontol holatida yo'qolib ketadi.

Nefroptoza da arterial gipertenziya vazorenal xususiyatga ega bo'ladi. Buyrak arteriyasining torayishi, uning tortilishi va buralib qolishi natijasida gemodinamik buzilishlar ularning sababi bo'lib hisoblanadi. Bundan tashqari, nefroptoza ning uzoq vaqt davom etishi, buyrak arteriyasining fibromuskulyar torayishini hosil qilishi mumkin, bu esa arterial gipertenziyaga olib keladi.

Tortilma chandiq yoki qo'shimcha tomir bilan siydik yo'li qiyshayib to'silgan bo'lsa, patalogik harakatlar buyrakning III-davrida ko'pincha gidronefroz bo'lishi mumkin.

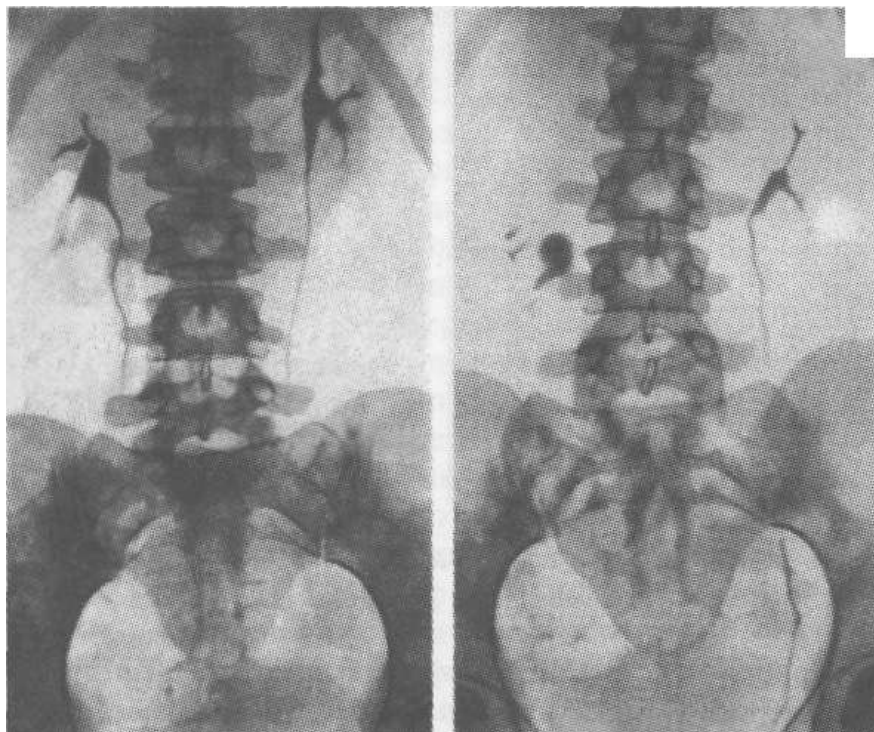
Tashxisi

Bemorni surayotgan vaqtda beldagi simillagan og'riqlarni tananing vertikal holatida va jismoniy harakat vaqtida, ko'pincha kunning ikkinchi yarmida kuchaishini aniqlashga imkon beradi.

Gematuriya bo'lganda uning jismoniy harakat bilan yaqqol bog'liq ekanligi aniqlanadi. So'rab-surishtirish vaqtida yaqin o'rtada yuqumli kasalliklar bilan og'riganligi, ozish va shikastlanishlarning bo'lgan-bo'lmaganligi aniqlash kerak. Bemorni tekshirayotgan vaqtda tananing astenik holatiga, yog' kletchatkasining ionsiz rivojlanishiga va oldingi qorin devori mushaklarining kuch-quvvatining susayganligiga e'tibor berish kerak. Odatda harakatlangan buyrakning, ayniqsa, bemorning vertikal holatida paypaslash imkoni bo'ladi.

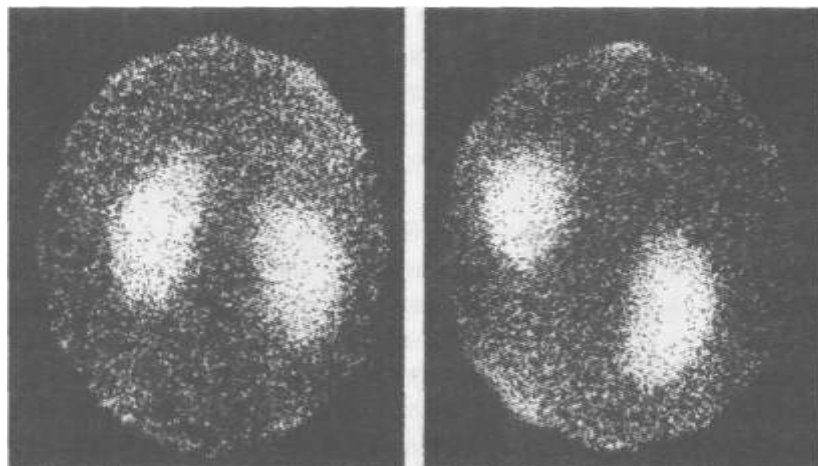
Nefroptoza da xromosistoskopiya vaqtida juda kam hollarda indigokarminning kechikib chiqishi aniqlanadi.

Nefroptoza ning asosiy tashxisi rentgenologik usul bilan tekshiriladi. Bemorning gorizontol va vertikal holatlarida qilingan ekskretor urografiya eng katta ahamiyatga ega. (86-rasm).



86-rasm. Bemorning gorizontal (A) va vertikal (B) holatlaridagi ekskretor urogrammalari. O'ng tomonlama nefroptoz.

Tananing vertikal holatidan gorizontal holatiga qaraganda buyrakning 1,5 umurtqa pog'anasi siljishi nefroptoz bor deb aytish mumkun. Buyrakning radioizotop renografiya va



skanirovanyasi (stsintigrafiya) xuddi shunday hollarda patologik harakatlangan buyrakning joyini va ish qobiliyatini aniqlashga imkon beradi (79-rasm).

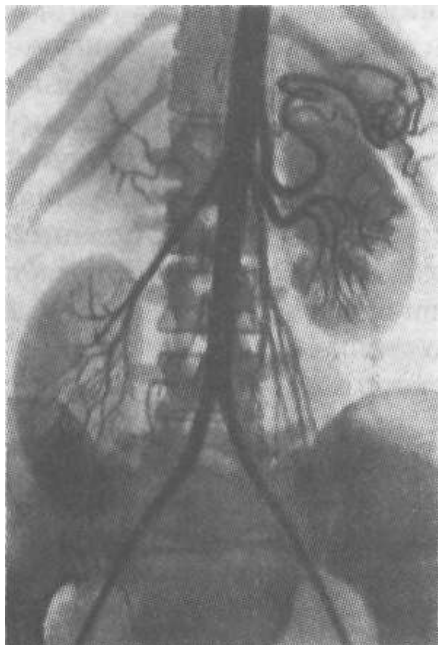
87-rasm. O'ng tomonida nefroptoz bor bemorning ssintigrammasi. A- tananing gorizontal

(kornidagi) holatida; B-tananing vertikal holatida.

Retrograd piyelografiyaga juda kam, faqat tegishli hollarda murojaat qilinib, uni katta ehtiyotkorlik bilan bajarish zarur.

Siydik yo'li bukilib mahkamlanganida va qattiq kateter qo'llanilganda, uning bukilgan joyidan teshilishi mumkin, shuning uchun retrograd uretropiyelografiya qilishda kateterni siydik yo'li teshigidan 10sm yuqori yubormay, 3-5 ml dan ko'p bo'lmagan rentgenokonstrast suyuqlik moddasi ishlatiladi.

Ayniqsa, arterial gipertenziya asorati bo'lgan nefroptozni aniqlashda, faqat tananing vertikal holatidagi aortografiya muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu buyrakning distopiyasidan ajratish va buyrak arteriyasining o'zgarishini aniqlashga imkon beradi (80-rasm). Buyrakning radiozotop tekshirishlari orqali nefroptozga xos buyrak qon aylanishi, parenximaning tozalash va yuqori siydik yo'llari orqali chiqarish ish faoliyatlarining bo'zilishlari aniqlanadi.



88-rasm. Bemorning vertikal holatdagi arteriogrammasi. O'ng tomondagi nefroptoz.

Davolash usullarini tanlash, operatsiyaga ko'rsatmalarni to'g'riroq aniqlash va splanxnoptozning ehtimoli borligini bilish uchun oshqozon-ichak yo'llarining rentgenoskopiyasini qilish kerak. Nefroptozning asoratlarini aniqlashda qon va siydiklarning tahlili tekshirishlari katta ahamiyatga ega bo'lib, yashirin davrda turgan piyelonefritning yoki buyrak vena gipertenziyasini aniqlashga imkon beradi. Oxirgi xilida ortostatik (tananing vertikal holatida ko'ringan) proteinuriya kuzatiladi.

Farqlovchi tashxis. Avvalambor nefroptozni, buyrakning distopiyasidan ajratish kerak. Buning uchun ekskretor urografiya, retrograd piyelografiya qo'llaniladi, ba'zida esa bu faqat aortografiya yordamida imkon bo'ladi. Distopiyada siydik yo'li kalta tortilgan bo'lib, buyrakning oldingi yoki tashqi tomonidan chiqqan bo'ladi; bunday buyrakning arteriyalari, odatda ko'p bo'lib, ularning chiqish joyi aortaning pastrog'ida bo'ladi.

Agar buyrak paypaslanib va gematuriya bo'lsa, unda buyrak o'smasini istisno qilish kerak. Bunday holda ajratish tashxisining asosiy usuli aortografiya bo'lib hisoblanadi. Paypaslangan buyrakni qorin bo'shlig'i o'smasidan, o't qopini sariq suvidan va boshqalardan ajratish kerak. Buyrak sanchig'i bo'lganda farqlovchi tashxisini qorin bo'limi va ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari bilan o'tkazish kerak.

Davosi. Nefroptozning davosi konservativ yoki operativ bo'lishi mumkin. Agar kasallik buyrak sanchig'i va piyelonefrit xurujlari bilan kuzatilsa, krovatning oyoq tomonini ko'tarib, bemorni yotqizish kerak, chunki bu buyrakning, odatdagi holatiga qaytib kelishiga imkon beradi, bundan tashqari og'riqlar, tortilishlarni yo'qotadigan va bakteriyalarga qarshi dori-darmonlarni buyurish kerak. Nefroptozning konservativ davosi, belbog' qo'llash bo'lib, ayniqsa kasallikning I davrida bu juda qo'l keladi. Belbog' har bir shaxsga alohida tayyorlanadi. Bemorlar uyg'onishlari bilanoq gorizontol holatda nafasni chiqarib, belbogni taqishlari kerak. Belbog' bilan yurishni, oldingi qorin devori mushaklarini mustahkamlaydigan maxsus badan tarbiya mashg'ulotlarini qilishni va ozg'in bemorlar buyraklarini atrofidagi yog' qatlamini ko'paytirish uchun sifatli kuchli oziq-ovqatlarni o'z vaqtida iste'mol qilishlari kerak. Yuqorida ko'rsatilgan tavsiyalarni bajarish ko'pincha nefroptozning asoratlarini oldini olishga xizmat qiladi. Nefroptozni operatsiya bilan davolashga bemorning ish qobiliyatini yo'q qiladigan qattiq og'riqlar, surunkali qaytalanadigan piyelonefrit, fornikal qon oqishi, turg'un bo'lib turgan arterial gipertenziya va gidronefrozlar ko'rsatma bo'ladi.

Piyelonefrit bo'lsa, operatsiyaga tayyorlash uchun yallig'lanishga qarshi 10-14 kun davolash kerak. Operatsiyaga 3 kun qolganda bemorni operatsiyadan keyingi holatga o'rgatish uchun krovatning oyoq tomonini 20-25 sm ko'tarib qo'yish tavsiya qilinadi.

Operativ davosi buyrakni odatdagi darajaga ko'tarib, mahkamlashdan iborat (nefropeksiya). Mahkamlanish puxta va ishonchli bo'lib, buyrakning to'la hamda fiziologik harakatchanligi saqlanishi kerak. Bundan tashqari nefropeksiya uzun o'q yo'nalishida, odatdagidan biroz qiyshaygan bo'lib, buyrak oldi klechatkasida, ayniqsa buyrak jomi siydik yo'li bo'g'inida yallig'lanish o'zgarishlari paydo qilmaslik kerak.



89. Rivoir bo'yicha nefropeksiya.
a — subkapsulyar tunnel hosil qilish; b — nefropeksiya.

Sovet jarrohlari va urologlari nefroptozning ko'p tashxis va davolash usullarini ishlab chiqdilar. O'z vaqtida Fedorov usuli- buyrakni yo'g'on ketgut bilan XII qovurg'aga mahkamlash keng tarqalgan edi. Lekin bu va boshqa ko'p nefropeksiya usullari tufayli buyrakning fiziologik harakatchanligi yo'q bo'lishi ularning kamchiliklaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Ayniqsa, sintetik to'qimalarga buyrakni joylab, uni XII qovurg'aga mahkamlash usulidagi nefropeksiyalar o'zini oqlamadi. Bunda a'zoning harakatsizligidan bemorlarda «toshbaqa kosasi» ga o'xshagan paranefrit rivojlanib, qattiq og'riqlar va arterial gipertenziyani vujudga keltiradi. Bu asoratlar tufayli ikkinchi marta operatsiya qilishga to'g'ri keladi; buyrakni chandiqlardan ajratish, ba'zida esa, nefroektomiya qilishga to'g'ri keladi. Pitel-Lopatkin usulidagi nefropeksiya eng fiziologik operatsiya bo'lib hisoblanadi.

Lyumbotomiyadan so'ng buyrakni yalang'ochlab, uzunligi 15-18 sm, qalinligi 1 sm bo'lgan laxtak uzunasiga oyoqchasi bilan bel mushagidan ajratilib, uning pastki uchi buyrakning pastki qismidagi fibroz parda tunnellingining tagidan o'tkazib, pardaga choklar qo'yib mahkamlanadi. Shunday qilib, buyrakning fiziologik harakatchanligi saqlangan odatdagi holatini ushlab turadigan yangi bog'lam yaratiladi.

3-hafta davomida bemor krovatining oyoq tomoni ko'tarilib turushi operatsiyadan keyingi olib boriladigan xususiyatlardan biri bo'lib hisoblanadi.

Operatsiyadan keyin 2-3 hafta yallig'lanishga qarshi davolash davom etadi. Ahlat chiqarish vaqtida bemorning birdaniga va uzoq kuchanishidan saqlanish kerak, shu maqsadda zaruriyati bo'lganda ichni suradigan yengil dori-darmonlar va

mikroklizmalar ishlatiladi. Bunday operatsiyadan keyin ko'pchilik bemorlar sog'ayib ketadilar.

Natijasi. Davolanmasa, kasallikning natijasi yaxshi bo'lmaydi. Bemorlar 20 % ish qobiliyatini yo'qotadi. Kasallik tobora kuchayib borsa, turli asoratlarning paydo bo'lishiga olib keladi. O'z vaqtida konservativ va operativ davolarni boshlagan bemorlarda natija juda yaxshi bo'ladi.

SIYDIK YO'LLARI INFEKSIYASI

Klinik va eksperimental ma'lumotlarga ko'ra, uretra ichiga mikroorganizmlarning tushishi ko'proq uchraydi va SIYDIK YO'LLARI INFEKSIYASI (SYI)ga olib keladi, bu ayniqsa ichak mikroorganizmlari (*Esherichia coli* va *Enterobacteriaceae*) uchun xos. Bu holat esa, erkaklarga nisbatan ayollarda SYI ko'p uchrashi va siydik pufagini kateterlash chog'ida zararlanishi (infitsirlanish) xavfining oshishi bilan tushuntiriladi. Ambulator bemorlarda qovuqni bir marta kateterlash 1-2% holatlarda siydik yo'llarida infeksiyalar paydo bo'lishiga olib keladi. Kateterning 3-4 kun davomida ochiq drenaj sifatida bo'lishi esa 100% holda SYIni keltirib chiqaradi. Yopiq drenaj sistemalar qo'llanilganda infeksiya paydo bo'lish muddati nisbatan uzayadi. Bu ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, kateterlashda siydik yo'llariga infeksiyaning kelib tushishi yuqoriga ko'tariluvchi, ya'ni o'rinogen hisoblanadi. Bundan bakteriyalar uretra va kateter o'rtasidagi bo'shliqda harakatlanib 4 hafta davomida bakteriuriya rivojlanishiga olib keladi degan xulosaga kelish mumkin. Bu holat siydik yig'ish manbai siydik qopidagi siydikning steril bo'lishiga qaramay kateterga qayta tushirilmaganida ham kelib chiqadi.

Mikroorganizmlar siydik yo'llariga ko'tariluvchi (o'rinogen), gematogen yoki limfagen yo'llari orqali tushadi.

Gematogen infeksiyalanishda siydik yo'llariga ancha kam uchraydigan mikroblar, (*Staphylococcus aureus*, *Candida spp.*, *Salmonella spp* va *Mycobacterium tuberculosis*) tushadi. Ular organizmning boshqa biror joyidagi birlamchi infeksiyaga sabab bo'lgan mikroblar hisoblanadi. *Candida albicans* gematogen yo'l bilan tushganda SYI ning klinik belgilari bir muncha tez rivojlanishiga olib keladi. Ammo juda kam hollarda, ayniqsa, kateter bo'lganda, hatto antibakterial terapiya o'tkazilishiga qaramay infeksiya ko'tariluvchi yo'l bilan ham sodir bo'lishi mumkin. Siydik yo'llaridagi bakteriyalarning virulentligi yoki patogenligi haqidagi konsepsiya shundan iboratki, bakteriyalarning hamma turi ham bir xilda (infeksiya) keltirib chiqarish xususiyatiga ega emas. Tabiiy himoya mexanizmlarining pasayishiga olib keluvchi xavfli omillar qancha ko'p bo'lsa (obstruksiya, qovuqni kateterlash), infeksiyaning kelib chiqishi uchun shuncha kam virulentli bakteriyalar kerak bo'ladi. Bu (in vitro) tekshirishlar natijasida tasdiqlangan bo'lib, olingan ma'lumotlar, asoratlangan SYI aniqlangan bemorlarning siydigidan ajralgan bakteriyalar ko'pincha kam virulent bo'lishini ko'rsatadi. Virulentlik konsepsiyasiga ko'ra, ma'lum bir bakterial shtamplar, turlar ichida virulentligini belgilovchi maxsus omillarga ega. Ular fekal, qin va uretra atrofidagi sohada bo'lgan bakteriyalarning uretra bo'ylab yuqoriga, qovuqqa tushishiga yoki ayrim hollarda mikroorganizmlar buyraklargacha borib, umumiy yallig'lanish vujudga kelishiga sabab bo'ladi. *E. coli* tukchalarining har xil tiplari, shu mikroorganizmning virulentligini belgilaydi.

Ba'zi savollar, masalan, SYI diagnostikasi uchun muhim bo'lgan bakteriyalar sonini aniqlash (qancha yoki nechaga tengligi) to hozirgi kungacha ham o'z yechimini topganicha yo'q.

Ayollarda asoratlanmagan o'tkir sistitda siydikning o'rta ulushidagi (MSU), uropatogenlarning 1 ml siydikdagi miqdori $\geq 10^3$ –koloniya hosil qiluvchi birlik (KHQB) bo'lganda.

Ayollarda o'tkir asoratlanmagan piyelonefritda uropatogenlar miqdori 1 ml (MSU), siydikda $\geq 10^4$ - KHQB bo'lganda.

Ayollarda uropatogenlarning miqdori $\geq 10^5$ - KHQB 1ml (MSU) da, yoki erkaklarda uropatogenlarning 1ml (MSU)da $\geq 10^4$ – KHQB, yoki ayollarda kateter bo'lganda SYI ning asoratli kechishida.

Qovuqni funktsiya qilish yo'li bilan olingan siydikda bakteriya aniqlangan holda bakteriyaning har qanday miqdori ahamiyatli hisoblanadi.

Shunga qaramasdan, koloniyalar soni kam bo'lsada, ularni hisoblab ko'rish lozim. Agar tekshirilayotgan siydik miqdori 0,1 ml bo'lsa, statistik ma'lumotlarning ishonchligini aniqlash uchun kamida 10 ta bir xil koloniyalar kerak bo'ladi. Agarda koloniyalar soni uncha ko'p bo'lmaganda bakteriuriyani – 10^2 KHQB uropotogen /ml ko'rinishda hisoblash mumkin.

Bir sutka davomida yoki undan kamroq muddatda (≥ 24 soat) olingan siydikning kamida ikki kulturasida bir xildagi bakteriyalar shtampi aniqlansa, simptomsiz bakteriuriya tashxislanadi va bu holatda bakteriuriya $\geq 10^5$ KHQB uropotogen/ml ko'rinishda bo'ladi.

Darhaqiqat, siydikning yig'ish usullari, ekmaga olish, laborator tekshiruvlar sifati farq qilishi mumkin. Shuning uchun bemorlarni tekshirish chog'ida ikki xil standartlar darajasidan foydalanish lozim bo'ladi. Asosiy standart odatiy, birmuncha yuqori standartlar esa ilmiy baholash uchun zarurdir. Tekshirishda siydik pufagida saqlanadigan siydikning olinish vaqti va usulini aniqlab olish va bu ko'rsatkichlar qayd etilishi kerak.

Klinik standartda diagnoz qo'yilgungacha ko'riladigan asosiy mezonlar: klinik simptomlar, laborator tahlillarning natijalari (qon, siydik, prostata sekreti), ekib ko'rilganda yoki maxsus tahlillarda mikroblarning topilishi va boshqalar baholanadi. Hozirgi kunda ushbu tekshiruvlarni har qanday laboratoriyada bajarish mumkin.

Gistologik tekshiruvlar juda kam hollarda yallig'lanish borligini ko'rsatadi. (masalan: biopsiyada).

Antigen (PSA) topilishi adekvat davo tayinlashga yordam beradi. Ko'pincha gistologik ma'lumotlar davolash usuliga kam o'zgartirish kiritadi.

SYI Tasnifi:

Siydik yo'llari infeksiyasini (SYI) uning siydik yo'llaridagi joylashuviga ko'ra tasniflash mumkin. Masalan: piyelonefrit, ureteritlar (asosan gistologik va rentgenologik olinadi), sistit, prostatit, prostatovezikulit, uretrit, funikulit, epididimit yoki orxit. Lekin siydik – tanosil tizimining turli qismlari bir-biri bilan aloqada bo'lganligi natijasida bakteriyalar bir qismdan boshqa qismga ham o'tadi. Amaliy jihatdan SYI va erkaklar jinsiy a'zolari infeksiyasi klinik belgilariga qarab tasniflanadi:

- pastki siydik yo'llarining asoratsiz infeksiyasi (sistitlar)
- asoratsiz piyelonefrit
- asoratli SYI piyelonefrit bilan yoki piyelonefritsiz
- urosepsis
- uretritlar
- alohida shakllari: prostatit, epididimit, orxit.

SYI turli darajalarining namoyon bo'lishi va olib borilishi, hayot davomida o'zgarishi va u bemor ahvoriga bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning uchun alohida guruh bemorlar (qariyalar, boshqa somatik kasalligi yoki immuniteti past bo'lganlar) hisobga olinishi kerak.

Asoratlanmagan siydik yo'llari infeksiyasi.

O'tkir asoratsiz SYI ga kattalarda o'tkir sistit va o'tkir piyelonefritlar kiradi (asosan xavfli omillari bo'lmagan ayollar, ya'ni siydik yo'llari tuzilishida hamda funksional buzilishlar bo'lmagan yoki infeksiya keltirib chiqaruvchi, xavfni kuchaytiruvchi somatik kasalliklari bo'lmagan yoki noadekvat terapiyada bo'lganlar).

Etiologiyasi.

Qo'zgatuvchilarning etiologik spektri yuqori va pastki siydik yo'llari asoratsiz infeksiyalaridagiga o'xshash, bunda ko'proq E.coli (70-95% hollarda), Staphylococcus saprophyticus esa 5% hollarda Enterobacteriaceae, Proteus mirabilis oilasidagi va Klebsiella spp. kam hollarda infeksiya keltirib chiqaradi.

Ayollarda qaytalanuvchi (asoratsiz) SYI - SYIning qaytalanishi yosh, sog'lom ayollarda ham ularning siydik trakti anatomik va fiziologik jihatdan normal rivojlanishiga qaramay ko'p uchrashi qayd etilgan.

Homiladorlarda SYI. Homiladorlik davrida SYI ko'p uchraydi. Ko'pincha ayollarda homiladorlikgacha simptomsiz bakteriuriya bo'lib, shundan 20-40% ida homiladorlik vaqtida piyelonefrit rivojlanadi. Simptomsiz bakteriuriyani davolash SYI kelib chiqish xavfini kamaytiradi. Ko'pincha SYI homiladorlarda o'tkir sistit ko'rinishida yuzaga chiqadi.

Yosh erkaklardagi o'tkir asoratlangan SYI. 15-50 yoshgacha bo'lgan erkaklarda asoratlanmagan SYI kam kuzatiladi. Ularga antibakterial davo minimal 7 kun davomida buyuriladi. Urologik tekshiruvlar piyelonefrit yoki retsidivlangan infeksiyalar bilan og'rigan o'smirlar hamda erkaklardagina o'tkaziladi.

Kattalardagi o'tkir asoratlanmagan SYI. Kattalarda uchraydigan o'tkir asoratlanmagan SYI ga o'tkir sistit va o'tkir piyelonefrit kiradi. SYIning asoratlanmagan xili, ayollarda asoratlarga va antibakterial terapiya nosamaraligiga olib keluvchi omillar bo'lmagandagina uchraydi. SYI ning asoratlanmagan holda kechishi kam tarqalgan. 20-40 yoshdagi ayollarda 25-35% SYI asoratsiz kechadi.

SYI ning asoratlangan va asoratlanmagan xildagi kechishi orasidagi farqni bilish lozim. Bu farq antibakterial terapiya sxemasini tanlash, tekshiruvlar o'tkazish,

davolanishgacha va undan keyingi davrda bemor holatini baholashda yordam beradi. SYI asoratlanib kechishi – antibakterial terapiyaning samarasizligi sabab, infeksiyon asoratlarning ko'payishi va qayta infeksiyalanish xavfini oshiruvchi holatdir. Infeksiyon jarayon xuruji paytida bemorlarni asoratlangan va asoratlanmagan SYI ga ajratib bo'lmaydi. Lekin SYI ni asoratlanib kechishini aniqlovchi omillar bor.

- Erkaklar
- Keksalar
- Kasalxona ichi infeksiyasi
- Homiladorlik
- Siydik yo'llariga qo'yilgan katetrini uzoq muddat olib yurish, siydik yo'llarida yaqinda
- O'tkazilgan muolajalar.
- Siydik yo'llaridagi funksional va anatomik anomaliyalar.
- Yaqinda antibakterial preparatlar qabul qilganligi
- Simptomlarning 7 kundan ortiq bo'lishi.
- Qandli diabet
- Immunosupressiya

Bu omillar klinitsistga faqat ayrim ma'lumotga asoslanib, kasalni to'liq tekshirish va davo kursi buyurishda ma'lum yo'nalishni tanlashgagina yordam beradi. Umuman homilador bo'lmagan va menopauzadan oldingi davrda o'tkir dizurik buzilishlari bor, anamnezida keyingi vaqtlarda instrumental tekshiruvlar o'tkazilmagan, antibakterial terapiya olmagan, urogenital rivojlanish nuqsonlari yo'q ayollarda ham asoratlanmagan pastki (sistit) yoki yuqorigi siydik yo'llar, (piyelonefrit) infeksiyasi ham uchraydi. Qaytalanuvchi SYI yosh sog'lom, siydik yo'llari anatomik va fiziologik tuzilishi normal bo'lgan ayollarda ham uchraydi. SYI ni homiladorlarda asoratlangan va asoratlanmagan tipli kechishga tasniflash shartmi degan savol tug'iladi. Siydik yo'llari infeksiyasi haqidagi ma'lumotlar anomaliyasi bo'lmagan postmenopauzadagi sog'lom ayollarda SYI chegaralangan bo'lishiga qaramasdan, ko'pincha bularda SYI asoratsiz kechadi. Katta yoshdagi sog'lom erkaklarda SYI haqidagi ma'lumotlar ham yetarlicha emas. Shu sababli diagnostika va davo usullari to'liq ishlab chiqilmagan.

Bolalarda SYI. SYI chahaloqlarda va bolalarda klinik kechishi tipik bo'lmashligi mumkin. Agar qizchalar anamnezida SYI ning 2 xil ko'rinishi va o'g'il bolalarda 1 xil ko'rinishi bo'lsa, izchil tekshiruv o'tkazishni talab qilinadi, bu obstruksiya, qovuq-siydik nayi reflyuksi va orqa miya shikastlanishlari, shuningdek fimoz, jinsiy olat lablari yopishishi, qabziyatlarni inkor etish maqsadida o'tkaziladi.

Ultrasonografiya siydik yo'llarini tekshirishda asosiy usul bo'lib, qo'shimcha ravishda chahaloqlar va kichik bolalarda ko'tariluvchi sistouretroografiya (KSUG) o'tkazish mumkin. Katta yoshli bolalarda KSUG usuli bevosita radionuklidli sistografiya usuli bilan almashiladi.

Buyrak parenximasi chandiqlanishi surunkali piyelonefritda juda erta, asosan SYI buyrak ichi va vezikoureteral reflyukslar, ba'zan bachadon displaziyasi bilan

birga kelganda rivojlanadi. 2 yoshdan keyin yangi chandiqlar hosil bo'lishi kam kuzatiladi. Reflyuksni barvaqt diagnostikasi va uni davolash reflyuks nefropatiyani keskin o'zgartirib yuboradi. Shuning uchun bolalarda simptomsiz bakteriuriya borligini isbotlovchi skrining tekshiruvlar ko'pincha musbat natija beradi.

SYI 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq tarqalgan bakterial infeksiya ko'rinishida kechib, odatda oqibati yaxshi bo'ladi. Lekin ko'krak yoshdagi va yosh bolalarda oqibati yomon bo'lib, ayniqsa, SYI rivojlanish anomaliyalari bo'lganda buyrak parenxemasi chandiqlanishigacha bo'lgan o'zgarishlar kelib chiqadi. Buyrak parenxemasi chandiqlanganda gipertenziya, proteniuriya (24% bolalarda) surunkali buyrak yetishmovchiligini terminal bosqichlarda – gemodializ zarur. Bu bemorlar hisobiga surunkali buyrak yetishmovchiligi kattalarda ko'proq uchraydi.

Maktab yoshidagi 5% qizchalar va 0,5% o'gil bolalarda SYI ning kamida bir ko'rinishi shu davrda boshidan o'tkazadi.

Bola hayotining ilk davrida 1% erkak jinsiga mansub bo'lganlar, 3% ayol jinsiga mansublarda SYI ning rivojlanish xavfi bor deb hisoblanadi.

3-o'ygacha bo'lgan bolalarda kasallanish chastotasi turlicha bo'lib, asosan erkak jinsli bolalar kasallanadi. 6 oylik chahaloqlarda o'g'il va qizlarda kasallik nisbati 10:1.

Yangi tug'ilgan chahaloqlarda 0,7-3,4% hollarda simptomsiz bakteriuriya kuzatiladi. Shu holat 0,7-1,3% 3 oylik chahaloqlarda va 0,2-0,8% hollarda maktab yoshigacha bolalar va qizchalarda uchraydi.

Bakteriuriyaning klinik simptomlari bilan kechadigan turi 0,14% yangi tug'ilgan chahaloqlarda va 0,7%i 6 oylik o'gil bolalarda, 2,8% 6 oylik qizchalarda qayd etiladi.

Yangi tug'ilgan chahaloqlarda 25% qaytalanish uchraydi.

Etiologiyasi. Bu kasallikni chaqiruvchi Gramm manfiy bakteriyalar, asosan ichak mikroflorasi hisoblanadi.

Yuqoridagilardan SYI ni 90% hollarda E.coli chaqiradi deyish mumkin.

Gramm musbat bakteriyalar (Enterococcus va Staphylococcus spp) 5-7% hollarda chaqiradi.

Gospital hollarda chidamli mikroblar, masalan Klebsiella, Serratia va Pseudomonas spp A va V streptokokk guruhi asosan chahaloqlarda nisbatan ko'p uchraydi. SYI larida bolalar S. saprophyticus ni ajratish rag'batini kattaroq.

Patogenezi

Siydik traktida har xil anomaliyalarning rivojlanishi SYI ning obstruktsiyasiga, masalan uretra klapani, LMS strukturasi yoki siydikning noobstruktiv stazi, bundan tashqari jinsiy olat labchalarining bir-biriga yopishib qolishi va surunkali qabziyatlar ham SYI ga olib kelishi mumkin. Fimoz ham SYI ga sabab bo'ladimi degan savol hali ham jumboq bo'lib qolmoqda. Mexanizm aniq - Enterobacteria ichak florasidan chekka kertmak xaltachasiga tushib, epiteliyning glandulyar yuzasiga yopishadi va distal uretraga tushadi. Bu mikroorganizmlar orasida E.coli ahamiyatli, ushbu mikroorganizmlar o'ziga xos R-fimbriyalariga ega bo'lib, ular yordamida bu mikroorganizmlar chekka kertmak ichki yuzasi terisiga va uroepiteliy hujayralariga yopishadi. Bu infitsirlanishning ko'tariluvchi yo'liga xos bo'lib, bunda infeksiyalar oxir-oqibat buyrak parenximasigacha yetishi mumkin. Ko'pgina boshqa

mikroorganizmlar infeksiya o'chogiga perivezikal va ureteral limfa tomirlari bo'shliqlari orqali o'tadi.

Yangi tug'ilganlarda infektiya buyrak parenximasiga faqat gematogen yo'l bilan tarhaladi.

Siydik ajratishning disfunktsiyasi ko'pgina normal bolalarda siydik pufagining kam bo'shatilishining oqibati hisoblanadi. Bunday disfunktsiyalar bolalar bilan qo'pol muomalada bo'lganda ham uchraydi.

Chanoq neyropatiyasi asosan spina bifida borligi bilan bog'liq. Bu asosan PMR ga nisbatan sfinkterning disenergiyasi ikkilamchi obstruksiya kuzatiladi. Pastki motor neyronning zararlanishi ham rezidual siydik tutilib qolishi mumkin.

Buyrak zararlanishi va SYI o'rtasidagi bog'liqlik borligi hali jumboqligicha qolmoqda. Obstruktiv nefropatiyadagi buyraklar zararlanish mexanizmi masalasi esa allaqachon hal qilingan.

Katta yoshdagi bolalarda bakteriuriyaning bo'lishi, bor bo'lgan chandiqlarning rivojlanishiga yoki yangilarining paydo bo'lishiga olib kelmaydi, bunda buyrakning parenximasida displastik o'zgarishlar kuzatiladi..

Belgilari va simptomlari. Simptomlar nospetsifik bo'lib, bola yoshi bilan bevosita bogliq bo'ladi.

Chahaloqlarda SYI. Ishtahaning pasayishi, rivojlanishdan orqada qolish, ta'sirchanlik, simptomsiz bakteriuriya (1%) yoki septik shok bilan kechadi.

6 oylikkacha bo'lgan bolalar. Me'da-ichak tizimida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: ko'ngil aynishi, ich ketishi, ishtaha pasayishi, qorin dam bo'lishi, 5-10% hollarda SYI bilan bogliq isitma kuzatiladi. Sariqlik intoksikatsiya alomati bo'lib, E.coli ba'zan gemoliz chaqirish xususiyatiga ega bo'ladi. Boshqa belgilari esa siydik chiqarish simptomlariga kiritilishi mumkin, masalan: disfunktsional uzib-uzib siyish yoki siydik oqimining sustligi, lekin bu belgilar ba'zan aniqlanmasligi ham mumkin.

Maktabgacha yoshdagi bolalar (2-6 yosh). Simptomlar ko'proq spetsifik bo'lib siydik yo'llari bilan ko'proq bogliq. Ko'pincha isitma, siydik pufagini tez-tez bo'shatish dizuriya, qov usti va qorinda ogriq, siydik tuta olmaslik bo'lishi mumkin.

Maktab yoshdagi bolalar va o'smirlar. Bunda yuqori (piyelonefrit) va pastki (sistit) SYI ga ajratish mumkin. Chunki bu yoshda bemorlar kasallik simptomlari va qayerda ogriyotganini aniq ko'rsatishi mumkin.

SYIning og'irlik darajasi. SYI ning og'ir va yengil kechishini amaliy nuqtai nazardan ajratishni talab qiladi, chunki bu urgentslikning darajasini va diagnostik chora-tadbirlarning saqlanishiga va davolash choralariga ta'sir ko'rsatadi.

SYIning og'ir kechishi. Tana harorati $>39^{\circ}$ C ogriq, tinimsiz qusish, suvsizlanishning yengil va og'ir darajasi kuzatilib, bu davolash natijasida yaxshi natija bermaydi.

SYIning yengil kechishi. Bunday bemorlarda tana harorati biroz ko'tariladi. Bergan suyuqlik va dorilarni uzi icha oladi. Bolaning ahvoli salgina yomonlashgani bilan davolansa yaxshi samara beradi.

Bolalarda SYI ning klinik tasnifi

Orxoepididimitlar. Aynan bu yosh uchun orxoepididimitlar xos emas. Prepubertat yoshda yorqoqdagi og'riq buralib qolishdagidek bo'lishi mumkin. Perekrut sababli bolalarda moyaklarda prepubertant yoshida kuzatiladi.

Diagnostikasi

Fimozni, olat labchalarining yopishib qolishini, piyelonefrit yoki orxoepididimit belgilarini inkor qilish uchun fizikal ko'rish zarur. Isitmaning yo'qligi infeksiyon jarayonning yo'qligini anglatmaydi.

Laborator tahlillar. Siydikni ekish: ba'zan tahlil uchun siydik olish biroz qiyinchilik tug'diradi va buning uchun har xil usullar ishlatiladi. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda siydik-jinsiy a'zolarga birikmagan plastik paketchalar yordamida siydik pufagini kateterlab, yoki qov usti aspiratsiyasi bilan olish mumkin. Katta yoshdagi bolalarda siydikni ekish uchun siydikning o'rta ulushini olish mumkin. Aniq natijalarni qov usti aspiratsiyasi bilan olingan siydik va bunda aniqlangan mikroorganizmlar beradi va bu aniq bakteriuriya sifatida qaraladi.

Kateterlash paytidagi hisob $\geq 1,000-50,000$ KOE/ml. bo'lsa, bu ham aniq bakteriuriya sifatida qaraladi.

Ayni paytda esa bolalarda $\geq 6,000-10,000$ KOE/ml ikkita har xil namunalarda aniqlansa va bunda yana klinik simptom ham bo'lsa, ushbu holatni ham aniq bakteriuriya sifatida qarash mumkin.

Yana shuni nazarda to'tish kerakki, siydikdagi bakteriyalar soni siydik namunasini olish usuliga, diurezga saqlash usuliga va olingan siydikni tashib borish usuliga ham bogliq.

Siydik tahlillari:

Siydik cho'kmasining mikroskopik tahlili leykotsitlar va uropatogenlar to'grisida to'liq ma'lumot beradi. Bundan tashqari nitrit testi va leykotsitlar sonini sanash (indikator tasmachalar yordamida) foydali hisoblanadi.

Piuriyasiz bakteriuriya bakterial kontaminatsiya holatlarida aniqlanadi, bunda siydikni 24 soatdan keyin olish maqsadga muvofiq. Hatto isitmali bolalarda musbat natijali bakterial siydik ekmasi va bunda yana piuriyaning bo'lmasligi SYI diagnozini shubhali qiladi.

Simptomsiz bakteriuriya septik o'chog bo'lgan holda isitmali sindrom uchun asos bo'lib, bu holat oldin ham ko'rib o'tilgan.

Piuriyasiz bakteriuriya 0,5% holat namunalarda aniqlanadi, bu esa simptomsiz bakteriuriya uchrash hollarini ko'paytiradi.

Shunday qilib piuriyaning bor yoki yo'qligi SYI diagnozini qo'yish yoki qo'ymaslik uchun ishonchli ko'rsatkich hisoblanmaydi.

Tahlil natijalariga yana quyidagi omillar ta'sir qiladi: organizmning suvsizlanish darajasi, namuna olish va sentrifugalash usuli, cho'kma o'lchangan hajm va interpretatsiya sub'ektivligi.

Bolalarda ikkita usulni qo'shgan holda olib borish kerak, bunda isitma bo'lganda, >10 kg/mm va 50,000 KOE/ml aniqlanganda SYI uchun aniq natija bo'lib, infeksiyalar va kontaminatsiyalarni farqlash uchun yetarli hisoblanadi.

Landan fikriga ko'ra, bolalarda piuriyaning tana harorati ko'tarilishi bilan birga uchrashi o'tkir piyelonefritdan dalolat beradi.

Siydikda N-atsetil - β -glikozaminidazaning aniqlanishi kanalchalar zararlanishidan dalolat berib, buning ko'tarilishi esa SYI da tana haroratining ko'tarilishiga to'g'ri proporsionaldir. Shuningdek ushbu fermentning ko'tarilishi KSNR (PMR) da ham uchraydi. Shuningdek, siydikda yana interleykin II-6 ning SYI da aniqlanishi ilmiy muhokamada turibdi.

S-reaktiv oqsil (S-RO) bakteriuriya bilan bolalarda spetsifik ko'rsatkich hisoblanmasada, tana harorati ko'tarilgan holda, ushbu ko'rsatkich o'tkir piyelonefrit, simptomsiz bakteriuriya orasida farq hisoblanadi. S-RO ko'rsatkichi 20 kg/ml dan yuqori bo'lsa o'tkir piyelonefrit deb hisoblash mumkin.

Siydik yo'llarini ko'zdan kechirish (vizualizatsiyasi). Tekshirish usullarining oltin standarti bo'lib ko'p ma'lumotlarga ko'ra ogriqsiz, xavfsiz, minimal yoki radiatsion yo'qlamasini yo'q usullar hisoblanadi. Hozirgi zamonaviy tekshirish usullaridan birortasi yuqoridagi talablarga javob bera olmaydi.

Ultrasonografiya. Bu usul bolalarda qo'llaniladigan diagnostik usullarning eng qulayi hisoblanadi, chunki bu og'riqsiz, tez bajariladi, radiatsion nur qo'llanilmaganda ham aniq natijalarni buyrak parenximasi va yig'uvchi sistema holatini ko'rsatadi.

Radionuklid tekshirish: Texnitsiy 99m DMSA radiofarm preparat hisoblanib, buyrak proksimal kanalchalari hujayralarning bazal membranasi bilan bog'lanadi. Uning yarim ajralish vaqti 6 soat. Bu usul buyraklar funksiyasi haqida aniq ma'lumot beradi. SYI da ushbu preparatning yutilishi past bo'ladi. Shuning uchun radionuklid skanerlash radioaktiv indikatorning yulduzchali defekt sifatida buyrak parenxemasida aks etadi, bu esa o'tkir piyelonefrit kechishini ko'rsatadi. Yana shunday to'planishning shu tarzda pasayishi, lekin po'stloq qavatida fokal defekt sifatida aks etishi surunkali jarayon borligidan dalolat beradi.

Ts-99 (DMSA) yordamida skanerlanish reflyuks nefropatiyada maqbul diagnostik usul hisoblanadi va bu fokal chandiqlanish sifatida yoki yutilishning pasayishi sifatida buyrak parenxemasida kuzatiladi. RUSHTON va boshqalar faqat radiofarm preparatning yutilishi pasaygan bolalarda PMR bo'lishidan qat'iy nazar buyrak parenxemasida chandiqlar hosil bo'lish xavfi yuqori bo'lishini aniqlaganlar. Shu sababli ushbu holatda antimikrob profilaktikani boshlash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Ransley va Risdon, Ts-99m DMSA bilan radionuklid tekshirganda ozuvchanlik 80%, spetsifiklik esa 100% bo'lishini ma'lum qilishadi.

Boshqa tekshiruvlarda shu narsa yana ma'lum bo'lganki, parenximadagi minimal nuqsonlar gipoaktiv o'choglar sifatida ifoda etilmagan bo'lsa ham, antimikrob terapiya o'tkazilganda 100% hollarda to'liq so'rilib ketadi. Uzoq vaqt davomida bo'lgan nuqsonlar shubhasiz buyrak parenximasining chandiqlanishi bilan bog'liq.

Buyrak parenximalaridagi piyelonefrit natijasida hosil bo'lgan chandiqlar qaytmas jarayon ekanligi 40% hollarda uchrashi isbotlangan.

Radionuklid skanerlash barvaqt diagnostika usullaridandir, chunki u o'tkir piyelonefritning 1-haftasida 50-85% hollarda tekshirishning aniq usuli hisoblanadi. Bundan tashqari tekshirishning bu turi ekskretor urografiya va UZS ga nisbatan ko'proq sezgir va shuning uchun bu usul bolalarda birinchi navbatdagi tekshirish usuli hisoblanadi.

Sistouretrografiya. Buning 2 ta usuli bor.

1. Standart ko'tariluvchi sisto-uretrografiya pastki siydik yo'llarini rentgenologik tekshirishning keng qo'llaniladigan turi hisoblanadi, ayniqsa KSNR ni aniqlashda muhim o'rin egallaydi. Tekshirishning bu usuli bolalarda SYI ni aniqlashda zaruriy usul sifatida qo'llaniladi. Bu usulning kamchiligi: infeksiya

tushish ehtimoli, siydik pufagining retrograd to'ldirish zaruriyati va radionuklid nurlanish ehtimoli yuqori bo'lishi.

2. Radionuklid sistografiya dinamik renografiyaning qismi hisoblanadi. Bu alternativ usul qabul qilingan sistografiya hisoblanadi, ayniqsa bemorda KSNR bo'lganda va nur yo'qlamasi ham kam bo'ladi. Usul kamchiligi aniqlikning pastligi va SchI anomaliyalarining aniqlash qiyinligi hisoblanadi.

Ekskretor urografiya. Ekskretor urografiya bolalarda siydik chiqaruv yo'llarining ahvolini baholashda hali ham samarali usullardan hisoblanib kelinmoqda, lekin bu usulni bolalarda SYI bo'lganda qo'llash hozir munozarali masala bo'lib qolmoqda, chunki bu usul oldin ko'tariluvchi sisto-uretrografiya yoki radionuklid skanirlash usullarini qo'llab KSNR ning borligini aniqlash zarur.

1 yoshgacha bo'lgan bolalarda usul qo'llanilishining kamchiligi, kontrast preparatlarning nojo'ya ta'siri va nurlanishi hisoblanadi.

Kompyuter tomografiya. Bolalarda SYIning aniqlashda kompyuter tomografiyasi kam qo'llaniladi, chunki uning ham ekskretor urografiyaidek kamchiliklari bor.

Simptomsiz bakteriyasi bo'lgan yoshlarning skrining tekshirish usullari emizik yoshida chandiq hosil qilishning oldini olishda muvaffaqiyatsiz bo'lib chiqdi. Faqat kam bolalarda SYI urologik buzilishlar asosida yotadi, lekin shunday buzilishlar o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Shuning uchun qizlarda ko'pi bilan 2 ta va o'gil bolalarda 1 ta holatdan keyin (simptomsiz bakteriya hollari bo'lmasa) tekshiruv o'tkazish kerak. Yoshlarda ultrasonografik tekshiruvlar va bevosita ko'tariluvchi KSUG bajarish lozim. 5 yoshdan kattalarga KSUG ning o'rniga vositali radionuklid sistografiya o'tkazish lozim. DMSA skanerlashni VUR bo'lgandagina va KSUG dan keyin o'tkazish mumkin. Asosan obstruksiya deb shubha qilinganda DTPA/MAG-3 bilan skanerlash zarurligi UZI bergan ma'lumotlar bilan aniqlanadi.

Davolash. Davolashning 4 ta asosiy maqsadi bor:

1. SYIning o'tkir bosqichida kasallikning klinik ko'rinishi va bakteriyasini yo'qotish.

2. Buyrak parenximasi chandiqlanish jarayoni profilaktikasi

3. SYI qaytalanish profilaktikasi

4. Hamroh urologik o'zgarishlar korreksiyasi

SYIning og'ir kechishi adekvat infuzion va antibakterial terapiyani talab qiladi. Sefalosporinlarni buyurish maqsadga muvofiq. Agar gramm manfiy infeksiya gumon qilinsa, aminoglikozidlar, ampitsillin yoki amoksitsillin klavulon kislotasi bilan yuborilgani yaxshi.

Sefalosporinlarga allergiyasi bo'lgan taqdirda, azitromitsin yoki gentamitsin ham ishlatilishi mumkin.

Aminoglikozidlarning buyurish zaruriyati tug'ilganda, ularning qon zardobidagi konsentratsiyasini nazorat qilish kerak. Agar siydik ekmasida kokklar aniqlansa, ularga ampitsillin yoki klavulon kislotasi bilan amoksitsillin buyurish lozim.

Chaqaloqlarda dozani nazorat qilish shart. Bolalarga xloramfenikol, sulfanilamidlar, tetratsiklinlar, rifampitsin va seftriaksonni buyurish mumkin emas.

Katta yoshli bolalarga tetratsiklin (emalni bo'yaydi) va ftorxinolon (tog'ay to'qimasiga toksik ta'sir qiladi) dan tashqari ko'pgina antibakterial preparatlar qo'llash mumkin. 24-36 soatgacha bo'lgan davrda antibiotiklarni parenteral yuborish kerak. Tana harorati tushib, bola o'zini yaxshi his qilgach, preparatlarni peroral qabul qilish mumkin va davo kursi 10-14 kun.

Og'iz orqali qo'llaniladigan antibiotiklar: ampitsillin, sefalekssin, sefeksim. 3-yoshgacha bo'lgan bolalarga ichirish qiyin bo'lgani uchun 7-10 kun mobaynida parenteral davo qabul qilish mumkin. SYI ning o'tkir xilidan keyingi kunlik antimikrob profilaktika 6 oygacha olib boriladi. Nitrofuranelar, TMP, sefalekssin, sefaklorlarning samaradorligi ko'proq.

SYI ning yengil kechishi.

Asoratlar berish xavfi kam bo'lgan infeksiya SYI ning yengil xili deb qaraladi va shuning uchun seftriakson kabi sefalosporin guruhi preparatlarini bir martalik parenteral dozada berish va allergiya paytida azitromitsin buyurish adekvat davo hisoblanadi. Keyin davo kursi to'liq tugallanguncha TMP, sefalekssin yoki amoksitsillin Og'iz orqali qabul qilishga o'tiladi. Davo kursi tugagach, 6 oy mobaynida antimikrob profilaktika buyurish kerak. Davo naf bermagan hollarda asoratlar va bakteriyemiya kelib chiqqanda bemorni statsionarga yotqizish va parenteral davoga o'tish lozim. Antimikrob preparatlarning yosh va vaznga bog'liq dozalari jadvalda keltirilgan.

Mikrobgaga qarshi preparatlar	Qo'llanilishi	Yoshi	Umumiy doza	Kunlik doza
Ampitsillin	v/i	3-12 oy	100-300 мг/кг BW	3
Ampitsillin	v/i	1-12 yosh	60-150 мг/кг BW	3
Amoksitsillin	Og'iz orqali	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	2-3
Amoksitsillin	Og'iz orqali	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	2-3
Amoksitsiklin/klavulanat	v/i	3-12 oy	60-100 мг/кг BW	3
Amoksitsiklin/klavulanat	v/i	3-12 yosh	60-100 мг/кг BW	3
Amoksitsiklin/klavulanat	Og'iz orqali	3-12 oy	37,5-75 мг/кг BW	2-3
Amoksitsiklin/klavulanat	Og'iz orqali	1-12 yosh	37,5-75 мг/кг BW	2-3
Sefalekssin	Og'iz orqali	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	3
Sefalekssin	Og'iz orqali	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	3

- profilaktika uchun	Og'iz orqali	1-12 oy	10 mg/kg BW	1-2
Sefaklor	Og'iz orqali	3-12 oy	50-100 mg/kg BW	3
Sefaklor	Og'iz orqali	1-12 yosh	50-100 mg/kg BW	3
Seftriakson	Og'iz orqali	1-12 yosh	50-100 mg/kg BW	1-2
Seftriakson	v/i	3-12 oy	50-100 mg/kg BW	1
Azitreonam	v/i	1-12 yosh	50-100 mg/kg BW	1
Azitreonam	v/i	3-12 oy	50-100 mg/kg BW	3
Gentamitsin	v/i	1-12 yosh	5-7,5 mg/kg BW	3
Gentamitsin	v/i	3-12 oy	5 mg/kg BW	1-3
Trimetoprim	Og'iz orqali	1-12 yosh	6 mg/kg BW	1-3
- profilaktika uchun	Og'iz orqali	1-12 yosh	1-2 mg/kg BW	2
Nitrofurantoin	Og'iz orqali	1-12 yosh	3-5 mg/kg BW	1
- profilaktika uchun	Og'iz orqali	1-12 yosh	1 mg/kg BW	2

Buyrak yetishmovchiligi, transplantatsiyadan keyin, qandli diabetda va immunosupressiv holatlarda SYL.

Ba'zi mualliflar o'tkir piyelonefrit normal buyrakning chandiqlanishiga olib keladi, deb ta'kidlaydilar. Tarqalish va shikastlanish hajmi har xil bo'lsa ham obstruksiya va reflyuks kabi vaziyatlar patologik jihatdan o'xshash jarayon. KSNR ning buyrak ichi reflyuksi va chiquvchi infeksiya kabi elementlarning shikastlanuvchi ta'siri va buyrak parenximasini chandiqlashi faqat bolalik davrida to'g'ri keladi.

Siydik yo'llarida infeksiyaning mavjudligi tana harorati va o'tkir fazali reaksiyalarning ko'tarilishiga (masalan: S-reaktiv oqsil va EChT), A guruh immunoglobulinlar paydo bo'lishi va sitokinlarning ajralishiga sabab bo'lishi mumkin. Qon zardobida IL-2, IL-6 ning ko'rsatkichi ortadi. To'qimalarning shikastlanishi kanalchalarida α va β mikro- va makroglobulinlar va N - atsetil glyukozaminidaza kabi oqsil va fermentlarning sekretsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Funktsional rejada vaqtning uzoq davr kechishida o'rin tutadigan buyrak konsentratsion funksiyasining pasayishi ham kuzatilishi mumkin. Bunda serologik immun javob mexanizmi ham mavjudligi aniqlangan. Bu esa antitelalar bilan qoplangan bakteriyalar, mikroorganizmlarning turli antigen komponentlari kabi immun tizimni ta'sirleydi va ular immun sistema uchun buyrak parenxemasini shikastlashi mumkin bo'lgan antigen kabi bo'lib tuyuladi. Bakterial hujayralarning virulentligini aniqlaydigan identifikatsiyalangan ko'pgina omillar mavjud va ularning shilliq pardada adgeziyalanish xususiyatlari qo'shimcha invaziya kabi qaraladi. Masalan I tip fimbriyalar yoki xivchinlar siydik traktini qoplab turadigan uroepiteliy mukopolisaharidlarning himoya qoplami hisoblangan uromukoidning mannoza retseptorlari bilan birlashadi. II-tip esa organizm uroepiteliysida sekretlanadigan qon

glikolipidlari bilan bog'lanadi. Klinik amaliyotda Enterobacteriaceae patogenligini 2 tip fimbriyalar belgilaydi: kam miqdordagi asimptomatik bakteriya va sistit bo'lgan bolalarga nisbatan 90% bolalar o'tkir piyelonefrit bilan.

Bakterial adgeziya organizmda turli oqibatlar bilan tugashi mumkin. Turli mexanizmlar yordamida esa qo'zg'atuvchining lokalizatsiyasini aniqlash va eradikatsiyasini yengillashtirish mumkin. Adgezivlikning pasayishi buyrak parenximasiga yashirin kirishiga imkon beradi. Niderlandlarda o'tkazilgan ilmiy ishlarda 160 ta bemorlar guruhida SYI ning xurujini yaqin orada o'tkazganlarining ba'zilarida konsentratsion xususiyatining pasayishi 40% ida kasallik isitmasiz o'tganligi aniqlandi. Bu kasallarga kirgan bakteriyalarning adgezivlik xususiyati past bo'lgan. Balki shuning o'zi ham ularning buyrak parenximasiga kirishini ta'minlagan va doimiy xarakterga ega bo'lgan struktur va funksional shikastlanishni shakllantirgan.

Chandiqlanish refleksiz, obstruksiya va toshsiz SYI natijasida hosil bo'lishi shubhali. Buyrak perfuziyasi va ekskretsiyasining sezilarli pasayishi o'tkir kechishi isbotlangan. Shunday nomlangan lobar nefroniya va uning mavjudligi nostandart v/i urografiya bilan holi DMSA skanerlash yoki KT kabi vizual diagnostik usullar bilan isbotlanishi mumkin. Shunday bir tekshirishda o'tkir piyelonefrit ko'rinishlari bo'lgan holda, ilgari patologik holat bo'lgan bemorlarning 55% ida buyrak parenximasida yangi shikastlanishlar borligi aniqlangan. Ular 3-6 oy mobaynida 77% bemorlarda saqlanib qolgan. "20-30 yil mobaynida kuzatuvlar o'tkazilgan 29 ta ayolda buyrak to'qimasining kengayib boruvchi shikastlanishi isbotlangan va gistologik tekshiruvlarda surunkali piyelonefrit topilgan" deb yozadi (EAU).

Bu tekshirishlarda shikastlanish xususiyati past texnikalardan foydalanilgan va shuning uchun yo'ldosh patologik o'zgarishlar aniqlanmagan. Balki bu bemorlar guruhida buyrak parenximasida boshlang'ich shikastlanishlar bo'lgandir va uzoq vaqt oralig'ida buyrak yetishmovchiligi va interstitsial nefropatiyani (M: analgetiklarni ko'p iste'mol qilishda kelib chiqadigan nefropatiya) aniqlashning yoki inkor etishning iloji bo'lmagan. Buni eng yangi va bunday hollarda hal qiluvchi DMSA skanerlash usuli yordamida o'tkir piyelonefritning yuqori fazasida aniqlash mumkin. 81 bemordan 31 tasida 3 oydan keyin so'rilib ketadigan ma'lum darajada bir yoki ko'proq perfuziya defektlari mavjud bo'lgan. Perfuziya defektlari qolgan paytda v/i urografiya qilish kerak. Bu usul infeksiyaning o'tkir epizodi yo'ldoshi hisoblangan refleks yoki obstruktiv uropatiyani aniqlash imkonini beradi.

Xullas, zamonaviy diagnostik usullar bilan parenxemada joylashgan chandiqli o'tchog'i o'tkir noobstruktiv piyelonefrit natijasida hosil bo'ladi. Bunday chandiqli mavjud kasallarda surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanmaydi. Bu chandiqlar reflyuks nefropatiyada hosil bo'lgan chandiqlardan farq qiladi. Bu uzoq vaqt davomida olingan klinik ma'lumotlarga mos keladi. O'tkir infeksiya jarayon davrida v/i urografiya yoki DMSA skanerlash juda xavfli bo'lishi mumkin, lekin amaliyotda bu muammolarning barchasi hal qilingan. O'tkir infeksiya epizodi vaqtidagi og'ir klinik ko'rinishlar va buyrak parenximasida doimiy chandiqli o'zgarish bo'lish xavfi kam bo'lganda antibiotiklarni yuqori dozada berish yaramaydi.

O'tkir SYI buyrak parenximasining buzilishiga sabab bo'ladigan ba'zi spetsifik holatlar bor.

- qandli diabet

- Tuberkulyoz (Sil)

Qandli diabet.

Qandli diabetda, asosan Enterobacteriaceae guruhi etiologik faktor bo'lib, xizmat qilganda o'tkir piyelonefrit rivojlanish xavfi oshadi. Infeksiya kirish yo'li - asosan qandli diabet kasallarida ko'p uchraydigan Klebsiella spp., pastki siydik yo'llaridan chiquvchi infeksiyadir. Simptomsiz bakteriya qandli diabeti bor ayollarda keng tarqalgan va agar bu holatni o'z vaqtida davolamasa, oqibatda buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Bu jarayonda qatnashadigan mexanizmlar oxirigacha o'rganilmagan va bu o'tkir asoratlanmagan piyelonefritga ham tegishli, bunda qo'shimcha yashirin omillarni ham hisobga olish kerak: bu omillar siydik chiqaruv disfunksiyasiga olib keluvchi avtonom neyropatiya va diabetik nefropatiya asosida yotishi mumkin. Organizm umumiy qarshiligining pasayishi nefropatogen mikroblarning persistensiyasiga va buyrak asoratlari rivojlanishiga moyillik tug'diradi. Lekin bu xususda ma'lumotlar yetarli emas. Glyukozuriya fagotsitoz va hatto hujayraviy immunitetni ham pasaytiradi va bakterial adgeziyaga imkon yaratadi. Lekin shuni yoddan chiqarmaslik kerakki, glyukoza miqdorini yaxshi nazorat qilmaslik bakteriuriya rivojlanish xavfini oshirmaydi.

Qandli diabetga chalingan kasallarda gistologik mikroabsesslar bilan o'tkir piogen infiltratning bo'lishi va surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan tugaydigan infeksiyon interstitsial nefritning yashirin va o'ziga xos kechishi harakterli. Mikroblar buyrakka gemotogen yo'l bilan ham kelishi mumkin. Parenxima infeksiyalanganda obstruksiyasiz ham buyrak ichi absessning yashirin formasi shakllanishi mumkin. Bu paranefral bo'shliqni teshib o'tib m.psoas dagi absessga sabab bo'lishi mumkin. Ba'zi gaz hosil qiluvchi mikroblar o'lim chastotasi yuqori bo'lgan nekrotik o'zgarishlar chaqirishi mumkin. Bu holatning klinik namoyon bo'lishi juda og'ir bo'lishi mumkin.

Qandli diabetga chalingan kasallarda asosan o'tkir piyelonefrit bo'lganda papilyar nekroz ko'p uchraydi. Bu holat buyrak parenximasining uzluksiz chandiqlanishi bilan bog'liq. So'rgichlarning siqilishidan kelib chiqadigan va nefropatiyaga sabab bo'ladigan obstruksiyani ham inkor etish qiyin. Qandli diabet kasalligida buyrak parenximasining progressiv infeksiyasiga moyillik borligi va shuning uchun simptomsiz bakteriuriyani yo'qotishga harakat qilish kerak, degan yagona fikr mavjud. Papilyar nekroz mavjud paytda, antibakterial profilaktika qilish zarur.

Tuberkulyoz.

Tuberkulyoz bilateral buyrak infiltratsiyasi vositasida ham o'tkir, ham surunkali buyrak shikastlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda bu kasallik buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichiga olib kelishi mumkin. Ammo interstitsial va granulematoz kasalliklarining yashirin shakllari fibroz, kalsifikatsiya yoki obstruksiyasiz ham buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'lishi mumkin.

Tuberkulyoz va moxov proliferativ glomerulonefritning bir shakli hisoblangan buyrak amiloidozining rivojlanishidan kelib chiqadigan buyrak parenximasining shikastlanishiga sabab bo'ladi. Urogenital tuberkulyozni davolashning yangi

yo'nalishida davo kursi qisqargan bo'lsada, buyrak parenximasining shikastlanishi mavjud hollarda uzoq muddatli davolash kursi tavsiya etiladi.

Surunkali buyrak kasalliklari va SYI. Uremiya bo'lgan barcha bemorlarda SYI tasdiqlangan va nima uchun SYI surunkali buyrak yetishmovchiligining avjlanishini tezlashtirishi haqida turli sabablar bor. Siydikdagi mochevina, past pH va yuqori osmolyarlik uning antimikrob xususiyatini ta'minlaydi, yuqoridagi patologiyada esa bular yo'qotilishi ham mumkin. Lekin oz miqdordagi ba'zi ma'lumotlar surunkali buyrak yetishmovchiligining boshlanishi va persistirlanuvchi SYI orasida bog'liqlik borligini inkor qiladi. Infeksiyadan xalos bo'lish maqsadida buyraklarning gidronefrotik transformatsiyasi yoki bujmayganligi sababli bajarilgan nefroektomiya kutilgan natijani bermaydi.

Ba'zi bir o'ziga xosliklar bor. SYI katta yoshlilarda o'tadigan va SYI ning klinik belgilari bilan kechadigan polikistoz kasalliklarining ma'lum asoratlari bilan qo'shilib keladi (23-24% bemorlarda). Garchi piuriya barcha bemorlarda asosan kasallikning so'nggi bosqichida uchrasa ham standart laboratoriya usullari yordamida ekilgan bakteriyalardan musbat javob olish ancha murakkab. Yuqoridagi guruhda o'tkir piyelonefrit ko'p uchraydi va buning manbai infeksiyalangan kistalar hisoblanishi mumkin. Kistalarda infeksiya bo'lganda antibakterial davoning samarasi kistalar proksimal (aktiv sekretiya) yoki distal kanalchalardan (passiv diffuziya) chiqish-chiqmasligiga yoki qo'llanilgan preparatlarning yog'da eruvchanligiga bog'liq. Sefalosporinlar, gentamitsin va ampitsillin o'tkir piyelonefritning standart davosida qo'llaniladi. Ular aktiv transportni talab qiladi va ko'pincha samarasiz bo'lib chiqadi. Shunga ko'ra ftorxinolonlar ko'proq samarali, lekin ba'zi hollarda ikki tomonlama nefrektomiya bajarish muammoni hal qiladi (asosan transplantatsiyadan keyin).

Polikistoz kasalligini SYI rivojlanishi uchun moyillik tug'dirmaydigan va surunkali buyrak yetishmovchiligining oxirgi bosqichida kelib chiqadigan buyrakning orttirilgan kistoz kasalligidan farqini ajratib olish shart. Asosan erkaklardagi buyrak polikistoz kasalligida SYI ning og'ir klinik ko'rinishi yomon oqibatga olib keladi; infeksiyon nefrolitiaz, struvit toshlar, obstruktiv uropatiya va og'ir reflyuks barcha hollarda bo'lmasada, ko'pincha infeksiyani keltirib chiqarishi shubhasiz. Simptomsiz bakteriuriya yoki hatto yengil o'tuvchi SYIni intensiv davolashda ham shubhali natijalar olinadi.

Bemorlarda buyrak ko'chirib o'tkazilgandan keyingi SYI. 35-80% bemorlarda bakteriuriya uchraydi. Ammo zamonaviy transplantatsion jarrohlik tatbiq etilsa, immunosupressatlar dozasi kamaytirilib va antibiotiklarning profilaktik dozasi qo'llanishi tufayli bakteriuriya xavfi kamayadi. Infeksiyaning erta yuzaga kelishiga donorda infeksiya mavjud bo'lganligi sabab bo'ldi. Buyrakni konteynerdan olgach, uning arteriya va venalaridan va donor buyrak joylashgan paketdagi suyuqlikdan bakterial ekma olish kerak. Chunki donor buyragini olayotgan paytda mikroblar tushgan bo'lishi mumkin. Kateter va siydik yo'li stentlari uroepiteliyda glyukozaminoglikanlarni indutsirlash bilan birga yot tanachani qoplab turuvchi shilliq bioplyonkadan mikroorganizmlarning manbai hamdir. O'tkazilgan immunosupressiv terapiya (retselenning o'z) ko'chirib o'tkazilgan buyrakda infeksiya kechishini og'irlashtiradi. Qandli diabet, infeksiyalangan PMR, polikistoz

kasalligi va infeksiyon toshlar bo'lganda uchraydigan papilyar nekrozda bu muammoga duch keladi. Agar buyrak transplantatsiyasi rejalashtirilgan bo'lsa, siydik pufagida o'tkazilishi zarur jarrohlik aralashuvlar, rutinli yoki o'zgaruvchan kateterizatsiya yordamida urodinamikani to'liq baholashni kuzatish mumkin. Siydikni chiqarish bilan siydik pufagining hajmini oshirish va uning to'qimasini to'ldirish kabi muammolar dializda bo'lgan bemorlarda hal qilingan bo'lishi kerak va transplantatsiyadan keyin bakteriuriyaning uchrash darajasi yuqoriligi tufayli antibakterial preparatlar berishini talab qiladi.

Birinchi uch oyda qaytalanish darajasi yuqori bo'lgan SYI simptomlari kelib chiqadi. Transplantatsiyadan so'ng keyingi bosqichlarda o'tkir piyelonefrit va bakteriuriyaning kelib chiqish darajasi kamayadi. Shu bilan birga urologik tomondan hech qanday asoratlari (oqmalar, obstruksiya) bo'lmasa, antibakterial preparatlarning samaradorligi ortadi. Buyrakda total yoki segmentar infarkt kelib chiqqanda (arteriyalar shikastlanishidan) infeksiya rivojlanishi ro'y beradi va shu bilan birga o'lgan to'qimada bakterial kolonizatsiya bo'lib o'tadi. Infeksiyon agentlar eradikatsiyasini to' buyraklar yoki nekrozlangan segmentni olib tashlanmaguncha yo'qotish amaliy jihatdan mumkin emas. SYI ning og'ir kechishida transplantatning bir necha ko'chish mexanizmi mavjud. Ilgari transplantatsiyadan keyingi reflyuks mavjudligi tufayli piyelonefrit va parenxemaning chandiqlanishi kelib chiqadi, degan fikrlar mavjud edi. Bu ma'lumotlar o'z isbotini topmadi va transplantatsiya bilan shug'ullanuvchi jarrohlar antireflyuks mexanizmlar yaratish bilan shug'ullanmadilar. Ammo nazariy infeksiya buyrak transplantatning ko'chishini turli yallig'lanish kaskadidagi reaksiyalarga erkin radikallar, o'sish faktori, sitokinlarning bevosita ta'siri kabi yo'llar bilan amalga oshiradi. Ammo infeksiyani transplantatning ko'chishidan farqlash juda qiyin.

Buyraklarning transplantatsiyasi va surunkali buyrak yetishmovchiligida antibakterial terapiya. Surunkali buyrak yetishmovchiligida buyuriladigan antibakterial preparatlar haqidagi asosiy ma'lumot 4-8 jadvallarda to'plangan. Shuni aytish kerakki, peritoneal dializ va gemodializ ma'lum antibakterial preparatlarni buyurmaslik yoki yuqori dozada buyurishga olib keladi. Ikkinchidan, antibakterial preparatlar va immunosupresantlarning o'zaro ta'sirini unutmazlik kerak.

Buyrak funksiyasi pasaygandagi SYI ni davolashda qo'llaniladigan antibakterial preparatlar

- Ko'pgina antibakterial preparatlar yetarlicha terapevtik indeksga ega; 20ml/min dan kichik bo'lgan glomerulyar filtratsion ko'rsatkichgacha dozalash rejimi korreksiyasini olib bormaslik kerak.
- Dializ paytida chiqib ketadigan preparatlarni dializ seansidan keyin buyurish kerak
- Halqali diuretiklar va sefalosporinlar kombinatsiyalanganda nefrotoksik ta'sir qiladi
- Nitrofurantoin va tetratsiklin mumkin emas, ammo doksitsiklin buyurish mumkin
- Aminoglikozidlar dozasini korreksiyalash kerak

Antibakterial preparatlarning dializlanuvchanligi

Dializlanuvchilar	Nisbatan dializlanuvchilar	Dializlanmovchilar
Ampitsillin Karbenitsillin Sefalosporinlar* Aminoglikozidlar* Trimetoprim Metronidazol Aztreonam* Flyukonazol*	Ftorxinolonlar Ko-trimaksozol Eritromitsin Vankomitsin	Amfoteritsin Metitsillin Teykoplanin

* Bu preparatlar peritoneal dializda organizmdan chiqadi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligida tuberkulyozni davolash

- Rifampitsin va Izonikotin kislotaga gidrazidni dializlanmaydigan antibakterial preparatlar hisoblanadi; bir vaqtning o'zida piridoksin buyuriladi
- Etambutol dializlanmaydigan antibakterial preparat; glomerulyar filtratsiya <30 ml/min tezlikda bo'lganda dozasi kamaytirish zarur
- Rifampitsinni sefalosporinlar bilan birga buyurmaslik kerak

Buyrak transplantatsiyasida SYI ni davolash va oldini olishga oid tavsiyalar

- SYI ni davolash maqsadida retsipientda transplantatsiyadan oldin antibakterial terapiya kursini o'tkazish kerak
- Perfuzat va donor to'qimasidan namuna olib bakterial ekma o'tkazish lozim
- Operatsiyadan oldin antibakterial profilaktika buyuriladi
- 6 oy mobaynida TMP-SMX past dozalarda tavsiya etiladi
- MVP ning namoyon bo'lgan infeksiyasida empirik terapiya buyurish mumkin
- TMP-SMX = trimetoprim-sulfametaksazol qo'llash maqsadga muvofiq

Siydik yo'li infeksiyasi va buyraklar transplantatsiyasi

Davo	Transplantatsiya bajarish imkoni bo'lmaganda bajarilgan terapiyaga o'xshash, ammo davo davomiyligi 10-14 kun.
Profilaktika	
Antibakterial preparatlar tanlash	Ftorxinolonlar, TMP-SMX
A tsiklosporinlar bilan ta'sirlanishi	Rifampitsin, eritromitsin, aminoglikozidlar TMP-SMX, amfoteritsin B

TMP-SMX = trimetoprim-sulfametaksazol

Retsipientlarda transplantatsiyadan keyin SYI ni davolash

Transplantatsiya o'tkazilgan bemorlarda SYI ni davolash, transplantatsiya o'tkazilmagan bemorlar bilan o'xshash. Ko'p hollarda qisqa davo kursi tavsiya qilinadi, lekin davo kursi 10-14 kundan ko'p bo'ladi. Preparatni tanlash uning buyrak parenxemasiga penetratsiyalanish xususiyati bilan aniqlanadi va ftorxinolonlar ko'proq samarali bo'lib chiqdi.

TMP va SMX ning bir butun kombinatsiyasi SYI ning oldini olishda samarali hisoblanadi. Bu kombinatsiya Pneumocystis carinii qo'zgatadigan pnevmoniyani va boshqa kam uchraydigan mikroblar chaqiradigan infeksiyalarning oldini oladi. Ko-trimaksozolning kichik dozasi profilaktika uchun 6 oy mobaynida transplantatsiyadan keyin buyurish tavsiya etiladi. Bunda transplantatning ko'chishi bilan bogliq infeksiyaning aniq klinik belgilari namoyon bo'lgan paytda bemor himoyalanaadi. Past dozada siklosporin A bilan manfiy ta'siri kuzatilmaydi, garchand yuqori dozada TMP siklosporin A bilan nefrotoksik ta'sir qilsa-da, qolgan preparatlarning ham birgalikdagi ta'siriga e'tibor berish kerak (gentamitsin, TMP-SMX va amfoteritsin B).

Zamburug'li shikastlanish.

Immunosupressiyali bemorlarda, asosan surunkali siydik tutilishi bo'lgan qandli diabetga chalingan kasallarda va doimiy kateter yoki stentlar bilan yuruvchi bemorlarda ko'pincha Candida turkumiga mansub zamburug'lar uchraydi. Hatto klinik belgilari namoyon bo'lmaganda ham zamburug'ga qarshi preparatlardan (flyuqonazol, amfoteritsin B oromotsitozin bilan) oqilona foydalanish mumkin. Kateter va stentlarni olib tashlash zarur.

Agar bemorda qaytalanuvchi yoki rekurent infeksiya bo'lsa intensiv davo o'tkazish zarur.

Buyraklar transplantatsiyasidan keyingi asimptomatik bakteriuriya qanchalik muhim ahamiyatga ega ekanligi haqidagi savol haligacha hal qilinmagan. Shu guruhdagi kasallarni tekshirib ularda qanday struktur anomaliyalar bor yo'qligini va mavjud bo'lsa korreksiyalash zarurligini aniqlash kerak.

Immunosupressiya.

Immunosupressiyaning SYI rivojlanishidagi o'rnini haligacha aniqlanmagan. Buyrak yetishmovchiligining oxirgi davridagi bemorlar ko'pincha SYI chaqiradigan Gr(-) flora ga chidamli bo'ladi, ammo ularda o'ziga xos va granulematoz infeksiyalar bo'ladi. Shu guruh bemorlarda hujayra va gumoral immunitet pasayganligi aniqlangan (40%). Agar immunosupressiya bo'lgan bemorlarda Pneumocystis carinii chaqiradigan pnevmoniyaga qarshi profilaktika, xuddi ransplantatsiyadan keyingi bemorlarda o'tkazilgandek bajarilsa foydali bo'lmaydi, bu ilgari shu preparatga nisbatan chidamlilik rivojlanganligidan bo'lishi mumkin. Yuqorigidagi guruhda virusli va zamburug'li xastaliklar ko'p uchraydi.

SYI ASORATLARINING UROLOGIK MUAMMOLARI

- Asoratlangan SYI - bu qandaydir funksional yoki SYI bilan bog'liq siydik tanosil traktining anatomik muammolari ishtirok etishi yoki organizmning himoya xususiyatini hosil qilib, o'z navbatida orttirilgan infektsiya xavfini oshiradigan yoki o'tkazilgan davoning samarasini kamaytiradigan xastaliklarning birgalikdagi ta'sirdan kelib chiqadi.

- Bakteriyalarning keng doirasi asoratlangan SYI (asoratlarining) sababchisi bo'lishi mumkin. Asoratlanmagan SYI (asoratlari)ni davolashda qo'llanilgan antibakterial preparatlarga nisbatan chidamli bakteriyalar va asoratlanmagan SYIning nisbatan ko'proq xilma-xilligi.

- Enterobacteriaceae va E.coli keng tarqalgan qo'zg'atuvchilar, ammo noferment (masalan, Pseudomonas aeruginosa) va gramm musbat kokklar (masalan, staphylococci va enterococci) ham asosiy hastalikka bog'liq holda muhim rol o'ynashi mumkin.

- Davolash algoritmi bemorlikning og'irligiga bog'liq va u 3 yo'nalishda olib borilishi mumkin: urologik buzilishlarni olib borish taktikasi, antimikrob terapiya va zarurat tug'lsa quvvatlovchi terapiya. Rezistent shtamplar paydo bo'lmasligi uchun agar imkon bo'lsa terapiyani bakterial ekмага ko'ra olib borish zarur.

- Agar empirik terapiyaga zarurat bo'lsa, preparatning ta'sir doirasiga ko'p uchraydigan relevant qo'zg'atuvchilar kirishi kerak. Alternativ terapiyada asosan siydik bilan chiqib ketadigan ftorxinolonlarni, (piperatsilin) beta-laktamaz ingibitorli aminopenitsillinlarni, 2-3 avlod sefalosporinlarni yoki parenteral terapiya hollarda aminoglikozidlar tavsiya etiladi.

- Boshlang'ich terapiya yetarli bo'lmasa yoki klinik og'ir infeksiyalarda keng doirada ta'sir qiluvchi antibakterial preparatlarni tanlash kerak. Masalan, ftorxinolonlar, atsilaminpenitsillin beta-laktamaz ingibitorlar bilan, 3b gramma sefalosporinlar yoki karbapenem, karbapenemning aminoglikozidlar bilan kombinatsiyasi.

- Terapiya 7-14 kun, ammo ba'zan 21 kungacha cho'zilishi mumkin.

- haligacha bemorlikka olib boruvchi omillar oxirigacha bartaraf etilmagan, o'tkazilgan samarali davolash kursidan keyin infeksiyaning qaytalanmasligi mumkin emas, deb bo'lmaydi. Shu bois terapiya tugagandan 5-9 kun hamda 4-6 kundan keyin siydikdan bakterial ekma olish kerak.

Asoratlangan SYI - bu SYI bilan bogliq bo'lgan siydik-tanosil trakti anatomik yoki funksial muammolari, yoki organizm himoya xususiyati ishlashi uchun qarshilik qiladigan bemorliklar bo'lishi, buning natijasida o'z navbatida infektsiya yuqishi xavfi ortishi yoki o'tkazilgan davolash natija bermasligidir. Asoratlangan SYI ni aniqlashda quyidagi mezonlar bo'lishi shart: bakteriologik siydik ekmasi musbat va bir yoki ko'p omillar jadvalda keltirilgan:

- Doimiy kateterlar, stentlar yoki splintlar (uretral, siydik nayi, buyraklar) bo'lishi, siydik pufagini kateterlash. Davriy ravishda.
- Postmiktsion qoldiq siydik >100 ml hajmda.
- har xil obstruktiv uropatiyalar natijasida, masalan infravezikal obstruktsiya

(neyrogen siydik pufagi ham), toshlar va o'smalar.

- qovuq-siydik nayi refluksi yoki funksional buzilishlari.
- Siydik traktining yonbosh qovuzloq yoki xaltacha kabi ko'rinish o'zgarishlari.
- Uroepiteliyning radiatsion yoki kimyoviy zararlanishi.
- Operatsiyadan oldingi yoki keyingi SYI.
- Buyrak yetishmovchiligi va transplantatsiyasi, qandli diabet va immun tanqisligi.

Asoratlangan SYI ning uchrash darajasi turli guruh bemorlarda ko'payishi, ortishi mumkin.

Bemorning yoshi va jinsi ham asoratlangan SYIning aniqlaydigan omil bo'lib hisoblanmaydi.

Asoratlangan SYI ni urologik o'zgarishlarini 2 ta guruhga ajratish mumkin:

1. Asoratlantiruvchi omillarni davolashdan keyin yo'qotish mumkin, masalan toshlar ekstraksiyasi, doimiy kateterlarni olib tashlash.

2. Bemorlarda qoniqarsiz davo yoki asoratlovchi omillarni yo'qota olmaslik bo'lishi mumkin, masalan doimiy kateterlarni olib yurish, rezidual toshlar bo'lishi va neyrogen siydik pufagi.

Klinik ko'rinishlari.

Asoratlangan SYI da klinik belgilarning bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin (masalan: dizuriya, imperativlik, tez-tez chaqiriqlar, biqinda ogriq, qovurq'a-umurtqa burchagida taranglashish, qov ustida og'riq va temperatura). Klinik kechishi og'ir o'tkir obstruktiv piyelonefritdan tortib urosepsis rivojlanishi bilan operatsiyadan keyingi SYI kateterlash bilan bog'liq holda rivojlanishi va bu kateterni olib tashlangandan keyin o'z-o'zidan yo'qolishigacha bo'lishi mumkin. Pastki siydik yo'llari (LUTS) simptomlarini differentsiatsiya qilish va nafaqat asoratlangan SYIning keltirib chiqargan simptomlar, balki boshqa urologik hastaliklar prostataning xavfsiz giperplaziyasi (VRN), prostata bezining transuretral rezeksiyasi va boshqalarni differentsiatsiya qilish kerak.

Urologik o'zgarishlardan tashqari har xil urologik zararlanishlarning etiologiyasi bo'lib hisoblanadigan hamroh hastaliklar qandli diabet, buyrak yetishmovchiligi, ko'pincha SYI ning asoratli kechishi tarzida uchrashi mumkin.

Siydik bakteriologik tekshiruvi

Asoratlangan SYI da bakteriuriya erkaklar va ayollarda o'rta siydik porsiyasida $\geq 10^5$ KOE/ml va $\geq 10^4$ KOE/ml hisobda bo'ladi. Agar siydik tahlili to'g'ri kateterlanib olinsa va $\geq 10^4$ KOE/ml bo'lsa, SYI bor deb qaraladi. Bakteriuriya simptomsiz kechayotgan bemorlarda siydik ikki porsiyada olinadi (1 chi va 2 chi porsiya orasida 24 soat bo'lishi kerak) va mikroorganizmlar soni $\geq 10^5$ KOE/ml. Sentrifugalangan siydik cho'kmasida leykotsitlar ≥ 10 bo'lganda piuriya hisoblanadi. Indikatorli chiziq metodini rutinli baholash, leykotsitar-esteraz testi, gemoglobin va nitrit reaksiyalarini aniqlashda qo'llash mumkin.

Mikrobiologiya.

Antibakterial spektr va rezistentlik

Asoratlangan SYI bilan og'rigan bemorlar xuddi umumiy va gospital infeksiyadagi kabi davolanmasa har xil mikroorganizmlarning antibakterial

preparatlarga rezistentligi yuqori va noadekvat davoga yuqori ko'rsatkichga ega bo'ladi. Ammo asoratlangan SYI bo'lishi uchun organizmda rezistent shtamplar kam, buning uchun siydik chiqarish yo'llarida anomaliyalar (anatomik va funksional) yoki asoratlangan SYI ga olib keluvchi kasalliklar bo'lishi kerak.

Har xil turdagi bakteriyalar asoratlangan SYI ning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Asoratsiz SYI ga nisbatan bakteriyalarning antibakterial preparatlarga chidamliligi va spektrining har xil bo'lishi asoratlangan SYI da yuqori bo'ladi. Bakteriologik tekshiruvda *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia* spp. va enterococci lar shtammlari topiladi. Enterobacteriaceae (60-75%) va *E. coli* keng tarqalgan qo'zg'atuvchilar hisoblanadi, asosan dastlab aniqlangan infeksiyalarda. Ba'zan har xil gospitallarda vaqt o'tishi bilan bakterial spektr har xil o'zgarishi mumkin.

Asoratlangan SYI ning siydik-tosh kasalligi bilan bog'liqligi

Siydik chiqaruv yo'llarining toshi bilan bog'liq asoratlangan SYI guruhida *E. coli* va enterococci larning uchrash darajasi yuqori bo'lmaydi va bu mikroorganizmlar katta ahamiyatga ega emas; bu holatda *Proteus* spp. va *Pseudomonas* ahamiyatli. Ureaza ishlab chiqaruvchi mikroorganizmlarga *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* spp. va *Corynebacterium urealyticum* kiradi va ular asosiy ahamiyatga ega. Korallsimon toshli bemorlarning 88%ida, SYI diagnozi qo'yilganlarning 81% ida ureaza ishlab chiqaruvchi bakteriyalar topilgan. Ureaza fermenti mochevinani ugлекislota va ammoniyga parchalaydi. Ammoniyning konsentratsiyasi oshib ketishi natijasida glikozaminoglikan qavatida shikastlanish kelib chiqadi, natijada bakteriyalar adgeziyasi va struvit kristallarning to'planishi kuzatiladi. Bunda buyrak toshlari paydo bo'lib, drenaj naychalarning tuzlar bilan inkrustatsiyasi sodir bo'ladi. D guruhiga kirmaydigan koaguloza negativ stafilokokk va streptokokklarning patogenetik ahamiyati hozircha munozaraligicha qolmoqda. Ma'lum sharoitlarda, toshlar yoki yot jismlar bo'lsa, stafilokokklar hamroh mikroflora ko'rinishida (sifatida) bo'ladi.

Siydik kateterlari bo'lganda asoratlangan SYI

SYI bor bo'lgan bemorlarda har xil drenajlar qo'yilganda mikroorganizmlar yuqorida sanab o'tilgan mikroorganizmlar bilan bir xil bo'ladi. Antibakterial terapiya infeksiya rivojlanishining dastlabki bosqichlarida yaxshi samara beradi.

Davolash

Asosiy tamoyillar

Davolash taktikasi kasallikning og'irligiga bogliq. Urologik kasallarga antibakterial terapiya berilishi shart. Agar mustahkamlovchi terapiya kerak bo'lsa, unda uni buyurish kerak. Kasalxonaga yotqizish bemor ahvoriga bog'liq.

Antibakterial preparatlar tanlash

Asoratlangan SYI simptomli kechganda - emperik davolash qo'zg'atuvchilar spektr imkoniyatlarini bilish, mahalliy mikroorganizmlarning antibakterial preparatlarga chidamliligini va urologik kasallik bilan yotgan bemorning og'irlik holatini baholashni bilishni talab qiladi.

Bakteriemiya asosan kech paydo bo'ladi va antibakterial preparatlar buyurishda katta rol o'ynamaydi (ahamiyatga ega emas). Biroq bakteriemiya ehtimoli empirik davolashga ta'sir qiladi. Ko'pchilik terapevtik kuzatishlarda asoratlangan SYI

ning spetsifik antimikrob terapiya o'tkazish bo'yicha talqin qilingan. Ammo ko'pgina manbalarda quyidagi chegaralovchi omillar tufayli rutinli taktikani qo'llash bilan chegaralanadilar:

- Tanlangan bemorlar guruhi haqida axborotning yetishmasligi;
- Kasallikning og'irlik holatini noto'gri baholash;
- Nozokomial va maishiy sharoitda tarqaluvchi infeksiyalarni tekshiruvining kamchiligi;
- Urologik kasalliklar oqibatini kam muhokama qilish.

Har xil antibakterial preparatlarni tez, ayniqsa emperik buyurganda infeksiya qaytalanish ehtimoli yuqori bo'lgan bemorlarda mikroorganizmlar rezistentligi paydo bo'lishiga olib keladi. Har safar imkoniyat bo'lganda, siydik bakteriologik tekshirishlardagi spetsifik identifikatsiyasiga e'tirof bergan holda emperik davolashni spetsifik davolashga o'zgartirib turishi kerak albatta.

Davolashdan oldin bakteriologik tekshirishga siydik namunasidan olish va siydik bakteriologik tekshiruvlar natijasiga ko'ra davolashni qayta ko'rish lozim. Hozirgacha ko'rsatilgan da'voga infeksiyon mikroorganizmlar mos kelgan holda biror bir preparat yaxshi va nihoyatda samarali ta'sir qilishi ko'rsatilmagan. Hozirgacha biror bir preparat yaxshi va nihoyatda samarali va haralga da'voga infeksiyon mikroorganizmlar mos kelgan holda ta'sir qilishi ko'rsatilmagan. Kasallarda buyrak yetishmovchiligi urologik kasalliklar oqibatida to'gri keladigan dori dozasini tanlash kerak. Agar davolash emperik usulda olib borilsa, buyrak orqali chiquvchi, gumon qilinayotgan mikrobgga qarshi keng spektrli preparat - ftorxinolonlar buyuriladi. Bu guruh preparatlari siydik va siydik tanosil a'zolarida to'planib, yuqori konsentratni beradi. Ftorxinolonlar peroral va parenteral qo'llaniladi. Alternativ preparatlar sifatida q-laktomaz ingibitori aminopenitsillinlar sefalosporinlar 2-3a guruhi yoki aminoglikozidlar parenteral buyuriladi. Ko'pchilik regionlarda E.coli- rezistentlik darajasi TMP-SMXga qarshi yuqori va shuning uchun bu preparatni birinchi navbatda berish kerak emas.

Fosfomitsin trometromolni asoratlanmagan sistitda bir martalik doza ko'rinishida berish kerak.

Aminopenitsillin, ampitsillin yoki amoksitsillin E.coli ga qarshi aktiv emas. Boshlang'ich terapiyaning noadekvaqligi yoki mikrobiologik ma'lumotlar hali olinmaganda, pseudomonasga qarshi ftorxinolin (agar ular oldin qo'llanilmagan bo'lsa), atsilaminopenitsillin (piperatsillin betalaktamaz ingibitorli, sefalosporinlarning 3b guruhi yoki karbopenemlarning aminoglikozidlar bilan kombinatsiyasini qo'llash kerak.

Bemorlar ambulator davolanishlari yoki og'ir hollarda kasalxonaga yotqizib antibakterial preparatlarni parenteral buyurish mumkin va aminoglikozidlarning k-laktamaz kombinatsiyasi yoki ftorxinolon emperik buyuriladi. Parenteral davolashdan so'ng bemorning ahvoli yaxshilansa, og'iz orqali davolashga o'tish mumkin. Infeksiyon agent identifikatsiyasi va sezgirligi aniqlangandan keyin davolashni qayta ko'rib chiqish lozim.

Asoratlangan SYIning muvaffaqiyatli davolash samarali qo'shma antibakterial terapiyadan tashqari, urologik kasalliklarni optimal olib borish va hayotiy muhim funksiyalarni adekvat ta'minlashdan iborat.

Antibakterial terapiya davomiyligi

Odatda davolanish 7-14 kun, biroq uning davomiyligi zararlanishga bog'liq. Ba'zan klinik holati hisobga olinib davolanishni 21 kungacha cho'zilishi mumkin

Siydik tosh kasalligi bilan bog'liq asoratlanmagan SYI.

Agar qandaydir tosh bo'lagi yoki infeksiyadan qutulishning iloji bo'lmasa, tosh kattalanishi mumkin va antibakterial davolashni to'ldirish kerak. Toshni to'liq olib tashlash va adekvat antibakterial terapiya o'tkazish kerak. Infeksiyani yo'qotish, turli xil toshlarni, struvit toshlarni shakllanishiga yo'l qo'ymaydi.

Doimiy antibakterial terapiyada tosh to'liq yo'qotilmasa, davolashni qayta ko'rib chiqish kerak.

Siydik kateterlari bo'lganda asoratlangan SYI

Zamonaviy ma'lumotlarga asoslanib simptomsiz bakteriuriya, shuningdek qisqa muddat (<30 kun) yoki uzoq muddatli kateterlashda bakteriyalarni antibakterial preparatlarga chidamliligi oshib ketmasligi uchun antibakterial preparatlar qo'llanilmaydi. Qisqa muddat kateterlash vaqtida antibakterial preparatlarni buyurish bakteriuriyani tezlashtiradi, lekin asoratlanish darajasini kamaytirmaydi. Asoratlangan SYIning klinik simptomlari paydo bo'lganda kateter qo'yilgan joyiga qarab tor spektrdagi antibakterial moddalar buyuriladi. Davolashning optimal davomiyligi belgilanmagan. Qisqa muddatli, shuningdek uzoq muddatli antibakterial davolash mikroorganizmning rezistentligi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O'rtacha 7 kunli davolash kursi maqsadga muvofiqdir.

Orqa miya zararlangan bemorlarda SYIning asoratli kechishi.

Ushbu guruh bemorlarda simptomsiz bakteriuriyani hatto intermitik kateterlash holatida ham davolash o'tkazilmaydi, hozirgi paytda davolash 7-10 kun o'tkazilmoqda. Ushbu guruh bemorlarda antibiotiklar tanlash shart emas.

Emperik davo o'tkazish uchun tanlangan antibakterial preparatlar

Bemorga ko'rsatilgan emperik davo uchun tavsiya qilingan preparatlar:

1. Ftorxinolonlar;
2. Aminopenitsillinning beta laktomaz ingibitori bilan qo'shilmasi;
3. Sefalosporinlar (2-3-avlodi);
4. Aminoglikozidlar.

Emperik davolashlar foyda bermaganda yoki kasallik og'ir kechganda tavsiya qilinadigan preparatlar:

1. Ftorxinolonlar (agar ular boshlang'ich terapiyada buyurilmagan bo'lsa);
2. Ureidopenitsillinlar (piperatsillin) β laktamazingibitori bilan qo'shilmasi;
3. Sefalosporinlar (3-avlodi);
4. Karbopenemlar;
5. Kombinatsiyalangan terapiya;
6. Aminoglikozidlar Q beta laktamazali antibiotiklar;
7. Aminoglikozidlar Q ftorxinolonlar.

Emperik davo uchun tavsiya qilinmaydigan preparatlar:

1. Aminopenitsillinlar, masalan: amoksitsillin, ampitsillin;
2. Trimoptima-sulfametaksozol (faqat ma'lum qo'zg'atuvchilarda);
3. Fosfomitsin-trometamol.

Davolanishdan keyingi chora-tadbirlar

Asoratlangan SYI mikroorganizmlar rezistentligi ushbu holatni aniqlashda muhim hisoblanadi. Ushbu ma'lumot asoratlangan SYIning qaytalanish ehtimolini siydik yo'llari rivojlanish anomaliyalarini aniqlashda ahamiyatlidir. Shu sababdan davolanishdan oldin va keyin ham siydik ekmasi olinib qo'zg'atuvchi va uning sezuvchanligi aniqlanadi.

Xulosa

Kasallikka olib keluvchi omillar aniqlanmaguncha, infeksiyadan qutilishning iloji yo'q. Imkoniyatga qarab patologik o'zgarishlarni rostdash, davolashning bir qismidir. Qaytuvchi infeksiya qaytalanuvchi infeksiya (o'sha qo'zg'atuvchi ehtimoli) va reinfeksiya (yangi qo'zg'atuvchi) natijasida kelib chiqadi. Shu sababdan davolanish tugagandan 5-9 kundan va 4-6 haftadan keyin siydikni ekish kerak.

SIYDIK YO'LI VA JINSIY A'ZOLARINING NOSPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Eng ko'p uchraydigan siydik – jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish kasalligi, umumiy urologik kasalliklarini 2/3 qismini tashkil qiladi. Siydik yoli va jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish kasalliklariga – piyelonefrit, pionefroz, paranefrit, qorin pardasi orti fibrozi (Ormond kasalligi), sistit, parasistit, uretrit, prostatit, vezikulit, epididimit, orxit, balanit, balanopostit kavernitlar ham kiradi.

PIYELONEFRIT

Piyelonefrit – nospetsifik yallig'lanish jarayonidir; bunda buyrak jomi, kosachalari va va buyrak parenximasi, asosan va birinchi navbatda uning interstitsial to'qimasi zararlanadi. Kasallikning oxirgi bosqichlarida qon-tomirlar va buyrak ko'ptokchalariga tarqaladi. Shunday qilib, piyelonefrit interstitsional nefritni bakterial turi bo'lib ko'rinadi.

Oldin ishlatiladigan «pielit» termini hozirda xastalikning boshlang'ich davrida ishlatiladi, ko'tariluvchi infeksiya sababli kosacha va jomcha sistemasini yallig'lanishi birinchi bosqichda bo'ladi. Buyrak jomining (ayrim holda yallig'lanadigan) mustaqil kasalligi emas. Yallig'lanish jarayonida buyrak parenximasi ham albatta ishtirok etadi yoki aksincha.

Piyelonefrit buyrak xastaliklarining ichida barcha yoshdagi guruhlarda eng ko'p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Bolalarda nafas olish sistemi kasalliklaridan keyin piyelonefrit 2-3 o'rinda turadi. Statsionarga murojaat qilgan bolalar ichida 4-5 % zi piyelonefrit bilan gospitalizatsiyaga sabab bo'ladi. O'tkir piyelonefrit 3-5 % homiladorlarda uchraydi. Piyelonefrit bilan hastalangan bolalarda onalari homiladorlik davrida o'tkir piyelonefrit bilan hastalanganligi ko'proq sabab bo'ladi (10% da). 100 000 nafar aoliga nisbat qilib olinganda - kattalarning 100 nafarida, bolalarning 480-560 nafarida uchraydi.

Patalogoanatomik statistika ma'lumotlariga ko'ra, autopsiya vaqtida piyelonefrit 8-20 % topiladi. Lekin bu tashxisni bir qism hastalangan bemorlarga

qo'yish mumkin. 60-75% hastalik 30-40 yoshda, ko'proq ayollarda defloratsiyadan so'ng, homiladorlik vaqtida, tug'ruqdan keyingi holatida rivojlanadi. Bolalarda eng yuqori diagnostik ko'rsatkich 2-3 yoshga to'g'ri keladi. Yosh ulg'aygan sari piyelonefrit ko'proq qizlarda uchraydi. Erkaklarga qaraganda qizlarda piyelonefrit 4-5 barobar ko'proq uchraydi. Buning sababi ayollarning siydik chiqaruv kanalining anatomik holati erkaklarga nisbatan jinsiy a'zo bilan yondosh joylashuvidir va bu o'z navbatida infeksiyani ko'tariluvchi yo'l bilan qovuqqa osonroq borib korlishiga olib keladi. Shuning uchun asimptomatik bakteriuriya qizlarda 10 barobar ko'proq uchraydi. Vulvovaginit eng ko'p qizlarning siydik yo'llarini yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Asimptomatik bakteriuriyaga qarshi kurashish kuchi pasayishi tufayli o'tkir piyelonefrit bo'lishiga sabab bo'ladi. 5-10% homiladorlarda asimptomatik bakteriuriya siydik yo'llarining tonusi pasayishi, garmonal o'zgarish tufayli va homilador bachadon siydik nayining qisishi tufayli o'tkir piyelonefritning asoratlanishiga yoki surunkali piyelonefritni qo'zg'alishiga olib keladi.

Piyelonefrit o'g'il bolalarda va o'rta yoshdagi erkaklarda ko'proq siydik tosh kasalligi, surunkali prostatit, siydik chiqaruv kanali strikturasi, turli xil buyrak va siydik yo'llari anomaliyalari bilan bog'liq holda uchraydi. Keksa yoshdagi erkaklarda piyelonefritni prostata bezining xavsiz giperplaziyasi (adenoma) bilan bog'liq siydik passaji buzilishi tufayli ko'proq uchraydi.

Etiologiya. Piyelonefrit infeksiyon kasallik bo'lgani bilan spetsifik qo'zg'atuvchisi bo'lmaydi. Bu kasallik odam organizmida doimo bo'ladigan mikroblar (endogen infeksiya), shuningdek, tashqi muhitda bo'ladigan mikroblar (ekzogen infeksiya) ta'sirida vujudga keladi. Piyelonefrit bilan hastalangan bemorlarning siydigidan ko'proq ichak tayoqchasi, protey guruhidagi bakteriyalarni, stafilokokk, enterokokk, kuk yiring tayoqcha, klebsiellalar uchraydi. Mikoplazma, virus, kandidomikozlarning etiologik sababi aniqlangan.

Bemorlar siydigidan aniqlangan stafilokokk ko'proq bo'lib o'tgan yiringli yallig'lanishida (panaritsiya, mastit, furunkul, angina, pulpit, sinusit, otit va x.k.) uchraydi. Piyelonefrit bilan hastalangan bemorlarning siydigida aniqlangan ichak tayoqchasi, ko'proq sovuqda qolgan va oshqozon-ichak kasalliklari bilan hastalanganlarda uchratsa bo'ladi. Piyelonefrit bilan hastalangan bemorlar siydigida protey guruhidagi bakteriyalar, kuk yiring tayoqchasi - qovuqni kateterizatsiyasi, buyrak va siydik yo'llari instrumental tekshirishi (gospital mikroflora) yoki **o'tkazgan tashrix tufayli uchraydi.?**

Ba'zi piyelonefrit bilan hastalangan bemorlar mikroorganizming nojo'ya ta'siri tufayli (antibakterial terapiya, antibakterial antitelalarni titri ko'pligi, siydik rN o'zgarishi) L-shakl va protoplastlarga o'zgarishi mumkin, po'stini yoqotganligi tufayli bunday mikroorganizmlar oddiy oziqlanuvchi muhitlarda rivojlanmaydi, Tashqi o'zgarishlarga ta'sir qilmaydi, lekin qulay bo'lgan muhitda o'z shakliga qaytalanib, hastalikning qaytalanishiga olib keladi. Mikroorganizmlarni protoplast turlari bilan qo'zg'atilgan piyelonefrit qiyinroq davolanadi va o'tkir piyelonefritni surunkali shakliga o'tishiga sabab bo'ladi.

Oxirgi yillarda gospital shtampli mikroorganizmlar ahamiyati piyelonefrit qo'zg'atuvchisi holatida ko'paydi. Bu holat aseptika va antiseptikaga turli

instrumental tekshiruvlarda (sistoskopiya, retrograd ureteropiyelografiya va x.k.) katta e'tibor va qattiq ahamiyat berishlikka chaqiradi.

Patogenez. Infeksiya buyrakka 3ta yo'l bilan kirishi mumkin: 1) gemotagen; 2) ko'tariluvchi yoki urinogen yo'li; 3) ko'tariluvchi siydik yo'llari devori bilan. Asosiy yo'l – gematogen. Avval infeksiyani buyrakka limfogen yo'l bilan kirishi ichaklar orqali ekanligi ta'kidlangan. Hozirda klinik va eksperimental tekshiruvlar asosida aniqlangan piyelonefritda kengaygan limfotik yo'llardan infeksiya buyrakdan chiqib ketadi, lekin buyrakka mikroorganizmlarni kirishi emas. Piyelonefrit qo'zg'atuvchilari buyrakdan limfatik yo'llari orqali evakuatsiya qilinadi, umumiy qon aylanish tizimiga tushadi, keyin qayta buyrakka tushadi (buyrakni limfogematogen yallig'lanish yo'li). Buyrakni limfoottoki buzilishida (pedinkulitda) mikroorganizmlarni buyrak parenximasida to'planishi va rivojlanishi, piyelonefrit bo'lishiga zamin bo'lib qoladi.

Gematogen yo'li bilan infeksiya buyrakka lokal birlamchi yallig'lanish o'choqdan, siydik yo'llaridan tashqarida (otit, tonzillit, sinusit, karies, bronxit, pnevmoniya, furunkul, osteomielit, mastit, yallig'langan yara va x.k.), siydik yo'llaridan (sistit, uretrit), va jinsiy organlardan (prostatit, vezikulit, orxit, epididimit, adneksit, vulvovaginit).

Intakt buyraklarda eksperimental hayvon qon-tomiriga protey, ko'k yiring tayoqchasini yuborilganda yallig'lanish jarayoni rivojlanmadi, demak bakteriemiya tashqari, olib keluvchi faktorlari bo'lishi kerak. Piyelonefrit rivojlanishiga siydik passajini buzilishi, qon va limfa aylanishini o'zgarishi muhim ahamiyatga ega. Yuqori patogen plazmokoagulyatsiyali stafilokokklar turlari bundan istisno, bular o'tkir gematogen piyelonefritni sog'lom buyrakda qo'zgatishi mumkin.

Agar bakteriemiya bo'lsa, sog'lom buyrakdan siydik bilan bakteriyalarning chiqishi mumkin. (fiziologik bakteriuriya deb atalgan) degan avvalgi fikrni zamonaviy tekshirishlar tasdiqlamaydi.

Buyrak ko'ptokcha tomirining chigallarida, cho'kib qolgan mikroblar, endoteliyda degenerativ o'zgarishlardan tortib butunlay yemirilishlargacha paydo qilib, naychalarning ichiga kirib, u yerdan siydik bilan chiqadi. Buyrak yallig'lanishining birinchi davrida bakteriuriyaning ko'p bo'lishi kasallikning birdan bir alomati bo'lib hisoblanishi mumkin.

Keyingi kunlarda bakterial tromblar atrofida yallig'lanish jaryoni rivojlanib, oraliq to'qimasida leykotsitar infiltratsiyalari hosil bo'ladi. Shu davrda mikroorganizmlar siydikda ko'p bo'lib, leykotsitlar soni ham ancha bo'ladi. Yallig'lanish leykotsitar infiltratsiyasining o'tish joyida naychalar devoridagi degenerativ va destruktiv o'zgarishlar deykotsituriyaga sabab bo'ladi.

Agar kasallikning 7-10 kundagi davri yaxshi o'tsa, o'tkir yallig'lanish alomatlarining pasayishi boshlanadi. Ko'ptokchalar shu vaqtda qoidaga binoan, infeksiyadan xalos bo'ladi. Buyrakdagi oraliq to'qimalarida, leykotsitar infiltratsiya asta-sekin to'qimalarning profiferatsiya elementlariga almashtiriladi. Limfotsitlar, gistiotsitlar, fibroblastlar, plazmatik hujayralar paydo bo'ladi. Uchinchi haftada buyrakning po'stlog'i va miya moddasida biriktiruvchi granulyatsion to'qima xiliga o'xshagan, ko'proq tomchi yosh shaklidagi biriktiruvchi tarkibiy qismlar va kapilyarlarning o'sganligi aniqlanadi. Vaqt o'tishi bilan, granulyatsion to'qimaning

hujayra tarkibiy qism va tomirlari kamayib u zichlanib va hajmi ozayib, chandiqqa aylanadi.

Ko'tarilayotgan yoki orinogen yo'li bilan qovuqdan buyrakning infeksiyalanishi, faqat qovuq-siydik yo'lining reflyuksining bo'lishiga bog'liq. Infeksiyani buyrak jomidan uning parenximasiga kirishi ko'pincha shu yo'l bilan bo'ladi. Buyrak jomida yuqori bosimning paydo bo'lgan vaqtida, kasallikning qo'zg'atuvchilari piyelovenoz va piyelolimfatik reflyukslar orqali umumiy qon aylanish tuzilmasiga kirib, yana qon orqali buyrakka qaytadai. Shunday qilib, bu holda ham buyrakning zararlanishi gematogen yo'l bilan bo'lib, keyinchalik buyrakda yallig'lanish jarayonining rivojlanishi xuddi yuqorida aytib o'tigandek bo'ladi. Bundan tashqari, infeksiya buyrak jomining shikastlangan fornikal qismidan (fornikal reflyuks) yoki siydik chiqarish kanallari (tubulyar reflyuks) orqali buyrak to'qimasiga kirishi mumkin.

Siydik yo'llarining devorlari bo'ylab ko'tarilgan yo'l qovuq bilan buyrak parenximasining orasida, siydik yo'lining subepitelial to'qimalari tufayli uzviy aloqa bo'lib, bu to'qima, buyrak darvozasi sohasida bevosita buyrakning oraliq to'qimasiga o'tib ketadi. Bu suyuepitelial to'qimalar orqali infeksiya pastki siydik yo'llaridan, buyrakning oraliq to'qimasiga tarqalishi mumkin deb hisoblaydilar. Siydik yo'lining subepitelial to'qimasiga infeksiyaning kirganligi sababli, uning devorida yallig'lanish infiltratsiyasi paydo bo'lib, u siydik yo'lining qisqarish ish faoliyatini buzadi. Bunday sharoitda qovuqdan reflyuks orqali siydik yo'li bo'ylab, infeksiya buyrakka kirishi mumkin.

Limfa yo'li, limfa tomirlari orqali infeksiyani buyrakka kirish ehtimoli hali to'la ham bo'lmagan masala bo'lib hisoblanadi. Buyrak va ovqat hazm qilish a'zolarining o'rtasida limfa aloqasini hamda ularda siydik infeksiyasiga o'xshash mikroblarning ko'p bo'lganligi sababli limfa yo'llari orqali infeksiya buyrakka kirib, yallig'lanish jarayonini paydo qilish mumkin. Hozirgi eksperimental tekshirish va klinik tuzatishlar shuni tasdiqlaydiki, piyelonefritda buyrakning kengaygan limfa tomirlaridan infeksiya chiqariladi, lekin unga mikroblar kirmaydi.

Yuqorida aytilganidek, buyrakda yallig'lanish jarayonining rivojlanishi uchun unga infeksiyaning kirishi bilan birga qulay sharoit yaratadigan omillar kerak. Ularni umumiy va mahalliy xillarga bo'lish mumkin.

Tananing umumiy holati piyelonefritning paydo bo'lishida va rivojlanishida muhim o'rinni egallaydi. Umumiy omillardan eng muhimi immunologik qarshilik ko'rsatish qobiliyati bo'lib hisoblanadi. U ko'pincha uzoq va sust davom etib, tananing har qanday joyida yallig'lanish jarayoni bo'lgan bemorlarda pasaygan bo'ladi. Immunologik qarshilik ko'rsatish qobiliyatidagi nuqson tananing qabul qilish faoliyatini, hattoki kuchsiz virulentli infeksiyalarni ham qabul qilishni oshirib, piyelonefritning qaytadan paydo bo'lishiga imkon yaratadi. Birlamchi surunkali piyelonefriti bor bemorlarning 40%ida qo'shimcha surunkali kasalliklar (osteomielit, xolesistit, oshqozon yarasi va boshqalar) bo'lib o'tgan infeksiyon kasalliklar haddan tashqari sovib ketish, charchash va avitaminozlar immunologik qarshilik ko'rsatish qobiliyatini pasaytiradi. Qandli diabet ham shunday omillardan bo'lib, piyelonefritning paydo bo'lishiga sharoit yaratadi. Shu kasalligi bor bemorlarda piyelonefrit 4 marta ko'proq bo'lib, ko'pincha papillit nekrozi asorati bilan bo'ladi. Bu to'qimalarning infeksiyaga nisbatan mustahkamligi pasaygan bo'lib, ko'pincha

papillit nekrozi asorati kuzatiladi. Bu to'qimalarning infeksiyaga nisbatan mustahkamligining pasayganligiga bog'liq.

Piyelonefritning paydo bo'lishiga mahalliy omillardan ko'pincha qulay sharoit yaratadigan siydik oqib chiqishining buzilishi bo'lib, ularning sabablaridan: buyrak va siydik yo'llarining har xil tabiiy ko'rinishdan o'zgacha bo'lishi, buyrak va siydik yo'li toshi, prostata bezining adenomasi va siydik yo'llarining torayishlari bo'lib hisoblanadi.

Piyelonefrit tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lgan kishilarda buyrak polikistozi, taqasimon buyrak, qo'shaloq buyrak va boshqalarda 7 marta ko'proq paydo bo'ladi. Ayollarda yuqori siydik yo'llari bo'shatilishining buzilishi, homiladorlikning asoratlarida, ginekologik kasalliklarda va jinsiy a'zolarida bo'lgan operatsiyalardan keyin bo'lishi mumkin.

Ba'zi siydik oqishining buzilishi siydik yo'lini tashqaridan o'sma, yallig'lanish infiltrati yoki rivojlangan retroperitoneal fibroz (ormond kasalligi) bilan bosilganda paydo bo'ladi.

Har qanday siydik oqishining buzilishida, kosacha-buyrak jomi va buyrakning naycha asboblari gidrostatik bosim ko'tariladi. Bundan tashqari buyrak jomi to'lib toshganida, yumshoq yupqa buyrak venalari bosilib, unda bosim yuqori bo'lib ko'tariladi. Venada qonning to'xtab qolishi, buyrakda qon va limfa aylanishining buzilishiga olib keladi.

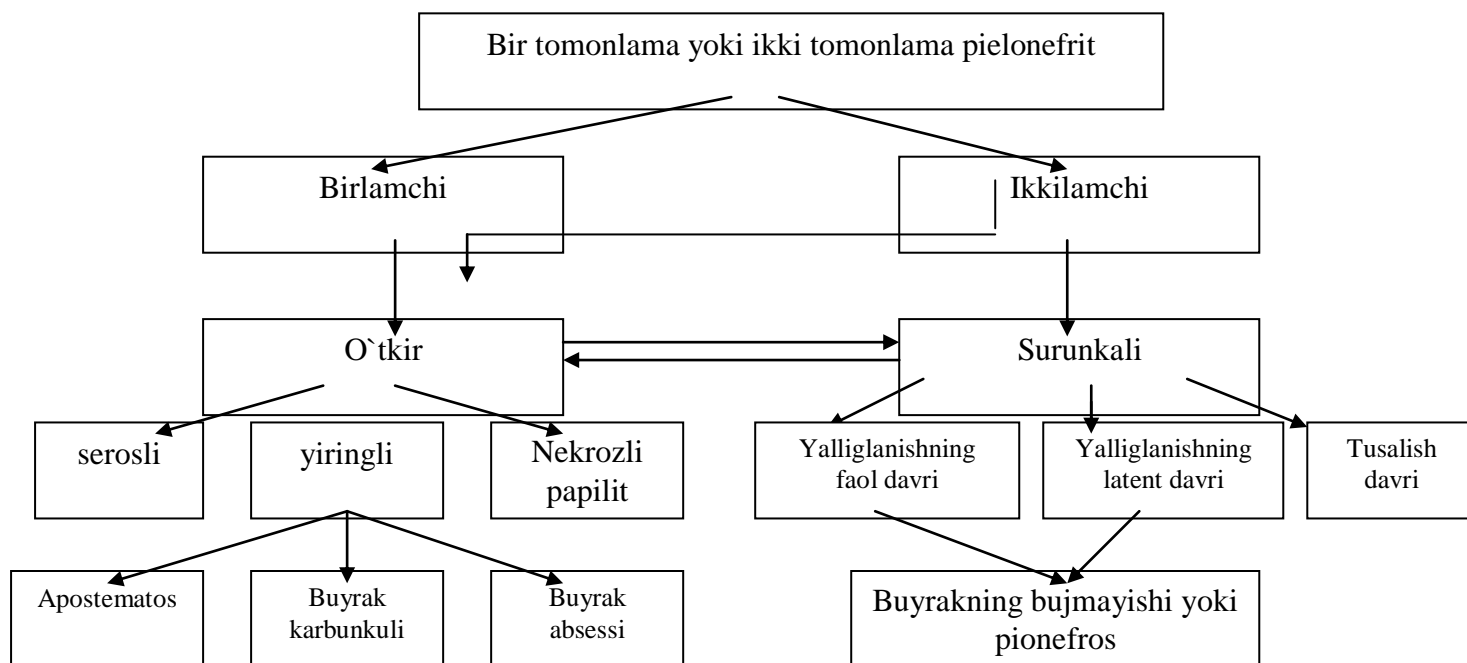
Venaning qon bilan to'lishi va stromada shishning paydo bo'lishi natijasida buyrak ichidagi bosim ko'tarilib, to'qimalar trofikasi buziladi. Bu buyrak to'qimasining infeksiyaga qarshi bo'lgan qobiliyatini pasaytirib, bakteriyalarning tezda ko'payishiga olib keladi.

Qovuq-siydik yo'li refluyksi muhim sharoit yaratadigan mahalliy omillardan bo'lib, ko'pincha u yosh bolalarning intravezikal buzilishida (Qovuq bo'ynining kontrakturasi, siydik chiqarish kanalining stenozi yoki kopkogi, urug' do'ngligining gipertrofiyasi, fimoz) prostata bezi adenomasi yoki siydik kanali toraygan va qov uchida uzoq vaqt davom etayotgan yallig'lanish jarayoni bo'lgan bemorlarda uchraydi.

Ko'pincha buyrak va siydik yo'llarini har xil asboblari orqali tekshirganda piyelonefritning rivojlanishiga imkon yaratiladi. Sistografiya va sistoskopiya, uretrografiya, ayniqsa retrograd piyelografiya «gospital» infeksiyaning borligi sababli, bu tekshirishlar katta xavf tug'diradi, chunki ular juda ko'p antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga yuqori darajada mustahkam bo'ladi. Hatto qovuqni oddiy kateterizatsiya qilishga befarq bo'lish kerak emas, ko'pincha bundan so'ng siyishning buzilishi, siydikda infeksiya, uretrit, sistit, prostatit, keyinchalik esa piyelonefrit paydo bo'ladi. Doimiy kateterning qovuqda 2-3 sutkadan ortiq turib qolishi, odatda barcha kasallarda siydik infeksiyasining rivojlanishiga olib keladi.

Piyelonefritning rivojlanishiga imkon yaratadigan buyrakdagi noqulay mahalliy sharoitlar surunkali glomerulonefrit, diabet nefrosklerozi va buyrakning sil kasalliklari bo'ladi. Piyelonefrit bu vaqtda kasallikning borishini va natijasini ancha keskinlashtiradi.

PIYELONEFRITNING TURKUMLARI



O'TKIR PIYELONEFRIT

O'tkir piyelonefrit ko'p hollarda og'ir infeksiya kasallikka o'xshab, tananing ko'ringan yaqqol zaharlanishi bilan kuzatiladi. Avval buyrak va siydik yo'llari kasalliklari bo'lmagan bo'lsa, o'tkir piyelonefrit birlamchi bo'lishi mumkin. Agar bironta urologik kasallik sababli siydikning oqishi yoki buyrakda qon va limfa aylanishi buzilsa, ikkilamchi piyelonefrit deb ataladi. O'tkir piyelonefrit aholining hamma yoshidagi guruhlarida uchraydi, lekin bolalar hamda yosh va o'rta yoshdagi ayollarda ko'proq kuzatiladi.

O'tkir piyelonefritning borishi ikki davrga bo'linadi: seroz va yiringli yallig'lanish. Buyrakning og'ir yallig'lanish jarayoniga apostematoz (yiringli) piyelonefrit, buyrakning karbunkuli va absessi kiradi. Ayrim hollarda kasallik tirsaklar nekrozi asoratini berishi mumkin.

BIRLAMCHI O'TKIR PIYELONEFRIT

Ilgari buyrak va siydik yo'llari kasalligi bilan og'rimagan bo'lsa, bu shartli ravishda birlamchi piyelonefrit deb ataladi, lekin ko'p hollarda birlamchi piyelonefritdan avval qisqa muddatli, odatdagi tekshirish usullari bilan aniqlanmaydigan urodinamikani buzilishlari bo'ladi.

PATOLOGIK ANATOMIYASI.

O'tkir serozli piyelonefritda buyrak kattalashib, tanglashadi, buyrak oldi yog' pardasi esa shishgan bo'ladi. Buyrakning miya qatlami oraliq to'qimalarida ko'p yallig'lanish infiltratlarini asosan qon-tomirlar bo'ylab joylashgan mikroskop ostida ko'rinadi. O'tkir serozli piyelonefritning yallig'lanish infiltratlaridan yiringlisiga o'tishida, yiringchalar paydo bo'lib, ko'p mayda absesslar faqat miya qatlamida bo'lmay, buyrakning po'stloq moddasida ham hosil bo'ladi – apostematoz piyelonefrit rivojlanadi.

kasalliklarida ham kuzatiladi. Shuning uchun ularda ,ayniqsa, o'tkir piyelonefritni aniqlash ancha murakkab bo'ladi.

Tashxisi. Birlamchi o'tkir piyelonefritning boshlanish davrida, qachonki leykotsituriya bo'lmagan vaqtda, kasallikning klinik ko'rinishi ko'pincha xolesistit, appenditsit, gripp, ich termala va boshqa yuqumli kasalliklar deb xato izohlanadi. Shu sababli birlamchi o'tkir piyelonefritni aniqlash muhim va mas'uliyatli masala bo'lib hisoblanadi.

Anamnezda tananing yiringli (furunkul, gaymorit, pulpit, mastit va boshqalar) joylarining borligiga, hamda bo'lib o'tgan yuqumli kasalliklarga (gripp, angina, pnevmoniya, xolesistit, enterokolit va boshqalar) e'tibor beriladi. Birlamchi o'tkir piyelonefritga xos alomatlar bo'lgan hollarda (yallig'lanish jarayonini ko'rsatadigan tana haroratining ko'tarilishi, bel sohasida og'riqlar va siydikning o'zgarishi) kasallikni aniqlash qiyin bo'lmaydi. O'tkir piyelonefritning tashxisida ko'p ahamiyatga ega bo'lgan tekshirish tahlil usullaridan birinchi navbatda bakteriuriya va leykotsituriyalar, hamda ularning darajalarini aniqlaydigan siydikdagi faol leykotsit va Shtergeymer-Malbin xujuayralari bo'lib hisoblanadi.

Siydikni bakteriologik tekshirishda faqat mikroblarning xilini aniqlash maqsad bo'lmay, uning sonini aniqlashdan iborat bo'lib, ya'ni 1ml siydikdagi mikroorganizmlarning soni hisoblanadi. Hozirgi vaqtda shu narsa aniqlandiki, sog'lom kishilarning siydikdagidan ko'pincha mikroorganizmlarni aniqlash mumkin, shular qatorida shartli- patogenlilar ham bo'ladi (ichak tayoqchasi va protey), chunki ayol va erkaklarning siydik chiqarish kanalining distal bo'limida doimo mikroorganizmlar yashaydi. Agar sog'lom kishilarning yangi chiqargan 1 ml siydigida qoidaga binoan 20 -103 gacha mikroorganizmlar topilsa, buyrak yoki siydik yo'llarida infeksiyon yallig'lanish jarayoni paydo bo'lganda, bakteriuriya sezilarli darajada – 105 ko'payib, 1 ml sidikda esa undan ham ko'proq mikroorganizmlar topiladi.

Shuni uqtirib o'tish kerakki, avval singib ketgan bakteriologik tekshirishlar uchun siydikni ayollardan albatta qovuqni kateterizatsiya qilib olish kerak degan fikr noto'g'ri, chunki kateterni uretra orqali o'tkazgan vaqtda, qovuqni infeksiyalanishi mumkin. Shu sababli tekshirish uchun tashqi siydik a'zolari antiseptik suyuqligi (1:5000 furatsilin eritmasi, 2% borat kislota va boshqalar) shimdirilgan paxta soqqacha orqali diqqat bilan tozalanib, siyayotgan vaqtda siydikning o'rta qismi olinadi. Ajralib chiqqan siydik xona haroratida saqlansa 1 soatdan, agar muzxonada saqlansa (+4⁰C) 4 soatdan kech qoldirmay siydik ekilishi kerak.

O'tkir gematogen piyelonefrit tashxisida bakteriuriya darajasini aniqlash muhim o'rinni egallaydi, chunki bu alomat kasallikning birinchi kunlarida leykotsituriyadan ancha avval paydo bo'ladi, ba'zi hollarda bu yagona kasallikka xos belgilardan biri bo'lib hisoblanishi mumkin. Lekotsituriya kasallikning boshlanishidan faqat 3-4 kecha-kunduz va undan ko'proq o'tgandan keyin rivojlanishi mumkin. Buni va piyelonefritning keng tarqalganligi sababli shifokor hamma noaniq o'tkir kasalliklarda, tana harorati yuqori darajaga ko'tarilganda, o'tkir piyelonefritning borligi haqida o'ylab, odatda qilingan siydik tahlili bilan birga bakteriuriya darajasini ham aniqlashi kerak. Bu tekshirish har xil soddalashtirilgan usullarini qo'llash bilan bajarilib, qattiq oziq-ovqat muhitiga (agar) siydikni ekish, TTX ning (trifenil tetrazoliyxlord) kimyoviy moddalar bilan o'zaro ta'sir etishida,

tezlikda bo'yalishiga qarab va undan afzalroq FK-4 va MFA –2 fazovokontrast usuli bilan mikroskop orqali siydikning cho'kmasidagi bakteriuriya darajasiga baho berishi mumkin.

Bakteriuriyani bakteriologik va bakterioskopik usullar bilan birga aniqlash muhim ahamiyatga ega. Ba'zi birlamchi o'tkir piyelonefritli bemorlar antibakterial dorilarni 12-24 soat olgandan keyin siydigi ekilsa, mikroorganizmlarning o'sishi bo'lmaydi, lekin siydikning cho'kmasida 105 va undan ko'proq bakteriyalarni aniqlash imkoni bo'ladi. Leykotsituriya piyelonefritning muhim belgilaridan bo'lib, u qoidaga binoan ancha ko'proq bo'lib, (mikroskopning bir ko'rinishida 3-40 leykotsitlardan ko'proq) hamma bemorlarda faol leykotsitlar aniqlanib, Shterngeymer-Malbin hujayralari ularning yarmidan ko'progini tashkil qiladi. Ko'pchilik bemorlarda proteinuriya kuzatilib, lekin siydikda oqsilning miqdori 1g/l dan oshmaydi. Ba'zida biroz silindruriya bo'lib, u koptok asbobida yallig'lanishni ko'rsatadi. Oq qonning ifodasi leykotsitozga o'xshab, chap tomonga siljishi va SOE ko'tarilishi bilan o'zgarishi ko'rinadi.

Xromotsistoskopiya birlamchi va ikkilamchi o'tkir piyelonefritning farqlovchi tashxis usuli bo'lib hisoblanadi. Indigokarminni odatdagidek bo'lib ajralib chiqishi, buyrakda birlamchi yallig'lanish borligini aytishga imkon beradi. Lekin ekskretor urografiya yordamida bu tashxisni ishonch bilan qo'yish mumkin, chunki bu buyrakning odatdagi yoki zararlangan buyrakning ish faoliyatini biroz pasayganligini va siydikning oqishi uchun to'siqni ko'rsatadi. Tekshirishni siydik yo'llarining umumiy rentgenografiyasi bilan boshlash kerak.

Farqlovchi tashxisi. O'tkir piyelonefritni ko'pincha umumiy yuqumli kasalliklar (sepsis, gripp va boshqalar) hamda o'tkir appenditsit va o'tkir xolesistitlar bilan farqlay olish kerak. Kasallikning birinchi kunlarida qachonki unga xos klinik belgilari ko'rinmasa, farqlash tashxisida qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Ko'pincha o'tkir piyelonefrit kasalligining birinchi kunlariga xos belgilardan biri, leykotsituriyasi bo'lmagan bakteriuriya bo'lib hisoblanadi.

Agar buyrakda yallig'lanish jarayoni chegaralangan bo'lib, qilinayotgan antibakterial davolash ta'sirida asta-sekin pasayib borsa, kasallikning klinik belgilari tobora noaniq bo'lib, umumiy yuqumli kasalliklar bilan farqlash tashxisi ancha kech bo'lganligi sababli qiyinchilik paydo qiladi. Bu hollarda, biroz bo'lgan leykotsituriya va siydikda faol leykotsitlarning bo'lishi, piyelonefritning hisobiga ekanligini unutmash kerak.

Ko'richakning chualchangsimon o'simtasi chanoqqa joylashgan vaqtida siyish tez-tez bo'lib, o'tkir piyelonefritni o'tkir appenditsitdan farqlab olish zarur bo'ladi.

Lekin asta-sekin chov va yonbosh sohasiga og'riqlarning kuchayishi va qorin pardasining ta'sirlanish belgilari, o'tkir appenditsitning borligining guvohi bo'ladi. Bundan tashqari, to'g'ri ichak orqali paypaslaganda keskin ravishda bo'lgan og'riq aniqlanadi. Ko'richakning chualchangsimon o'simtasi retrotsekal joylashgan bo'lsa, odatda qorin pardasining ta'sirlanish belgilari yo'q bo'ladi, lekin og'riqlarning xususiyatlari va ularning joylashishi appenditsitga xos bo'ladi. O'tkir piyelonefritni o'tkir appenditsitdan farqi, bunda og'riq epigastriya sohasida paydo bo'lib, ko'ngil aynish va qusish bilan kuzatilib, undan so'ng og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi. O'tkir appenditsitda tananing harorati asta-sekin ko'tarilib, yuqori raqamlarda turgun

bo'lib turadi, o'tkir piyelonefritda birdaniga 38,5-39,0 C gacha ko'tarilib, qaltiroq va ko'p ter chiqish bilan kuzatilib, ertalab birdaniga tushib odatdagi raqamlargacha pasayishi mumkin.

O'tkir piyelonefritni va o'tkir xolesistitdan farqlash tashxisida shuni hisobga olish kerakki, xolesistitda og'riqlar o'ng qovurg'a tagida bo'lib, kurak va yelkaga tarqalishi va qorin pardasining qitqlangan belgilari bo'lishi unga xos bo'ladi.

O'tkir piyelonefrit, o'tkir appenditsit va o'tkir xolesistitlarning farqlash tashxisida, siydikning taekshirilgan ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega leykotsituriya, ancha bo'lgan bakteriuriya va siydikda faol leykotsitlar sonining ko'p bo'lishi – o'tkir piyelonefritning belgisidir.

Davosi. Birlamchi o'tkir piyelonefritning davosi ko'p hollarda konservativdir.

Bemorning kun tartibi ko'rpa-yostiq qilib yotishdan iborat bo'lishi kerak. Ko'p suyuqliklarni iste'mol qilish (sharbatlar, shirali ichimliklar), bir kecha-kunduzi 2-2,5 litrgacha, uglevodga boy bo'lgan ovqatlarni (pudinglar, yengil xamir ovqatlar, xo'l va pishirilgan mevalar va boshqalar) va sutli, nordon oqsillar (suzma, qatikq va boshqalar) tavsiya qilinadi. O'tkir piyelonefritda ko'p oqsillarning parchalanishi sababli bemorlarga parenteral orqali oqsil suyuqliklarini yuborish kerak.

Bemorlarning ahvoli yaxshilangandan keyin, yengil xazm bo'ladigan oqsillar (tuxum va sut bilan qilgan quymoq, buzoq go'shti) hisobiga parhez kengaytiriladi. Agar bemorda ikki tomonlama og'ir buyrak zararlanishi, yuqori arteriya bosimi bilan bo'lmasa, osh tuzi chegarlanmaydi.

Davolanishning asosiy maqsadi kasallikning tarqatuvchisiga antibiogramma ma'lumotlariga asoslanib, antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar bilan ta'sir qilishdan iborat.

O'tkir piyelonefritning davosi, buyrak yallig'lanish jarayonini tez yo'qotadai, uning yiring-nekrotik bosqichiga o'tishga yo'l qo'ymaydigan, siydikning mikroflorasiga sezgir bo'lgan, eng foydali antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarni berishdan boshlash kerak. Siydik florasini antibakterial moddalarga sezgirligini aniqlash uchun nusxa gardish yordami orqali 2 kecha-kunduz kerak bo'lib, TTX-testga asoslanib, tezlashirilgan usulida natijasini 6-9 soatdan keyin olish mumkin. Bu usulni har qanday poliklinikada qo'llash mumkin, chunki buni ishlatishda bakteriologik tahlilxona talab qilinmaydi.

Usulning mohiyati shundan iboratki, bir nechta toza bir tomoni berk shishi naychalarga bemorning 2 ml siydigi va 0,5 ml TTX eritmasi quyiladi. Undan keyin hamma bir tomoni berka shisha naychalarga (nazoratdan tashqari) qandaydir antibakterial moddalar ma'lum miqdorda quyilib, ular 6-9 soat harorati 37,0 S bo'lgan termostatga qo'yiladi. Bundan keyin tekshirishlar natijasiga baho beriladi. Mikroorganizmning o'sib va ko'payish jarayonida degidrogenezalar hosil bo'lib, ular rangsiz TTX eritmasini qizil rangli bo'lgan trifenilformazinga o'tkazadilar. Siydikning florasini TTX ta'siri to'la bossa, sezgirligi shu moddada bor deb hisoblanadi, nazoratda turgan bir tomoni berk shisha naychadagiga qaraganda, uning ta'sir tezligi pasaygan bo'lsa – kuchsiz sezgirli, ta'sir tezligi nazoratda turgan bir tomoni berk shisha naycha tezligi bilan xuddi o'xshash bo'lsa, sezgirli emas deb aytiladi.

Agar kasallikning qo'zg'atuvchisini zamonaviy antibakterial moddalarga sezgirligini tezlik bilan aniqlash mumkin bo'lmasa, mikroorganizmlarning xiliga

qarab sezgirlikiga taxminan hukm chiqarishga to'g'ri keladi. (2-jadval), chunki piyelonefritning asosiy qo'zg'atuvchilarini zamonaviy antibakterial moddalarga taxminan sezgirlik ma'lumotlari mavjud. Agar o'tkir piyelonefritli bemorning siydigidan kasallik qo'zg'atuvchisini ajratib chiqarishning iloji bo'lmasa, kasalxonaga yotgunga qadar qilingan antibakterial davolash foydali bo'lsa, uni davom ettirish kerak.

2-jadval.

Piyelonefritning asosiy qo'zg'atuvchilarining antibakterial moddalarga sezgirlik

Mikrobning turi	Antibakterial moddalarga sezgirlik %													
	penitsillin	streptomitsin	levomitsetin	tetratsiklin	eritromitsin	monomitsin	neomitsin	Tetraolean	ampitsillin	karbenitsillin	Negram (nevigramon)	ntamitsina sulfat)	furagin	5-NOK
Ichak tayoqchasi	5	12	52	23	8	56	54	43	65	72	54	78	48	74
Protey tayoqchasi	0	11	37	14	5	33	29	31	67	13	43	61	31	44
Ko'k yiring tayoqchasi	0	2	13	2	1	12	10	15	8	58	23	33	24	27
Stafilokokk	22	12	10	18	45	35	38	59	62	73	27	61	32	44

Biseptol va poteseptilning tadbir qilinishi va klinik amaliyotda qo'llanishi sababli piyelonefritni davolashda sulfanilamid moddalarning ahamiyati ko'rinarli darajada oshdi. Ular bir kecha kunduzi 1 grammadan 2 marta 7-10 kun davomida qo'llaniladigan bo'ladi. Ular ko'k yiring tayoqchasidan tashqari ko'pchilik o'ziga xos bo'lmagan buyrak yallig'lanish kasalliklariga nisbatan keng ta'sir qilish qobiliyatiga ega. Biroz foydasi bo'lgan sulfanilamid moddalarni (sulfadimetoksin, etazol, urosulfan va boshqalar) bir kecha-kunduzi 0,5 grammdan 4-5 marta beriladi. Sulanilamid moddalari suyuqlikni ko'p iste'mol qilish bilan (bir kecha-kunduzi 2 litrgacha) qabul qilinadi.

Urologiyada keyingi 20 yil mobaynida nitrofuran qatoridagi moddalar (furagin, furadonin, solufar va boshqalar) muvaffaqiyat bilan ishlatilmoqda. Ular grammanfiy floraga sulmanilamid moddalarga o'xshab ta'sir qilib, enterokokk va stafilokokkga muhim ta'sirini o'tkazadi. Nitrofuran moddalarning yaxshi tomonidan biri shundan iboratki, ularning siydik infeksiyasiga asta-sekin rezistentligi rivojlanadi. Furaginning kaliy tuzi- solufar suvda yaxshi erib, moddani venaga yuborish uchun imkon beradi. Nitrofuran moddalarini keng va uzoq yillar davomida qo'llanilishiga qaramay, siydik florasining sezgirlik o'ziga xos bo'lmagan buyrak va siydik yo'llari yallig'lanishlari bo'lgan bemorlarda ularga nisbatan deyarli pasaymaydi. Kishi tanasidan nitrofuran moddalarining asosiy chiqish yo'li – siydik bilan bo'lib, shu

sababli surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar tanasida uning to'xtab qolishi tufayli zaharlanishi kuzatiladi.

Nevigramon (sinonimlari: negram, nalidiksin kislotasi) ko'pchilik grammanfiy mikroblarga, bular qo'torida vulgar proteyga ham ta'sir kuchi bo'ladi. Ko'k yiring tayoqchasi bu moddaga chidamli bo'ladi. Nalidiksin kislotasi nordon va ishqoriy muhitda ham infeksiyaga bakteriotsid ta'sir ko'rsatadi. Bu moddaning nisbiy zaharligining borligi sababli 2 haftadan ko'proq berish mumkin emas. Agar bu moddani berish zarurati bo'lib qolsa, unda moddaning me'yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Gramo'rin (oksolin kislotasi) – Hozirgi zamonda eng ko'p foydali kimyoviy antibakterial moddalardan biri bo'lib hisoblanadi. Uni 0,25 grammdan bir kecha-kunduz 4 marta 12-15 kun davomida beriladi. Bu moddaning qadr-qimmatini shundan iboratki, unga hospital shtamp mikroorganizmlar ko'pincha sezgirli bo'lib, ular odatda ko'pchilik qo'llanilayotgan antibiotik va antibakterial kimyoviy moddalarga mustahkam bo'ladi.

Vatanimizda ishlab chiqarilgan nitroksolin moddani, kimyoviy tuzilish va o'zining yaxshi ta'sir kuchini ko'rsatgan Yugoslaviya 5-NOK moddasiga o'xshaydi. Buyrak va siydik yo'llarining o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanishi kasalliklarining asosiy qo'zg'atuvchilariga nisbatan nitroksolin keng spektrli ta'sir etish qobiliyatiga ega. Agar boshqa moddalarni (nevigramon, sulfanilamidlar) siydikda yetarli darajada konsentratsiyasi yig'ilmay, kerakli terapevtik ta'siri bo'lmasa, ko'p miqdorda siydik bilan ajralib chiqsa, surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan hastalangan bemorlarni davolash uchun qo'llash mumkin.

Piyelonefritning qo'zg'atuvchilariga nisbatan eng ko'p foydali antibiotiklardan karbenitsillin (bir kecha-kunduz 1 g dan ; marta), ampitsillin (birkecha-kunduzi 0,5 g dan 6 marta), gentamitsin sulfat (bir kecha kunduz 40 g dan 4 marta yoki kecha-kunduzi 80 mg dan 3 marta mushak ichiga yuboriladi), seporin, keflin (bir kecha-kunduzi 0,25 g dan 4 marta mushak ichiga yuboriladi), levomitsetin (bir kecha-kunduzi 0,5 dan 4 marta ichiriladi), disulfat kanamitsinlar (bir kecha-kunduzi 0,5g dan 2 marta mushak ichiga yuboriladi) bo'lib hisoblanadi. Piyelonefritni davolanayotgan vaqtda qo'llanilayotgan antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga infeksiyani mustahkam bo'lib qolmasligi uchun ularni har 5-7 kunda almashtirib turish kerak.

Karbenitsillin ko'k yiring va vulg'ar proteyiga ta'sir etish uchun tanlangan moddadir, chunki, shifokorning ixtiyorida bu xil mikroorganizmlarga ta'sir etish qobiliyatiga ega bo'lgan moddalar oz bo'ladi. Buyrakda infeksiyon-yiring jarayoni og'ir bo'lib, septitsemiya bilan kuzatilsa, bu moddaning zahari ozroq bo'lganligi tufayli uning me'yorini 30 g gacha ko'paytirish mumkin. Modda vena ichiga yuboriladi. Karbenitsillinni penitsillinga allrergiyasi bo'lgan bemorlarga berish mumkin emas, chunki bu hollarda xuddi shunday allergiya bo'lishi mumkin.

Ampitsillin grammanfiy va grammusbat mikroorganizmlarga qarshi faol bo'lib hisoblanadi. Penitsillinazani hosil qilayotgan stafilokokklar, ampitsillinni inaktivatsiya qiladi, shuning uchun ularga ta'sir eta olmaydi. Siydikning har qanday ta'siriga bu modda faol bo'ladi.

Yarim sintetik sefalosporinlar protey, ichak tayoqchasi-gemolitik streptokokk, plazma koagulyatsiya qiladigan stafilokokk hamda penitsillinazani hosil qiladigan

stafilokokk infeksiyalariga foyda beradi. Buyrakning odatdagi ish faoliyatida moddalarning me'yorlari bir kecha-kunduzda 160-240 mg ga teng bo'ladi. Gentamitsin sulfat buyrakdan filtratsiya yo'li bilan chiqadi, shuning uchun ish faoliyati past bo'lgan bemorlarga u ehtiyotkorlik bilan tayinlanadi. Koptokchalar filtratsiyasi 60 ml daqiqadan past bo'lsa, moddaning me'yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Kanamitsin disulfat gentamitsinga o'xshab bakteriotsid xususiyatga ega bo'lib, bitta guruhdagi antibiotiklarga – aminoglikozidlarga kiradi. Bu moddalar siydikning ishqoriy ta'sirida ancha faoldir. Moddaning muhim bahosi shundan iboratki, u vulgar proteyga ancha foydali, chunki u odatda juda ko'p antibiotiklarda mustahkam bo'ladi. Bu modda gentamitsin sulfatga o'xshab, asosan koptokchalar filtratsiyasi orqali siydik bilan ajralib chiqadi. Shuning uchun uni buyrak ish faoliyati past bo'lgan bemorlarda ehtiyotkorlik bilan qo'llash kerak, undan tashqari, u VIII juft miya nervlariga nisbatan zaharli xususiyatga ega bo'lib, kar bo'lishga olib keladi.

Tetraolean (sinonimi : sigmamitsin) keng spektrli ta'sir etish qobiliyatiga ega bo'lib, birinchi qo'llashda u juda foydali antibakterial modda bo'lib hisoblanadi. Hozirgi vaqtda grammusbat va grammanfiy bakteriyalarning ko'p xillari o'zining sezgirligini bu antibiotiklarga nisbatano'qotdi, shuning uchun ularni antibiogrammalarning ma'lumotiziz tayinlash va venaga ham yuborish mumkin emas.

Kasallikning retsidiv bo'lish ehtimolini va uning surnkali shakliga o'tib ketmasligi uchun antibakterial davolashni uzluksiz 6 haftagacha davom ettirish mumkin. Bu shu narsa bilan bog'liqlik, buyrakka infeksiyani kirish vaqtidan boshlab o'tkir piyelonefritning davri yaxshi kechsa, yallig'lanish jarayonini to'la yo'q bo'lib ketishi uchun o'rtacha 5 hafta o'tadi.

Keyingi yillarda antibakterial moddalarning immunologik ahvolini kuchlantiradigan dorilar muvaffaqiyat bilan qo'shib berilmoqda. Bulardan eng foydalirogi tekaris (levamizol) bo'lib, uni 150 mg dan haftada bir marta 6-8 hafta davomida beriladi, prodigiozan – 50 mg dan hafatasiga mushak ichiga 6-8 hafta davomida beriladi. Tanada immunologik ahvolni kuchaytiradigan qobiliyatga ega bo'lgan vitaminlar, aloe ekstrakti va boshqa moddalar hisoblanadi.

Birlamchi o'tkir piyelonefrit davosi erta boshlangan ko'pchilik bemorlarda uning davri yaxshi bo'lib o'tadi. 3-5 kecha-kunduzdan keyin tana harorati odatdagi raqamgacha pasayadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanib, bel sohasidagi og'riqlar ozayib, keyinchalik yo'q bo'lib ketadi. Birinchi haftada bakteriuriya, keyinchalik leykotsituriya, 7-10 kundan keyin yo'q bo'lib ketadi. Yaqin 3-4 haftada SOE odatdagi raqamlargacha pasayadi. Umumiy bo'shshishlik ancha vaqt davom etib, kasallikning boshlanishidan 3-4 hafta keyin ko'pchilik bemorlarda klinik sog'ayish boshlanadi.

Lekin ba'zi sharoiti yaxshi bo'lmagan bemorlarda (ayrim virulentli infeksiya, tana immunologik kuchining ancha pasayishi birlamchi o'tkir piyelonefrit juda shiddat bilan o'tib, 2-3 kecha-kunduzdan keyin apostematoz piyelonefrit yoki buyrakda ko'p kabbunkullar rivojlanganligi sababli operatsiya qilish zarurati bo'lib, buyrakning dekapsulyatsiyasi bajarilib, yiringli joylar yoriladi, buyrak total ravishda zararlangan, nefrektomiya qilinadi.

O'tkir birlamchi piyelonefritning davri yaxshi o'tsa, bemorlar kasalxonada davolanish uchun o'rtacha 10-12 kun bo'lib, undan keyin ambulatoriya sharoitida

uzluksiz antibakterial moddalarni qabul qilib, 6 hafta davomida muntazam ravishda urolog nazoratida bo'ladi. Klinik sog'aygandan keyin antibakterial davolanishdan 2-3 hafta tannafus qilish kerak. Undn so'ng bemorning qon va siydigini sinchiklab tekshirib, nazorat qilish kerak. Siydik tekshirishiga quyidagilar kiradi: umumiy tahlil, usullarning biri bilan leykotsit, eritrotsit va silindlarning sonini hisoblash, hamma bakteriuriyaning darajasini va siydik mikroflorasining xususiyatlari aniqlanadi.

Agar bemorda kasallikning remissiyasi bo'lsa, retsidivga qarshi unga 6 oy mobaynida, har oyda 7-10 kun davomida antibakterial davolash olib boriladi. Davolash uchun avval piyelonefrit qo'zg'atuvchisining sezgirligi aniqlanib, shu tegishli moddalarni ishlatish maqsadga muvofiqdir. Keyinchalik kasallikning avj olish belgilari bo'lmasa, 2 yil mobaynida, har 3 oyda bir marta nazorat tekshirishi o'tkaziladi. Birlamchi o'tkir piyelonefrit bo'lib o'tgan bemorlarni retsidivga qarshi davolash va ularda uzoq vaqt dispanser nazoratini kuzatish zarurati shundan iboratki, bu bemorlarni uzoq vaqtdan keyin (piyelonefrit hujumining 2-2,5 yilidan keyin) tekshirganda, ularning 20-28 % da kasallikning surunkali shakli aniqlanadi.

Natijasi. Agar o'tkazilgan antibakterial davolash kasallikning turg'un remissiyasiga olib kelsa, o'tkir birlamchi piyelonefritning natijasi yaxshi bo'ladi. Agar o'tkir piyelonefrit kasallikning surunkali shakliga o'tsa, asoratlarning (surunkali buyrak yetishmovchiligi, nefrogen gipertenziya, siydik tosh kasalligi) rivojlanishi tufayli natijasi ravshan bo'lmaydi.

IKKILAMCHI O'TKIR PIYELONEFRIT

ALOMATI VA KLINIK DAVRINING BORISHI

Ikkilamchi o'tkir piyelonefritning birlamchidan farqi shundaki, uning klinikasida mahalliy belgilarning yaqqol bo'lib ko'rinish xususiyati tez va osonlik bilan aniqlanishiga imkon beradi.

Ikkilamchi o'tkir piyelonefritning eng ko'p sababi (o'rtacha 3/2 bemorlarda) buyrak va siydik yo'li toshi, undan keyin siydik yo'llarining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishlari, homiladorlik, siydik yo'li va siydik chiqarish kanalining torayishi, prostata bezining adenomasi, yosh bolalarda esa intravezikal buzilishlar bo'lib hisoblanadi. Agar tosh yoki to'sadigan omil bo'lsa, piyelonefritning hujumidan avval ko'pincha sanchig'i bo'ladi. Siydikning yig'ilishi va infeksiyaning bo'lishi o'tkir piyelonefritning klinik ko'rinishini, buyrakdagi birlamchi yallig'lanish jarayoniga qaraganda yaqqol qilib ko'rsatadi. Bemorning ahvoli tezda yomonlashadi, tana harorati ko'tarilib, u 38-39 S bo'lib turadi. Umumiy xolsizlanish, bosh og'rig'i adinamiya, chanqoqlik, og'iz bo'shlig'ining qurishi kuchayadi, qusish, kayfiyat buziladi, taxikardiya paydo bo'ladi. Og'riqlar bel sohasida shiddatli va doimiy tusga kiradi. Kattalashgan qattiq va og'riqli buyrak paypaslanadi. Qovurg'a tagini paypaslaganda og'riq kuchayib, «kuyganday» bo'lib, Pasternatskiy belgisi yaqqol bo'lib bilinadi. Bel mushaklari va oldingi qorin devorining ximo qilib tarnglashishi yaqqol ko'rinishi kuzatiladi.

TASHXISI. Anamnezida ilgari bo'lgan buyrak sanchig'iga, toshlarning chiqishiga, siyishning buzilishiga, shikastlanishlarga, avval prostatit va uretrit bilan og'riganligiga e'tibor berish kerak. Xolisona ma'lumotlardan ikkilamchi o'tkir piyelonefrit tashxisi uchun tana haroratining yuqori, gektik xususiyati va ayniqsa,

juda kuchli qaltiroq hamda yuqoridagi mahalliy belgilar zararlangan buyrak sohasida bo'lishi muhim bo'lib hisoblanadi.

Tashxisni tasdiklash uchun tahlillarning tekshirish usullari muhim ahamiyatga ega. Bakteriuriya va leykotsituriya zararlangan buyrakning siydik yo'li to'la to'silishidan tashqari, boshqa hollarda hamma vaqt yaqqol ko'ringan bo'ladi. Siydikda katta miqdorda faol leykotsitlar (50% va undan ko'p) va ko'pchilik bemorlarda Shterngeymer-Malbin hujayralari topiladi. Bakteriuriya ko'pincha birlamchi o'tkir piyelonefritga qaraganda protey guruhi va ko'k yiring tayoqchasi bakteriyalarining borligiga bog'liq. Ko'pincha proteniuriya taxminan 1 g/l miqdorda kuzatiladi. Siydikning immunokimyoviy tahlili uroproteinlarning orasida molekulyar massasi 200000 dan ko'p bo'lmagan oksillar borligini aniqlaydi. Proteniuriyani tubulyar xili uning selektiv xususiyati bilan birga qo'shilgan bo'ladi.

Qoidaga binoan, palochkoyader neytrofillarning ko'payishi hisobiga qonda yuqori leykotsitoz va uning leykotsitar ifodasi neytrofilyoz bilan chapga siljib (ba'zida 15-10% gacha va undan ko'proq) ko'proq yosh shakllari bilan paydo bo'ladi. SOE hamma vaqt o'rtacha 40-45 mm soatgacha ko'payadi.

Bir tomonlama piyelonefritda yoki ikki tomonlama yallig'lanish jarayonida qaysi tomondagi buyrak ko'proq zararlanganini aniqlashda, solishtirma leykotsitozni aniqlash tashxizi ahamiyatga ega bo'ladi. Barmoqdan va ikki bel sohasidan olingan qondagi leykotsitlar soni hisoblanadi. Qondagi eng ko'p leykotsitoz kasallikning bo'lgan tomonini ko'rsatadi.

Ikki tomonlama og'ir holatdagi o'tkir piyelonefritli bemorning 25-30 % qonning sariq suvida mochevina miqdori yuqori bo'ladi, chunki ularning ko'pchiligida ikki tomonlama buyrak yallig'lanish jarayoni bor. bir tomonlama kasallikda qonning sariq suvidagi mochevina miqdori buyrak jomi-buyrak reflyukslari va kontralateral buyrakka toksinlarning ta'siri sababli zararlangan buyrakdagi siydikning rezorbsiyasiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Ba'zi hollarda ikkilamchi o'tkir piyelonefritli bemorlarda xromotsistokopiya buyrakdan siydikni oqib chiqishini buzilishining borligini, uning sababini va darajasini aniqlashga imkon beradi. Siydikning oqib chiqishining buzilishiga sabab bo'lgan siydik yo'lining intramural bo'limida tosh yoki ureterotsele bo'lsa, siydik yo'li teshigida bo'rtib chiqqan shishining borligi aniqlanadi.

Rentgenologik tekshirish usullari ikkilamchi o'tkir piyelonefritning tashxisida eng muhim o'rinni egallaydi. Siydik yo'llarining obzor rentgenografiyasi qo'shimcha ko'lankalarni buyrak va siydik yo'llarining shubhali toshlarini hamda zararlangan buyrakning kattalashganini, bel mushaklari qirg'oqlarining notekisligini va umurtqa pog'anasining zararlangan tomoniga biroz bo'lgan skoliozni aniqlashga imkon beradi. Siydik yo'llari to'silgan bemorlarning ekskretor urogrammalarida rentgenokonstrast moddaning ko'lankasi, zararlangan buyrakda va siydik yo'li bo'ylab yoki (qisman o'tmay qolganda) keyinroq ko'rinib, siydik yo'li to'sig'ining kengaygan yuqori qismini buyrak jomi va kosachalarini to'ldiradi. Bu keyinroq bo'lgan urogrammalarda (40-50 daqiqadan keyin q soat va kechroq) yaxshiroq aniqlanadi.

Retrograd ureteropiyelografiyani faqat zarurati bo'lgan vaqtda bajariladi. U rentgenonegativ toshlarni yoki siydikning oqishini buzadigan boshqa sabablarni ular shu tekshirish nihoyat zarur bo'lganida, hamda tezlik bilan operatsiya qilish

masalasini hal qilishi zarurati bo'lganida kerak bladi. Bunda siydik yo'lining kateterizatsiyasi bir vaqtda davolash ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

FARQLOVCHI TASHXISI. O'tkir ikkilamchi piyelonefritning rivojlanishida asosiy omildan siydik yo'llarining buzilishi bo'lib, uning eng birinchi klinik belgilaridan zararlangan buyrak sohasida ko'pincha og'riqlar, buyrak sanchig'iga o'xshaydi. Bu holat ikkilamchi o'tkir piyelonefritning farqlash tashxisini umumiy yuqumli kasalliklar, o'tkir xolesistitlar bilan osonlashtiradi. Pasternatskiy belgisining borligi, dizuriya, bakteiuriya, leykotsituriya, siydikda ko'p miqdorda faol leykotsitlarning bo'lishi, kasallik bo'lgan tomonidan buyrak ish faoliyatining pasayishi yoki to'xtashi, ikkilamchi o'tkir piyelonefritning borligining guvohi bo'ladi. Ba'zi hollarda tosh siydik yo'lining pastki qismida bo'lganligi sababli o'tkir ikkilamchi piyelonefritni, bachadon ortig'larining o'tkir yallig'lanishidan farqlash zarur. Og'riqlarni qorinning pastki qismida bo'lishi, chanoq qorin pardasining qitirlangan belgilari bilan kuzatilishi, qin orqali tekshirganda bachadon ortiqlarini kattalashishi va ularning og'rishi, siydikning oqishi buzilmay, leykotsituriya va bakteriuriyaning bo'lmasligi o'tkir adneksit tashxisini qo'yishga imkon beradi.

DAVOSI. Ikkilamchi o'tkir piyelonefritning davosi: buyrakdan siydikni oqib chiqishini tiklashdan boshlash kerak.

Uncha katta bo'lmagan tosh bilan, siydik yo'lining to'silishi tufayli o'tkir piyelonefrit bo'lib, buyrakda o'tkir yallig'lanish jarayonini boshlanish vaqtida (bir kecha-kunduzdan 3 kungacha) va undan keyin toshni mustaqil chiqishiga ishonch bo'lsa, siydikni oqishini tiklash uchun siydik yo'lini kateterizatsiya qilish kerak. agar kateterni, toshning yonidan buyrak jomiga o'tkazish imkon bo'lsa, uning ichidagi siydikning evakuatsiyasi o'tkir piyelonefritning hujumini tezlik bilan pasaytirib yo'q qiladi. Agar buyrak jomi u yoki bu sabablar bilan kateterizatsiya qilish (ko'pincha siydik yo'lining toshi bor joydan o'tkazmaydigan to'siq bo'lsa) imkoni bo'lmasa, dori-darmonlar bilan qilingan terapiya 3 kecha-kunduz davomida o'tkir piyelonefritning hujumini yo'qotmasa, tezlik bilan ureterolitotomiya operatsiyasi qilinadi.

Agar buyrak jomi-siydik yo'li segmenti yoki siydik yo'li tosh bilan to'silgan bo'lsa, kattaligi sababli tezlikda chiqib ketishiga imkon bo'lmasa, darhol operatsiya qilish kerak. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda vaqtincha yordam sifatida siydik yo'lini yoki buyrak jomini kateterizatsiya qilish mumkin.

Buyrak jomidan siydik yo'li kateteri orqali siydikning oqishi uchun sharoit yaratganligi sababli, maqsadga muvofiq olib borilgan intensiv antibakterial davolash bemorning ahvolini yaxshilaydi, tana haroratini odatdagi raqamgacha tushiradi, titroqni yo'qotadai, buyrak sohasidagi og'riqni ozaytiradi, qondagi leykotsitozni pasaytiradi. O'tkir piyelonefritning hujumi yo'qoladi. Lekin ikkilamchi o'tkir piyelonefriti bor bemorlarning siydigida hamma vaqt ko'p shilimshiq yiring quyimlari bo'lib, ular siydik yo'li kateterining ichini to'sib qolib yana siydikning oqishini buzishi mumkin. Kasallikning ancha kech davrida (4-6 kea-kunduz) buyrakda yiring-nekrotik jarayon paydo bo'lganligi sababli buyrakdan yoki siydik yo'lidan toshni olgandan keyin, albatta buyrak jomiga piyelo- yoki nefropiyelostomiya orqali nay qo'yish kerak.

Yiring – yallig'lanish jarayonining kech davrida tananing zaharlanish belgilari yana ham yaqqol ko'ringanda operatsiyaning asosiy maqsadi buyrakni

dekapsulyatsiya qilib, unga nay o'rnatishdan iborat bo'ladi, agar ikkilamchi o'tkir piyelonefritning saababini yo'qotish operatsiyasi (masalan: siydik yo'lidan toshni olib tashlash) bemorning ahvolini og'irlashtirmasa, uni qilish mumkin. Buyrakning ko'p karbunkullarida uning parenximasini yiring bo'lib erib ketishida, pionefrozda va kontralateral buyrakning ish faoliyati yaxshi bo'lsa nefrektomiya qilinadi.

Yana shuni ko'rsatib o'tish kerakki, siydik yo'llarining to'silishi sababli o'tkir piyelonefrit tufayli bo'layotgan konservativ davosida, eng kuchli antibiotik va antibakterial kimyoviy moddalarni qo'llanilishiga qaramay, u yetarli darajadagi yutuqni bermaydi. Aksincha, siydikning oqishi uchun bo'lgan to'siq o'z vaqtida yo'qotilmasa yoki siydik yo'lidagi mayda tosho' uzi mustaqil tushib ketsa, o'tkir piyelonefritni hujumini tezda qaytarishga olib keladi.

NATIJASI. Ikkilamchi o'tkir piyelonefritning natijasi birlamchiga qaraganda o'rtacharoq, chunki bu bemorlarda yallig'lanish jarayoni ko'pincha surunkali shakliga o'tadi.

Piyelonefrit davosining yutugi va uning natijasi asosan buyrakdan siydikning oqishini tiklanishiga bog'liq.

HOMILADORLARNING O'TKIR PIYELONEFRITI.

Ikkilamchi o'tkir piyelonefritning yaqqol ko'ringan misollaridan homiladorlarning o'tkir piyelonefritini aniqlash mumkin, uni yuqori darajada ko'p bo'lishi sababli, ular asosiy shakllarga ajratilgan homiladorlarning o'rtacha 2,5% da faqat homiladorlikning ikkinchi yarmida o'tkir piyelonefrit kuzatiladi. Homiladorlarda quyidagi omillar piyelonefritning paydo bo'lishiga sharoit yaratadi.:

1. nefrogumoral, ko'pincha gormon xususiyatidagilarning siljishlari sababli yuqori siydik yo'llarining kuchini pasayishi;

2. homilador bachadonning siydik yo'llarini mexanik ravishda ayniqsa o'ng tomonni bosishi;

3. 5-10 % homiladorlarda asimptomatik bakteriuriyaning bo'lishi. Oxirgi holat faqat muhim ahamiyatga ega, chunki o'tkir piyelonefritning o'rtacha 30% asimptomatik bakteriuriyasi bo'lgan homiladorlarda paydo bo'ladi. Asimptomatik bakteriuriyasi bo'lgan homiladorlarni hattoki antibakterial davolarni olishiga qaramay, siydigi toza bo'lgan homiladorlarga qaraganda ularda piyelonefrit ko'proq paydo bo'ladi. Homiladorlarda o'tkir piyelonefrit ko'pincha o'ng tomonda uchraydi, chunki kattalashgan bachadon ko'proq o'ng siydik yo'lini bosadi.

Bemor kasalxonaga tushgandan keyin buyrakdan siydikning oqib tushish xususiyatini aniqlash uchun darhol xromotsistoskopiya qilish kerak. Agar o'tkir piyelonefritli homiladorlarda siydikning oqishi buzilmasa, o'tkir piyelonefritning hujumini qaytarish uchun bemorni sog'lom tomoniga yotqizib, krovatning oyoq qismini ko'tarib, antibakterial davoni berish kifoya bo'ladi. Agar kasal bo'lgan tomondagi siydik yo'li teshigidan indigorqarmin chiqmasa hamda bemorning tanasini o'zgartirish va antibakterial davo berish tufayli bir-kecha-kunduz bemorning ahvoli yaxshilanmasa, siydikning oqishini siydik yo'li kateterini buyrak jomiga o'tkazib, uni 2-3 kecha-kunduzga qoldirish kerak.

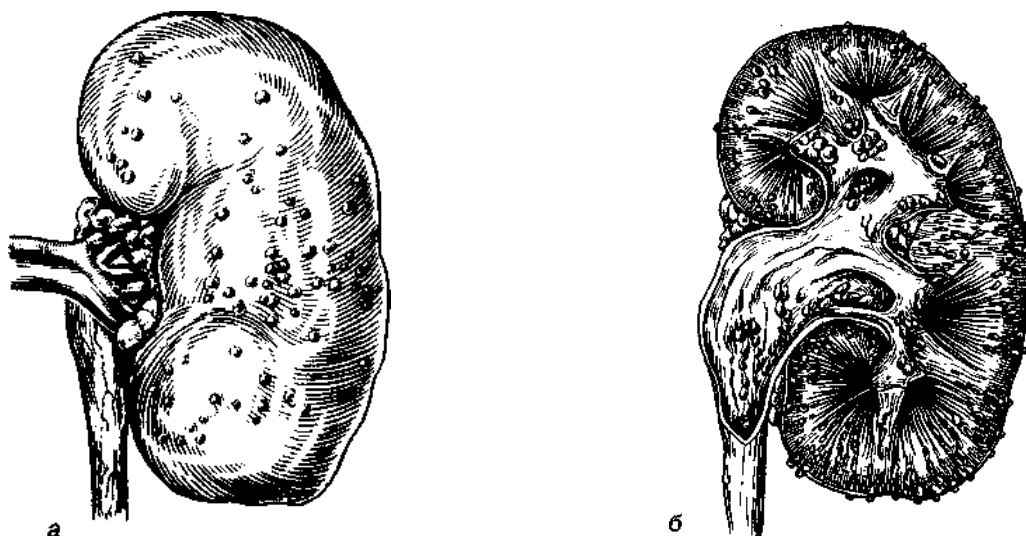
Antibakterial terapiya shunday qo'yilgan tarnov bilan birgalikda ko'pchilik bemorlarning ahvolini yaxshilashga imkon beradi. Juda kam hollarda, konservativ davo shu vaqtlarda o'tkir piyelonefritning hujumini qaytarmasa, unda operatsiyani

qilish kerak- nefropiyelo yoki piyelostamiya orqali buyrakka tarnov qo'yish kerak. O'z vaqtidagi operatsiya buyrakda og'ir yiring jarayonini rivojlanishini oldini olishga imkon beradi, nefropiyelostomani bo'lishiga qaramay homila tezlikda odatdagi tug'ish bilan yakunlanadi. Nefropiyelostomik tarnovni tuqqandan keyin siydik yo'llarining kuch-quvvatini tiklashga qadar (4-6 hafta) saqlash kerak.

Homiladorlikdagi o'tkir piyelonefritning natijasi odatda yaxshi bo'ladi. Agar o'tkir piyelonefrit homilador vaqtida ilgari bo'lgan piyelonefrit oqibatida bo'lsa, tuqqandan keyin to'la sog'lomlashtirishga yetkazilmay, ikkinchi homiladorlikda o'tkir piyelonefrit paydo bo'lsa, surunkali piyelonefritning rivojlanishi sababli va uning asoratlari tufayli natijasi qoniqarli bo'lmaydi.

APOSTEMATOZ PIYELONEFRIT.

Yiring-yallig'lanish jarayoni ko'pincha buyrakning miya qatlamida ko'p mayda yiringchalar (apostem) bilan bo'lishiga aytiladi.



91-rasm. Apostematoz piyelonefritda buyrak ko'rinishi

Ko'p hollarda apostematoz piyelonefrit asorat natijasida paydo bo'lib yoki ikkinchi o'tkir piyelonefrit davrida va undan ozroq yiringli infektsiya bilan «metastatik» zararlanishi sababli, siydikning oqishi buzilmagan vaqtida rivojlanadi. Mikroorganizmlar, asosan, buyrakning oxirgi tomirlarida va koptokchalar tugining tomirlarida cho'kadilar. Buning natijasida hosil bo'lgan bakterial tromblar milliard xildagi yiringchalarni manbai bo'lib hisoblanadi. Mikroskopik tekshirishlarda koptokchalar atrofida ko'p infiltratlar aniqlanib, kapillyarlarda esa bakterial tromblar topiladi. Tomirlar atrofidagi interstitsial to'qimalarda ham absesdirovanilga moyil bo'lgan infiltratlar topiladi.

ALOMATI VA KLINIK DAVRI.

Apostematoz piyelonefritga tananing yuqori gehtik harorati xosdir 39-40⁰S gacha qaytalanib turadigan qaltiroq holat, titroq va terning quyilib oqib turishi, tananing yaqqol ko'ringan zaharlangan alomatlari bilan bo'lishi (tezlikda rivojlangan umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, taxikardiya, ko'ngil aynishi, qusish, skleraning ikterichnost bo'lishi, tilning qurishi, adinamiya), qaltiroq odatda 10-15 daqiqadan 1 soatgacha davom etadi. Ko'pchilik bemorlarda u buyrak sanchig'idan yoki bel sohasining og'riqlarning ko'payishidan bir kecha-kunduzdan keyin bir necha marta paydo bo'ladi.

Qaltiroqdan bir oz vaqtdan keyin tana harorati odatdagidan pasayib, ko`p miqdorda ter chiqib va bel sohasidagi og`riqlar pasayadi.

Apostematoz piyelonefritda alomatlarning shunday ketma-ket bo`lishi yiringli siydikning o`zida bo`lgan ko`p miqdordagi mikroorganizmlarni, ularning toksinlarini va yallig`lanish jarayonidagi chiqindilarning buyrak jomidan qon aylanish sistemasiga, buyrak jomi-buyrak reflyukslari orqali kirishi tufayli bo`ladi. Bu tananing yaqqol ko`ringan zaharlanishiga va bemorning ahvolini tezlikda yomonlashishiga olib keladi.

Hamma vaqt zararlangan buyrak sohasida bel va oldingi qorin devorini paypaslaganda, ularning mushaklarini himoyalani taranglashganini va og`riqlarning borligi va juda ko`p suyak – umurtqa burchagida «yongan o`tday» og`riqning borligi aniqlanadi.

Ko`pincha kattalashgan va og`riqni sezadigan buyrak paypaslanadi. Qonda leykotsitlarning soni birdaniga ko`payib, qonning ifodasi chapga siljib, leykotsitlarning zaharlangan donachalari paydo bo`ladi. Leykotsituriya kasallikning boshlanish davrida bo`lmasligi mumkin. Bakteriuriyaning yuqori darajada bo`lishi, kasallikning eng avvalgi alomatlaridan bo`lib hisoblanadi. Leykotsituriya faol leykotsitlar bilan kechroq paydo bo`lib, lekin u ko`pincha biroz ozroq (1ml da 25 ming leykotsitlagacha yoki siydikning umumiy tahlilida mikroskopning bir ko`rinishida 15-20 leykotsitlargacha) bo`ladi.

TASHXISI. Tashxis asosan yuqorida ko`rsatilgan klinik va tahlillarning belgilariga qarab qo`yiladi. Rentgenologik tekshirish usullari ba'zi bir qo`shimcha ma'lumotlarni beradi.

Siydik yo`llarining umumiy rentgenografiyasida, kasallik bo`lgan tomonda, bel mushaklarining Tashqi tomoni ko`rinmaydi, buyraklar kattalashadi, zararlangan buyrak tomonda umurtqa poganasing skoliozi bo`ladi. Ekskretor urogrammalarda kosacha va buyrak jomlarining tashqi ko`rinishi noaniq bo`ladi, buyrak kattalashadi, nafas olganda buyrakning harakatchanligi cheklanib yoki butunlay bo`lmaydi, zararlangan buyrakning ish faoliyati pasayadi. Rentgenologiya surat faqat ikkilamchi apotematoz piyelonefritni tasvirlamay, kasallikning birlamchi xususiyatini aniqlaydi.(masalan, siydik yo`lining toshi va boshqalar).

«Birlamchi» apotematoz piyelonefritli bemorlarning yarmisida xromotsistoskopiya zararlangan buyrakning siydik yo`li teshigidan, siydik yo`lining to`silishi bo`lmasa ham indigokarminni susayib yoki butunlay chiqmasligini aniqlashga imkon beradi. Ikkilamchi apotematoz piyelonefritli bemorlarda indigokarminnining ajralib chiqishi hamma vaqt buzilgan bo`ladi.

Apostematoz piyelonefritni ajratish tashxisi birlamchi va ikkilamchi o`tkir piyelonefritlarning tashxisidan hech qanday farqi bo`lmaydi, xuddi bir-biriga o`xshash kasalliklar bilan ajratiladi.

Tananing yuqori harorati (39-40S gacha) qaltiroq, titroq va ko`p terning quyilishi, zaharlanishning yaqqol ko`ringan belgilari, zararlangan buyrak tomonida suyak umurtqa burchagida «yongan o`tday» bo`lgan og`riq ancha leykotsituriya ko`p miqdorda bo`lgan faol leykotsitlar bilan, salmoqdor bakteriuriya, proteriuriya, zararlangan buyrakning ish faoliyatining pasayishi va uning nafas olish

ekskursiyasining cheklanishi apostematoz piyelonefritning boshqa o'tkir yallig'lanish kasalliklaridan farqini bildiradi.

DAVOSI. Piyelonefritning apostematoz tashxisi qo'yilganda tezlik bilan operatsiya qilishni talab etiladi.

Fedorov usuli bilan lyumbotomiya qilinadi, buyrak orti fassiyasi yoriladi. Papanefral kletchatkada shishning borligi, buyrakning parenximasida o'tkir yallig'lanish jarayoni borligining guvohi bo'ladi. O'tkir va o'tmas yo'l bilan yog'li paranefral kletchatkadan buyrak ajratiladi. Agar buyrakning yuzasida yiringchalar (apostem) bo'lsa, buyrakning fibroz pardasini uning kavariqi bo'ylab kesiladi, ehtiyotlik bilan parda ajratilib, buyrak darvozasi oldida u kesib olib tashlanadi. Agar apostematoz piyelonefrit o'tkir, ikkilamchi piyelonefritning asorati bo'lsa, bu holda buyrakka nefropiyelo yoki piyelostomiya yo'li orqali tarnov qo'yiladi. Buyrakning dekapsulyatsiyasiga qadar nefropiyelostomiyani qilish zarur. Buning uchun buyrak jomini orqa yuzasini yog' kletchatkasidan ajratib, u 0,5 sm uzunlikda yoriladi. Egilgan metall qisqichining tumshug'ini (Fyodorov, Satin) buyrak jomining kesilgan joyidan o'rta yoki pastki kosachalarga shunday o'tkazish kerakki, mumkin qadar u oqma yaraning kanalini hosil kilsin, chunki keyinchalik u rezina nayning almashtirishini osonlashtirsin. Yonboshida ikkita teshigi bo'lgan rezina yoki polixlorvinilli nayning uchini qisqich bilan ushlab, buyrak jomiga yuborib, uni buyrak parenximasiga ikki tomonidan ketgut iplari bilan mahkamlash kerak. Rezina nayning diametrini buyrak jomining hajmiga shunday tanlash kerakki, chunki uning oz bo'lgan hajmida katta rezina nayi, siydikning yig'ilishiga, joy qo'ymaganligi sababli, uning nayi qoniqarli bo'lmaydi. Buyrak jomining yarasi 2-3 ketgut iplari bilan tikiladi. Rezina nay orqali yuvilayotgan suyuqlikni erkin, bir tekis oqib chiqishi to'g'ri qilingan operatsiyadan dalolat beradi. Nefropileostomani kuygandan keyin buyrak dekapsulyatsiya qilinib, nefropiyelostomik nayning mahkamlangan sohasida parda tegmay qoldiriladi.

Buyrak jomining kesilgan joyidan piyelostomiya qilinganda, unga ingichka rezina yoki polietilenli, diametri 0,3-0,5 sm bo'lgan tarnov trubkasi qo'yilib, uni buyrak jomining devoriga ketgut iplari bilan mahkamlanadi. Rezina nayi atrofidagi buyrak jomining yarasi ketgut iplari bilan tikiladi.

Buyrak dekapsulyatsiya qilingandan keyin unga 2-3 ta sellofan-marlidan iborat bo'lgan tampon qo'yiladi. Yaraning oldingi qismi siyrak qilib tiqiladi, orqadagi burchagi esa yaxshi tarnov bo'lishi uchun ochiq qoldiriladi. 3-4 kecha- kunduzdan keyin tamponlar almashtiriladi. Siydikning oqishi tiklangandan keyin, antegrad piyelografiya ma'lumotiga qarab, nefropiyelostomik yoki piyelostomik tarnov 3-5 haftadan keyin olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyingi davrda yiringli zaharlanish va buyrak ish faoliyatining pasayishi sababli venaga quyidagilr yuboriladi: 20%-500 ml glyukoza suyuqligi (25 ED insulin bilan), 0,9%- 500 ml natriy xlor eritmasi, kokarboksilaza 250 ml gacha, 1-2 ml piridoksin (vitamin V6) 500 ml gacha askorbin kislotasi (vitamin S), 0,1-1 ml – 0,06% korglyo'kin suyuqligi, 15% - 60 % mannitol, 20-60 mg furosemid (laziks), 250 ml nativ plazma, 100 ml neokompensan, 400 ml gemodez, 250 ml yangi tayyorlangan sitratli qon. Nordon – ishqoriy holatni korreksiya qilish uchun, uning aniqlangan nazorati ostida 40-50 ml 4-8% natriy gidrokarbonat (ikki uglekislotali soda) qo'yiladi.

Yaqqol ko'ringan zaharlanishda, buyrak ancha zararlanib va kontralateral buyrakda ko'rinarli darajada o'zgarish bo'lmasa, qari kishilarda (60-65 yoshdan yuqori) ba'zida bemorning hayotini saqlab qolish uchun nefrektomiya qilish maqsadga muvofiqdir.

Apostematoz piyelonefritda o'limning yuqoriligi 5-6 % tashkil etishi, hamda keyinchalik buyrakda surunkali yallig'lanish jarayonining rivojlanishi, ko'pincha uning bujmayishi bilan tugallanishi tufayli natijasi hamma vaqt jiddiy masala bo'lib hisoblanadi.

BUYRAKNING KARBUNKULI

Buyrakning karbunkuli xuddi birlamchi kasallikka o'xshab, uzoqda turgan yiringli joydan salmoqli bakterial invaziya sababli paydo bo'lishi mumkin. Bunda buyrak po'stloq moddasining katta qon-tomirida yoki bir-biri bilan yaqin turgan bir nechta mayda tomirlarda tromb hosil bo'ladi. Birinchi holda septik infarkning katta markazi hosil bo'ladi, ikkilamchisida – bir nechta mayda manbalar hosil bo'lib, tezlik bilan bir-biriga qo'shilib ketadi. Agar karbunkul yiring bo'lib erib ketsa, u buyrakning miya qismiga o'tib buyrak jomiga yoki paranefral kletchatkasiga yorilishi mumkin, bu esa yiringli paranefritning rivojlanishiga olib kelishi sabab bo'ladi. Agar buyrakning karbunkuli o'tkir piyelonefritning asorati bo'lsa, unda bu katta qon-tomirining gematogen septik trombozi natijasida, hamda uning ichini yallig'lanish infiltrati bilan bosilishi tufayli paydo bo'lishi mumkin.

Buyrakning karbunkuli yumaloq shakldagi narsani bo'rtib turganiga o'xshaydi. Kesib ko'rilganda u nekrozli to'qimalardan iborat bo'lib, juda ko'p mayda bir-biriga qo'shilib sanchilib turgan yiringchalarga o'xshab, ponesimon bo'lib buyrak parenximasining ichiga kirib ketgan bo'ladi. Karbunkulning asosiy qismi buyrakning fibroz pardasiga tegib turadi, u hamma vaqt yallig'lanish jarayoniga kirib ketishi mumkin. avval unda infiltrat bo'lib, yo'g'onlashib, buyrak yuzasiga qo'shilib, keyinchalik yiringlab erib ketishi mumkin. Ko'pincha paranefral kletchatka ham shu jarayonga kirib ketishi mumkin. avval uning reaktiv shishi va infiltratsiyasi paydo bo'lib, keyinchalik yiringli paranefrit rivojlanadi.

Alomati va klinik davri. Agar buyrakning karbunkuli ikkilamchi o'tkir piyelonefritning asorati bo'lib rivojlansa, unda u siydik oqimining buzilishi tufayli bo'lgan apostematoz piyelonefritning klinik ko'rinishidan juda ham farq qiladi.

Juda kam hollarda, buyrakda cheklangan gematogen septik manba bo'lib, urokinamikaning buzilishsiz karbunkul paydo bo'lsa, uning klinik ko'rinishi xuddi umumiy infeksiyon kasalliklarning tananing belgilariga o'xshaydi: tananing yuqori harorati (39-40S), qaytalanadigan titroq bilan terning ko'p quyilishi, tobora kuchayib brogan, umumiy behollik, nafas olish va tomir urishining tez-tez bo'lishi, ko'ngil aynishi, qusish, meterizm va ichning qotishi. Buyrak sohasida og'riqning yo'qligi, leykotsituriya, bakteriuriya va siyishning buzilishi, kasallikni o'z vaqtida aniqlashni juda qiyinlashtiradi. Shu sababli karbunkuli bor bemorlarni ko'pincha davolash uchun jarrohlik, terapiya va yuqumli kasalliklar bo'limiga quyidagi tashxislar bilan yotqiziladi: gripp, pnevmoniya, o'tkir xolesistit, o'tkir appenditsit, noma'lum sababdan bo'lgan sepsis, ich termala, infeksiyon gepatit va boshqalar.

Tashxisi. Buyrak karbunkulining tashxisi asosan apostematoz piyelonefritni aniqlashdan farq qilmaydi. Yuqorida ko'rsatilgan og'ir buyrak jarayonining klinik

belgilari katta ahamiyatga ega. Salmoqli leykotsituriyani katta miqdorda faol leykotsitlar bilan va yaqqol ko'ringan bakteriuriya karbunkulining kosacha – buyrak jomi bilan qo'shilishining guvohi bo'lib, kasallikning tashxisini ancha osonlashtiradi. Kasallik bo'lgan bel sohasidan olingan qondagi leykotsitlar, barmoq yoki qarama-qarshi bel sohasidan olingan qonda leykotsitlarning yuqori darajada ko'p bo'lishi, buyrak karbunkulining tashxisini qo'yishga imkon beradi. Periferik qonda aktivlashgan limfotsitlarning testini aniqlash, buyrakning karbunkulida ma'lum tashxis ahamiyatga ega. Sog'lom kishilarning qonida ularning miqdori 0,5%-1% dan oshmaydi. Buyrakda yiring bo'lsa, aktivlashgan limfatsitlarning soni 7-10% ga yetadi.

Rentgenologik va radioizotop tekshirish usullari yordamida karbunkulning eng asosiy belgilari tekshiriladi. Agar karbunkul buyrakning yuqori bo'g'inida joylashgan bo'lsa, ko'krak qafasi a'zolarining rentgenoskopiya kasallik bo'lgan tomonda diafragmaning harakatchanligini, chegaralanganligini va plevra sinusida suyuqlikning borligini aniqlashga imkon beradi. Umumiy rentgenogrammada paranefral kletchatkada shishning borligi sababli buyrak chekkalarining bo'rtib chiqqani va bel mushaklari qirg'oqlarining noaniq bo'lganligini ko'rish mumkin. Nafas olib va chiqarganda ekskretor urografiya qilinsa kasallik bo'lgan tomonda buyrakning harakatini yaqqol cheklanganligini yoki harakat yo'qligini aniqlashga imkon beradi. Buyrak karbunkulining asosiy rentgenologik alomatlaridan bosilish, deformatsiya, kosachalarning surilishi yoki amputatsiyasi hisoblanib, xuddi buyrakning parenximasidagi o'simtga o'xshaydi. Zararlangan buyrakning ish faoliyati juda kam pasaygandagi alomatlari retrograd piyelogrammalarda bundan ham aniqroq ko'rinadi.

Buyrakning karbunkuli tashxisida buyrakning 157 Nd- neogidrin bilan qilingan ssintigrafiyasi asosiy yordamni berib, karbunkul bo'lgan joyda to'plangan nuqsonning borligini aniqlashga imkon beradi.

Ajratish tashxisi. Buyrak karbunkulining ajratish tashxisidagi katta qiyinchilik siydikning chiqishi buzilgan bemorlarda bo'lib, hamda yiring manbai buyrakning po'stloq moddasida siydik yo'llari bilan qo'shilmay joylashishi natijasi paydo bo'ladi. Buyrakning karbunkuli antibakterial davolash vaqtida umumiy sust bo'lgan sepsis klinik alomatlari bilan bo'lib, bemorlarning qoni ekilganda mikroorganizmlarning topilishi, ularni tasdiqlaydigan asosiy belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi. Dinamik ssintigrafiya – buyrak karbunkuli izotopning yig'ilish nuqsoniga qarab aniqlanadi. Zararlangan buyrakda nafas olish ekskursiyasini chegaralanganligi va karbunkul bo'lgan joyda rentgenokonstrast moddaning yig'ilish nuqsoni borligi ekskretor urografiya yoki retrograd piyelografiya yordamida aniqlanganligi, buyrak karbunkuli tashxisini qo'yishga asos bo'ladi.

Davosi. Salmoqli antibakterial terapiya, hattoki eng kuchli zamonaviy dori-darmonlar yiringli nekrotik manbani yorib va tarnov quyilma karbunkuli bor bemorni tuzatmaydi.

Buyrak karbunkuli tashxisi qo'yilganda tezlik bilan operatsiya qilish kerak, lyumbotomiya, buyrak dekapsulyatsiyasi karbunkulni ko'ndalang shaklida yorish yoki karbunkulni kesib tashlab paranefriyaga rezina nay qo'yish kerak. Buyrakka bir nechta sellofan-marli tamponlar qo'yilib, yaraning orqa burchagi tiqilmaydi. Agar

buyrakdan siydikning oqishi buzilsa, uni nefropiyelo- yoki piyelostomiya yo'li bilan tarnov qilish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda ikki kecha-kunduzdan keyin tamponlarni yangisiga almashtirib, yarani uzoq vaqt davomida nekroz to'qimalaridan tozalanguncha va yaxshi granulyatsiya paydo bo'lgunga qadar rezina nay qo'yiladi. Siydik va buyrak hujayralarining antibiogramma ma'lumotlariga asoslanib antibakterial davolash tayinlanib, dezintoksikatsion terapiya va davolash badantarbiyasi o'tkaziladi.

Ayniqsa qari va keksa yoshda agar buyrakda ko'p karbunkullar bo'lsa, qarama-qarshi buyrak zararlanmay, uning ish faoliyati yaxshi bo'lsa, nefrektomiya qilish maqsadga muvofiqdir.

Buyrak karbunkulida natija ancha jiddiy bo'lishi mumkin, chunki bunday og'ir yiringli intoksatsiya bemorning ahvolini septik holat qilib, kontrlateral buyrakning zararlanishiga xavf soladi.

Ayniqsa ko'p karbunkullrda natija jiddiy bo'lib, hatto bemorning sog'lomlashishi, keyinchalik sust surunkali piyelonefritni, buyrakning bujmayishi va arterial gipertenziyaning rivojlanishini cheklay olmaydi. Bitta karbunkul bo'ylab, siydikning oqimi buzilmasa, o'z vaqtida opertiv davo bo'lsa, odatda natija yaxshi bo'ladi.

BUYRAKNING ABSESSI.

Buyrakning absessi o'tkir piyelonefritning asorati natijasida keng yallig'lanish, infiltratning yiringlab erib ketishi yoki anastematoz piyelonefritda bir guruh yiringchalarning quyilishi tufayli yoki buyrak karbunkulining absedirovaniyasi bo'lgan vaqtida paydo bo'lishi mumkin.

Buyrak absessining umumiy belgilari har qanday og'ir septik kasallikning alomatlaridan farq qilmaydi. Tananing yuqori harorati, qaltiroq, titroq bilan tomir urishi tez-tez va kuchsiz bo'lishi, hansirash, chanqoq, umumiy bo'shshishlik yoki behollik, bosh ogrig'i, skleraning akteranost bo'lishi (sargayishi) adinamiya, eyforiya. Tana harorati yuqori raqamlarda turib ($39-41^{\circ}\text{C}$) biroz kecha-kunduz o'zgarishi 1°C gacha yetadi. Mahalliy alomatlarning orasida buyrak sohasida intensiv og'riqlar, buyrakda qon va limfa aylanishining buzilishi sababli oz tortish xususiyatiga ega. Qattiq bo'lgan va va taranglashgan fibroz pardada shishgan buyrak to'qimalarining bosilishi, kasallikning tashxisida katta ahamiyatga ega. Ayniqsa kattalashib va taranglashgan buyrakni paypaslaganda yoki bel sohasini tebratganda og'riqlar kuchayadi. Bel mushaklari va oldingi qorin devorining himoyalani taranglashgani hamma vaqt yaqqol ko'ringan bo'ladi. Ko'pincha buyrakni absessi bo'lgan bemorlar, oyoqlarini qorniga yaqinlashtirib, majburiy holatni qabul qiladi, chunki oyoqlarini yozsa kasallik bo'lgan tomonning bel sohasida qattiq og'riq paydo bo'ladi. (reaktiv peoitning belgisi). Odatda bakteriuriya va lekotsituriya kasallikning kech davrida, siydik yo'llariga absessning teshilganida paydo bladi. B –agar buyrakning fibroz pardasi erib ketib, absess ichidagi suyuqlik paranefral kletchatkaga to'kilsa, yiringli paranefrit paydo bo'ladi.

Buyrak absessining davosi – buyrak dekapsulyatsiya qilinib, absess yorilib va parennefriyaga sellofan dokali tampon va naychalar orqali tarnovlar qo'yishdan iborat. Agar siydik yo'llari to'silib qolsa, buyrakka tarnov qo'yishda bemorning

ahvoli imkon bersa, uning to'silgan sabablarini (masalan, siydik yo'lining toshi) tuzatish ham birga qilinadi. Aks holda siydik yo'llarini tikkalash ikkinchi davrda (1 - 2/1 - 2 oy va undan ko'proq _ bemorning ahvoli yaxshilanganda nefropiyelostom bitib ketgandan keyin bajariladi.

BUYRAK SO'RG'ICHLARINING NEKROZI

Buyrak so'rg'ichlari nekrozining patogenezida asosiy o'rinni malpigiya piramidalarining qon-tomirlar emboliyasi yoki piyelonefritda qon-tomirlarini yallig'lanish infiltrati bilan bosilishi tufayli ishemiyasi egallaydi. N.I. Pirogov nomli 211 urologik klinikasida o'tkazilgan eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yuqori patogenli plazmakoagulyatsiyalovchi stafilokokk ko'pincha buyrak, miya qavatining qon-tomirlarini salmoqli emboliyasiga olib kelib, buyrak so'rg'ichlarining nekrozini yuzaga keltiradi.

Buyrak so'rg'ichlarining nekrozi odatda surunkali piyelonefritning navbatdagi hurujida paydo bo'ladi va agar siydik yo'llariga ko'chgan nekrotik to'qimalarga tiqilib qolsa, gematuriya va buyrak sanchig'i biln birga kechadi. Siydikda bo'lgan so'rg'ich va o'ziga xos rentgenologik belgilar so'rg'ichlar va ichak jomchalarning yemirilganligi, sekvestrlangan so'rg'ich sohasidagi halqasimon soyalar yoki so'rg'ich to'la ko'chmagan taqdirda to'lish nuqsoni topilishi tashxisni tasdiqlaydi.

Gisturiya- siydik bilan buyrak so'rg'ichlari nekrozining o'ziga xos immunokimyoviy belgisi bo'lib hisoblanadi. Buyrak so'rg'ichlarining nekrozi siydikning bakteriologik tekshirish yordamida sil tufayli bo'lgan nekrotik papillit bilan ajratish tashxisini o'tkazish kerak.

Buyrak tirsaklari nekrozining davosini xuddi o'tkir piyelonefritning davosidagi qoidalarga rioya qilgan holda o'tkaziladi. Ayrim hollarda bitta buyrakning bir nechta so'rg'ichi nekrozga uchrab, konservativ usullar bilan to'xtatish imkoni bo'lmagan uzoq davom etuvchi va bemor hayotiga xavf soluvchi qon oqishi bo'lsa, nefrektomiya qilishga to'g'ri keladi.

Bakteriemik shok. Urologiyada sepsis sindromi (urosepsis). Bakteriemiya (endotoksik) shok – urosepsis, kasallarda yuqori darajada o'linga olib keluvchi eng og'ir asoratlardan biri bo'lib hisoblanadi. U ham grammusbat ham grammanfiy mikroorganizmlarning endotoksinlari bilan chaqiriladi, ammo ikkinchi xil mikroorganizmlar florasi birinчисiga qaraganda ko'proq hollarda rivojlanadi.

Urosepsis ko'pincha keksa (60 yoshdan yuqori), boshqa yo'ldosh kasalliklari (qandli diabet, surunkali o'pka-yurak yetishmovchiligi, latent gepatopatiya) bo'lgan bemorlarda rivojlanadi. Urologik kasallarda bakteriemiya shokni ko'p uchrashiga olib keluvchi boshqa omillarga, o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish kasalliklarining qo'zg'atuvchilari qo'llanilayotgan antibiotik va kim'yoviy antibakterial moddalarga chidamliligi hamda protey, ko'k yiring tayoqchasi singari mikroorganizmlarning hospital shtamplarining mavjudligi kiradi. Ko'pincha bakteriemiya shok buyrak va siydik jinsiy a'zolarida jarrohlik muolajasi (operatsiya) qilingan bemorlarda siydik yaxshi oqib chiqmaganligi tufayli, mikroorganizmlarni va ularning toksinlarini yallig'lanish o'chogidan umumiy qon aylanishiga o'tishi uchun qulay sharoit yaratilganda yuzaga keladi. Ayrim bemorlarda urosepsis asboblari bilan urologik tekshirishlar va muolajalar (sistoskopiya, retrograd piyelografi,) o'tkazilganda

rivojlanadi, chunki bunda siydik chiqarish kanalidan qonga hali immunitet ishlab chiqarilmagan patogen mikroorganizmlar o'tadi.

Urosepsining patogenezida muhim o'rinni tomir kollapsi egalaydi, bunda o'ng bo'lmaga qu'yiladigan qonning hajmi ozayib, qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Biroq, qon aylanishining buzilishidan tashqari, bakteriemik shokda nafas olish va gaz almashinuvining buzilishlari, garmonal regulyatsiya, koagulyatsion mexanizmlar hamda buyrak, jigar, oshqozon-ichak va boshqa a'zolar ish faoliyatining buzilishlari ham mavjud bo'ladi.

Urosepsis bilan oqrigan bemorlarda diagnozni ayniqsa asoratlangan SYI holatida, erta stadiyalarda qo'yish kerak. Sistemali yallig'lanish reaksiyasi (isitma yoki gipotermiya, taxikardiya, apnoe, gipotenziya, oligouriya, leykotsituriya yoki leykopeniya) dastlabki belgilari multiorgan zararlanishi sifatida namoyon bo'ladi.

Urosepsisni davolash kombinirlangan mustahkamlovchi davo, mos keladigan antibiotiklar, adekvat choralar (masalan: simpatonimitik aminlar, kortikosteroidlar, antikoagulyantlar, granulotsito-kollon stimulyatsiyalovchi omil (GKSF) yoki granulotsito-makrofag-kollonie stimulyatsiyalovchi omillar (GMKSF) va siydik traktidagi o'zgarishlarni optimal davolashni talab qiladi.

Urologlarga bemorlarni reanimatolog bilan davolash tavsiya etiladi.

Ko'p hollarda chora-tadbirlar qabul qilib urosepsisning oldini olish mumkin, masalan: bemorni klinikada kam bo'lishi, doimiy kateterlarni ilgariroq olib tashlash, zarurat bo'lmasa kateter qo'ymaslik, yopiq kateterli sistemalardan adekvat foydalanish va oddiy kundalik metodlarga rioya qilib perekrest infeksiyadan oldini olish kerak.

SYI joyi va sistemali tarqalishiga qarab bakteriuriya, bakteriemiya, septitsimiya yoki sepsis-sindrom ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Sepsis sindromi infeksiyaning klinik belgilari, sistemali yallig'lanish belgilari (isitma yoki gipotermiya, taxikardiya, apnoe, gipotenziya, oligouriya, leykotsituriya yoki leykopeniya) bilan kuzatilganda diagnostika qilinadi.

Sepsis sindromi jiddiy holatlarni keltirib chiqaradi, shuning uchun o'lim 20-60% ni tashkil etadi. Urologiyada sepsis sindromi bemor organizmiing reaksiyasiga bog'liq. Sepsis-sindromi asosan qariyalarda, diabetiklarda, immunodepresant, qabul qiluvchilarda, nur terapiya, kortikosteroid qabul qiluvchilarda va orttirilgan immun tanqisligi holati bo'lgan bemorlarda uchraydi.

Urosepsis mahalliy sharoitga ham bog'liq, masalan: siydik yo'llarida tosh bor yo'qligi, siydik yo'lining qaysidir qismining obstruksiyasi, to'qima uropatiyalar, siydik pufaging neyrogen disfunktsiyasi yoki endoskopik muolajalar natijasida ham yuzaga keladi. Biroq bemorlarning hammasi siydik yo'lida yallig'lanishni rivojlantiruvchi bakteriyalar bilan zararlangan bo'lishi mumkin.

Hozirgi vaqtda "sistemali yallig'lanish reaksiyasi sindromi" septitsemiasiz rivojlanishi mumkinligi tan olingan.

Terapevtik maqsadda sepsisning diagnostik mezonlarini bemorlarda sindromning erta bosqichlarida identifikatsiyalash, urologlar, reanimatologlarga infeksiyani topishga va davolashga, adekvat davo, a'zolar monitoring disfunktsiyasi va boshqa asoratlarda yordam berishi kerak.

Urosepsisni klinik ko'rinishida uchta davrni ajratish mumkin: boshlang'ich yoki prodromal rivojlangan shok va qaytmas shok.

Urologiyada sepsis-sindromining klinik ko'rinishini aniqlash.

SYI ning klinik belgilari simptomlar bilan fizikal tekshirishlar ultrazvuk natijalari va rentgenologik tekshiruvlar (bakteriuriya va leykotsituriya) bilan aniqlanadi.

- Sepsis-sindrom organizmning og'ir infeksiyasiga javoban sistemali reaksiyasi hisoblanadi.

- Og'ir sepsis - bu a'zolar disfunktsiyasi bilan bog'liq- Septik shok - bu gipoperfuziya yoki gipotenziya persistensiyasidir.

- Refraktor septik shok - davolash reaksiyasiga bog'liq.

- Sepsis diagnozi infeksiyaning klinik belgilari sistemali disfunktsiya bilan birga kuzatilganda qo'yiladi.

Urosepsisning ertangi belgilariga tana haroratining yuqori ko'tarilishi, bezgak qaltirogi, terining issiq va quruqligi, koronar yetishmovchiligi bilan birga bezovtalik, arterial bosimning biroz pasayishi, oshqozon-ichak buzilishlari kiradi. Bakteriemiyaning aniqlanishi bakteriemik shok tashxisini tasdiqlashda muhim omil bo'lib hisoblanadi. Bakteriyalarni bemordan tana harorati eng yuqori ko'tarilgan va qaltiroq xuruj qilgan paytda olingan qonda bakteriologik yoki tezroq – fazovokonstrast mikroskopiya usullari yordamida aniqlanadi. Rivojlangan bakteriemik shok davrida arterial bosim pasayishi, uyquchilik, sovuq ter chiqishi, nafas qisishi, gipovolemiya, atsidoz kuzatiladi. Uchinchi, qaytmas shok davrida kasallikning klinik ko'rinishi buyrak yetishmovchiligining belgilari (oliguriya), rivojlangan yurak-o'pka yetishmovchiligi va dori –darmonlar bilan ko'tarib bo'lmas darajada arterial bosimning pasayishi, periferik qon-tomirlar dekompensatsiyasi (terida patexial toshmalar yoki qon quyilishlarining paydo bo'lishi) bilan og'irlashadi.

Sepsis va septik shokning klinik, diagnostik mezonlari

Zararlanishi	Aniqlash
Infeksiya	• Mikroorganizmning odatda steril joyda bo'lishi shart emas, xujayraning yallig'lanish reaksiyasi kuzatilishi
Bakteriemiya	• Bakteriyalarning qonda bo'lishi va qon bakteriya ekmasida tasdiqlanishi, o'tib ketuvchi bo'lishi mumkin.
Septitsemiya	• Bakteriemiya o'xshash, lekin og'ir darajasi. • Infeksiyaning klinik belgilari va infeksiyaga sistemali reaksiya belgilari bo'ladi. Bu sistemali reaksiya 2 yoki bir necha sharoitlarda hosil bo'ladi. - temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ yoki $< 36^{\circ}\text{S}$. - puls > 90 ta min. - nafas tezligi > 20 ta nafas olish/min yoki - PaCO ₂ < 32 mm.sim/ust (< 4.3 kPa) - L 12000 mm ³ dan ko'proq, < 4000 hujayra kub mm yoki 10% etilmagan shakllar.
Sepsis- sindrom	• Infeksiyada a'zolar perfuziyasi o'zgarish belgilari bo'lishi: gipoksemiya, laktat miqdorini oshirish, oliguriya, aqliy

	o'zgarishlar.
Gipotenziya	<ul style="list-style-type: none"> Sistolik bosim < 90 sim/ust teng yoki 40 sim/ust teng ga pasayishi. Gipotenziani chaqiruvchi boshqa sabab bo'lmagani holda.
Og'ir sepsis	<ul style="list-style-type: none"> Sepsis, a'zolar disfunktsiyasi bilan bog'liq, gipoperfuziya va gipotenziya. Gipoperfuziya va perfuziya buzilishlari bo'ladi, lekin laktat atsidoz, oliguriya yoki o'tkir mental statusdagi o'zgarishlar chegaralanmaydi.
Septik shok	<ul style="list-style-type: none"> Sepsis gipotenziya bilan birga bo'lsa, suv-ishqor balansini adekvat tiklashga qaramasdan, laktat atsidoz, oliguriya yoki jiddiy aqliy o'zgarishlar. Inotrop yoki tomir toraytiruvchi preparatlar qabul qilgan bemorlar perfuziya buzish aniqlanayotganda bu paytda gipotenziv bo'lmasligi mumkin.
Refraktorli septik shok	Septik shok 1 soatdan ziyod davom etadi va suyuqlik yoki dorilar kiritilganda ham to'xtamaydi.
Sistemali yallig'lanish reaksiyasi sindromi	Turli klinik belgilarga, buzilishlarga asoslanadi, sepsisdagi kabi infeksiya yoki infeksiyasiz etiologiyali (quyish, pankreatitlar) bo'lishi mumkin.

Fiziologiyasi va biokimyoviy markerlari

Mikroorganizmlar siydik yo'llariga ko'tariluvchi, gematogen va limfatik yo'nalishda kelishi mumkin. Urosepsisda patogenlar qon aylanish sistemasiga tushishi aniqlangan. Bakteriemiya xavfi SYI larining og'ir darajasida, piyelonefrit va o'tkir bakterial prostatitda ortadi va bunga obstruksiya ham sabab bo'ladi. Ayrim mikroorganizmlar ancha agressiv, masalan: metitsilin chidamli S.aureus, P.aeruginosa va Serratia spp. Ko'pincha kasallik hamroh kasalliklari bor bo'lgan bemorlarda (masalan: diabetiklar yoki immunodepresantlar qabul qiluvchilar) tarqalgan sepsisning tipik belgilari hamda, infeksiyaning mahalliy belgilari bilan bog'liq holda rivojlanadi. Bunday holatlarda bakteriyani aniqlash muvaffaqiyatsiz bo'lishi mumkin. Bemorlarning 30-60% ida oqibat o'lim bilan tugashi mumkin.

Sitokinlar septik reaksiya markeri sifatida

Sepsis-sindrom patogenezida sitokinlar peptidlar hisoblanadi va amplituda regulyatsiyasi va organizm yallig'lanish reaksiyasi davomiyligida qatnashadi. Ular har xil hujayralar monotsit, makrofag va endotelial hujayralardan har xil infeksiyon stimulyatorlarga javoban ajraladi. Boshqa hujayralarda spetsifik retseptorlari bilan boqlanganda sitokinlar yallig'lanish reaksiyaga javobini o'zgartiradi. TNF-a, IL-1, IL-6, IL-8 sitoinlar hisoblanadi, qaysiki ularning ko'pchiligi sepsis bilan bog'liq. Infeksiya va yallig'lanish bo'lganda organizm yallig'lanishga qarshi preparatlar ta'sirida sitoinlar ishlab chiqaradi.

Prokalsitonin sepsisning potentsial markeri hisoblanadi

Prokalsitonin kalsitoninning propeptidi hisoblanib, garmonal aktivlikka ega emas. Prokalsitonin halqonsimon bezning S-hujayralaridan ishlab chiqariladi va sog'lom odamlarda aniqlanmaydi. Og'ir tarqalgan infeksiyalarda (bakterial, parazitlar va zamburuqli) prokalsitonin 100 ng/ml dan oshib ketadi va og'ir virusli infeksiyalarda aksincha bo'ladi. Sepsis paytida prokalsitoninning birdan ko'payib ketishi yoki ko'p miqdorda bo'lishi bemorlarda infeksiya manbaini topishga yordam beradi. Prokalsitonin miqdorini aniqlash og'ir yallig'lanish sababini infeksiya yoki infeksiyasizligini farqlashda yordam beradi.

Profilaktika

Nozokomial infeksiya bilan yotqizilgan bemorlarda o'lim sababi (20-60%) septik shok hisoblanadi. Sepsis kaskad hosil qiladi, bunda og'ir sepsis rivojlanadi, keyinchalik septik shok belgilari paydo bo'ladi. Urosepsisda kombinirlangan adekvat davolash va mos keladigan antibiotik davolash hayotni saqlash uchun qo'llaniladi.

Effektivligi isbotlangan yoki bo'lishi mumkin bo'lgan preventiv choralar

Urosepsisning samarali profilaktikasi nozokomial infeksiya profilaktikasiga o'xshash:

- qo'shimcha (perekryostnaya) infeksiyani oldini olish maqsadida bemorlarni izolyatsiya qilish.
- Profilaktika va davolash maqsadida infeksiyaning rezistent shtamplar seleksiyasi paydo bo'lmasligi uchun antibiotiklarni to'g'ri tanlash kerak.
- Bemorlarning klinikada kam bo'lishi. Operatsiyadan oldin uzoq vaqt bo'lish nozokomial infeksiyani ko'paytiradi.
- Bemorning ahvoriga qarab doimiy uretral kateterlarni ertaroq va o'z vaqtida olib tashlash. Nozokomial SYI rivojlanishida siydik pufagini kateterlash, uretral stentlar qo'yilishi ahamiyatli.
- Yopiq kateterli drenajlar qo'yish va minimum yorilishlar va sistema butunligini buzilishi, masalan: siydik namunasi olish yoki siydik pufagini yuvish.
- Bemorning ahvoli yaxshilanmaguncha siydik trakti obstruksiyasini yo'qotish uchun invaziv metod qo'llaniladi.
- Aseptikaga erishish maqsadida oddiy kundalik muolajalarni qo'llash: himoya vositalarini qo'llash, qo'lqoplar, qo'llarni tez-tez dezinfeksiyalash, qo'shilishi mumkin bo'lgan infeksiyalarni rivojlanish profilaktikasini tekshirib turish kerak.

Antibiotiklar bilan mos operatsion profilaktika

Profilaktika maqsadida antibiotiklarni qo'llashdan oldin ularni yomon ta'sirini bilish kerak.

Samarali munozarali preventiv choralar

- Antibiotiklar instilyatsiyasi yoki kateter va drenaj haltachalarning aseptikligi.
- Antibiotiklar yoki kumush nitrat bilan qoplangan siydik kateterlarini qo'llash.

Noeffektiv yoki qarshi choralar

- Doimiy bo'lmagan yoki muntazam ravishda siydik pufagini antibiotik yoki siydik aseptiklari bilan tozalanadi, ular rezistent bakteriyalar yordamida chaqiriladigan infeksiya xavfini oshiradi.
- Kateter qo'yilgan bemorlarga antibiotik qo'llash bakteriuriyani bir necha kunga kamaytiradi va multirezistent bakteriyalar chaqiradigan infeksiya xavfini oshiradi. Shuning uchun immunodepresant qabul qiluvchilarga ularni cheklash lozim.

Asosiy kasallikni davolash

Har qanday siydik trakti obstruksiyasini drenajlash va yot jinsni olib tashlash (siydik kateteri yoki toshlar) bemorning sog'ayishiga va simptomlarning yo'qolishiga olib keladi. Boshlang'ich empirik davoda antibiotikni yetarlicha berish kerak, keyinchalik bakteriologik ekma natijalariga mos holda qilinadi.

Yordamchi choralar

- Suv - elektrolit balansini tiklash sepsis sindromida ayniqsa shok bilan asoratlanganda hal qiluvchi omil hisoblanadi.
- Simptomimetik aminlar shokning gemodinamik asoratlarini davolashda keng qo'llaniladi.
- Alternativ preparatlar: izoproterinol, dopamin va dobutamin, noradrenalin.
- Kortikosteroidlar grammanfiy infeksiyalarni qo'shimcha davolashda, asosan shok bilan asoratlanganda samaralidir.
- Septitsimik holat va tarqalgan tomir ichi koagulyatsiyasini davolashda antikoagulyatsiya, geparinizatsiya foydali.
- Neytropeniyali bemorlarni transfuz granulotsid bilan davolash samarali.
- Naloksan, opiat antagonistlari va betaendodorfınlar va gipovolemik shok jarayonini qaytaradi.

Urosepsisning davosi quyidagi prinsiplar asosida amalga oshiriladi:

Buyraklar ish faoliyatini hisobga olgan holda keng spektrli antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar qo'llaniladi: mushak ichiga ampitsillin (1gdan bir kecha-kunduzda 6 marta), gentamitsin sulfat (40 mg dan bir kecha –kunduzi 4 marta), kanamitsin (bir kecha-kunduzi 1 gramadan 2 marta), seniorin (bir kecha-kunduzi 1 grammadan 4-6 marta), tetraolean (0,5g dan bir kecha-kunduzi 2-3marta), vena ichiga solafur (0,1% eritma 4000 ml dan bir kecha-kunduz 2 marta).

Tomirlar kollapsiga qarshi vena ichiga tomchilatib gipentenziv moddalar, bir kecha-kunduzga 1000-2500 mg dan gidrokortizon vazopressor moddalarning ta'sirini kuchaytiradi, kuyimolekulyar deketran, gematokni hisobga olgan holda qon zardobi, atsidoz va elektrolit buzilishlarini bartaraf etuvchi moddalar tayinlanadi.

Antigistamik preparatlar qo'llaniladi: diprazin (pipolfen) 0,025 g dan kuniga 2-3 marta ichish uchun, 1-2 ml dan 2,5% eritma mushak ichiga, 5-10 ml 0,5% yoki 2 ml 2,5% eritma vena ichiga), dimedrol (0,03-0,05g dan kuniga 1-3 marta ichish uchun, 1-2 ml dan 1% eritma mushak ichiga yoki vena ichiga) suprastin (0,025g dan kuniga 2-3 marta ichish uchun, 1-2 ml dan 2% ml dan 2 % eritma mushak ichiga yoki vena ichiga), geparin (5000 ED dan bir kecha-kunduzga 3-4 marta) va boshqa antikoagulyantlar.

Oksigenoterapiya o'tkaziladi. Dori-darmonlar yordamida davolash bilan bir paytda siydik oqib chiqishini buyrak jomini kateterizatsiya qilish yo'li bilan tiklash bakteriemiya shokning yaxshi tugallanishi uchun zarur bo'lgan shart hisoblanadi; agar kateterning o'tishi uchun bartaraf qilib bo'lmaydigan to'siq bo'lsa, bemorni shok holatidan chiqarilishi bilan nefropiyelo yoki piyelostomiya qilinadi.

XULOSA

Sepsis-sindromi urologiyada og'ir vaziyatda qolmoqda, letal oqibat 20-60% hollarda kuzatiladi. Simptomlarni erta aniqlash, siydik trakti buzilishlari masalan: tosh bilan obstruksiyasini o'z vaqtida davolash o'lim ehtimolini kamaytiradi.

Bemorlarning umrini uzaytirish adekvat davo, mustahkamlovchi va mos keladigan antibiotiklarni uygunlikda olib borishga bog'liq.

SURUNKALI PIYELONEFRIT.

Surunkali piyelonefrit, odatda o'tkir piyelonefritning natijasi bo'lib hisoblanadi. Buyrakdagi o'tkir infeksiyon- yallig'lanish jarayonini surunkali jarayonga o'tishining eng muhim sabablari quyidagilardir.

1. O'z vaqtida aniqlanmagan va bartaraf etiladigan siydik chiqishining buzilish sabablari (siydik tosh kasalligi, siydik yo'llarining torayishi, prostata bezining adenomasi, qovuq – siydik yo'li reflyukslar, nefroptoz va boshqalar).

2. O'tkir piyelonefritni noto'g'ri yoki yetarli bo'lmagan darajada davolash, shuningdek o'tkir piyelonefrit xurujini boshidan kechirgan bemorlar ustidan sistematik dispanser nazoratining yo'qligi.

3. Piyelonefritda bakteriyalarning formalari va protonplastlarning hosil bo'lishi, ular uzoq vaqt buyrakning oraliq to'qimasida onoaktiv holatda bo'lib, organizmni himoya qiluvchi immun kuchlari pasayganda avvalgi holatiga o'tadi va kasallik xurujini keltirib chiqaradi.

4. Organizmni kuchsizlantiruvchi va buyrak uchun doimiy infeksiya manbai bo'lgan yo'ldosh kasalliklar (qandli diabet, semirish, oshqozon –ichak kasalliklari va boshqalar).

Surunkali piyelonefrit odatda bolalikda, ko'pincha qizlarda, o'tkir piyelonefritning tipik hujumidan so'ng boshlanadi. O'tkir infeksiyon va virusli kasalliklar (gripp, angina, pnevmoniya, etit, endorokolit va boshqalar) paytida yoki ulardan so'ng surunkali piyelonefritning yangi xurujlari bo'ladi va bu xurujlar yuqorida qayd qilingan kasalliklarga o'xshab, sezilmasdan o'tadi. Boshdan kechirgan infeksiyon jarayon va yetarli bo'lmagan antibakterial davolash natijasida organizmning kuchsizlanishi surunkali piyelonefritning yanada rivojlanishiga olib keladi. Keyinchalik bolada kasallikning kechishi to'liqsimon xususiyatga ega bo'ladi. Kasallikning remissiya fazasi bilan, so'ngra aktiv yallig'lanish bilan almashadi.

SURUNKALI PIYELONEFRITNING TURKUMLARI.

(Buyrak yallig'lanish jarayonining faoliyatiga qarab).

I. Yallig'lanish jarayonining faol davri:

- a) 1 ml siydikda leykotsituriya 25000 va undan ko'proq,
- b) 1 ml siydikda bakteriuriyani 100000 dan undan ko'proq,
- v) hamma bemorlarda faol leykotsituriyalarning bolishi (30% va ko'proq),
- g) 25-50% bemorlarning siydigida Shterngeymer-Malbin hujalarining bo'lishi,
- d) Passiv gemagmotinatsiya reaksiyasida antibakterial sentitel titrini 60-70% bemorlarda ko'payishi.
- e) 50-60% bemorlarda SLE 12 mm – soatda yuqori bo'lishi.
- j) 75% bemorlarda Danilin reaksiyasini 0,4 ml past bo'lishi.

II. Yallig'lanish jarayonining yashirin davri:

- a) 1 ml siydikda leykotsituriyaning 25000 gacha bo'lishi.
- b) 1 ml siydikda bakteriuriya bo'lmay yoki 10000 oshmaydi.
- v) 50-70% bemorlar siydigida (15-30% faol leykotsitlarning bo'lishi),
- g) Shtrengeymer – Malbin hujayralari bo'lmaydi (buyrak konsentratsion ish faoliyat pasaygan bemorlar bundan istisno).
- d) PGA reaksiyasida antibakterial antisel titrini odatdagiday bo'lishi (1- 1,5 oy ilgari kasalligi qaytalangan bemorlar bundan istisno).
- s) SOE – 12 mm - soatdan past bo'lmaydi.
- j) danilin reaksiyasi –0,4 ml va undan ko'proq.

III. Tuzalish davri yoki klinik sog'ayish.

- a) leykotsituriya bo'lmaydi.
- b) bakteriuriya bo'lmaydi
- v) faol leykotsitlar bo'lmaydi.
- g) Shterngaymer-Malbin hujayralarining yo'q bo'lishi
- d) PGA reaksiyasida antibakterial antitel titrini odatdagiday bo'lishi.
- e) SOE - 12 mm (soatdan oz bo'lishi)
- j) Danilin reaksiyasini 0,4 va undan ko'proq bo'lishi.

Faol davri davolash natijasida yoki uzluksiz z surunkali piyelonefritning yashirin davriga o'tadi, bu uzoq vaqt davom etib (ba'zida bir necha oy) tuzalish yoki faol davrga almashishi mumkin. Tuzalish davriga kasallikning hech qanday klinik belgilari, siydikning o'zgarishining bo'lishi xos bo'ladi.

Yosh ayollarda ko'pincha o'tkir piyelonefritning hujumi homilador yoki tuqqandan keyingi davrda paydo bo'ladi. Homiladorlik tufayli ko'p vaqt siydik yo'llarining tonusini pasayishi piyelonefrit davosini qiyinlashtirib, u uzoq vaqt yallig'lanishning faol davrida qolish mumkin. Qaytadan homiladorlik va tug'ishlar ko'p hollarda piyelonefritning qo'zg'alishiga olib keladi.

Surunkali piyelonefritning navbatdagi har qo'zg'alishida yallig'lanish jarayoniga, buyrakning ishlayotgan parenximasining yangi-yangi joylarini ishgol bo'lishi kuzatilib, ular keyinchalik biriktiruvchi to'qimalarning chandiqlari bilan almashadi. Bu esa oxiri buyrakning bujmayishiga, ikki tomonlama yallig'lanish jarayonida surunkali buyrak yetishmovchiligiga, uremiyaga va o'limga olib keladi. Ko'pincha buyrakdagi chandiq-skleriotik jarayon nefrogen arterial gipertenziyaning rivojlanish sababi bo'ladi.

Bolalarda ham xuddi kattalardagidek surunkali piyelonefrit uzoq vaqt davom etib, faol davrda buyrakning yashirin yallig'lanish jarayoni va tuzalish davri bilan almashinib turadi. Agar yosh bolada piyelonefrit tuzalish yoki sog'ayish davrida tursa, odatda uning es-xushiga ta'sir qilmaydi. Faqat terida kamqonlik, vaqti-vaqti bilan ko'zning qovoq tagida «shishlar» paydo bo'lib, biroz charchashlikni sezadi.

Kasallikning faol yallig'lanish davriga o'tganda yosh bolaning xis qilishi ko'rinarli darajada yomonlashadi: bo'shashlik, horg'inlik, tez charchash, ishtaha pasayishi paydo bo'lib, terining kamqonligi va ko'z qovog'ining tagida

«shish»larning ko'rinishi yaqqol bo'lib qoladi. Ba'zi bolalarning qornida, bel sohasida sanchiq, og'riqlar, siyish buzilishi va hattoki enurez paydo bo'ladi.

PATOLOGIK ANATOMIYA.

Piyelonefritda infeksiya buyrakda bir tekis bo'lib tarqalmaganligi sababli kasallikning morfologik ko'rinishi alohida- alohida bo'lishi bilan farq qiladi. Buyrakning zararlangan joylarida plazmatik va limfoid hujayralardan tashkil topgan intersitsial infiltrat va chandiq biriktiruvchi to'qimalarning borligi aniqlanadi. Lekin vaqti-vaqti bilan piyelonefritning qaytalanishi sababli buyrak to'qimalarida har xil davrga xos yallig'lanish jarayoni aniqlanadi: ilgari bo'lgan o'zgarish jarayoni bilan birga yangi yallig'lanish o'zgarish joylarida polimorfyaderli leykotsitlardan iborat bo'lgan infiltratlar bo'ladi.

Surunkali piyelonefrit yallig'lanish jarayonining rivojlanishi uch davrga ajratiladi.

1-davrda buyrak miya kateaminning oraliq to'qimalarida leykotsitar infiltratsiya va intakt bo'lgan koptokchada naychalarining atrofiyasi aniqlanadi.

2- davrida interstitsiya va naychalarda asosan o'zgarish chandikli – sklerotikga xos bo'ladi. Bu esa distal bo'limlardagi nefronlarni o'lishiga va yig'uvchi naychalarni bosilishiga olib keladi. Buning natijasida, buyrakning po'stloq qismida joylashgan nefronlarning kengayishi va ularning ish faoliyatlarinigiga buzilishi paydo bo'ladi. Egilib va bukilgan naychalarning kengaygan joylari qalqansimon bezning tuzilishini eslatadigan oq massa bilan to'lgan bo'ladi. Shu sababli buyrak «tireodizimini» surunkali piyelonefritning morfologik ko'rinish belgisiga xos deb hisoblanadi. Kasallikning bu davrida bir vaqtda koptokchalar va tomir atrofida chandikli sklerotik jarayonning bo'shab qolishi va gialinizatsiyasi aniqlanadi. Tomir va to'qimalarda, tomirlar atrofidagi yallig'lanish jarayoni ularning bir qismini to'sib, ba'zilarini toraytiradi.

3- oxirgi davrda buyrak to'qimalari, tomirlari oz bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar va to'la chandikli to'qimalar bilan almashgani kuzatiladi.

Alomati va kilinik davri.

Surunkali piyelonefritdan yallig'lanish jarayoni buyrakning oraliq to'qimasida yillar mobaynida sust bo'lishi sababli yaqqol bo'lgan klinik alomatlarisiz o'tishi mumkin. Surunkali piyelonefritning ko'rinishi ko'pincha uning faolligida, buyrakda yallig'lanish jarayonini tarqalishida va davriga bog'liq. Ularning har xil darajada ko'rinishi va birga bo'lishi surunkali piyelonefritning ko'p variantidagi klinik alomatlarini yaratadi. Masalan: kasallikning yashirin boshlanish davrida yallig'lanish jarayonining chegaralanganligi sababli kasallikni klinik alomatlari yo'q bo'lib, faqat siydikda leykotsitlar sonining biroz ko'tarilganining (ko'pincha 1 ml siydikda 6 . 103 gacha) topilishi, ularning orasida faol leykotsitlarni aniqlanishi piyelonefrit borligini guvohi bo'ladi. Surunkali piyelonefritning boshlanishi va yallig'lanishi faol davrida yengil noxushlik sezilib, ishtaha pasayadi, charchashlik yuqori bo'ladi, ertalab bosh ogrig'i va adinomiya, bel sohasida kuchsiz simillagan og'riqlar, yengil titroq, teri kamqon bo'lib, siydikda leykotsituriyalar (1 ml siydikda leykotsitlar 25. 103 dan ko'proq), faol leykotsitlar va ba'zi hollarda Shterngeymer-Malbin hujayralari va

bakteriuriya (1ml siydikda 105 va undan ko'proq mikroorganizmlar) bo'lib, SOE kattalashib, antibakterial antibela titri yuqorilashgan bo'ladi.

Piyelonefritning ancha kechroq davrida faqat faol va yashirin davrlaridagina bo'lmay, lekin tuzalish ham umumiy xorg'in – ishtahani yo'qligi seziladi. Bemorlar, ayniqsa ertalab og'zida bo'ladigan noxush ta'mga epigastriya sohasida bosilish tufayli bo'lgan og'riqlarga, mustahkam bo'lmagan najasga, metiorizm va bel sohasida bo'lgan o'tmas simillagan og'riqlarga ular odatda ahamiyat berilmaydilar.

Buyrak ish faoliyatining buzilishi chanqoqlikka, og'izning qurishiga, nikturiya va poliuriyaga olib keladi. Teri qoplami quruq, kam qonli, sariq kulrang tusda bo'ladi. Anemiya va arterial gipertenziya ko'pincha surunkali piyelonefritning alomatlaridan bo'ladi. Yengil jismoniy harakat vaqtida xansirashning paydo bo'lishi, ko'pincha anemiyaga bog'liq. Sistolik o'rtacha 170-180 mm simob ustunida yuqori diastolik bosimni (110 mm simob ustunidan yuqori) bo'lishi va gipotenzivli terapiyadan natijaning yo'qligi surunkali piyelonefrit tufayli bo'lgan arterial gipertenziya xosdir. Agar piyelonefritning boshlanish davrida bemorlarning 10-15 arterial gipertenziya kuzatilsa, kech davrida esa 40-50% uchraydi.

TASHXISI. Surunkali piyelonefritning tashxisida to'g'ri yig'ilgan anamnez muhim yordam beradi. Yoshlikda buyrak va siydik yo'llarining bo'lgan kasalliklarini qattiq turib aniqlash kerak. Ayollarda homiladorlik vaqtida yoki tuqqandan keyin o'tkir piyelonefritning yoki sistitning bo'lganligiga ahamiyat berish kerak. Erkaklarda ayniqsa o'tgan umurtqa pog'anasi qovuq va siydik chiqarish kanallarining shikastlanishlariga va siydik jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklariga ahamiyat berish kerak. undan tashqari, piyelonefritning paydo bo'lishiga sabab bo'ladigan omillarni buyrak va siydik yo'llarining tabiiy ko'rinishidan o'zgacha bo'lishi, siydik tosh kasalligi, nefroptoz, qandli diabet prostata bezining adenomasi va boshqalarni aniqlash kerak.

Surunkali piyelonefritning tashxisida tahlilxona, rentgenologik va radioizotop tekshirish usullarining ahamiyati katta.

Leykotsituriya surunkali piyelonefritning eng muhim va ko'p uchraydigan belgilaridan bo'lib hisoblanadi. Lekin siydikning umumiy tahlili piyelonefritning yashirin yallig'lanish davrida leykotsituriyani aniqlashda kam ahamiyatlidir. Umumiy tahlilning noaniqligi shundan iboratki, tekshirish uchun qoplama oynakka sentrifugirovaniyadan keyin olingan toshning kattaligi cho'kkan siydikning miqdorida juda aniq qilib hisoblanadi. Surunkali piyelonefritning yashirin davrida bemorlarning deyarli yarmida siydikning umumiy tahlilida leykotsituriya aniqlanadi. Shu tufayli surunkali piyelonefritga shubha bo'lganda leykotsituriyani Kakovskiy-Addis (bir kecha-kunduzgi siydikdagi leykotsitlarning miqdori). Amborje (1 daqiqada ajralib chiqqan leykotsitlar soni), de Almeyda – nechiporenko (1 ml da leykotsitlar soni). Stenfilda va Vebba (tsentrifugirlanmagan 1 mm³ siydikda leykotsitlar soni) usullari bilan aniqlasa bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan tekshirish usullaridan eng to'g'ri bo'lib Kakovskiy –Addis usuli hisoblanadi, chunki bunda siydikni katta vaqt orasida yig'iladi. Lekin bunda soxta natijalardan saqlanish uchun siydikni ikkita shisha idishga yig'ish kerak: bittasiga siydikning birinchi qismi yig'iladi (har siyishda 30-40 ml olinadi), ikkinchisiga siydikning hammasi. Birinchi qismida ko'p miqdor leykotsitlarning bo'lishi, ular siydik chiqarish kanalining ivish hisobiga bo'lib, faqat ajralib chiqqan siydikni umumiy miqdorini hisoblashga ishlatiladi.

Siydikning ikkinchi qismidan leykotsituriyani qovuqdan yoki buyrakdan ekanligini aniqlashga imkon beradi.

Agar shifokor bemorda surunkali piyelonefritning tuzalish davri borligiga shubha qilsa, kasallikni sun'iy ravishda qo'zgatadigan testlar qo'llaniladi (prednizalon yoki pirogenal). Prednizalon yoki pirogenal yuborgandan keyin leykotsituriyani poydo bo'lishi surunkali piyelonefritning borligidan dalolat beradi. Agar siydikda faol leykotsit va Shterigejmer- Malbin hujayralari bir vaqtda topilsa, ayniqsa bu test ishonchli bo'ladi.

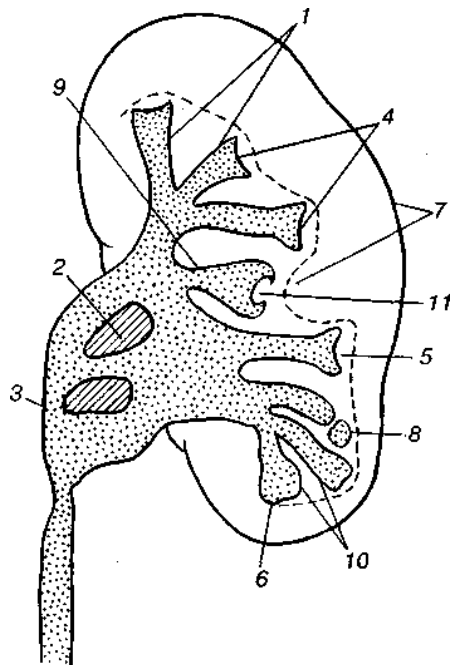
Siydikni osmatik kontsentratsiyasining 400 mosi (L) ozayish va endogen kretenin klirensining pasayishi ham surunkali piyelonefritda diagnostik ahamiyatga ega. Kasallikning boshlanish davrida ko'pincha buyrakning kontsentratsion qobiliyati ozayishi mumkin. Qon yo'nalishiga qarab-naychalar osmatik gradientini saqlab turishi, dital bo'limlardagi naychalar qobiliyatini buzilganligining guvohi bo'ladi. Naychalar sekretsiasining pasayishi ham surunkali piyelonefritning eng boshlanish belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Protenuriyaning xususiyatlarini o'rganadigan antibakterial antitela titrlarini aniqlab immunologin reaktivnostga baho beradigan usullar muhim ahamiyatga ega. Hozirgi vaqtda hujayra va gumoral omillarni aniqlaydigan bir necha usullar yordamida immunologik reaktivnostga baho beriladi. Hujayrali usullardan eng ko'p tarqalgan usullardan biri bo'lib, periferik qonda immunokompetent hujayralarning sonini, ularning ish faoliyatini bir butunligini aniqlaydigan usul bo'lib qoldi. Immunokompetent hujayralar sonini rozetka hosil qiladigan reaksiyalar orqali aniqlanib, ularning har xil modifikatsiyalarini timusga bog'liq va timusga bog'liq bo'lmagan nulevoy immunokompetent hujayralar deb ataladigan sonlarni aniqlashga imkon beradi. Periferik qonda limfotsitlarning transformatsiya reaksiyasini o'tkazishda immunotsitlarning to'la ish faoliyati to'g'risida axborat olinadi.

Immunologik reaktivnostning gumoral omillari qonda har xil klassdagi immunoglobulinlar-IgA, IgG, IgM, IgD, IgE izogemagglyutinlar, antibakterial, buyrakga qarshi va sitotoksik antitela titrlarining darajasi to'la ifodalanadi.

Surunkali piyelonefritning surunkali glomerulonefritdan farqi shuki, unda immunokompetent V-hujayralari, IgG, IgA antibakterial antitela titrlarining yuqori darajali bo'lishidir.

Sistoskopiya vaqtida qovuq shilliq pardasida juda kam hollarda o'zgarishi aniqlanadi. Xromotsistoskopiya indigokarminning ajralib chiqish darajasi sekinlashgani va siydikning indigokarmin bilan bo'yalish tezligini 50% bemolarda buzilganligini aniqlashga imkon beradi. Piyelonefritning kechki davrlarda yuborilgan indigokarmin 12-15 daqiqadan kegin chiqadi. Rentgenologik tekshirish usullari surunkali piyelonefrit tashxisida muhim yordam beradi. Kasallikning asosiy rentgenologik belgilari quyidagilar bo'lib hisoblanadi: 1) buyrakning katta- kichikligi va ko'rinishining o'zgarishi. 2) rentgenokonstrast moddalarni buyrakdan ajralib chiqishining buzilishi. 3) renalkortikal indeksining (RKI) patologik ko'rsatmalari. 4) kosacha-buyrak jomchalarining deformatsiyasi. 5) Xondson belgisi. 6) buyrakning angioarxitektonikasining buzilishi.



93-rasm. Surunkali piyelonefritning rentgenologik belgilari:

1-kosachalar bo'yinlarining yallig'lanish infiltratining ikki tomonga surishi; 2-buyrak jomining kuch va quvvati paysayishi; rentgenokonstrast modda bilan nuqson bo'lib to'lishi; 3-bel mushaklarining chekka belgilari; 4-buyrak tirsaklarining tekkislanishi; 5-kosachalarning likopsimon shaklda bo'lishi; 6-to'qnagich bo'lib o'zgargan kosacha; 7-xodson belgisi; 8-tortib olingan tirsak; 9-kosacha bo'ynining kaltalashib va torayishi; 10-buyrak parenximasida sklerotik jarayoni tufayli kosachalar bo'ynining yaqinlashib va torayishi; 11- tirsakning nekrozi.

Surunkali piyelonefrit umumiy rentgenogrammasida buyraklarning bittasini kichkina bo'lmaganligi, buyrak zichligining yuqorilashganligi va zararlangan buyrak o'qining vertikal bo'lib turishi aniqlanadi. Ekskretor urografiya har xil modifikatsiyalari surunkali piyelonefritning asosiy rentgenodiagnostik usullaridan bo'lib hisoblanadi. Surunkali piyelonefritning rentgenologik ko'rinishi pomorfizm va assimetriya o'zgarishlari bilan farq qilib, ular rentgenokonstrast moddalarni yuborgandan keyin yaqin (1,3,5 daqiqadan keyin) va kechroq (1 soat, 40 daqiqadan keyin) qilingan ekskretor urografiyaalarda yaqqol ko'rinadi. Kechroq qilingan urogrammalarda zararlangan buyrakning kengaygan naychalarida rentgenokonstrast moddalarni ushlanib qolinishi sababli ularning urogrammalaridan ajralib chiqishi kechroq bo'lganligi aniqlanadi.

Surunkali piyelonefritning 1 davrida qachon infiltrativ jarayonlar ko'proq bo'lganda, rentgenogrammalarda kosachalarning so'rilishi, ularning bo'yini va buyrak jomining qisqarishi aniqlanadi. Qisqarish muddati 20-30 sekund davom etganligi sababli ularni ekskretor urografiya qaranganda ko'pincha uroginematografiya ma'lumotlari aniqlaydi.

Piyelonefritning 2 davrida, qachon —chandiqli sklerotik o'zgarishlar rivojlanganda, buyrak jomi kosachalarining kuch-quvvatini pasaygan siydik yo'lini biroz kengayganiga o'xshagan va bel — mushak qirgoqlarining belgilari paydo bo'ladi. Buyrak jomi va siydik yo'li bel mushaklari qirgoqlarining bir-biriga to'g'ri yapaloq bo'lib, ularning parallel bo'lishi kuzatiladi. kosachalarning har xil

deformatsiyalari uchraydi: ular qo'ziqorinsimon, to'qnagich shakllariga o'xshab surilishadi, ularning bo'yinlari cho'zilib va torayishadilar, tirsaklari tekislanadilar.

Surunkali piyelonefrit bo'lgan bemorlarning 5/3 o'rtacha 3/2 qismida xodson belgisi aniqlanadi. Uning mohiyati shundan iboratki, ekskretor yoki retrograd piyelogrammalarda, piyelonefrit bo'lib o'zgargan buyrak tirsaklarining bir-biriga qo'shilgan chizigi, juda egri-bugri bo'ladi, chunki chandiqli buyrakning o'zgargan joylari buyrakning yuzasiga yaqinlashib, buyrak to'qimalarining saqlangan joylari undan ancha uzoqlashgan bo'ladi. Bu chiziq sog'lom buyrakda bir tekis qavariq, pastga cho'kmay, buyrkaning tashqi qirg'og'iga parallel bo'lib turadi.

Surunkali piyelonefritda retrograd piyelografiya, buyrakning ayniqsa gospital shtampli bakteriyalar sababli juda kam hollarda qo'llaniladi.

Surunkali piyelonefritning o'ziga xos rentgenologik belgilari 85-rasmda ko'rsatilgan.

Surunkali piyelonefritda buyrak parenximasi asta-sekin ozayib boradi. Buni renalkortikal indeksi (RKI) yordamida ancha aniq qilib aniqlash mumkin. Bu buyrak-jom kosachalari, maydon buyrak maydoniga nisbatan bo'lgan ko'rsatkichdan iborat. RKI bahosi shundan iboratki, surunkali piyelonefrit bemorlarda kasallikning 1 va 2 davrlarida buyrak parenximasini ozayganini ko'rsatadi, chunki buni hisoblashsiz usuli bilan aniqlash imkoni bo'lmaydi.

Surunkali piyelonefritda buyrakning arxitektonikasini aniqlashda buyrak arteriografiyasi muhim ma'lumot beradi. Surunkali piyelonefritda buyrak tomirlarining o'zgarishi uch davrga bo'linadi.

I davrda mayda bo'g'im-bo'g'im (segmentar) arteriyalar soni kamayib, butunlay yo'q bo'lib ketishi ham mumkin.

Kasallikning II davrida, ya'ni buyrak parenximasida sezilarli darajada o'zgarishlar bo'lgan paytda, buyrak arterial tomirlarining toraygani ma'lum bo'ladi.



94-Rasm . Aortogramma. Surunkali pielonofrit. «Yongan daraxt» Simptomi.

III davrda buyrak bujmayib deformatsiyaga uchraydi, uni tomirlarining miqdori kamayadi va torayib qoladi.

Surunkali piyelonefritda buyrakning har pallasi funksiyasini alohida bilish uchun yoki uning qaysi tomoni shikastlanganini aniqlash uchun radioizotop usullaridan renografiya qo'llaniladi.

Bu usul davolash paytida buyrak funksiyasining tiklanishini nazorat qilib turish uchun ham qulaydir.

Ishlab turgan parenximaning son va sifatini aniqlash uchun dinamik ssintigrafiyani qo'llash maqsadga muvofiqdir. Buyrak segmentar

shikastlanganda dinamik ssintigrafiya shu zonadan gippuxaning yurishmay qolganini ko'rsatib beradi.

Statik va dinamik ssintigrafiya piyelonefritik bujmaygan buyrakning katta-kichikligini, unda preparatning kay darajada yig'ilganligini va tarqalganligini

aniqlashda yordam beradi. Bunda olingan renangiografiya buyrakning qon bilan ta'minlanish holatini va uning davolash paytida tiklanish (sog'ayish) darajasini aniqlashda yordam beradi. 86-rasm. Aortogramma, surunkali piyelonefrit (I davri). Yongan daraxtga o'xshaydi.

AJRATISH TASHXISI. Ko`pincha surunkali piyelonefritni boshqa kasalliklardan farqli o'laroq, masalan: buyrak silidan va glomerulonefritdan ajratishga (ajratish qilishga) to'g'ri kelib qoladi. Bunda masalani quyidagicha yechish kerak. Agar organizmning boshqa a'zolari sil bilan kasallangan bo'lsa, shuningdek dizuriya, gematuriya yuqori siydik yo'llarining chandiqlashib torayishi, proteinuriya kamroq darajada bo'lsa ham, leykotsituriyaning eritrotsituriyaga nisbatan ortishi buyrakning silligini bildiradi. Siydikda sil mikobakteriyalarining topilishi sistoskopiya natijasidagi qovuqning va rentgenologik ma'lumotlar buyrak silining aniq alomatlari hisoblanadi.

Surunkali glomerulonefrit piyelonefritdan siydikda eritrotsitlarning leykotsitlardan ko'pligi bilan farq qiladi. Shuningdek unga proteinuriyaning (siydikka molekulyar massasi yuqori bo'lgan oqsillarni o'tishi), glomerulyar tipi silindruriya kabilar xosdir.

Skleroz fazasida bir tomonlama surunkali piyelonefritni buyrakning gipoplaziyasidan ajrata olishga to'g'ri keladi. Bunda masalani rentgenologik tekshirishlar yechadi. Buyrakning notekis shakli, qulo'q soyasi, kosacha, gudda, qopchalarning deformatsiyalanishi, RKI ning o'zgarishi, buyrak faoliyatining pasayishi, «kuygan daraxt» kabilar piyelonefrit foydasiga bo'lgan alomatlaridir. Buyrakning gipoplaziya alomatlari quyidagilardir: kosacha va qopchani deformatsiyaga uchramagan holda kichayib qolishi, a'zoning tekis qon turi, to'qimaning normal zichligi, kosa-qopcha sistemasining o'zgarmaganligi, buyrakning nisbatan qoniqarli faoliyati va anamnezda piyelonefrit foydasiga ma'lumot bo'lmasligidir.

DAVOLASH. Surunkali piyelonefritni davolashda asosan quyidagilarga amal qilish kerak: 1. siydik yurishining buzilish sabablarini yo'qotish yoki buyrak qon aylanishining ayniqsa vena qon-tomiridagisining buzilish sabablarini yo'qotish. 2. antibiogrammadan olingan ma'lumotlarga ko'ra bakteriyalarga qarshi preparatni tayinlash. 3. organizmning immunitet reaksiyasini oshirish.

Siydik oqimini tiklash uchun avvalo jarrohlik(xirurgik) ishlarni amalga oshirish kerak. (buyrak va siydik yo'llaridan toshlarni olib tashlash, nefroptoza, nefropeksiya, erkaklar prostatik bezidagi adenomadan xolis qilish, siydik chiqaruvchi kanalning yoki buyrak jomi va siydik bo'g'imlari plastikasi. Ko`pincha shu operativ ishlarni bajarganda kasallikni antibakterial preparatlarisiz remissiya holatiga ya'ni avj olmaydigan, sezilmaydigan tinch holatga olib kelib qo'yish mumkin. Siydik yurishini roslamay turib antibakterial preparatlar yordamida kasallikni remissiya holatiga keltirish qiyin.

Antibiotiklar va kim'yoviy antibakterial preparatlar siydikdagi mikroblarning antibakterial preparatlarga ta'sirchanligini aniqlangan holda tayinlashini kerak. (193-betga karalsin). Antibiogramma ma'lumotini olgunga qadar keng ta'sir qiladigan antibakterial preparatlar tayinlanadi. Antibiotiklardan ular qatorini ampitsillin,

tetrailan, kanamitsin, gentamitsin, levomitsin, levomitsetin, karbonitsillin (dozasi – 194 betda) kabilar kiradi. Keng ta'sir qiluvchi kim'yoviy antibakterial preparatlarga esa furagin (0,1g dan sutkasiga 3 mahal ichiladi). Nevigramon (sutkasiga 1 g dan 4 marta ichiladi). 5-NOK yoki nitroksolin (kuniga 0,1g dan 4 marta ichiladi). Sulfadimetoksin (1 kecha-kunduz 0,5g dan 5-4 mahal ichiladi) va boshqalar kiradi.

Surunkali piyelonefritning davosi sistemali ravishda uzoq muddatda (1 yildan kam bo'lmagan davr ichida) o'tkazilishi kerak. avvalgi uzluksiz antibakterial davosi 6-8 hafta ichida o'tkaziladi. Bu davrda infeksiya agenti sundirilib yiringlash jarayoni asoratsiz, yaralangan (chandiqli) parenxima to'qimasi hosil qilinmagan holda to'xtalishi zarur.

Kasallikni uzluksiz davolash natijasida remissiya holatiga olib kelingandan so'ng, kasal davosini qisqaroq vaqtda damba-dam davom ettirish mumkin. O'rtada beriladigan davom muddati buyrakning shikastlanish darajasiga qarab va kasallikni yana zo'rayish alomatlarini paydo bo'lishiga qarab ya'ni yiringlash jarayoni latent (yashirin) faza alomatlarining paydo bo'lishiga qarab belgilanadi.

Piyelonefritning qo'zg'alish alomatlarini o'z vaqtida bilib olish uchun 5 kunda siydikni kompleks ravishda tekshirib turiladi. Bu esa quyidagilardan iborat: leykotsituriya darajasini miqdoriy aniqlash usullari bilan topish, siydik aktiv leykotsitlarini aniqlash, hamda bakteriuriya darajasini va siydik mikroflorasi harakterini ro'yobga chiqarish. Remissiya fazasi uzoq muddatda doim saqlanib qolishligi uchun surunkali piyelonefritga chalingan kasallarlarni qayta antibakterial davolash kursini kasallikning qaytalovidan (taxminan bilish mumkin) 3-5 kun ilgari boshlash zarur. Masalan: agar shunday kasallik 30 kundan keyin qaytalansa, qayta antibakterial davolash kursini 25-27 kundan keyin tayinlash kerak.

Kasallik qo'zg'atuvchi bakteriyalarga qarshi preparatlar ilgari aniqlangani holda, ular bilan antibakteriyaal davolashning qayta kursi 8-10 kun davom etadi, chunki kasallikning latent fazasida va remissiya davrida bakteriuriya kuzatiladi. Infeksiyaning antibakterial preparatlarga ko'nikib qolmasligi uchun, preparatlar har 3-5 kunda almashgan holda beriladi.

Antibakterial preparatlar ichilar ekan, oraliqda esa quyidagilar tayinlanadi: klyukva morsi (kuniga 2-4 stakan, diuretik ham antiseptik xususiyatga ega bo'lgan quritilgan o'tlarning damlamasi, natriy benzoat (1 kecha-kunduz 0,5 g dan 4 mahal ichiladi) va metionni (1 kecha-kunduz 0,5g dan 4 mahal ichiladi). Natriy benzoat va klyukva morsi jigarda gippurat kislotasining sintezini oshiradi. U esa siydik bilan ajralib, piyelonefrit qo'zg'atuvchi mikroblarga kuchli bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi. Agar infeksiyaga antibakterial preparatlar ta'sir etmasa, unda surunkali piyelonefritni davolash uchun, siydikda keskin nordon muhit hosil qilish maqsadida metioninning kattaroq dozasi ishlatid. (1 kecha-kunduz 6 g gacha).

Surunkali piyelonefritga duchor bo'lgan kasalliklardagi nespetsifik immunologik reaksiyani oshirish uchun har oyda 10-15 kun davomida metiluratsiya yoki pentoksil ishlatiladi (1 kecha-kunduz 1 g dan 4 mahal ichiladi), (1 kecha kunduzi 0,3 g dan 4 mahal ichiladi).

Surunkali piyelonefrit bilan kasallangan kishilar, truskov etsk, Jeleznovodek, Djermuke, Sairme va kurort sanatoriyalarida ham davolanishi mumkin. Kuchsiz minerallashgan suvlarni qabul qilish diurezni kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida buyrak va siydik yo'llaridan shamollash produktlarini olib chiqib ketishga yordam

beradi. Kasalning umumiy ahvolarining yaxshilanishi uning dam olishiga, turli kurort ta'sir kuchlari (balneologik davo, suv, balchiq ta'siriga, ratsional ovqatlanishiga) bog'liq. Bunday sharoitlarda buyrak, siydik yo'llari, jigar oshqozon, ichak va organizmning boshqa a'zo va sistemalarining ish faoliyati yaxshilanib, piyelonefritni davolashga ijobiy ta'sir qiladi. Shuni esda tutish kerakki, surunkali piyelonefrit bilan kasallanganlar xoh poliklinikada yoki kurortda jiddiy va muntazam davolanarlari yaxshi natija beradi. Shuning uchun surunkali piyelonefrit bilan hastalangan, kasallik xoh kuchaygan (faol) fazasida bo'lsin, xoh latent fazasida, kurort sharoitlarida ham ilgari uzoq muddat kuzatib davolanib yurgan vrach tavsiya qilgan sxema bo'yicha antibakterial davolanishni davom ettirish kerak.

NATIJASI. Kasallikning oqibati uning cho'zilishiga, aktiv yoki passivligiga, qaytaloviga bevosita bog'liq. Agar kasallik bolalikdan, buyrak yoki siydik yo'llari anomaliyasidan boshlansa, surunkali piyelonefrit buyrak ishi faoliyatining buzilishiga va nefrogen arterial gipertenziyaga sabab bo'ladi. Ikkala asorat barobar kelib qolsa, oqibat ayniqsa noxush bo'ladi.

Pionefroz. Pionefroz deb buyrakning spetsifik yoki nespetsifik yiringlashgan destruktiv shikastlanishining oxirgi stadiyasiga aytiladi. Pionefrotik buyrak yiringi tufayli parchalangan bo'lib, ayrim bo'shliqlari yiring, siydik va to'qimaning parchalanishi natijasida hosil bo'lgan moddalar bilan to'lgan bo'ladi. Buyrak haltasining (jomining) devori koliplashgan, infiltratsiyaga uchragan. Pionefroz doim peri yoki paranefrit bilan birga yuradi. Pionefroz ko'pincha siydik tosh kasalligi tufayli siydik yo'llarida yallig'lanishning aktiv fazasida uzoq davom etgan anomaliyalar yoki og'riq bilan birga surunkali piyelonefritning boshi hisoblanadi.

Alomatlari va klinik o'tishi. Pionefroz bilan hastalanganida, belining o'ziga xos joyida keskin bo'lmagan simillab og'rishlar paydo bo'ladi. Bu og'riq kasallik avj olganda kuchayadi. Chertish usuli bilan silliq, zich va kattalshagna, harakatchanlangan buyrak aniqlanadi. Kasallik surunkali bo'lib o'tayotganida, Pasternatskiy alomati kam sezilarli darajada bo'ladi, kuchayganda ijobiy bo'ladi. Pionefrozda piuriya kuchayadi: siydik loyqa bo'lib, parcha-parcha donalar suzib yuradi. Siydik idishi bilan qoldirilganda esa siydik hajmining 4/1 ni tashkil qilgan yiringdan iborat cho'kma hosil bo'ladi.

Tashxisi. Xromotsistoskopiya vaqtida yuvayotgan suyuqlik tezda loyqalanadi, siydik yo'li teshigi sohasida shilimshiq pardadagi tomirlar kengaygan bo'lib, uning ichidan xuddi tyubikdan pasta chiqqandek yiring chiqib turadi: shikastlangan tomondan indigorkarmin ajralib chiqmaydi. Rentgenologik tekshirish usullari pionefroz tashxisida xal qiluvchi ahamiyatga ega. Umumiy rentgenogrammada yo'g'onlashgan buyrak ko'lankasi aniqlanib, bel mushaklarining shakli ko'rinmaydi.

Ekskretor urogrammalarda zararlangan buyrakda rentgenokonstrast modda aniqlanmaydi yoki faqat kechroq (1-2/1 – 3 soat) bo'lgan rentgenogrammalarda uning kuchsiz va shaklsiz ko'lankasi bo'ladi. Rentrograd piyelogrammalarda har xil kattalikda, qirgoqlari tekis bo'lmagan, kengaygan tekshiklar ko'rinadi.

Ajratish tashxisi. Pionefrozni buyrak polikistozi va o'smadan ajrata bilish kerak. Paypaslash bilan buyrak kattalashganini aniqlash bu ko'rsatilgan kasalliklarning umumiy belgisi bo'lib hisoblanishi mumkin. Lekin polikistozda kasallik ikki tomonlama bo'lganligi uchun ikkinchi kattalashgan buyrak ham

paypaslaganda aniqlanishi mumkin. Pionefrozda kattalashgan buyrakni paypaslaganda og'riq o'rtacha bo'ladi, o'sma bilan zararlangan buyrakning paypaslanishi esa og'riqsiz bo'ladi. O'tkir piyelonefritning anamnezida qaytalangan hujumlarni yoki surunkali piyelonefritning faol yallig'lanish davrining uzoq davom etishi pionefrozning guvohi bo'ladi. Total og'riqsiz bo'lgan gematuriya esa o'smaga xosdir.

DAVOSI. Pionefrozni davolash faqat operatsiya yo'li bilan bo'ladi. Ko'pincha nefrektomiya qo'llaniladi yoki (siydik yo'llari o'zgargan chogda) nefrurerektomiyadan foydalaniladi. Pionefrozli bemorlarning ikkinchi buyragida chuqur morfologik va funksioanl o'zgarishlar bo'lsa, buyrak yetishmovchiligi kuzatilganligi sababli, ba'zida palliativ operatsiya qilish bilan chegaralaniladi – nefrostomiya.

NATIJASI. Pionefroz radikal operatsiyadan keyin (nefrektomiya) uning natijasi xushko'ngil bo'ladi, lekin ikkinchi buyragida surunkali piyelonefrit va nefrolitiaz rivojlanib qolishi mumkin. Shuning uchun bemorlar buyragi olingandan keyin, boshqa bitta buyragi bor bemorlarga o'xshab ham o'sha urologning doimo dispanser nazoratida bo'lishlari kerak. Pionefrozli bemorlar jarrohlik yo'li bilan davolanmasa, oqibati ancha yomon, chunki buyrakda davom etayotgan surunkali yiringli jarayon jiddiy asoratlarga olib keladi: ikkinchi buyrakning amiloidoziga, gepatopatiya, buyrak oldi kletchatkasi yiring yorib kirishi mumkin. Bu esa sepsisga olib keladi.

Paranefrit. Paranefrit buyrak yonidagi to'qimaning yiringlab yallig'lanishidir. Og'ir yiringli piyelonefritga qo'shilib ketadigan fibrozli buyrak kapsulasini paranefrit stafilokokk ba'zida streptokokk, ichak tayoqchasi va mikroblarning boshqa turlari tufayli yuzaga keladi.

Paranefrit birlamchi va ikkilamchi bo'linadi. Buyrak kasalligi bo'lmay turib, paranefral to'qimaga organizmning yallig'langan uzoq nuqtalaridan yo'l bilan infeksiyaning (panaritsiy, furunkul, osteomielit, pulpit, angina va boshqalar natijasida) o'tishi birlamchi hisoblanadi.

Ikkilamchi paranefrit buyrakdagi yallig'lanish jarayonini keskinlashishi natijasida kelib chiqadi. ba'zi hollarda yiringli paranefral to'qimaga buyrakning yallig'langan joyidan (buyrak karbunkuli chipqoni) buyrak absessi, pionefroz bevosita o'tishi natijasida boshqa hollarda (piyelonefrit misolida) limfatik va qon yo'llari bo'ylab o'tishi natijasida paranefral to'qimaga infeksiya yana qo'shni organlarning yallig'langan joylaridn (parakolit, retroperitonit, parametrit, parasistit, appenditsit, jigar absessi, Yu plevrit, o'pka absessi va boshqa hollarda) o'tishi mumkin.

Paranefral to'qimadagi yallig'lanishning joylanishiga qarab, paranefritning orqa, oldingi, yuqori, pastki va umumiyga bo'linadilar. Buyrakning orqa yuzasi bo'ylab ko'proq yog' to'qimasi rivojlanganligi tufayli, ko'proq orqa pionefriti uchraydi. Ikki tomonlama paranefrit juda kam uchraydi.

Yallig'lanishning darajasiga qarab avj olgan yoki surunkali paranefrit deb bo'ladilar. Avj olgan yoki keskin ravishda o'tayotgn paranefrit avval shamollashning eks odativ stadiyasini o'tab yo qayta rivojlanadi, yo yiring stadiyasiga o'tishi mumkin. Agar yiringlash paranefrit to'qimada tarqalayotgan bo'lsa, to'qimalar orasidagi pardalar (mejfastsialnie peregorodki) yemirilib, yiring belning nimjonroq

joyiga qarab, Pti va Lesgaft-Gryunfeld burchagiga qarab yura boshlaydi. Keyingi rivojlanishida yiring paranefral to'qimasidan chiqib qorincha kabi bo'shliqda yara (flegmona) hosil qiladi. Yara ichakka qarab yoki qorin, parda bo'shlig'iga qarab yoki qovuqqa qarab, yo chov teri ostida yorilishi mumkin. Bu holda bel teshikchalar orqali belning ichki yuzasiga tushadi. Ammo bunday oqibatga faqat paranefritni uzoq muddat bilmay qolgandagina kelish mumkin.

Alomati va klinikasi. Paranefritning keskin holda o'tadigan avval sezilarli alomatsiz bo'lsa, keyinroq har qanday shamollash jarayoni kabi badanning uvishishi va haroratning 39-40S gacha ko'tarilishidan boshlanadi. 3-4 kecha-kunduz va undan ortiqroq vaqt o'tgandagina kasallik beldagi paydo bo'lgan og'riq tufayli o'z joyini bildirib qo'yadi. Buni esa kotovertebral burchakning o'ziga xos joyida og'riqni paypaslash yo'li bilan ham og'riq tomonda – buyrak atrofida bel muskulaturasining paypaslash natijasida kimyoviy qisqarishdan ham bilish mumkin. Keyinchalik esa bel muskulaturasini kimyoviy qisqarish hisobiga skolioz, kasalning o'ziga xos holatini, ya'ni qorniga sonlarini turtib, qo'yib yuborganda, bel muskulaturasi og'rishi hisobiga aniq bo'lib qoladi. Undan tashqari, terining shishib qolishi uni bel atrofida bo'rtib qolishi, shu joyning giperemissi, belning og'riyotgan tomonidan olingan qonning leykotsitozining oshishi aniq bo'lib qoladi. Paranefral to'qimadan (kletchatka) punksiya yo'li bilan olingan yiring paranefritning aniq tasdiqi hisoblanadi. Biroq punksiya natijasida yiring cho'kmasi paranefrit emasligi inkor etmaydi.

Surunkali paranefrit ko'pincha tez-tez keskinlashib turadigan surunkali kalpulyoz piyelonefritning og'irlashishi natijasida yuzaga keladi yoki qattiq og'riqqa ega bo'lgan paranefritning natijasi hisoblanadi. Surunkali piyelonefrit ko'pincha kletchatkani biriktiruvchi to'qima bilan almashgani holda (kosali pipimatoz paranefrit) yoki fibroz-pipomatoz to'qima bilan almashgani holda samarali yallig'lanish tipi bo'yicha o'tadi. Buyrak odatda qalinlashgan yog'ochdek zich infiltratga qoplangan bo'lib, operatsiya vaqtida uni yorishga o'tkir tig'li narsa ishlatiladi.

Tashxisi. Keskin paranefritni aniqlashda rentgenologik tekshirishlar katta yordam beradi. Rentgenogrammada og'riq tomondagi diafragmani ekskursion harakatlarining chegaralangani ko'rinadi. Rentgenografik kuzatishda belning umurtqa pog'ona bo'limida skolioz doirasi (qonturi) yo'qligi bilinadi. Nafas olib chiqarish paytida olingan ekskretor urografiya sog' buyraknikiga nisbatan shikastlangan buyrakning harakatsizligini yoki harakatini keskin kamayganini bildiradi. Surunkali paranefritni aniqlash tashxisi murakkabroqdir.

Ajratish tashxisi. Belni siypalash natijasida aniq bo'lgan zich g'adir-budir shishasimon hosilani buyrak shishidan ajrata olish kerak. Buyrakdagi yallig'lanishni uzoq davom etishi, piuriya, bakteriuriya va yana siydikda aktiv leykotsitlarning mavjudligi, piyelonefrit uchun xos bo'lgan buyrak, halta-xuruji sistemasi shaklining buzilishi, og'riqsiz gematuriya (qurtsimon qon laypalarining ajralishi), kasallik paranefrit ekanligi isbotdir. Bu kasalliklarni ajratishda rentgenradioizotop tekshirishlar muhim ahamiyatga ega.

Davosi. Keskin (qattiq og'riqli) paranefritning boshlanishida antibakterial terapiyani ishlatish ko'pchilik bemorlarni operatsiya qilmasdan tuzalishiga olib keladi. Qonli paranefritning sababchisi stafilokokk bo'lganligi uchun davolash

paytida quyidagi dorilarni qo'llash yaxshi natija beradi: yarim sintetik penitsillinar-ampitsillin va karbenitsillin, shuningdek benzilpenitsillinning natriyli tuzi (sutkasiga 500000 ED dan 4 mahal, muskul orasiga) va eritramitsin (kuniga 0,25g dan 4 mahal ichiladi). Antibiotiklarni biseptol, poteseptil, sulfadimetoksin, etazol kabi sulfanilamidli preparat bilan almashlab turish maqsadga muvofiqdir. Agar paranefrit sababchisi grammanfiy bakteriyalar bo'lsa ampitsillin, karbenitsillin, gentamitsin, tetraolean, solafur, sulfadimetoksin va boshqalar ishlatiladi. Dorilar quyidagicha buyuriladi. Gentamitsin sutkasiga 40 mg dan 4 mahal muskul orasiga (dumbacha) tetrolean sutkasiga 0,5g dan 2 mahal venaga, solafur – 0,1 l sulfadimetoksin sutkasiga 0,5g dan 6 mahal ichiladi. Antibakterial davolashdan tashqari organizmning immunologik reaksiyasini oshiradigan terapiya o'tkaziladi: pentoqsil, qon va plazma almashtirish, vitaminlar, glyukoza eritmasi va boshqalar.

Yiringli paranefrit bo'lgan chog'da operativ davolashga amal qilinadi. U lyumbotomiyadan iborat, ya'ni parneftral absessni ochib, doka-sellofan tamponlarini zichlab qo'yishdir. Yaraning orqa tomoni tiqilmaydi.

Surunkali paranefrit keskin (og'riqli) paranefrit misolidgi kabi antibakterial preparatlar bilan bir katorada fizioterapevtik usullar qo'llanib davolnadi (masalan, diametriya, balchik applikatsiyalari (yopishtirish), issiq vannalar va xakozo). Undan tashqari badanda mustahkam vositalari ishlatiladi.

Natijasi. Keskin (og'riqli) paranefritning oqibati xushko'ngillidir. Surunkali paranefrit ko'pincha uzoq davom etadigan ikkilamchi piyelonefritning og'irlashgani bo'lgani uchun uning oqibati asosiy kasallikning harakteriga bog'liq.

QORIN PARDASI ORTI FIBROZI. (ORMOND KASALLIGI)

1948 yil birinchi Ormond kashf etib yozgan qorinorti pardasidagi fibroz shundan iboratki, bunda shu parda kletchatkasida zich fibroz to'qimasi hosil bo'ladi. Parda kletchatkasidagi bu sklerotik jarayonining etiologiyasi va patogenezi aniqlangani uchun mazkur kasallik shu nomga ega bo'ladi: idiopatik retropeoitonal fibroz, plastik periureterit, perirenal fastsit, fibrozli stenozlashtiruvchi periureterit, fibrozli peritonit. Ormonda kasalligi va boshqalar (hammasi bo'lib 15 nom). Ulardan eng tarqalgani qorin orti pardasining fibrozi (zabryushenny fibroz).

Qorin orti pardasining fibrozi bir tomonlama yoki ko'proq ikki tomonlama bo'ladi. KPF jarayonida siydik yo'llari qisilib boraveradi va xohlagan joyda shikastlanishi mumkin, masalan: promontoriumdan buyrak jomi-yu siydik yo'ligacha. Biroq bu shikastlanish ko'pincha IV-V bel-umurtqa atrofiga to'g'ri keladi. Siydik yo'lini siqish umurtqaning ikki tomoniga tarqaladi. Bu jarayonning chegarasi diafragma, pastkisi-promontorium atrofi, yon tomoni chegaralari – siydik yo'llari. Agar jarayon tarqalgan bo'lsa, ko'p hollarda pastki kovakni vena bilan aortani o'z ichiga oladi.

Tekshiruvlarni ko'pchilik olimlarning fikriga qaraganda KPF xotin-qizlarning jinsiy organlarini kasallanishi natijasida, xolisistit va xolangit, panklatit, ileitlarning rivojlanishi natijasida kelib chiqadigan nespetsifik shamolash kasalligidir. Boshqa ma'lumotlarga qaraganda bu kasallikning sabablaridan limfangit, granulematozli vaskulit, shikastlanish (travma) bo'lishi mumkin. Bundan tashqari oxirgi paytlarda kornorti parda kletchatkasida fibrozli o'zgarishlar sababi hisobida immunoallergik gipoteza olg'a surilmoqda. KPF kletchatkasining o'zgarishi gistologik usul bilan

tekshirilganda fazalarga bo'lingan nespetsifik surunkali shamollash aniqlanadi. Birinchi faza hujayralarida limfotsistlar, gistiotsitlar, eozinofillar kabi infiltratlar diffuzion ravishda kirib to'lgan bo'ladi. Ikkinchi fazasi asta kollagan iplari rivojlangan biriktiruvchi to'qimalarni fibrozli o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Uchinchi fazada sklerozni va fibrozli to'qimaning bujmayganini ko'rasiz.

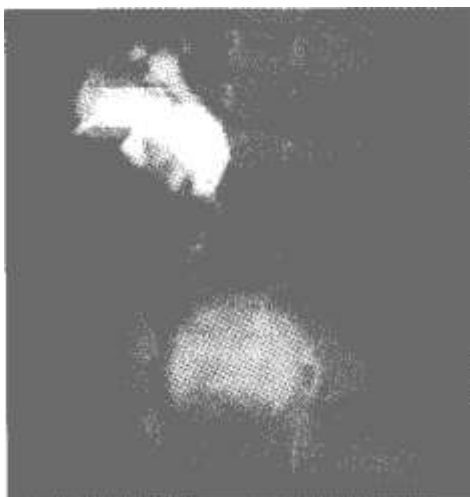
Alomati va klinik o'tishi.

KPF ning klinik tasvirida alomatlar kam. Kasallar bel atrofida va qorin pastidagi simillagan (mijgov) og'riqqa, bu jarayonga nerv sistemasi presakralga chalinganda esa tuxumlardagi og'riqqa ham undan tashqari ko'ngil aynishlarga, qayt qilishiga, charchab qolayotganiga, ishtahaning pastligiga, arterial bosimning ortishiga shikoyat qiladi. Kasallikning avj olishi bilan bularga yana siydikning kam chiqishi va suvbuyrak natijasida buyrak faoliyatining naychasi qo'shiladi.

Tashxisi (kasallikni aniqlash).

Kasallik tashxisi rentgenologik tekshirishlar natijasida qo'yiladi.

Tekshirish siydik yo'llarining rentgenologik surati va ekskretor urografiya bel muskullasining va buyrakning noaniq chiziqlari(qon turi) qatori Gidronefrozning boshlanishini siydik yo'llarining medial siljishini va ularning fiziologik torayish darajasiga kengayganligini bildiradi. Buyraklarning ish faoliyati keskin kamaygan paytda yuqori siydik yo'llari holatini ya'ni ularning torayganini, gidroureteronefrozini va medial tomonga siljishini aytib beradigan retrogradli uretropriyelografiya yordamida aniqlash mumkin. Retrogradli uretropriyelografiyani o'tkazish mumkin bo'lmay qolgan vaqtda teri orqali bo'ladigan antegradli piyeloureterografiya o'tkaziladi. Buyrakning anastomiyasi va ish faoliyatini aniqlashda tekshirishning radioizotop usullari (izotopik) renografiya, ssintigrafiya) muhim ahamiyatga ega.



95-rasm. O'ng tomonlama perkutan nefrostomiya.

Ureterogidronefroz. Siydik nayini medial tomonga yo'nalishi.(Ormond kasalligi)

ya'ni siydik yo'llarini qorin bo'shlig'iga burib ureteroliz, siydik yo'lini uchini-uchiga anastomatoz qo'yib rezeksiyasi siydik yo'llarini ingichka ichak bo'g'imi bilan almashtirish yoki protez qilish zarur, lekin sintetik materiallardan siydik yo'lini almashtirish uchun sun'iy materialdan (silikondozi) protez tayyorlashda, siydik

Ajratish tashxisi.

KPF ning klinik tasviri va rentgenologik alomatlari boshqa urologik kasalliklarnikiga ya'ni ikki tomonlama suvbuyrak, sil yoki boshqa etiologiyaga ega bo'lgan siydik yo'llari tuzilishi yoki ularning axialaziyasi alomatlariga o'xshaydi. Ammo yuqorida qayd qilingan kasalliklardan farqli o'laroq KPF uchun yonboshdagi qon-tomirlari chovishgan joyida balandlikda siydik yo'llarini obstruksiyasiga uchrashi xarakterlidir. Undan yuqoriroqda siydik yo'llari kengaygan, pastroqda esa o'zgarmagan bo'ladi.

Davosi. KPF ni davolash kasallikni joylashishiga, tarqalishiga, siydik chiqishining buzilishiga, infeksiyasiga bog'liq. Ko'pchilik kasalliklar uchun, operativ davolanish zarur

shimilganda, uning tuzlar ta'sirida sinib ketishi noqulaydir, chunki Ormond kasalligi ko'pincha piyelonefrit bilan murakkablashadi. Gidronefrotik o'zgarishlarni chuqurlashgan paytida yoki surunkali piyelonefrit chog'ida siydik yo'lidagi rekonstruktiv-plastik operatsiyalar nefropiyelo yoki piyelostomiya yordamida siydikni vaqtida (ba'zi vaqtda uzoqroq muddatda) borishi bilan bir qatorda olib boriladi. Operatsiyadan keyingi davrda fibrozda to'qima paydo bo'lmasligi uchun kortikosteroidlarni ishlatish va boshqa surilib ketishga imkon beradigan ya'ni qaytaruvchi kasallikning birinchi konservativ davolashda kortekosteroid va surilib ketishi uchun yordam beradigan dori-darmonlar bilan boshlanadi.

Natijasi. Qorin orti pardasining fibrozi davolanmasa, gidronefrotik o'zgarishlar ko'payib, surunkali buyrak yetishmovchiligining kuchayishi natijasida oqibati noxush bo'ladi. Davolashdan keyin, ayniqsa, operativ davolashdan so'ng natija ancha tuzuk bo'lib, lekin kasallik qaytarilib, qolishi ehtimoli bo'ladi.

S I S T I T .

Sistit tez-tez uchrab turadigan urologik kasallik bo'lib, qovuq devorining infeksiyon yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Mikroblardan uning eng ko'p sababchisi ichak tayoqchasidir, undan keyin stafilokokk, enterokokk, protey, streptokokk va boshqalar hisoblanadi. Sistit ko'proq ayollarda uchraydi, chunki ayollar siydik yo'li o'ziga xos tuzilgan bo'lib, infeksiya yuqori tomonga qarab tarqaladi. Erkaklarda sistit kamroq bo'ladi.

Infeksiyani kirib qolishi prostatit bezning shamollashi, shuningdek urug' pufakchalarining, moyak ortig'ining va siydik chiqaruvchi kanalning yallig'lanishi natijasida bo'ladi. Ba'zi hollarda siydik pufagiga siydik olish uchun kateter solinganda yoki urologik tekshirishlar vaqtida asbob ishlatilganda infeksiya kirib qolishi mumkin. Ayollarning homilador paytida yoki yangi tuqqan paytida qovuqning tonusi kamayganda, erkaklarda esa prostata bezining adenomasi mavjud bo'lganda, ya'ni surunkasiga siydik tutilib tursa siydik pufagiga kateter solish ayniqsa havflidir.

Patogenez. Infeksiyasining yuqoridan pastga yurishi buyrak yallig'langanda (surunkali piyelonefrit, pionefroz) kuzatiladi. Uzoq muddatli surunkali piyelonefritda sistit kam kuzatiladi. Piyelonefrit faol fazada o'tayotgan, ya'ni asosan bakteriuriya oshgan vaqtda uchraydi. Qovuqqa infeksiyaning gematogen yo'li orqali kirib qolishi, infeksiyon kasallikdan so'ng sistit paydo bo'lganda yoki organizmning uzoqroq joyida yiringlagan joy bo'lsagina yuz beradi. Ayollarda qovuq bilan jinsiy a'zolari o'rtasida to'g'ri limfatik aloqa mavjud, shuning uchun jinsiy a'zolar yallig'langanda infeksiya(salpinoofarit, endometrit, parametrit va boshqalar siydik pufagiga limfalar orqali o'tishi mumkin. Ko'p eksperimental va klinik kuzatishlar orqali qovuq shilliq pardasi infeksiyaga qarshi tura olishi aniqlangan. Demak, sistitning paydo bo'lishi uchun shunga moyil bo'lgan boshqa omillar ham bo'lishi kerak. Ularning eng muhimlari: siydik pufagi devorida va kichik qon aylanishining buzilishi, siydik chiqib ketishining buzilishi, organizmning infeksiyaga qarshi kurashining susayishi (gipovitaminoz uning sovuq yeyishi, charchashi va boshqalar), siydik orqali chiqayotgan kimyoviy modda va zaharlarning qovuq devoriga noqulay ta'siri, radiatsion terapiya.

Keskin og'riqli sistit bir nechtaga bo'linadi: birlamchi va ikkilamchiga va difuzli, kataralli gemorragik, fibroz-yarali, gangrenali, undan tashqari radiatsion sistit ham mavjud.

Patologik anatomiya.

O'tkir kataral sistitda qovuqning shilliq pardasi shishib va qizarib ketadi. Agar shamollash davom etsa, bu jarayon shilliq qatlam ostiga o'tib, yiringli infiltratsiyani hosil qiladi. Sistit og'irlashgan sari yallig'lanish mushak qatlamiga o'tib, qovuq shilimshiq pardasida o'lik to'qimalar pardasi bilan qoplangan yaralarni paydo qiladi. Sistitning og'irlashishi uzoqroq davom etsa, ba'zi vaqtda qovuq devori nekrozga uchrab ajralib turadi. Qovuq devorini chuqur zararlanib biriktiruvchi to'qimalar bilan bitib ketishi surunkali sistitga xosdir. Shilimshiq parda yana ham yumshoqlashib, undan osonlikcha qon oqadigan granulyatsiya va ba'zida esa kistaga o'xshash narsalar paydo bo'ladi. (cyslitis cystica). Ko'pincha shilimshiq pardada polipsimon shish kabi o'sgan nekrozli joylar paydo bo'ladi. Sistit interstitsial xiliga o'tgan qovuq bujmayib qoladi.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Siydikning tez-tez achishtirib chiqib turishi, siydik pufagi atrofidagi og'riqlar, piuriya va terminal gematuriya –og'riqli sistitning o'ziga xos belgilaridan bo'lib hisoblanadi. Qovuqning shamollashi qancha kuchli bo'lsa, og'riq ham shuncha kuchli bo'lib, kasalning peshobi tez-tez kelib turadi. Sistit og'irlashganda kasallar har 20-30 minutda peshobini keskin og'riq bilan tuqib turishga majbur bo'ladilar, siyib bo'lgandan keyin bir necha tomchi qon ham chiqib turadi. Kechasi-yu kunduzi davom etgan og'riq kasalni tinkasini quritadi. Keskin og'riqli sistitda og'riqlar qovuq tepasida siymaganda ham turaveradi, lekin qovuq usti paypaslansa og'riq yana keskin ravishda bo'ladi. Siydik pufagining yallig'langan joyidan og'riqning doim chiqib turishi, detruzorni damba-dam qisqarib turishiga, pufak ichidagi bosimning oshishiga olib keladi. Shuning uchun qovuqda juda kam miqdorda siydik to'planganda ham uni chiqarib turish buyuriladi. Siydik qovuqning yallig'langan bo'ynidan o'tayotgan vaqtda bolalarda keskin og'riqlarning paydo bo'lishlarisababli ular qov ug'ini bo'shatmaslikka harakat qiladilar. Shu sababli bolalarda (ayniqsa o'g'il bolalarda) siydikni keskin to'xtab qolishi kuzatiladi. Og'riqlik sistitga, qovuq bo'ynining yallig'lanishi ham qo'shilganda og'riq chovga, orqa teshikka va olotning boshiga tarqaladi. O'tkir sistitda bo'lib, quvuq qisqargan vaqtda uning yumshoq yallig'langan shilimshiq pardasidan qonning oqishi sababli terminal gematuriya paydo bo'ladi. Terminal gematuriya ko'pincha aynan qovuq bo'yni zararlanganda paydo bo'ladi. Bemorlar siydikda qon aralashmasining borligiga yoki siyishdan keyin yana qon tomchilari ajralib chiqishiga shikoyat qilishadi. Bemorlar siydigidan ko'p miqdorda leykotsit va bakteriyalar hamda qovuqdan ajralib chiqqan eritrotsitlar va epiteliyalarning bo'lgani uchun u loyqa bo'ladi. O'tkir sistit badan haroratini kamdan-kam oshiradi. Chunki qovuqdan bo'ladigan shimilish juda kamdir. Sistit paytidagi badan haroratini oshishi, ayniqsa, badan yuvilishi, shamollash jarayoniga buyrakning ham qo'shilganini (piyelonefni) bildiradi. 7-10 kun davomida kasallik alomatlari pasayadi, kasalning ahvoli yaxshilanadi. Lekin agar 2-3 haftada sistit tuzalmasa, kasallikni keltirib chiqarayotgan sabablarni qidirishga to'g'ri keladi. Aslida alohida kasallik sifatida surunkali sistit bo'lmaydi. Ko'pincha u qovuqdagi, siydik chiqarish kanalidagi, buyrakdagi, jinsiy a'zodagi bor kasalliklarni

og'irlashtiradi. Bu kasalliklar quyidagilardir: tosh, difertikula, qovuqning shishi, prostata bezining adenomasi, siydikning tuzilishi, qovuq bo'ynining sklerozi, qovuqning neyrogen disfunktsiyasi surunkali piyelonefrit. Shu kasalliklarga bog'liq bo'lgani uchun qovuq yallig'lanishining uzoq davom etganida, yuqorida keltirilgan sabablaridan birini topishga urinish kerak. Undan tashqari kasallikning tub tabiatini aniqlab (silni, trixomonadli invaziyani, shistosomozni yoki boshqani) undan xolis qilish kerak.

T ahshisi.

O'tkir sistit yuqorida qayt etilgan belgilarga asosan, ya'ni og'riq, dizuriya, piuriya, terminal gematuriya asosida aniqlanadi. Qovuqni paypaslanganda qov sohasida og'riq seziladi. Tashxis tahlilxona ma'lumotlari bilan tasdiqlanadi: siydikning o'rta qismida leykotsitlarning ko'pligi o'tkir sistit paytida qovuqqa har qanday asbobni suqish va sistoskopiya qilish mumkin emas, chunki bular haddan tashqari og'riqni keltirib chiqarib, kasallikni murakkablashtiradi. Surunkali sistitni bilishda sistoskopiya muhim rol o'ynaydi. U qovuq shilliq pardasiga o'zgarishlarni ba'zida esa infetsiya sabablarini aniqlashga yordam beradi. Surunkali sistitni aniqlashda buyrakni va yuqori siydik yo'llarini rentgenologik jihatdan albatta tekshirish kerak.

Farqlovchi tashxisi.

O'tkir sistitni tipik klinik tasviridan va antibakterial preparatlar bilan davolanganda uning tuzalishidan aniqlash mumkin. Ammo kasallik cho'ziladigan bo'lsa, uning sabablarini qidirish kerak, ya'ni surunkali sistitni boshqa kasalliklardan ajrata olish kerak. Bular qatoriga sil, yara, shistosomoz, qovuqning raki, prostata bezining raki kirishi mumkin. Surunkali sovuq yallig'lanishiga moyil qiluvchi omillardan quyidagilar bo'lishi mumkin: prostata bezining adenomasi, qovuqning toshlari uning divertikulasi, neyrogen disfunktsiyasi, infravezikal obstruksiyasi va boshqalar.

Siydik pufagi tuberkulyoziga chalinganligini sistoskopik tasvir (ya'ni tuberkulyozga xos do'ngchalar, yaralar, chandiqlar), siydikda tuberkulyoz qo'zg'atuvchi mikrobakteriyalarning topilishi, hamda buyrak va siydik yo'llaridagi o'ziga xos rentgenologik o'zgarishlar bildiradi. Ba'zi vaqtda sistoskopiya qilinganda siydik pufagidagi shishni oddiy shamollash jarayonidan ajratib olish qiyin. Bunday paytlarda shamollash jarayonini yo'qotish uchun qovuqqa dibunol instillyatsiyasining ma'lum bir davrasi o'tkaziladi (10-12 kun mobaynida 10% emulsiyadan 10 ml dan). Bundan keyin sistoskopiya siydik pufagining shishini aniqlashni osonlashtiradi. Surunkali sistitni, ayniqsa granulematozli sistitning qovuq shishi eshdovezikal biopsiya muhim rol o'ynaydi. Siydik pufagining shamollashi va bu jarayonning tosh hosil qilinganda rivojlanishi kasalning harakat paytida og'riq bilan dizuriyaning kuchayishi, tinchiganda esa pasayishi bilan o'tadi. Prostata bezining (parauretral bezlarda) adenomasida tez-tez siyish tezlashadi. Siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasidagi surunkali sistitda yoki prostata bezining II darajali adenomasi paytida qovuqda qolgan siydikning bo'lishi kuzatiladi.

Davosi. O'tkir sistitli bemor yotib davolanishi kerak. Achchiq, sho'r kabi ovqatlarni yemasligi lozim. Diurezni oshirish va siydik yo'llarini yuvish uchun

suyuqlikni ko'proq ichish kerak. (ishqoriy suv va sharbatlarni sutkasiga 2 l gacha). Siydik haydovchi vositalar ayiqquloq, qirq bo'g'in, buyrak choyi kabi o'tlar yaxshi natija beradi. Qovug'iga issiq qo'ysa yoki issiq vanna qabul qilsa bemor yengillik tortadi. O'tkir sistit paytida antibakterial preparatlar bilan davolash kasalning ahvolini 3-4 sutkada yaxshilab qo'yadi. Odatda nitrofurani preparatlar tayinlanadi. (furagin, furadonin kuniga 0,1 g dan 3 mahal), sulfanilamidlar (etazol kuniga 0,5g dan 6 mahal), 5-NOK yoki nitroksolin kuniga 0,1g dan 4 mahal, antibiotiklar (levomitsetin kuniga 0,5g dan 4 mahal, oletetrin kuniga 0,25g dan 4 mahal). 7-10 kundan keyin odatda klinik tuzalish boshlanadi. Ammo kasallikning qaytarilmasligi uchun antibakterial davolashni kamida 3 hafta davom ettirmoq lozim. O'tkir sistit paytida siydik pufagiga davo vositalarini instillyatsiya qilish man qilinadi.

Surunkali sistitni davolashda qovuqda shamollash jarayoniga qo'shimcha bo'lib turgan boshqa sabablardan xolis bo'lish zarur (siydik pufagining toshi va divertikulasi, prostata bezining adenomasi, siydik chiqarish kanalining tuzilishi va boshqalar). Surunkali sistitga duchor bo'lgan bemorlarga antibakterial preparatlar bilan bir qatorda quyidagilar tayinlanadi: Qovuqni instillyatsiya qilish (0,25 – 0,5% li kumush nitrati eritmasi, 20-40%li kollargol, 20-40 ml quyiladi), diatermiya, antibakterial preparatlarning elektroforezi.

Organizmga darmon berish uchun polivitaminlar, pentoksil (15 kun mobaynida kuniga 0,2 g dan 3 mahal), kurortlar (Jeleznovodsk, Borjomi, Sairmya va boshqalar) tavsiya etiladi.

Natijasi. O'tkir sistitning oqibati yaxshi. Ko'p bemorlar uchun bu qisqa muddatli kasallik esdalik bo'lib qoladi. Agarda bunday keskin og'riqli sistit siyishi qiyinlashgan shaxslarda paydo bo'lgan bo'lsa, qin devorining pasayishi, prostata bezining adenomasi, qovuqning neyrogen disfuksiyasi va boshqalar tufayli, kasallik surunkali formaga o'tib, sog'ayishi qiyinlashadi.

Septik tromboz, yallig'lanish infiltrati tufayli qon-tomirlarining qisilishi sababli qovuqdagi qon aylanishining buzilishi natijasidir.

INTERSTITSIAL SISTIT

Alomati va klinik ko'rinishi.

Bu kasallik surunkali sistitga o'xshab o'tadi. Qovuq sohasida og'riqlar bo'lib, kasal tez-tez, ba'zida qon aralash siyadi. Kasallik odatda uzoq davom etadi, vaqti-vaqti bilan keskinlashadi. Keskinlashganda siyish yana ham tezlashib (bir kecha-kunduzi bir necha marta) og'riqli bo'ladi. Ayollarda kasallik ko'pincha hayz ko'rishdan avval keskinlashadi.

Tashxisi.

Siydik pufagi oddiy yarasini aniqlash anamnezida uzoq muddat siydik yurishining buzilishiga (tez-tezligi va og'riqligiga) damba-dam terminal gematuriyaning paydo bo'lishiga, eng muhimi qovuqni sistoskopiya qilgan vaqtda yaraning topilishiga asoslanadi. Yara odatda teparoqda, yakka va yumaloq shaklda bo'lib chekkalari aniq ko'ringan holda joylashadi. Yaraning tagi och-qizil rangda, ba'zida fabrin – yiringli qoplama bilan qoplangan, yara atrofi yallig'lanib biroz shishgan bo'ladi. Yaraga asbob bilan sal tegsa qon chiqib ketadi. Kasallik og'irlashganda, siydikda leykotsit miqdori ko'payadi, og'irlashmasa kam bo'lib yoki butunlay bo'lmaydi.

Farqlovchi tashxisi.

Siydik pufagining oddiy yarasini boshqa sabablarga ko'ra yaralanganini (sildanmi, shishdanmi, radiatsiya oqibatidanmi) aniqlab olish kerak. Bunday holda endovezikal biopsiya xal qiluvchi usullardan hisoblanadi.

Davosi.

Antibakterial preparatlarni qo'llash, siydik pufagiga kumush nitrat) eritmasini yoki baliq yog'ini yoki sintomitsin linimenti kabilarni instilyatsiya qilish konservativ usullar bo'lib hisoblanadi. Konservativ usullar natija bermagan chog'da, siydik pufagining transuretral elektrozeksiyasi yoki uning rezeksiya yoki ichak plastika (ichak bo'g'inidan qo'shimcha pufak tayyorlash) usullari qo'llaniladi.

Natijasi.

Kasallikning oqibati ko'pincha noxushdir: konservativ terapiyani muntazam ishlatilganiga qaramay interstitsial sistit, avj olaveradi. Natijada siydik pufagi bujmayib qoladi.

Operativ davolash oqibati (siydik pufagini) tuzukroq rezeksiya qilish, ammo bu ham kasallikni qaytarilib sabab bo'la olmaydi.

Qovuqning leykoplakiyasi.

Qovuqning leykoplakiyasi kam uchraydigan kasallik. Uning sababi qovuqdagi surunkali yallig'lanish jarayoni. Alomatlari sistit alomatlariga o'xshaydi. Sistoskopiyada shakli tekis bo'lmagan, ammo chetlari aniq bo'lgan oq belgilar ko'rinadi. Bu belgilar siydik pufagining shilliq po'sti yuzasidan sal ko'tarilgan bo'lib, ba'zi joylari o'yilgan holda giperemiya zonasi bilan o'ralgan. qovuq leykoplakiyasining davosi surunkali sistitning davosiga o'xshaydi. Ba'zida kasallik davom etaversa, cheklangan joylar shikastlangan bo'lsa, siydik pufagi rezeksiya qilinadi.

Parasistit.

Siydik pufagi yonidagi yog'li to'qimani yallig'lanishini parasistit deyiladi. Bu kasallik pufak oldi va pufak orqasi parasistitiga bo'linadi. Lekin yallig'lanish jarayoni ko'pincha butun paravezikal kletchatkaga tarqalgan bo'lib, bu holat total parasistit deyiladi.

Paravezikal to'qimaga infeksiya bir qancha yo'llar bilan o'tishi mumkin: tashqaridan shikastlanish natijasida, siydik pufagidan agar u yiringli yallig'langan bo'lsa (shu jumladan sil bo'lsa), yallig'lanish jarayonining qo'shni a'zoldan o'tishi natijasida (yiringli prostatit, vezikulit, appenditsit, adneksit, parametrit, tos suyagining osteomieliti va boshqalar) natijasida organizmning uzoqrog'idagi yiringli joy bo'lsa gematogen yo'li bilan yoki siydik pufagidan va ichaklardan limfogen yo'li bilan o'tishi mumkin. oxirgi paytlarda sistitni o'z vaqtida va effektli davolanganlari uchun kam uchraydi. Paravezikal kletchatkadagi patologik o'zgarishlarga qarab, parasistit quyidagi turlarga bo'linadi: keskin infiltrativ, keskin yiringli, surunkali yiringli, surunkali fibrozlipomatozli.

O'tkir parasistit bilan haroratini 39-40S gacha ko'tarilishi va yiringli intoksikatsiyaning alomatlari bilan o'tadi. Bemorlar qovuq sohasida biroz shishning paydo bo'lib qolganiga shikoyat qilib, paypaslab ko'rilganda og'riqning borligini sezadi. Agar yallig'lanish infiltrati yiringlab erib ketsa, absess paydo bo'lib, uning flyuktuatsiya joyi ham aniq bo'lib qoladi. Qovuq orqasidagi kletchatkada paydo bo'lgan absessni ichak qin orqali tekshirish usuli bilan aniqlash mumkin. Siyish

tezlashib, og'riqli bo'ladi. Agar o'tkir parasistit, sistit natijasida paydo bo'lgan bo'lsa yoki yiringlashgan joy siydik pufagi ichiga qarab yorilgan bo'lsa, siydik yiringli bo'ladi. Agar paravezikal kletchatka absessi qorin bo'shlig'iga yorilsa peritonit rivojlanad. Sistoskopiya yallig'lanish infiltrati yoki paravezikal kletchatkadagi absessni qovuq devorini bosib turganini, ba'zida agar paravezikal absess qovuqqa yorilsa, yiring chiqib turgan oqma yaraning yo'lini aniqlashga imkon beradi. Absess bo'lgan joyda qovuqning shilliq pardasi qizarib va shishibroq qolganligi aniqlanadi. Sitogrammada siydik pufagining odatda ikki yon tomondan ezilib shakli buzilganligi aniqlaydi.

O'tkir parasistitning infiltrativ boshlanish davrida keng ta'sir qiluvchi antibiotiklar (ampitsillin, kanamiin, gentamitsin, tetraolean, seporin) bilan bir qatorda kimyoviy antibakterial preparatlar (biseptol kuniga 1 g dan 2 mahal, nevigramon 1g dan 4 mahal, 5-NOK yoki nitroksolin 0,1g dan 4 mahal furagin 0,1g dan 3 mahal va boshqalar) qo'llaniladi. Kasal yotib davolanishi kerak, infiltrat bo'lgan joyiga sovuq qo'yish tavsiya qilinib, suyuqlikni ko'p ichish tayinlanadi.

Shamollashga qarshi ildam davolashlar natijasida infiltrat surilib yo'q bo'lib ketishi mumkin. Parasistitning yiringli formasi paydo bo'lgudek bo'lsa, absessni yorib, tamponlar qo'yiladi. Agar yiringlashgan joy siydik pufagining oldida bo'lsa, qov usti sohasi agar orqasida bo'lsa, chov orqali kesiladi. Ko'pincha Buyalskiy usuli (yopilgan teshik orqali) yiringlashgan joyga yaxshi drenaj qo'yishga imkon beradi.

Surunkali parasistit ko'pincha o'tkir parasistit bilan kasal bo'lganlarda uchraydi. Bunday kasallarda antibiotiklar, ta'sirida uning klinik ko'rsatkichlari kam sezilarli bo'lganligi uchun aniqlanmay qoladi natijada paravezikal kletchatkadagi shamollash, infiltrati haltalashgan yiring yoki fibroz-lipomatozli jarayonga aylanib ketadi.

Kasalning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli bo'ladi. Kasallar qovuq ustida simillagan og'riqlarga, badan haroratining o'qtin-o'qtin subfebril raqamgacha ko'tarilishiga shikoyat qiladilar. Qo'l bilan siypalanganda siydik sohasida paravezikal kletchatkaning kam og'riqli zichlanganligini aniqlash mumkin.

Agar paravezikal kletchatkada fibrozli-lipomatoz jarayon rivojlanayotgan bo'lsa, siydik pufagi bosiladi, uning devorida fibrozli o'zgarishlar ro'y beradi, bu esa uning hajmini kamaytiradi. Bu qorin pastidagi og'riqlar bilan tez-tez siydik kelishi bilan namoyon bo'ladi. Parasistit paytida sistogrammada siydik pufagining bosilib, hajmi kamayganini va uning chetlari tekis bo'lmagani aniqlanadi.

Haltalashgan yiring joylari mavjud ekan, operatsiya qilib keng miqyosda drenaj qo'yiladi va muntazam antibakterial terapiya o'tkaziladi. Parasistit sklerotik formaga aylanganda, antibakterial davolash, fizioterapevtik davolash tadbirlari (suv, loy va boshqalar bilan isitish) qo'llaniladi.

URETRIT.

Siydik chiqarish kanalidagi yallig'lanish jarayoniga uretrit deb ataladi. Etiologik alomatlariga qarab uretrit gonoreyali (gonokokkli), trixomonad, bakterial, virusli kandidamikotik xillariga bo'linadi. Bundan tashqari, uretrit birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Yallig'lanish jarayoni siydik chiqarish kanalining uzidan boshlansa, birinchi uretrit, agar infeksiya uretraga yallig'lanish jarayoni boshqa a'zodan tushsa (qovuq, prostatit bezi, urug' pufakchalari, qo'shni tos a'zolari va

boshqalar) ikkilamchi uretrit deb ataladi. Ikkilamchi uretrit ko`pincha jinsiy aloqa vaqtida infeksiyaning tushganidan paydo bo`ladi.

Uretritning paydo bo`lishi uchun siydik chiqarish kanalining shikastlanishi va undan birorta asbobning o`tkazilishi ham sabab bo`lishi mumkin. Bakterial uretrit stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, pnevmokokk va boshqalar mikroorganizmlar bilan chaqarilishi mumkin.

Birlamchi uretritlarni, kateter yoki uretra strikturasi bo`lgan bemorlar va uropatogen yoki stafilokokklar qo`zg`atadigan ikkilamchi uretritlardan farqlash kerak. Uretritning infeksiyon sababi kimyoviy, mexanik omillar ta`sirida, infeksiyasiz yallig`lanish etiologiyali: Reyter, Bexchet, Vegener kasalliklari bo`lishi mumkin. Bu bo`limda birlamchi uretrit ko`riladi.

Epidemiologiyasi

Terapevtik va klinik nuqtai nazardan so`zakli uretritni nospetsifik uretritdan farqlash kerak. Markaziy Evropada nospetsifik uretrit yiringli uretritga qaraganda ko`proq uchraydi. Bu betartib jinsiy aloqa va past darajadagi ijtimoiy-iqtisodiy holat va N.Gonorrhoeae bilan izohlanadi.

C.Trachomatis uchrash darajasida korrelyatsion bog`liqliq mavjud.

Qo`zg`atuvchilar

Qo`zg`atuvchilariga N.gonorrhoeae, C.trachomatis,

Mycoplasma genitalium va T.vaginalis kiradi. qo`zg`atuvchilarning turli ko`rinishlari kasallar orasida har xil populyatsiyada turlanadi. Mycoplasma lar oilasi uretrit keltirib chiqarmaydi, uretritga Ureaplasma urealyticum sabab bo`ladi. Mycoplasma va ureaplasma urogenital traktning simptomsiz kolonizatorlari hisoblanadi.

Gonoreyali uretrit.

Gonoreyali uretrit qadim zamonlardan ma`lum. Gonoreya – grekcha so`z bo`lib, urug`ning oqib tushishi deyilib, u zamonlarda uni siydik chiqarish kanalidan yiring ajralib chiqishi deb bilishgan. Gonoreyali uretrit – venerik kasallik bo`lib, 1879 yilda Neysser tomonidan ochilgan. Gonoreyaning qo`zg`atuvchisi gonokokk bo`lib hisoblanadi. Bemor odam bilan jinsiy aloqada bo`lish gonoreya kasaligining eng ko`p yuqadigan yo`li bo`lib hisoblanadi. Kam hollarda umumiy qo`llaniladigan jismlar – ich kiyimlar, yuvgich, sochiqlar orqali yuqish ehtimoli bor. Bolalar katta yoshdagi bemorlar bilan birga bo`lganda, umumiy tuvakni ishlatganida bir-biridan yuqishi mumkin. Agar onasi gonoreya bilan og`rigan bo`lsa, tug`ilayotgan vaqtda yosh bola ko`zi infeksiyalanishi mumkin.

Alomati va klinik ko`rinishi.

Kasallikning alomatlari odatda yuqqandan keyin 3-7 kunda paydo bo`ladi, lekin ba`zi vaqtlarda inkubatsion davri 2-3 haftagacha ko`payadi.

Yuqish yo`llari va patogenezi

Infeksiya qo`zg`atuvchilari (N.Gonorrhoeae va C.Trachomatis) hujayra sirtida epitelial qavatda yoki epiteliyga kirib yiringli infeksiyaga sabab bo`ladi. Xlamidiyli va gonokokli uretritlarda infeksiya chuqurroq tarqalib erkaklarda epididimit va ayollarda servitsit, endometrit va salpingit rivojlanishi mumkin.

Klinikasining borishiga qarab o'tkir yoki yangi boshlangan gonoreya (klinik belgilari boshlanishidan 2 oygacha bo'lgan davri) va surunkali xillariga bo'linadi (kasallikning 2 oydan ko'proq bo'lishi).

O'tkir gonoreyada kasallik birdaniga siydik chiqarish kanalidan ko'p sargich-kulrang qaymoqsimon yiring ajralib chiqishi bilan boshlanib, siyganda lovullagan achishish va og'riq bilan kuzatiladi. Yallig'lanish avval faqat siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limida joylashgan bo'ladi. Jarayon uning orqa bo'limiga o'tganda, bemorning ahvoli ko'rinarli darajada yomonlashadi: tananing harorati 38-39⁰C gacha ko'tariladi, umumiy bo'shshishlik, darmonsizlik, bosh ogrig'i paydo bo'lib, siyganda og'riq kuchayadi. Bu hodisalarni gonotoksinlarning rezorbsiyasi deb tushuntirish mumkin.

Ba'zida uretrit surunkali bo'lib o'tadi. Buning sabablari ko'pincha quyidagicha bo'lishi mumkin: 1. o'tkir gonoreyali uretritni yetarli darajada davolamagan vaqtda; 2. gonoreya jarayonini uretraning orqa bo'limiga va prostata beziga tarqalishi; 3. bemorning immunologik reaktivligini pasaytirishi.

Surunkali gonoreyali uretritning klinik ko'rinishi, odatda sust bo'ladi. Bemorlar uretrada yengil bo'lgan lo'qillash va qichishishni, siyishning boshida sanchilgan og'riqlar hamda ertalab uretradan ko'p ajralib chiqadigan shilimshiq-yiringli suyuqli sezadilar. Uretradan ajralib chiqqan suyuqlik mazoklaridan gonokokk bilan birga ikkilamchi flora ham aniqlanadi. Litter bezlarining chiqarish yo'llari to'silib qolsa, ularda yallig'lanish infiltratlari va alohida bo'lib qolgan yiringchalar paydo bo'ladi. Siyish og'riq bilan kelib bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi.

Tashxisi.

Uretradagi ajralma Gramm usulida bo'yalganda yoki surtma olib ko'rganda ko'ruv maydonida 5 ta leykotsitdan ko'p, hujayra ichida gonokoklar, Gramm manfiy diplokoklar talaygina bo'lishi yiringli uretritni ko'rsatadi, Neysser gonokokklarining topilishiga asoslanadi. Gonokokklar lo'yasimon shaklga ega bo'lib, juft-juft bo'lib joylashib, egilgan yuzasi bilan bir-biriga qarab, hujayralarning tashqi va ichida joylashib, gramm va metilen ko'k ranglarida yaxshi bo'yaladi. Musbat leykotsitar efir testi yoki ko'rish maydonida siydikning birinchi ulushida leykotsitlar 10 tadan ko'p bo'lishi (x400) uretritni aniqlashda diagnostik mezon hisoblanadi. Hamma uretrit bilan oqrgan bemorlarda venerik kasalliklarga shubha qilinganda kasallikni keltirib chiqargan mikroorganizmni aniqlash lozim. Agar mikroorganizmlarni aniqlashda amplifikatsiya metodi qo'llanilsa, uretradan surtma olish o'rniga siydikning birinchi portsiyasini ishlatish, trixomonadalarni mikroskopda ko'rish mumkin.

Farqlovchi tashxisi.

Uretritning boshqa kasalliklar bilan odatda ajratishning zarurati yo'q, chunki uning belgisi, ayniqsa yiringli suyuqlikning siydik chiqarish kanalidan ajralib chiqishi, uning yetarli xususiyatlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Lekin uretritning etiologiyasi hamma vaqt aniqlashni talab etadi, shuning uchun gonoreyali uretritni siydik chiqarish kanalidagi boshqa yallig'lanish jarayonlaridan, ya'ni o'ziga xos bo'lmagan bakterial yallig'lanishi, trixomonad va boshqa xildagi ureritlardan ajratish kerak. Siydik chiqarish kanalidan ajralib chiqqan suyuqlikdan tayyorlangan mazoklarning bakterioskopiyasi ajratish tashxisida asosiy o'rinni egallaydi.

Davosi.

Keyingi yillarda gonokokklarning penitsillinga barqarorligini ko'paygani aniqlanmoqda. Shu sababli hozirgi vaqtda o'tkir uretritni davolash uchun preparatlrning davriy me'yori 20000000- 300000 gacha ko'paytirilgan, surunkaliligiga esa 300000-500000 ED gacha.

Ekmonovotsillin bir kecha-kunduzda 600000 ED 2 marta yoki bir kecha-kunduzda 1200000 ED dan 1 marta qo'llaniladi. O'tkir asoratsiz gonoreyali uretritning ekmonovotsillin bilan bo'lgan davriy me'yori 2400000 ED bo'lib, surunkaligida esa 300000-500000ED ga yetadi.

Birinchi ikki kun mobaynida eritromitsinni zarbali me'yori (bir kecha-kunduzda 0,4 g dan 6 marta) keyinchalik bir kecha-kunduzda 0,4g dan 3 marta beriladi. Bir davr davosiga 6-8 g preparat zarur. Birinchi 3 kunida oletetrindan ham zarbali me'yorida bir kecha-kunduzda 0,5g dan 4 marta beriladi, undan keyin yarim bo'lgan me'yori (bir kecha-kunduzda 0,025g dan 4 marta) beriladi. Kasallikning og'irligi va xiliga qarab bir davra davosiga preparatning 4-7 g talab qilinadi.

Gonoreyali uretritni davolash uchun pentsillining yarim sintetik xillari (ampitsillin, oksatsillin, metitsillin va boshqalar) bir kecha-kunduzda 0,25g dan 4 marta beriladi.

Uretritning boshqa xillariga ko'proq talabchanlik bilan parhez (algokol va achchiq ovqatlarsiz) qilish tavsiya etiladi. Asosan surunkali gonoreyali uretrida mahalliy davolash qo'llanidi. Agar yumshoq infiltrat bo'lsa (hujayrali infiltratsiya va goranulyatsion to'qimalarning shishi) siydik chiqarish kanalini kumush nitrating 0,25-0,5% suyuqligi yoki 1-3 % kollargol suyuqligida instillyatsiya qo'llaniladi. Agar qattiq infiltrat bo'lib, chandiqli-sklerotik jarayonlar ko'proq bo'lsa, metall bujlar bilan siydik chiqarish kanaliga buj solish kerak. agar yaqqol ko'ringan granulyatsion uretrit bo'lsa, uretroskop orqali haftada 1 marta, hammasi bo'lib, 6-8 marta 10-20% kumush nitrat suyuqligi bilan kuydirish kerak.

Gonoreyali siydikdan sog'ayganini tasdiqlash uchun davolanishning 7 kundan keyin, agar siydikdan suyuqlik ajralib chiqmasa va tekshirish natijasida gonokokk topilmasa, murakkab bo'lgan sun'iy ravishda kasallik qo'zgatiladi. (alimantar-o'tkir ovqat va alkogol iste'mol qilish, mexanikali – siydikka buj solish, kim'yoviy va biologik). Kasallikni sun'iy qo'zg'otgandan keyin, 3 kun davomida siydik chiqarish kanalidan olingan mazokda gonokokk va leykotsitlarning borligi tekshiriladi.

Agar ular yo'q bo'lsa, 1 oydan keyin kasallikni sun'iy qo'zgotish qaytariladi, unda siydikdan olingan mazoklar va prostata bezining sekreti tekshiriladi. Bemorni qayta tekshirgandan keyin gonokokk va leykotsitlar bo'lmasa, gonoreyali siydikdan sog'aygan deb aytish uchun asos bo'ladi. Surunkali gonoreya bilan bo'lgan bemorni ikki oy mobaynida, ikki marta tekshirish kerak.

Bo'lib o'tgan kasallikdan keyin u o'ziga immunitet qoldirmaydi, shuning uchun qaytadan gonoreya kasalligi yuqishi mumkin.

Uretritlarni davolashda kasallikning profilaktikasi va nazorat qilish markazi tavsiyalariga asoslanish lozim. So'zakni davolashda quyidagi antibiotiklar tavsiya qilinadi.

- Sefiksim 400 mg 1 marta, peroral
- Seftriakson 250 mg mushak orasiga (mahalliy anestetiklar bilan) 1 marta
- Siprofloksatsin, 500 mg 1 marta, peroral

- Ofloksatsin 400 mg 1 marta peroral.

So'zak ko'pincha xlamidiyli infeksiya bilan qo'shib keladi, unda davolash samaradorligini oshirish uchun xlamidiyga qarshi preparatlar qo'llaniladi:

Birinchi tanlov preparatlari:

- Azitromitsin 1 g 1 marta, peroral
- Doksitsiklin 100 mg dan 2 marta 7 kun davomida, peroral.

Ikkinchi tanlov preparatlari:

- Eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, peroral.
- Ofloksatsin 200 mg dan 2 marta 7 kun davomida, peroral.

Doksitsiklin va azitromitsin xlamidiy infeksiyasini davolashda yetarlicha samara beradi.

Eritromitsinning foydasidan ko'ra nojo'ya ta'siri ko'proq. Agar buyurilgan davo naf bermasa metronidazol kombinatsiyasi (2 g 1 marta peroral) va eritromitsin (500 mg 4 marta 7 kun davomida peroral) qo'shimcha qilinadi. Boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni davolashda jinsiy hamrohi ham davolanadi.

Profilaktika

Venerik uretritlar bilan oqrigan bemorlarga davolanish paytida va simptomlar yo'qolmaguncha himoyasiz jinsiy aloqa qilish mumkin emas.

Natijasi.

Agar o'tkir gonoreyali siydik o'z vaqtida davolansa, uning natijasi yaxshi bo'ladi. Vaqti o'tkazilib yuborilgan kasalliklar surunkali xususiyatga ega bo'lib, endoksinlarning to'qimalarga skleroz ta'siri bo'lganligi sababli siydik kanalining torayishi mumkin. Gonoreyadan keyingi torayishlar ko'pincha juda ko'p bo'lib, hamma vaqt siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limida rivojlanadi.

TRIXOMONADALI URETRITI.

Kasallik yuqib 5-15 kun o'tgandan keyin trixomonadli uretrit rivojlanadi. Siydik chiqarish kanalidan biroz ko'pikka o'xshash ok suyuqlik ajralib, yengil qichishish bilan kuzatiladi. siydikdan ajralib chiqqan suyuqlik preratidan yoki yangi issiq chiqarilgan siydikning birinchi qismidan, qin trixomonadlarining topilishi, tashxisni tasdiqlash uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bu sharoitlarda trixomonadlarni, epitelial hujayralardan jgutiklarining jadallik bilan bo'lgan harakatlariga qarab ajratish ancha oson. Bo'yalgan preparatda bu belgi yo'qolib, trixomonadlar kamroq uchraydi, shuning uchun trixomonadli uretritga shubha bo'lganda, siydikdan chiqqan suyuqlikni bir necha marta tekshirish kerak. Surunkali trixomonad-uretriti ko'pincha (15-20% hollarda) trixomonad prostatiti bilan asoratlanib, kasallikning klinikasini murakkablashtirib davosini qiyinlashtiradi. Eng ko'p dori-darmonlarning ichida, trixomonadli uretritni davolash uchun taklif qilingan preparatlardan eng foydalirogi metronidazol (sinonimlari: flagil, trixopol) bo'lib hisoblanadi. Bu preparat birinchi 4 kunida 0,25 grammdan bir kunda 3 marta va keyingi kunida esa 0,25 grammdan bir kunda 2 marta tayinlanadi.

Infeksiyaning qaytalanmasligi uchun jinsiy aloqada bo'lgan sherigi bilan ham bir vaqtda dori-darmonlarni qabul qilishadi. Zarurati bo'lganda ikkinchi davrda davosi ham o'tkaziladi. Davolanayotgan vaqtda va undan keyin 1-2 oy mobaynida

alkogol va o'tkir ovqatlarni qabul qilmaydi, suyuqlikni ko'p iste'mol qilish tavsiya etiladi. Agar trixomonadli uretrit turg'un bo'lib tursa, mahalliy davolash qo'llaniladi: siydik chiqarish kanaliga 1 % trixomonadid suyuqligi 10 ml dan 10-15 daqiqa har kuni 5-6 kun mobaynida instilyatsiya qilinadi. Shuni aytib o'tish kerakki, erkaklarda trixomonad infeksiyasi juda oz bo'lgan belgilar bilan ko'rinishi mumkin, ba'zi hollarda ularning yo'q bo'lishi ham mumkin. ayniqsa bunday bemorlar ko'pincha yuqish uchun man'ba bo'lib hisoblandi.

BAKTERIAL URETRIT.

Bakterial uretrit ko'pincha tasodifan bo'lgan jinsiy aloqa tufayli siydik chiqarish kanaliga o'ziga xos bo'lmagan patogen bakterial infeksiyaning tushganidan keyin rivojlanadi.

Birlamchi bakterial uretrit o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir bakterial uretrit klinikasining borishi bo'yicha, odatda gonoreyaligidan farqi shundan iboratki, unda aniq ma'lum inkubatsion davr bo'lmay, yaqqol ko'rinmagan mahalliy yallig'lanish reaksiyasi bilan o'tadi. Bemorlar uretrada qichishish va lovullagan og'riqlarni sezadi. Siydikdan ajralib chiqqan suyuqlik shilimshiq yiring yoki yiringli xususiyatga ega bo'ladi. Siydik chiqarish kanalining shilliq pardasi va uning tashqi teshigi sohasidagi to'qimalarda biroz miqdorda shish bo'ladi. Lekin hamma vaqt shuni esda tutish kerakki, kasallikning klinik ko'rinishini va siydik chiqarish kanalidan oqib chiqqan suyuqlikning xususiyatiga qarab, ishonch bilan o'ziga xos bo'lmagan bakterial uretritni gonoreyadan ajratish qiyin.

Faqat uretradan oqib chiqqan suyuqlikdan tayyorlangan preparatni gramma bo'yicha bo'yab, mikroskopiya qilganda, hamda bakteriologik tekshirganda, siydik chiqarish kanalidagi yallig'lanish jarayonining etiologiyasini aniqlashga imkon beradi. Bakterial uretrit ba'zida uzoq davom etib surunkali shakliga o'tadi.. Klinik ko'rinishida ozgina shilimshiq ajralib, biroz lo'qillatish bo'lib qiyinchilik bilan davolanadi. Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limida joylashgan urug' do'ngligiga yallig'lanish jarayoni o'tgan bo'lsa (kollikulit), unda urug' chiqarish va prostata bezining chiqarish yo'llari bo'lganligi sababli eyakulyatsiyaning buzilishi kuzatiladi.

Agar infeksiya kasallik (pnevmoniya, angina) yoki mahalliy yallig'lanish jarayoni prostata bezida, urug' pufakchalarida, qo'shnitos a'zolari va boshqalarda bo'lsa, ikkilamchi bakterial uretrit rivojlanadi. Ikkilamchi, o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish uretriti, odatda yashirin va uzoq davom etadi. Bemorlar siyish vaqtida kuchsiz og'riqlarga, siydikdan ozroq bo'lgan shilimshiq-yiringni oqib chiqishiga, lekin ertalab esa ularni shiddatliroq bo'lishiga shikoyat qiladilar; siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi lablarini yopishib qolishi kuzatiladi. Ikki stakan bilan tekshirganda, leykotsitlarning soni siydikning birinchi qismida, ikkinchi qismiga qaraganda, ancha ko'proq bo'ladi. Agar siydikning uchala qismi tekshirilsa, siydikning uchinchi qismida leykotsitlarning soni odatdagidek bo'ladi. Siydikdan chiqqan suyuqlikning bakterioskopiyasi, kasallik qo'zg'atuvchisining xilini avvalroq aniqlashga, imkon beradi, ajralib chiqqan suyuqlikni yoki siydik chiqarish kanalining birinchi siydik qismi bilan yuvilgani o'tkazilsa mikroflorasi va uning antibiotik preparatlarga bo'lgan sezgirlik xususiyatlarini aniqlaydi.

Bakterial uretritning davosini, uning etiologiyasi va patogenezi hamda qo'zg'atuvchining sezgirligini aniqlab olib borish kerak. Keyingi yillarda bakterial

uretritning qo'zg'atuvchilari keng qo'lamdagi antibiotiklarga ancha turg'unligi oshdi (penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, levomitsitin). Shu sababli hozirgi vaqtda siydikni davolash uchun ko'proq foyda beradigan antibiotiklar, masalan: ampitsillin, kanamitsin, sigmamitsin, gentamitsin, kim'yoviy antibakterial preparatlardan – nevigramon (bir kecha-kunduzda 1 grammdan 4 marta ichadi), sulfadimetoksin (bir kecha-kunduzda 0,5 grammdan 4 marta ichadi), 5-NOK yoki nitroksolin (bir kecha-kunduzda 0,1 grammdan 4 marta ichadi), furagin (bir kecha – kunduzda 0,1 grammdan 3 marta ichadi.) Agar umumiy davolash foyda qilmasa, surunkali bakterial uretritni mahalliy usul bilan davolanish kerak: siydik chiqarish kanalini 0,1 g solafur suyuqligida, kumush nitratning 0,25 % suyuqligida, 1-2 % kollargol suyuqligida instillyatsiya qilish kerak. Ikkilamchi uretrit davosining yutug'i kasallikka foydali ta'sir qilishga asoslangan prostatit, vezikulit, siydik chiqarish kanalining torayishi va boshqalar)

VIRUSLI URETRIT.

Virusli uretrit ko'pincha okulegenital xlamidozoon orqali chaqiriladi. (Uretrokonyo'qtivita virusi). Bu virus siydik chiqarish kanali, koyo'ktiv qin va bachadon bo'yinlarining epitelial hujayralarida rivojlanib shu a'zolarning yallig'lanishlariga sabab bo'ladi.

Infeksiyaning jinsiy yo'l bilan o'tishi ko'p kuzatishlar natijasida tasdiqlangan. Virusli uretrit klinikasining borishi, odatda sust bo'ladi. Siydik chiqarish kanalidan ajralib chiqqan suyuqlik oz miqdorda bo'lib, ko'pincha kasallik qonyo'ktiv va bo'g'implarning zararlanishi bilan kuzatiladi. Uretra devorining kirib olingan maxsus usul bilan bo'yalganda, epitelial hujayralarda yarim oysimon bir-biriga qo'shilgan viruslar aniqlanadi.

Uretrookulosinovial belgisining davosi ancha qiyinchilikni tug'diradi. Hozirgi vaqtda keng spektr ta'sir kuchiga ega bo'lgan antibiotiklar, kortikosteroid gormonlar (prednizalon bir kecha-kunduzda 40 mg gacha yoki deksametazon ekvalenti me'yorlarida) qo'llanib, 2-3 hafta mobaynida asta-sekin kortikosteroid preparatlarini ozayadigan me'yorida tamom bo'lguncha beriladi.

KANDIZOMIKOTIK URETRIT.

Siydik chiqarish kanalining shilliq pardasi achitqich zamburklar biln zararlanishi natijasida kandidamikotik uretrit rivojlanadi. Ko'pincha u uzoq vaqt bo'lgan antibakterial davolanishning asorati ham bo'lib hisoblanadi, kam hollarda kandidamikotik fulvovaginat bilan hastalangan ayollardan yuqish natijasida paydo bo'ladi. Kandidamikotik uretritining patogenezida, yallig'lanish kasalliklari va siydik chiqarish kanalining shilliq pardasining shikastlanishi ma'lum o'rinni egallaydi. Kandidomikotik uretrit, qoidaga binoan, juda oz bo'lgan klinik belgilar bilan o'tadi. Qichishish, siydik kanalida biroz bo'lgan lo'qillatish ogrig'i va undan oq rangli ozroq suyuqlikning ajralib chiqishi. Ajralib chiqqan suyuqlikni mikroskop orqali tekshirilganda leykotsitlar sonining ko'paygani va ko'p miqdorda achitqich hujayralari va mitseliya iplari aniqlanadi.

Davosi.

Antibiotiklarni to'xtatib ularning o'rniga zamburlarga qarshi bo'lgan preparatlarni tayinlashdan iborat. Bir kecha-kunduzda 5-6 marta 500000 ED nistatin, 500000 ND dan levorin 3-4 marta ichish uchun beriladi.

P R O S T A T I T

Prostatit erkaklarda eng ko'p uchraydigan jinsiy a'zolarning kasalligidir. Infeksiya prostata beziga yallig'lanish jarayoni siydik chiqarish kanali, Qovuq hamda uretraga buj solganda yoki asboblardan orqali urologik tekshirishlar vaqtida kanalikulyar ko'tarilish yo'li bilan kirish mumkin. boshqa hollarda infeksiya prostata bezini tananing yiringli yallig'lanish joylaridan (furunkul, karbunkul, angina, gaymorit, pnevmoniya va boshqalar) gemotogen yo'l bilan kiradi. Prostata bezining sekreti bakteriotsid xususiyatlariga ega, shu sababli unda yallig'lanish jarayonini paydo bo'lishi uchun infeksiyaning kirishidan tashqari unga sharoit yaratadigan vena stazi va sekretning turg'unligiga o'xshash omillar kerak. Ular haddan tashqari sovuganda, ich qotganda, masturbatsiya vaqtida, alkogolni ko'p iste'mol qilganda, uzoq vaqt davomida kam harakat qilib o'tirganda paydo bo'ladi. (masalan, avtotransport haydovchisi va boshqalar). Ko'pincha prostatitning qo'zg'atuvchilari bo'lib stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi trixomonadlar bo'lib hisoblanadi. Prostatit o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin.

Prostatit - uni klinik belgilari, prostata suyuqligini siqma mikroskopiyasi va ekmasi, shuningdek siydikni ayrim namunalardan aniqlanadigan kasallik hisoblanadi. Simptomlar davomiyligiga asoslanib, prostatitlar 3 oy muddatda o'tkir yoki surunkali kasallik deb ta'riflangan.

Biz prostatitlarni qandali Diabet muammosi Milliy instituti me'da ichak tizimi va buyrak kasalliklari (NIDDK), Salomatlik Milliy instituti (NIK) taklif qilgan tasnifga asoslanib bakterial prostatitlarni (o'tkir yoki surunkali) surunkali chanoq ogriqi sindromidan (SXTB) ajratiladi.

Oldin bu kasallikni "prostatit" deb yuritilgan, hozirgi kunda "prostatit sindromi" deyiladi. Prostatit o'zining klinik simptomlari, prostata bezi suyuqligi mikroskopiyasi va ekmasi, shuningdek Meares va Stamey taklif qilgan siydikni ayrim namunalardan aniqlanadigan kasallik hisoblanadi. "Sindrom" termini ko'p hollarda etiologiyasi va diagnostik mezonlari noaniq holatni anglatadi. Sababi qo'zg'atuvchi faqat 5-10% hollarda topiladi. qolgan bemorlarga empirik davo va ko'p miqdorda tibbiy va fizioterapevtik davo usuli qo'llaniladi.

Tasnif tizmi.

4 stakanli sinamani buyurishdan maqsad, Meares va Stamey ta'riflagandek uretra, prostata yoki siydik pufagidagi infeksiyani aniqlash. 10 yil avval Drach et al tasnifi Meares va Stamey ishiga asoslangan tasnif taklif qilingan. Unga ko'ra prostata sekretidan va siydik namunasidan (WB1 - birinchi siydik portsiyasi, WB2 - o'rta siydik portsiyasi, WB3 - siydik portsiyasi prostata bezini massaj qilingandan keyin olinadi) topilgan leykotsitlar soni yoki bakteriyalar ekmasini o'sishiga qarab prostatitlarning har xil tipi tasniflanadi.

Hozirda butun jahon Soqliqni Saqlash tashkiloti (JSST) taklif qilgan tasnif ishlatiladi.

Drach et al taklif qilgan prostatitlar tasnifi

I. O'tkir bakterial prostatit

• Prostatada klinik aniqlangan infeksiya kasallikning o'tkir simptomlari borligida

II. Surunkali bakterial prostatit

- Prostatadagi yallig'lanishlar
- Prostata sekreti yoki siydik namunasidagi kasallik qo'zg'atuvchining topilishi

III. Surunkali abakterial prostatit

- Prostatadagi yallig'lanishlar
- Prostata sekreti yoki siydik namunasidagi kasallik qo'zg'atuvchisining aniqlashni imkoni yo'q yoki ajralgan mikroorganizm ahamiyati shubhali

IV. Prostatodeniya

- Prostata bezining yallig'lanish belgilari yo'q
- Prostata sekreti yoki siydik namunasida kasallik qo'zg'atuvchini aniqlash imkoni yo'q.

1995 yilda NIDDK NIH prostativ sindromni davolash, oldini olish, hamda samarali diagnostikani ilmiy izlanishlar va klinik yengillashtirish maqsadida loyiha yaratish uchun ishchi guruh tashkil qilindi. Ushbu ishchi guruh keyinroq xalqaro prostatitlar ilmiy kengashi qabul qilgan prostatik sindrom tasnifini taqdim etdi. Bunda abakterial prostatit va prostatodeniya termini yallig'lanishli yoki yallig'lanishsiz surunkali chanoq ogriqi sindromi (SXTB) terminiga almashtirildi. Simptomsiz prostatitning (masalan: gistologik tekshirishlarda topilgan prostatitlar) yangi kategoriyasi kiritildi.

NIDDK yoki NIH ga asoslangan prostatitlar tasnifi

I. O'tkir bakterial prostatit (UBP)

II. Surunkali bakterial prostatit (SBP)

III. Surunkali chanoq ogriqi sindromi (SXTB)

A. SXTB yallig'lanishi leykotsitlar spermada (prostata suyuqligida), siydikning pufak ulushida (VB3) aniqlanadi.

V. SXTB yallig'lanishsiz Spermada (prostata suyuqligida), siydikning pufak porsiyasida (VB3) leykotsitlarning bo'lmasligi.

IV. Yallig'lanishli simptomsiz prostatit (gistologik tekshirishda topiladigan prostatit)

Diagnostikasi

Klinik namoyon bo'lish va simptomlarning davomiyligi: Prostatik sindrom kechishiga ko'ra o'tkir yoki (3 oydan ko'p bo'lsa) surunkali bo'ladi. Asosiy simptomlari turli xil tarqalgan ogriq va pastki siydik yo'llari simptomlaridir.

Zermann et al prostatitida erkaklarda ogriqni joyini quyidagicha ta'kidladi.

- Prostata/oraliq - 46%
- Yorg'oq va /yoki urug'don - 39%

- Jinsiy olat - 6%
- Siydik pufagi - 6%
- Belning pastki qismi - 2%

Alexander va Trissel quyidagi pastki siydik yo'llari (LUTS) simptomlarini ta'rifladi:

- Imperativlik
- Siydik chiqishining qiyinlashishi
- Siydik chiqarishda og'riq

Surunkali bakterial prostatit erkaklarda qaytuvchi SYI natijasida kelib chiqadi. Klinik topilmalar: O'tkir prostatitda barmoq bilan rektal tekshirganimizda prostata shishgan va og'riqli bo'ladi, bu paytda prostata bezini massaj qilish man qilinadi. Bemorni klinik tekshirgan paytida unda urologik va nourologik kasalliklarni inkor qilish va diqqat bilan chanoq tubi muskullarini tekshirish kerak.

Siydik ekmasi va prostata suyuqligini tekshirish: prostata bezi suyuqligini mikroskopiyasi va miqdoriy segmentar bakteriologik lokalizatsiyali ekmasi bemorlarda prostatitni baholashda muhim tekshiruv hisoblanadi.

Enterobacteriaceae, xususan E.coli eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchilardan biridir.

hujayra ichi bakteriyasi C.Trachomatis ning ahamiyati tushunarsiz qolmoqda.

Immunodefitsit yoki VICH infeksiyasi bilan og'riqan bemorlarda prostatitni - M.Tuberculosis, Candida spp., Coccidioides immitis, Blasstomyces dermatitidis va Histoplasma capsulatum qo'zgatadi.

Prostatitga sabab bo'luvchi patogenlar. Weidner et.al bilan adaptatsiyalangan

Etiologik aniqlangan qo'zg'atuvchilar.

Escherichia coli

Klebsiella spp.

Proteus mirabilis

Enterococcus faecalis

Pseudomonas aeruginosa

Noaniq qo'zg'atuvchilar (bularning ahamiyati muhokama bosqichida)

Staphylococcus

Chlamydia trachomatis

Ureaplasma urealyticum

Mycoplasma hominis

GISTOLOGIYA: Ko'pincha prostata raki deb gumon qilinib biopsiya qilinganda prostatit aniqlanadi. Ammo gistologik tekshiruvlar bilan klinik belgilari bir-biriga mos kelmaydi.

Boshqa testlar. Erkaklar siydik tanosil a'zolari yallig'lanishining asosiy diagnostik ko'rsatkichi bu - prostata bezida va prostata bezi sekretida leykotsitlar

miqdorining ko'p bo'lishi, RN ning yuqori bo'lishi, laktat dehidrogenaza va immunoglobulinlar miqdorining oshishi. qo'shimcha ko'rsatkichlardan biri bu - eyakulyatda SZ komplementining bo'lishi, koeruloplazmin yoki leykotsitar polimorf yadroli esterazaning bo'lishi. Ammo kundalik amaliyotda bu ko'rsatkichlar hech biri aniqlanmaydi.

Transrektal ultrasonografiyada prostata bezida abscessni urug' pufagining kengayishi aniqlanadi ammo, bu usul prostatitni aniq tasnifini ifodalay olmaydi. Bu usul ko'pincha, prostata o'lchamini yoki rakni aniqlash uchun ingichka ignali biopsiya olishda qo'llaniladi.

Qo'shimcha tekshiruvlar:

Bez sekreti bilan eyakulyat tahlili aralashmasligi kerak. Chunki eyakulyatda spermatotsitlar bilan leykotsitni farqlash qiyin. Uretraning bekilib qolishi natijasida bosimning oshishi videourodinamik va zamonaviy urokinamik tekshiruvlar bilan aniqlanadi. Ilmiy tekshiruv orqali prostata bezi sekretida sitokinlar va bioplenoklar borligi qayd etiladi. Prostatitning simptomli yoki simptomsiz kechishidan qat'iy nazar PSA miqdori oshadi.

Differensial diagnostika. Prostatitni urogenital va nourogenital kasalliklar rivojlantirib, belgilarini kuchaytiradi. Masalan: uretra strukturasi, qovuq o'smasi, interstitsial sistit, prostata bezi o'smasi, uretra toshlari, surunkali epididimit, chov churrasi, anorektal buzilishlar, chanoq sohasi mushaklari mialgiyasi.

Tashxis qo'yishda bosqichlar ketma-ketligi avval bemorning tashqi ko'rinishini kuzatish, bemorning yashash joyi bilan urolog qabuli orasidagi masofalar muntazam aniqlanadi.

Prostatit sindromi bilan kelgan bemorlarda tekshiruv ketma-ketligi.

- Anamnez
- Fizik tekshiruv
- Siydikning umumiy tahlili va o'rtacha ulushining bakterial ekish yo'li bilan tekshirish.
- Venerik kasalliklarni istisno qilish.
- Siyish kundaligi, urofloumetriya, qoldiq siydikni aniqlash.
- Siydikning 4 stakanli tahlili, u Meares va Stamey tomonidan kiritilgan.
- Infeksiya aniq topilgan bemorlarda antibakterial terapiya. 2 hafta o'tgach bemorning ahvoli yaxshilanmasa keyingi tekshiruvlar, masalan: videourodinamika o'tkaziladi.

Davolash

Antibakterial terapiya: bu usul o'tkir va surunkali bakterial prostatitda, yallig'lanish komponenti bilan kechuvchi surunkali chanoq og'riqi sindromi (SChOS) dagi antibakterial preparat tavsiya etiladi. O'tkir bakterial prostatit daraja, mahalliy ogriq, umumiy intoksikatsiya bilan kechadi. Bemorga tezda parenteral yo'l bilan aminoglikozidlar penitsillin yoki sefalosporinlar katta dozada yuboriladi. Agar og'ir klinik holatlar kuzatilmasa tabletka bilan davolash mumkin, 10 kun davomida ftorxinolin ichiladi. Surunkali prostatit va SChOS yallig'lanish komponenti bilan kelgan bemorlarga quyidagicha antibakterial preparat buyuriladi.

**Antibakterial dorilar ketma-ketligi. Surunkali prostatit. (Bjerklund
Johansen et.al.)**

Antibiotik	Ta'siri	Etishmovchilik	Tavsiya
Ftorxi nolon	<ul style="list-style-type: none"> • qulay farmakoqinetika • Prostata bezi to'qimasiga yaxshi ta'siri • Biologik qulay kirishi • Tipik va notipik qo'zg'atuvchilarga nisbatan o'ta faolligi Pseudomonas aeriginosa • Havfsiz 	Moddaga bog'liqligi <ul style="list-style-type: none"> • Fotosensibilizatsiya • MAS ga salbiy ta'sir etadi 	Tavsiya qiluvchi preparat
Trimetroprim	<ul style="list-style-type: none"> • Bez to'qimasiga yaxshi ta'sir etishi. • Oral, parenteral yo'l bilan yaxshi kirishi. Nisbatan arzon	<ul style="list-style-type: none"> • Pseudomonas aeriginosa, ba'zi enterococci ba'zi Enterobacteriaceae 	Rezerv preparati
Tetratsiklin	<ul style="list-style-type: none"> • Arzon • Oral va parenteral yo'l bilan qulay o'tishi • Chlamydia va Mycoplasma ga faol ta'sir etadi 	P.Aeruginosa ga faolmas <ul style="list-style-type: none"> • Buyrak va jigar kasalliklariga mumkin emas. • Koagulyatsiya qila oluvchi bakteriyalar Staphylococci E.coli Enterobacteriaceae va enterococci ga faol emas • Teri sensibilizatsiyasini keltirib chiqarishi mumkin 	Rezerv preparati
Makrolidlar	<ul style="list-style-type: none"> • Grammusbat bakteriyalarga faol ta'sir etadi • Chlamydiaga qarshi yaxshi faollikka ega • Toksik emas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grammanfiy bakteriyalarga faol emas • Prostata to'qimasiga yaxshi o'tadi 	Rezerv preparati

O'TKIR PROSTATIT.

Patologik anatomiyasi. O'tkir prostatit quyidagi shakllarga ajratiladi: katar, follikulyar, parenximatozli va prostata bezining absessi.

Prostata bezi bez bo'lakchalarining shilliq va shilliq osti pardalariga chiqarish yo'llarida yallig'lanish jarayonining bo'lishi katar prostatitga xosdir. Agar yallig'lanish jarayoni ko'payib borsa, chiqarish yo'llari devorining shishib ketishi bez follikullarida shilimshiq yiringning turg'unligiga olib keladi, buning natijasida infeksiya bez bo'lakcha to'qimalariga kirib ularda yiringlanishni (follikulyar prostatit) paydo qiladi. Parenximatozli protatitda prostata bezining bo'lakchalari ko'p yiringli yallig'lanish jarayoni bilan zararlangan bo'ladi. Agar prostatada bir nechta mayda yiringchalar bitta bo'lib, qo'shilsa, prostatit bezining absessi paydo bo'ladi. Absess alohida bo'lib yo'g'on ichakka, qovuqqa oraliqqa, ko'pincha siydik chiqarish kanaliga yorilishi mumkin.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Tunda biroz og'riq bilan tez-tez siyish katar bo'lgan prostatit uchun xosdir. Yo'g'on ichak orqali prostata bezini tekshirganda, ko'pincha bezda deyarli o'zgarish topilmay, biroz bezning shishganligi aniqlanadi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar soni va shilimshiq – yiringli ipchalarning ko'payishi bilan birga letsitin donachalarining yetarli miqdorda ekanligi aniqlanadi. Follikulyar prostatitda kasallikning klinik ko'rinishi yaqqol bo'ladi. Bemorlar oraliqdan olatning boshiga va orqa teshikka irradiatsiya bo'lib simillagan va zirqiragan og'riqlarga shikoyat qiladi. Siyish tez-tez bo'lib, og'riq bilan qisilib chiqadigan bo'ladi. Tananing harorati 38-38,5S ko'tariladi. Prostata bezini paypaslaganda uning kattalashib, asimetriya va zichlashgan joylarida kuchli og'riqlarning borligi aniqlanadi. Prostata bezini paypaslagandan keyin siydikda idishning tagiga tez cho'kadigan, ko'p miqdorda yiringli iplar paydo bo'ladi, ularni mikroskop orqali tekshirganda leykotsitlarning borligi aniqlanadi.

Yiringli yallig'lanish jarayonining yaqqol klinik ko'rinishi parenximatoz prostatitga xosdir. Tananing yuqori harorati (39-40 S gacha), titroq, umumiy bo'shashlik, chanqoqlik va ishtahaning0 yo'q bo'lishi, siyish va defekatsiya vaqtida shiddatli og'riqlar, siishning qiyinlashishi, ba'zi bir bemorlarda siyishning o'tkir to'xtab qolishi paydo bo'ladi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar soni ko'payib, letsitin donalari kamayadi. Prostata bezi yo'g'on ichak orqali paypaslab tekshirilganda, uning kattalashib va taranglashgani, shaklining noaniqligi, unda og'riqning borligi seziladi. Agar prostata bezining absessi paydo bo'lsa, unda flyuktuatsiya bo'lgan joyi aniqlanadi. Oraliqda va undan keyin yo'g'on ichakda, qontomirga o'xshab urib turgan shiddatli, og'riqlar hamda siyish va defekatsiya vaqtida birdaniga bo'lgan og'riqlar, siyishni qisilib uning to'xtab qolishigacha bo'rishi, siydik chiqarish kanaliga absessni teshilib siydikning birdaniga loyqalanishi va bir vaqtda haroratning odatdagidek bo'lishi prostata bezining absessiga xosdir. Prostata bezining absessini o'z vaqtida operatsiya qilinmasa, bakteremik (endoksin) shoki paydo bo'lib, og'ir septik kasallikka o'xshab o'tishi mumkin.

Tashxisi.

O'tkir prostatitning tashxisi odatda qiyinchilik tug'dirmaydi. U anamnezning ma'lumotlariga va bemorning shikoyatlariga asoslangan (og'riqlarni oraliqda va

yo'g'on ichakda bo'lishi, siyishni qiyinlashib, og'riqlar bilan bo'lishi, uretrada shilimshiq – yiringlarni ajralib chiqishi, tana haroratining 38-39S gacha ko'tarilishi, titrash). Prostata bezini barmoq bilan tekshirish uning kattalashganini va shishib qolganini aniqlaydi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar miqdori ko'payib va letsitin donachalarini ozayganligi aniqlanadi. O'tkir prostatitda prostata bezining tekshirishini juda avaylab, uni qo'pol ravishda bosib, uqalash mumkin emas.

Farqlovchi tashxisi.

O'tkir prostatitni o'tkir sistitdan ajratish kerak, chunki ikkala kasallikda ham tez-tez siyish og'riqlar bilan kuzatiladi. Ammo o'tkir prostatitda siyishning qisilishi va yaqqol ko'ringan yiringli intoksikatsiyaning belgilari bilan hamda prostata bezining kattalashishi, paypaslaganda unda birdaniga bo'lgan og'riq va uning shishganligi bilan kuzatiladi.

O'tkir sistitda leykotsituriya siydikning hamma uchchala qismida bo'ladi, o'tkir prostatitda esa u siydikning uchinchi qismida yaqqol ko'rinib, prostata bezini paypaslagandan keyin u yana kuchayadi.

Davosi.

O'tkir prostatit bemorlar uchun ko'rpa-yostiq rejimi zarur bo'lib, parxezda esa o'tkir, qitiqlaydigan ovqatlar bo'lmasligi kerak. Keng spektr ta'sir kuchiga ega bo'lgan antibiotiklar (ampitsillin, tetraolean, kanamitsin, gentamitsin sulfati va boshqalar). Sulfanilamid preparatlari bilan birgalikda intensiv davolash usuli tayinlanadi. Og'riqlar va siyish istagi vaqtida paydo bo'lgan og'riqlarni ozaytirish uchun belladonna, anastezin, promedol yoki pantapon bilan bo'lgan sham dorilar qo'llaniladi. Shu maqsadda oraliqqa isitadigan muolajalar, grelka, 38-40S li o'tiradigan issiq vanna va mikroklizmalar (39-40S haroratli 50 ml suvga 1 gramm antipirin yoki piramidon) qo'llaniladi. Doimo ichakni bo'shab turishi uchun, surgi dorilar tayinlanadi. Agar o'tkir prostatitda prostata bezining absessi bo'lsa, albatta operatsiya qilish kerak, Oraliq yo'li bilan to'g'ri ichak orqali absess yoriladi. Prostata bezining eng yumshoq joyini avval yo'g'on igna bilan punksiya qilib, unda haqiqatda yiring borligiga qanoat hosil qilish kerak.

O'tkir bakterial prostatit jiddiy infeksiya bo'lib, yuqori dozada antibakterial preparatlar aminoglikozidlar, penitsillin guruhi qatori yoki sefalosporinlarni 3 chi avlodi parenteral kiritishni talab qiladi va infeksiyon jarayon ko'rsatkichlari normallasguncha buyuriladi. Ftorxinolon 10 kun peroral beriladi.

Davolashning xirurgik usuli: o'tkir prostatit bilan og'riq bemorlarning ba'zilarida siydik pufagini drenajlash kerak, u ko'pincha qov suyagi ustidan qilinadi. Ogriq sindromlarini bartaraf etishda radikal prostata vezikuloektomiya qilish har doim ham yaxshi natija bermagan.

Davolashning boshqa usullari: SChOS yallig'lanish komponenti bilan birga kelgan ko'rinishida transuretral termoterapiya o'tkazish E.coli va Enterobacter ga nisbatan bakteriotsid ta'sir etadi. Ammo, bu usul hanuzgacha muammoligicha qolmoqda.

Natijasi.

Agar o'tkir prostatit ga o'z vaqtida kerakli davolash o'tkazilsa, qoidaga binoan natijasi yaxshi bo'ladi. Lekin vaqti o'tkazib yuborilib, kech antibakterial davolash bo'lsa, prostata bezining absessi teshilib yoki operatsiya qilib yorilgan bo'lsa, o'tkir prostatitning yallig'lanish jarayoni surunkali shakliga o'tishi mumkin.

SURUNKALI PROSTATIT.

Surunkali prostatit o'tkir prostatitning yetarli darajada davolanmaganligi sababli bo'lishi mumkin. Lekin surunkali prostatit ko'pincha asta-sekin rivojlanib, prostata bezida turg'unlik holatlari sababli surunkali yallig'lanish jarayonining sust borishi, prostata bezida chandiqli-skleratik o'zgarishlarning bo'lishiga olib keladi. Vollikula yo'llarini to'silishi va qolgan sekretning turg'un bo'lib yig'ilishi tufayli kengaygan bo'shliqlarning hosil bo'lishi surunkali prostatitga xosdir.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Zirqiragan og'riqlar oraliqda, dumg'aza va yo'g'on ichakda bo'lib, tashqi jinsiy a'zolarga irridiatsiya berishi, ayniqsa, ertalab siyayotgan vaqtda siydik chiqarish kanalida yoqimsiz hissiyot va achishishlarning bo'lishi surunkali prostatitga xosdir. Ba'zi bir bemorlarda bezning chiqarish yo'li silliq mushaklarning tonusini pasayganligi sababli defekatsiyayoki siyishning oxirida prostata bezining sekretini ajralib chiqishi (prostatoreya) kuzatiladi. Odatda uzoq vaqt davomida bemor o'tirgan holatda tursa, tos a'zolari venasining qon bilan to'lishi natijasida og'riqlar kuchayib, yurgandan kegin esa pasayadi. Ko'pincha surunkali prostatit bilan hastalangan bemorlar jinsiy ish faogliyatining buzilganligiga shikoyat qiladilar.(Erreksiyaning yetarli darajada bo'lmasligi,eyakulyatsiyani tezlashganligi). Bundan tashqari bemorlarda nevrosteniya, charchashlik, ish qilish qobilyatining pasayganligi, uyqusizlik bo'ladi. Yo'g'on ichak oraliq tekshirganda prostata bezining bo'laklarini notekis bo'lib kattalashgani, zichlangan (infiltrantsiya) joylar, bosganda og'riqlarning borligi aniqlanadi.

Tashxisi.

Prostata bezining sekretini tekshirish surunkali prostatit tashxisida asosiy ahamiyatga ega. Unda leykatsitlar soni ko'payib, letsitin donachalarining ozayishi bilan bakteriologik tekshirishning musbat bo'lishi surunkali prostatit borligini ko'rsatadi. Prostata bezining sekretini va siydikning quyidagi tasvirga qarab tekshirish kerak.Siydikni uchta toza probirkaga 10-12 ml dan olinadi: siyayotgan vaqtda birinchi qismi, ikkinchi qismi (o'rtasidan) va (prostata bezini massaj qilgandan kegin). Cho'ktirilgan siydik mikroskop orqali tekshirilib, u bakterial flora uchun ham ekilib, undan kegin hamma uchta probirkaga siydikning antibakterial preparatlarga sezgirligi tekshiriladi.

Siydikni shunday tekshirish yallig'lanish jararyonining joyini aniqlashga imkon beradi. (siydik chiqarish kanali, qovuq, buyrak, prostata bezi). Bundan tashqari prostata bezini massaj qilgandan keyin uning sekretini mikroskop orqali tekshirish, uchun bir tomchisi oyna predmetiga olinadi.

Farqlovchi tashxisi.

Surunkali prostatitni, ayniqsa prostata bezining adenomasi bilan birga bo'lganda, ko'pincha klinik ko'rinishi va palpatsiya ma'lumotlarga qarab, shu a'zoning sil kasalligi rakidan ajratish qiyin. Bu hollarda asosiy yordami prostata bezining biopsiyasi berishi mumkin.

Davosi.

Surunkali prostatit bilan og'rigan bemorlarning davosi kompleks bo'lib tanani mustahkamlaydigan, antibakteril terapiya va prostata beziga mahaliy ta'sir qilishdan iborat.

Infeksiyaga qarshi kurash uchun keng spektr ta'sir kuchiga ega bo'lgan antibiotiklar (ampitsillin, karbenitsillin, kanamitsin, gentamitsin, tetraolean va boshqalar), kim'yoviy antibakterial preparatlar (solafur, furagin, sulfadimetoksin, biseptol, 5-NOK yoki nitroksolin, tetraolean, nevigarmon) qo'llaniladi.

Prostata bezidagi infiltrativ jarayonlarni foydali so'rilib ketishi uchun va unda chandiqli-sklerotik o'zgarishlarning rivojlanishining oldini oladigan moddalardan lidaza bir kecha-kunduzda teri ostiga 0,1g) aloe ekstrakti (1 ml dan teri ostiga) va shishasimon jism (2 ml dan teri ostiga) bo'lib hisoblanadi. Bu preparatlar bir davra davosi uchun 10-20 kun beriladi. Prostata bezida surunkali yallig'lanish jarayonining qo'zgatish va keyinchalik antibakterial davolashni muvaffaqiyatli o'tkazish uchun mushak ichiga pirogenal 25 MPD dan boshlab me'yorini asta-sekin ko'tarib 100-150 MPD gacha yuboriladi.

Dori-darmonlar bilan davolashni mahalliy fizioterapevtik ta'sir qilish bilan birga olib borish kerak (prostata bezini uqalash, issiq qilib o'tiradigan vannalar, issiq romashka va antipirinlar bilan bo'lgan mikroklizmalar, rektal diatermiya shifobaxsh loydan rektal tampon va ishtonlar). shifobaxsh loydan bo'lgan davolashni Jeleznovodsk, Saki, Alo'pka va boshqa sanatoriya – kurort sharoitlari bilan birgalikda olib borish maqsadga muvofiqdir.

Keyingi yillarda surunkali prostatitda muvaffaqiyat bilan ultratovush ta'sirlari va refleksoterapiyalar (igna biln sanchib davolash) qo'llanilmoqda. Bemorlarga faol rejim (ko'proq harakat, ozroq o'tirish), o'tkir ovqat va alkogolsiz parhez tavsiya qilinadi.

Surunkali bakterial prostatitda va SXTB da ftorxinolon va TMP ni 2 hafta peroral buyuriladi. Keyin bemorni qayta tekshirish va davolanishni davom ettirish kerak. Davolanishning umumiy muddati 4-6 hafta.

Surunkali prostatitda aminoglikozidlar qo'llanilmaydi, shunday bo'lsada ular grammanfiylarga nisbatan faol. Bu guruh dorilar parenteral yo'l orqali kiritiladi. Ularga nisbatan qarshi ko'rsatmalar - allergik reaksiyalar. Surunkali buyrak yetishmovchiligi SChOS bilan kelsa diagnoz qo'yilgandan keyin 2 hafta antibakterial davolash o'tkaziladi. Umumiy kurs, davolashda 4-6 hafta davom etadi. Albatta dorilar yuqori dozada buyuriladi.

Xujayra ichi bakteriyasi aniqlanganda yoki gumon qilinganda tetratsiklin yoki eritromitsin buyuriladi. Antibakterial preparatlar va alfa blokatorlar quyidagi holda kombinatsiyalangan ko'rinishda beriladi:

SChOS yallig'lanish komponenti bilan, surunkali prostatit uretra dimlanishi bilan kelganda. Prostata ichiga antibakterial preparatlarni kiritish tabletka bilan davolanish samarasiz bo'lganda qo'llaniladi.

Kasallikni astoydil bo'lib borishi sababli surunkali prostatitning davosi uzoq vaqt davom ettirilib, yuqorida ko'rsatilgan davolash usullari navbatma-navbat bir nechta davolash davrlaridan iborat bo'ladi.

Natijasi.

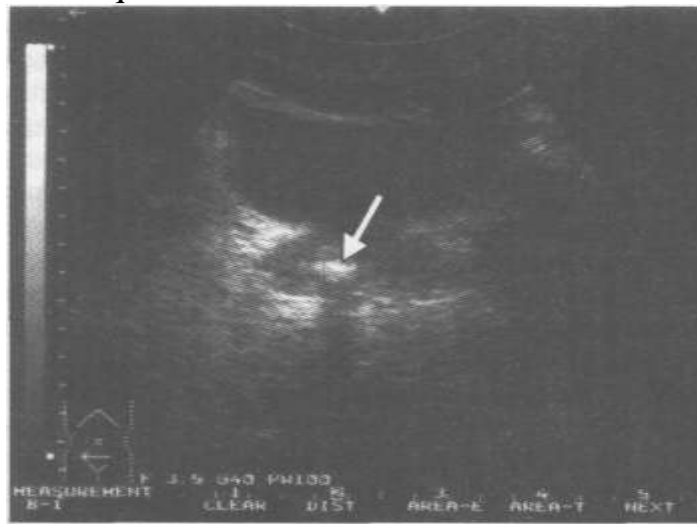
Surunkali prostatit o'zining astoydil uzoq vaqt qaytalanib turishi bilan ajralib turadi. O'rtacha 3/1 surunkali prostatit bemorlarda natija tuzalishiga nisbatan qoniqarli bo'lmaydi.

PROSTATA BEZINING TOSHLARI.

Prostata bezining toshlari kam uchraydigan kasalliklardan bo'lib, unda konkrement a'zoning uz to'qimasidan hosil bo'lib, siydik chiqarish kanallarining yaqinida joylashgan bo'ladi. Ularning yadrosi amiloid telets va ajralib chiqayotgan epteliyalardan tashkil topgan bo'lib, ularning ustiga fosfat va ohak tuzlari qo'shiladi. Toshlar sarg'ich rangda, kattaligi har xil bo'lib, bittadan va undan ko'p bo'lishi mumkin.

Folikulalar va ularning yo'llari toshlar bilan to'silishi bezning sekretini turg'un bo'lishiga va perifokal yallig'lanishning paydo bo'lishiga olib keladi. Prostata bezida toshlarning paydo bo'lish sababi yetarli darajada aniqlanmagan, lekin eng ko'p tarqalgan fikrlardan biri yallig'lanish jarayonining uzoq vaqt davom etishidir. Ko'pchilik prostata bezida toshi bor bemorlar anamnezida surunkali prostatitning borligi aniqlanadi.

Shunday qilib, prostata bezidagi toshlarning surunkali prostatit oqibati natijasida paydo bo'lgan deb qarasa bo'ladi.



96-rasm. Ultrasonogramma. Prostata bezi toshlari.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Bemorlar hamma vaqt doimo simillagan og'riqlarni oraliqda, dumg'azada, tez-tez og'riqli, qiynalib siyishga, terminal gematuriyaga va gemospermiyaga shikoyatlar qiladi. Agar prostatit bo'lsa, jinsiy aloqa vaqtida og'riqlarning kuchaygani seziladi. Jinsiy moyillik va kuch-quvvat pasayadi. Prostata bezining toshlari tufayli uzoq vaqt davom etgan yallig'lanish jarayoni absesslarni paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin, urug' pufakchasidan oqib chiqish qiyinlashsa, vezikulitni paydo qiladi. Prostata bezi asta-sekin atrofiyaga uchraydi.

Tashxisi.

Prostata bezi toshlarining tashxisi barmoq bilan rektal tekshirishga asoslanib unda qattiq og'riqli ba'zida bo'shashgan prostata bezida kreitatsiya seziladi.

Umumiy rentgenogrammada odatda mayda va ko'p toshlarning ko'lankasi simfiz tasvirida, ya'ni tasvirning pastki qismida aniqlanadi. Sistogrammada toshlarning ko'lankasi qovuq shaklining pastki qismida joylashgan bo'ladi.

Farqlovchi tashxis.

Toshlar tufayli prostata bezida bo'lgan o'zgarishlar va paypaslash vaqtida aniqlangan narsalar (kattalashishi, qattiqlashishi, notekisligi), xuddi shunday o'zgarishlar prostata bezining sil kasalligida va rakida ham bo'lishi mumkin. Lekin sil kasaligiga xos yallig'lanish jarayoni boshqa siydik-jinsiy a'zolarida bo'lishi rak uchun esa bir nechta umumiy xavfli o'smalar alomatlarining bo'lishi unga xosdir. Ajratish tashxisi asosan prostata bezi toshlarining patognomik belgilariga asoslanadi, uni paypaslaganda krepatatsiyani, rentgenogrammada esa prostata bezining tasivrida ko'lankalarning bo'lishi. Shubhali hollarda tashxis masalasi prostata bezining punksiya biopsiyasi yordamida echiladi.

Davosi.

Prostata bezi toshlarining asoratsiz bo'lgan bemorlar maxsus davoni talab qilmaydilar. Toshlar prostatit bilan birga bo'lsa, yallig'lanishga qarshi bo'lgan konservativ davoni talab etadi. Prostata bezining absedirovaniyasini chaqiradigan toshlar oraliq yoki qovuq ustida qovuq orqali prostatotomiya yo'li bilan olib tashlanadi. Prostata bezining adenomasida toshlar bo'lsa, qovuq orqali prostata bezining adenomasi olib tashlanadi.

Natijasi.

Prostata bezi toshlarining asorati bo'lmagan bemorlarda konservativ va yuqorida ko'rsatilgan operativ davolardan keyin ularning natijasi yaxshi bo'ladi.

VEZIKULIT

Urug' pufakchasining yallig'lanishi vezikulit (spermatosistit) deb ataladi. Kasallik gonokokk yoki o'ziga xos bo'lmagan mikroorganizmlar bilan chaqirilishi mumkin (stafilokokk, ichak tayoqchasi, protey, enterokokk va boshqalar). Vezikulit ko'pincha prostatit, uretrit va epididimitlarning asorati bo'lib hisoblanadi. Bundan tashqari, infeksiya uzoqda joylashgan yallig'lanishlardan gematogen yo'l bilan urug' pufakchasiga kiradi.

Vezikulit o'tkir va surunkali bo'ladi.

O'tkir vezikulit tananing yuqori harorati 38-39S gacha, horg'inlik, bosh og'rig'i, qaltirash, chov yonbosh sohalarida va to'g'ri ichakda og'riqlar bo'lib, defekatsiya vaqtida ularning kuchayishlari bilan kuzatiladi. Eyakulyatsiya va gemospermiya vaqtida og'riqlar paydo bo'ladi. Agar vezikulit o'tkir prostatit bilan birga kelsa, unda prostatit kasallikning klinik ko'rinishlarini yashirib qo'yadi.

To'g'ri ichakni paypaslab tekshirganda kattalashgan urug' pufakchalarining birdaniga ogrishi (uretradan ajralib chiqqan suyuqlik yoki siydik) uning suyuqligida ko'p miqdorda leykotsit va eritrotsitlarning topilishi o'tkir vezikulitning tashxisida katta ahamiyatga ega. Shuni esda to'tish kerakki, urug' pufakchalari yuqorida joylashgan bo'lsa, ularni paypaslash imkoni bo'lmaydi. Shuning uchun paypaslaganda kattalashgan va og'riydigan urug' pufakchalarining bo'lmasligi o'tkir vezikulitning tashxisini inkor qilmaydi. O'tkir vezikulitda piuriya kuzatilib, siydikning uchta qismini tekshirganda u asosan siydikning uchinchi qismida aniqlanadi.

O'tkir vezikulit davosi xuddi o'tkir prostatitnikiga o'xshaydi. Antibiotiklar (bir kecha-kunduzda ampitsillin 1 grammdan 4-6 marta mushak ichiga, tetraolean 0,5 g dan 2 marta venaga, gentamitsin sulfat 40 mg dan 4 marta mushak ichiga, 0,1 % solafur suyuqligi 500 ml venaga, pentsillin 500000 ED dan 4 marta, streptomitsin bilan 1 g dan 2 marta mushak ichiga beriladi) tayinlanadi. Kim'yoviy antibakterial preparatlar kam tayinlanadi, ulardan birinchi navbatda 5-NOK yoki nitroksolin (bir kecha-kunduzda 0,1 g dan 4 marta), nevigramon (1 g dan 4 marta), sulfadimetoksin (1 g dan 4 marta), furagin (0,1 g dan 4 marta). Ich qotishining oldini olish uchun surgi dorilarini qo'llash kerak (bir kunda fenolftalien 0,1 g dan 2 mart, itshumurt po'stlog'idan 0,2 g dan 2 marta bir kunda va boshqalar). Og'riqni yo'qotadigan dorilardan ko'pina (anestezin, belladonna va boshqalar) sham dori shaklida qo'llaniladi. Tana harorati pasaygandan keyin issiq muolajalar, issiq vanna, oraliqqa grelka va issiq mikroklizmalar qo'llaniladi. Agar o'tkir vezikulit urug' pufakchalarining empiemasiga aylansa, bu hollarda zudlik bilan operatsiya qilish kerak- yiringli joyni yorish.

Surunkali vezikulit ko'pincha urug' pufakchalaridagi o'tkir yallig'lanishning to'la davolanmagan vaqtida paydo bo'ladi. Bemorlar oraliqda to'g'ri ichak, bel dumg'aza sohasidagi og'riqlar, siyishning buzilishi (pollakiuriya), vaqti-vaqti bilan siydikning loyqalanishi, og'riqli ereksiya va eyakulyatsiyalar, spermada qon aralashmasining paydo bo'lishi gemospermiya), tundagi pollitsiyalardan shikoyat qiladi.

Bemorning to'g'ri ichagini tekshirganda prostata bezining ustida qattiq bo'lgan va biroz og'riydigan urug' pufakchalari aniqlanadi. Urug' pufakchalarining suyuqligida (uqalashdan keyin) ko'p miqdorda leykotsitlar, hamda harakatsiz bo'lgan spermatazoidlarning topilishi kasallikning tashxisida muhim ahamiyatga ega.

Surunkali vezikulit va surunkali prostatitlarning davosi antibiotiklar va kimyoviy antibakterial preparatlarni qo'llash, urug' pufakchalarini uqalash, diatermiya, oraliqqa shifobaxsh loy aplikatsiyalari va to'g'ri ichakka shifobaxsh loy, tamponlar, romashka yoki antipirin bilan issiq mikroklizmalar, alkogol va o'tkir ovqatlarsiz bo'lgan parxezlarni qo'llashdan iboratdir.

EPIDIDIMIT

Epididimit - bu moyak ortig'ining yallig'lanishi, infeksiyani moyak ortig'iga gematogen yo'l bilan kirishi, hamda yuqumli kasalliklarning asorati (gripp, angina, pnevmontya va boshqalar) tufayli rivojlanadi. Agar yallig'lanish jarayoni siydik chiqarish kanalida bo'lsa, unga buj solayotganda yoki u asboblardan tekshirish vaqtida shikastlansa, hamda moyak ortig'ining antiperistaltik qisqarishi sababli urug' chiqarish yo'llari ko'pincha infeksiya moyak ortig'iga tushadi. Kateterni uretrada uzoq vaqt turganida ham shunday sharoitlar hosil bo'ladi. Bu o'tkir yallig'lanish bo'lib ko'pincha bir tomonlama shish, og'riq bilan kechadi. Ba'zan moyakka ham o'tib orxioepididimit rivojlanadi. Klinik kechishi bo'yicha surunkali ko'rinishda ham kechadi. O'tkir epididimit bilan og'rikan bemorlarning 15% induratsiya bilan surunkalanishi, bu holat testikulyar atrofiya va spermatogenez jarayonining destruksiyasi bilan tugashi mumkin.

Kasallikning uchrashi va tarqalganligi: Dastlabki ma'lumotlarga ko'ra o'tkir epididimit, harbiy xizmatchilarning kasalxonaga tushishining asosiy sababchisi bo'lib kelgan. Yosh yiqitlarda bu kasallik, ularning jinsiy faolligi va jinsiy aloqa orqali infeksiyaning yuqishi bilan uchraydi deb hisoblangan. 20-30% bemorlarda parotit kechirgan postpubertat davrda uchraydi. Ko'p hollarda aholini vaksinatsiya qilishda ham kasallik keng tarqaladi. 100 holatda moyak to'qimasining granulematoz zararlanishi, birlamchi surunkali orxitga olib kelishi kuzatilgan.

Kasallanishi.

Orxoepididimit quyidagi asoratlarni keltirib chiqaradi: abscess, moyak to'qimasiga qon quyulishi, testikulyar atrofiya, moyak ortig'ining surunkali zichlashishi va bepushtlik. Epididimitning etiologik omili, ko'pincha jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar hisoblanadi. Bular asosan 35 yoshgacha bo'lgan, jinsiy faol erkaklarda kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda epididimitni yuzaga kelishida oddiy siydik yo'llari tizimi infeksiyalari ishtirok etib, ular bakteriuriyaning asosiy sababi hisoblanadi. Siydik ajratuv tizimining infravezikal obstruksiyasi va rivojlanishidagi nuqsonlar bunday turdagi infeksiyalarning vujudga kelishiga zamin yaratadi.

Patologik anatomiyasi.

Moyakning ortig'i zichlashib, qon va limfa tomirlarining bosilishi yallig'lanish infiltratsiyasi va shishning hisobiga u moyakdan ham katta bo'lib ketadi. Moyak ortig'ining naychalari kengaygan bo'lib, ularda shilimshiq yiring bo'ladi. Urug' chiqarish yo'li odatda yo'g'onlashib, infiltratsiyalashgan (deferentit) bo'lib, uning ichi torayadi, ularda ham moyak ortig'ida bo'lgan yallig'lanish eksudati bo'ladi. Ko'pincha yallig'lanish jarayoni urug' tizmachasining (funikulit) pardalariga ham tarqaladi.

Patogenezi va patologik o'zgarishlari

Siydik ajratuv tizimi infeksiyalarga va jinsiy yo'l bilan yuqadigan mikroorganizmlar siydik chiqarish kanali va siydik pufagidan moyak ortig'iga yetib kelib - epididimitning asosiy qo'zg'atuvchisi bo'lib hisoblanadi. Nospetsifik granulematozli orxit, autoimmun pnevmoniya kabilar surunkali yallig'lanishni keltirib chiqaradi. Tolalardagi orxit va parotitdagi orxitlar gematogen yo'l bilan yuqadi. Orxoepididimit shuningdek sil, sifilis, brutsellyoz, va kriptokokkli kasallik kabi sistemali infeksiyonlarda ham kuzatiladi.

Klinik belgilari

O'tkir epididimit birdaniga boshlanib, moyak ortig'i kattalashib, qattiq og'riqlar va titroq bilan bo'lib, tananing harorati 38-40S gacha ko'tariladi. Yallig'lanish va shish moyakning pardasiga tarqaladi. Shu moyak haltachasining terisi tortilib, uning burmalari qolib, qizarib moyak pardasining reaktiv suvi hosil bo'ladi. Og'riqlar chov, ba'zida bel sohasiga va dumg'azaga irradiatsiya berib, harakat qilganda ular birdaniga kuchayadi, shu sababli bemorlar ko'rpa-to'shak qilib yotishga majbur bo'ladilar. 2-3 kun davomida olib borilgan davolashning natijasi yaxshi bo'lsa, og'riqlar, to'qimalarning taranglashishi va shishi ozayadi, asta-sekin tana harorati pasayadi. 3-4 haftadan keyin o'tkir epididimit biryoqlik bo'lib, yallig'lanish jarayoni to'la surilib yoki uning o'rnida chandiqli biriktiruvchi to'qima hosil bo'ladi. Kam hollarda alohida bo'lgan yiringchalar qo'shilib moyak ortig'ining absessi paydo bo'ladi.

O'tkir epididimitda yallig'lanish va shish odatda moyak ortig'ining dum qismidan boshlanadi va u moyak ortig'ini o'rab turuvchi to'qima va moyak to'qimasining o'ziga tarqaladi. Urug' tizimchasi odatda palpatsiya qilinganda shishgan va og'riqli bo'ladi. Manbai jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar bo'lgan epididimit bilan oqrigan barcha erkaklar anamnezida ma'lum vaqtdan keyin klinik belgilari namoyon bo'lgan shubhali jinsiy aloqalar kuzatiladi. Agar bemorning siydik tahlili javobini olgandan keyin birdan tekshirilsa, uretrit belgilari va uretral ajratmalar bo'lmasligi mumkin, chunki siyish chog'ida siydik chiqarish kanalidagi leykotsit va bakteriyalar siydik bilan yuvilib ketadi.

Epididimitning mikrobiologik etiologiyasi odatda uretral surtmalarni yoki siydikning o'rta portsiyasini gramm usulida bo'yash orqali grammanfiy bakteriyalarni topilishiga qarab aniqlanadi. Surtmada hujayra ichida grammanfiy diplokokklarning topilishi *N.Gonorrhoeae* borligidan dalolat beradi. Uretral surtmada ko'p miqdorda leykotsitlarning topilishi, banal uretritdan dalolat beradi. *C. Trachomatis* 2/3 bemorlarda aniqlanadi.

JSST mezoniga asoslanib, eyakulyat tahlilida leykotsitlar qayd etilsa, bu surunkali yallig'lanish jarayonidan darak beradi. Ko'pchilik hollarda qisqa muddatli spermatozoidlar miqdori va harakatchanligining kamayishi kuzatiladi. Azoospermiya moyak ortig'idan o'tuvchi urug' chiqaruvchi yo'ning butunlay obstruksiyasi bilan kechadigan kasalligi. Agar epidemik parotit sabab bo'lgan orxitga shubha qilinsa, shu kasallikka xos bo'lgan anamnez yiqilishi va qon zardobidagi IgM antitelolar titri topilishi bilan diagnoz tasdiqlanadi. Jinsiy yetilishdan keyin kelib chiqadigan erkaklardagi orxidlarning 20% ga yaqini ikki tomonlama zararlanib, testikulyar atrofiya va azoospermiya rivojlanishiga zamin yaratadi.

Farqlovchi tashxisi.

Vrach epididimit bilan uruq tizimchasi buralib qolishi o'rtasida differentsial diagnostika qilishi kerak. Buning uchun barcha ma'lumotlar yig'iladi, bular ichida bemor yoshi, anamnezida uretrit bor yo'qligi, klinik tekshiruvlar va moyak tomirlaridagi qon oqish tezligini aniqlash uchun doplerografik skaner tekshiruvlarini aniqlash muhimdir.

Kasallikning klinik ko'rinishi va xolisona tekshirishlarning ma'lumotlariga qarab, o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish epididimitni, moyak ortig'ining sil kasalligidan ba'zida ajratish qiyin. A'zoning kattalashib alohida-alohida zich joylarining bo'lishi, uning notekisligi epididimitning ikkala xilida ham uchraydi. Urug' chiqarish yo'lida aniq bo'lgan alohida – alohida qattiq joylarning bo'lishi, moyak haltachasida yiringli oqma yaralarning paydo bo'lishi, bir vaqtda tananing boshqa a'zosida ham sil kasalligining bo'lishi, siydikda yoki moyak haltachasining oqma yarasidan chiqqan sil kasalligining mikrobakteriyalarini topilishi zararlanishning sil kasalligiga xos ekanligiga guvoh bo'ladi. Moyak ortig'ining punktatida yoki biopsiya ma'lumotlarida sil kasalligining mikobakteriyalarini topilishi, ajratish tashxisi uchun xal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davolash.

O'tkir epididimit bilan og'riq bemorni avvalo kun tartibini ko'rpa-to'shak qilib yotishidan boshlash kerak. Parxezdan o'tkir va qitiqlaydigan ovqatlardan mustasno qilib, suyuqlikni ko'p ichish tavsiya qilinadi. Yallig'langan a'zoga tinchlik

sharotini yaratish uchun suspensoriya qo'llaniladi; moyak haltachasiga muz solingan sovuq grelka qo'yiladi. Kasallikning qo'zg'atuvchisini aniqlash qiyin bo'lganligi sababli, ta'siri keng spektrga ega bo'lgan antibiotiklar qo'llaniladi (ampitsillin, tetraolean, sulfat gentomitsin, kanamitsin, levomitsetin va boshqalar) yoki grammusbat hamda grammnisbiy floraga ta'sir qilish uchun ta'sir kuchi ozroq spektrga ega bo'lgan ikki xil antibiotiklarni birga qo'llaniladi (penitsillin va streptomitsin). O'tkir yallig'lanish jarayoni pasaygandan keyin yallig'langan infiltratni surilishi uchun moyak haltachasiga isitadigan, diatermiya yoki UVCh qo'yiladi. Agar moyak ortig'ining absessi paydo bo'lsa, operatsiya qilish zarur – absessni yorish.

Erkaklar moyak ortig'i va moyak to'qimasiga antimikrob preparatlarining kirishini aniqlash ustida anchagina tekshiruvlar olib borishgan. Bu tekshiruvlar natijasida ftorxinolon guruh preparatlarining to'qimaga kirish qobiliyati yuqori ekanligi aniqlangan. Antibakterial terapiyani asosan yosh yiqitlarga jinsiy faol bo'lgan erkaklarga tavsiya etiladi. Bu guruhlarda kasallikning etiologik omili S.trachomatis hisoblanadi. Shuningdek antibakterial terapiya katta yoshda erkaklarning PBXG da yoki siydik tizimi infeksiyalari sabab bo'lgan kasalliklarda siydik chiqishining qiyinlashuvida ham tavsiya etiladi. Tekshiruv ishlari davomida moyak funksiyasidagi va uretra surtmasidagi mikrobiologik natijalar bir-biriga qanchalik bog'liqligini aniqlash maqsadida taqqoslanadi. Shu bilan birga antibakterial terapiyani tavsiya etishdan oldin, uretral surtma va siydikning o'rta ulushini mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazish kerak.

Binobarin, ftorxinolonlar S.Trachomatis lari bu guruh preparatlari (afloksatsin va levofloksatsin) ga sezgir bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. Ular keng doirada antibakterial ta'sirga, shuningdek siydik ajratuv a'zolariga singib kirish xususiyatiga egadir.

Agar S.Trachomatis kasallikning etiologiyasi bo'lsa, davolashni doksitsiklin bilan davom ettiriladi (kuniga 200 mg.dan 2 hafta davomida). Makrolidlar alternativ preparatlar sifatida qo'llanilishi mumkin.

Antibakterial terapiyaga qo'shimcha ravishda to'shak rejimi, suspensor qo'yish va yallig'lanishga qarshi terapiya ham belgilanadi. Yosh erkaklarda epididimitning oldi olinmasa keyinchalik moyak ortig'i doimiy oqimi okklyuziyasi bo'lib, shu tufayli bepustlik kelib chiqishi mumkin. Bemorga yallig'lanishga qarshi terapiya bilan birga, metilprednizolon kuniga 40 mg dan buyuriladi va uning dozasini har ikki kunning birida yarim dozaga kamaytirib boriladi.

Epididimitning sababi S. trachomatis ligi aniqlansa jinsiy juftlik ham davolanishi kerak. Agar kasallikning sababi standart uropatogenlar bo'lsa, unda siydik ajratish muammolariga asoslanib vrach bemorni retsidiv bo'lmasligi uchun yaxshilab tekshirishi kerak.

Moyakda va moyak ortiqida absesslarning bo'lishi xirurgik davoni talab etadi. Ba'zan surunkali epididimit urogenital silning boshlanqich klinik belgisi ham bo'lishi mumkin.

Natijasi.

Ko'p hollarda o'tkir epididimitni aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Tashxis asosan paypaslash ma'lumotlariga qarab qo'yiladi: moyak ortig'ining kattalashishi va

undagi og'riq. Kasallikning boshlanishida, birdaniga kattalashib ketgan moyakning ortig'i, moyakni hamma tomonini o'rab olib, aniq chegaralanib turmaydi, shu sababli epididimitni yoki orxit yoki ularning birga kelishi (epididimiorxit) degan masalani echish qiyin bo'ladi. Moyak pardasining ikkilamchi simptomatik sariq suvi paydo bo'lganda mana shu savolga javob berish ancha murakkab bo'ladi. Moyak ortig'ining o'tkir yallig'lanishi pasayganda o'zgarmagan moyakdan aniq bo'lib chegaralanib turadi.

ORXIT

Orxit – moyakning yallig'lanishi, uning shikastlanishi yoki infeksiyon kasalliklarning asorati, birinchi navbatda gripp, epidemik parotit, brutsellyoz, revmatik poliartrit, tif, pnevmoniya va boshqalar bo'lib hisoblanadi.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Bemorlar moyakda birdaniga paydo bo'lgan og'riqlarga, qaltiroq, tananing 38-39⁰C gacha ko'tarilib, moyak kattalashishidan shikoyat qiladilar. Odatda 2-4 haftadan keyin orxitning yallig'lanishi pasayadi, lekin ba'zi hollarda moyakda yiringli jarayon paydo bo'ladi. Bu vaqtda intoksikatsiya tufayli bemorning ahvoli ko'rinarli darajada yomonlashadi, tananing harorati turgun bo'lib ko'tarilgan holatda turadi, moyak haltachasining terisi qizarib, shishib ketib, u atrofdagi to'qimalar bilan yopishib ketadi. Keyinchalik moyakning absessi yoki atrofiyasi bo'ladi.

Tashxisi.

Orxitni aniqlashda, ko'rsatilgan moyakning shikastlanishidan va yuqorida eslatilgan infeksiyon kasalliklardan tashqari xolisona tekshirish ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega. Orxitda moyak haltachasining terisi taranglashib, o'tkir epididimitga o'xshab shishmaydi. Urug' tizimchasi shishib, yo'g'onlashadi, lekin o'tkir epididimitdan farqi shuki, urug' chiqarish yo'li aniq paypaslanib, unda infiltrativ o'zgarishlar aniqlanmaydi. Paydo bo'lgan orxit atrofidagi yallig'lanish va moyak pardasining reaktiv sariq suvi kasallikning tashxisini qiyinlashtiradi.

Farqlovchi tashxisi.

O'ziga xos bo'lmagan orxitning yallig'lanishi, moyakning sil kasali qisman moyak ortig'ining sil kasalidan boshlanib, yoki u bilan birga kuzatiladi. Moyak o'smasining orxitdan farqi shuki, og'riq va tananing haroratisiz asta – sekin kattalashib boradi.

Davosi.

Bemor ko'rpa-to'shak qilib kun tartibiga va yallig'langan a'zoni mumkin qadar tinchlantirishga (suspenziya) muhtoj. O'tkir ovqatlar mustasno qilinadi. O'tkir orxit asorati bergan asosiy infeksiya bergan jarayonga antibakterial davo qilinadi. Ta'sir kuchi keng spektrli bo'lgan antibiotiklarni qo'llash maqsadga muvofiq (ampitsillin, gentamitsin va boshqalar). Moyak absessining paydo bo'lishi, uni yorishga ko'rsatma beradi. Keksa kishilarda yiringli orxit bo'lsa, orxietomiya qilish maqsadga muvofiqdir.

Natijasi

O'ziga xos bo'lmagan yallig'lanish orxitining natijasi bo'ladi. Kam hollarda moyak parenximasida tarqalgan septik tromboz a'zoni infarqtiga yoki gangrenasiga olib keladi. Ikki tomonlama yosh bolalik, o'smirlik yoki yoshlikda bo'lgan orxit befarzandlikka olib kelishi mumkin.

BALANIT, BALANOPOSTIT.

Olat boshining yallig'lanishi (balanit), qoidaga binoan kertmakning postit yallig'lanishi bilan kuzatiladi, ularning bir-biri bilan birga bo'lishi balanopostit deyiladi. Bu kasallik odatda kertmak haltachasida suyuqlikning yig'ilishi va kertmakning torayishi (fimoz) yoki olat boshini yuvilishiga yetarli darajada ahamiyat bermagan kishilarda infeksiyalanish sababli paydo bo'ladi. Balanspostitning yana sabablaridan gonoreya uretriti, yumshoq va qattiq shankr hamda yana irib ketayotgan olatning o'smasi bo'lishi mumkin.

Kasallikning klinik alomatlari-olat kertmagi va boshining shishib va qizarishi, kertmak haltachasidan yiringni ajralib chiqishi, ba'zi bemorlarda –ustki qismida yaralanish (yaralangan balanopostit). Bemorlar olat boshi sohasida va kuydirishiga shikoyat qiladilar. Kasallikning boshlanish davrlarida yallig'lanish jarayoni tezlikda pasayib yaxshi davolanish samarali natijani beradi. Agar bemor o'z vaqtida yordam olishga murojaat qilmasa, yallig'lanish jarayoni zo'rayib ketishi mumkin. Bu hollarda kertmak va olat boshida shish va qizarish ko'payadi, yallig'langan kertmakni tortib ko'rsa parafimozning paydo bo'lishi mumkin. Kasallik etiologiyasini aniqlash uchun yiringni bakteriologik tekshirish kerak.

Balanopostitning davosi : olat boshi va kertmak avaylab, sinchiklab issiq suv va sovun bilan yoki perekis vodorod suyuqligida yuvib, permanganat kaliy 1:5000 yoki 0,1% solafur suyuqligida vanna qilinib, kertmak haltachasiga sintomitsin linimenti qo'yish kerak. Bir vaqtda antibakterial preparatlar va suyuqlikni ko'p ichish tavsiya etiladi. O'tkir parafimoz yallig'lanishi paydo bo'lsa kertmakning qisib qolgan halqasini kesib tashlash kerak.

K A V E R N I T.

Olatning g'ovaksimon tanasini yallig'lanishiga kavernit deb ataladi. G'ovaksimon tanaga gripp, angina, osteomielit, karbunkul, odontogen infeksiyalar va boshqalar hamda o'tkir uretritning asorati bo'lganda infeksiya kirishi natijasida kavernit paydo bo'ladi. Kasallik o'tkir bo'lib boshlanib, tananing harorati 38-39⁰C gacha ko'tarilib, qaltiroq behollik hamda olatda og'riqlar bo'ladi. Paypaslaganda olatning g'ovak tanasida qattiq infiltrat aniqlanadi.

Agar davosi qilinmasa, yallig'lanish infiltratining o'rnida tezlikda g'ovak tananing absessi hosil bo'ladi.

Davosi.

Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'pincha yiringli kokk florasi bo'lganligi sababli, yarimsintetik penitsillinlar, ampitsillin, karbenitsillin) afzalrok bo'lib, ular katta me'yorda (1 grammdan bir kecha-kunduzi 6-8 marta mushak ichiga) sulfanilamid preparatlari bilan birgalikda biseptol 1 g dan 2 marta, sulfadimetoksin 0,5 g dan 4 marta, etazol 0,5 g dan 4 marta bir kecha-kunduzi ichgani beriladi.)

Bundan tashqari eritromitsin (bir kecha-kunduzda 0,5 g dan 4 marta ichiriladi), linkomitsin gidrokslorid (4 marta mushak ichiga beriladi), gentamitsin sulfat (4 mg 4 marta mushak ichiga beriladi), tetraolean (0,5 grammdan 3 marta venaga yoki mushak ichiga beriladi). Bemor albatta gospitalizatsiya qilinishi zarur, chunki absedirovaniyaning belgilari paydo bo'lishi bilan g'ovak tananing ko'p qismi buzilishining oldini olish uchun yiringli joyni o'z vaqtida yorish kerak.

UROLOGIYADA OPERATSIYADAN OLDINGI ANTIBAKTERIAL PROFILAKTIKA

Urologiyada antimikrob profilaktikaning asosiy maqsadi o'tkir piyelonefrit, prostatit, epididimit va urosepsis kabi issiqlik chiqishini keltirib chiqaradigan siydik ajratuv tizimi infeksiyalarini, shuningdek og'ir jaroqat infeksiyalarini yo'qotishga qaratiladi.

Antibakterial terapiya aralashuv shakliga va har bir bemor uchun individual holda talab etiladi. Ichak segmenti olib tashlanmagan ochiq operatsiyalarda umumiy antibakterial profilaktika unchalik shart emas. Xuddi shu narsa jinsiy a'zolardagi rekonstruktiv operatsiyalarda (uzoq davomli yoki ikkilamchi aralashuvdan tashqari) yoki implantatsion xirurgiyada qo'llaniladi. Operatsiyadan oldingi profilaktikani diagnostik aralashuvi faqatgina ingichka ignali transrektal biopsiya yordamida qilish tavsiya etiladi. Operatsiyadan oldingi profilaktikani belgilashda, anamnezida siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan prostataning transuretral rezeksiyasida va zararlanish ehtimoli yuqori bo'lgan bemorlarda alohida e'tiborga olinadi.

Qoidaga binoan, zaruriy antibiotikni maksimal dozada, bir marta parenteral yuboriladi va bu operatsiyadan oldingi profilaktikada juda yaxshi hisoblanadi. Faqatgina uzoq davomli aralashuvlarda (>3 soat) antibakterial preparatlar qo'shimcha dozada yuboriladi, bunda preparat hajmi va yuborish vaqti ya'ni farmakoqinetikasi hisobga olinadi. Antibakterial profilaktikani 24 soatdan ortiq uzluksiz davom ettirish tavsiya etilmaydi. Kateterlash, stentlash, nefrostomiya kabi uzoq davomli siydik yo'llari drenajlanishlarida uzoq davom etadigan operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika - qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi.

Ko'pgina antibiotiklar masalan ikkinchi avlod sefalosporinlar, ftorxinolonlar va beta laktamaza ingibitorlari bo'lgan aminopenitsillinlar profilaktika maqsadida qo'llaniladi (Appendiks 4). Aminoglikozidlar beta-laktamaza ingibitorlariga allergiyasi bo'lgan bemorlarga qo'llaniladi. Uchinchi avlod sefalosporinlar, atsilaminopenitsillin yoki karbapenemlar kabi keng doirada ta'sir qiluvchi antibakterial preparatlarni cheklash agar operatsiya joyi multirezistent nozokomial bakteriyalar bilan zararlansa bu preparatlarni qo'llash kerak. Bu holatda vankomitsinni ham qo'llash mumkin.

Operatsiyadan oldingi profilaktika joriy etilganiga qariyb 50 yil bo'lgan bo'lsada, hanuzgacha ayrim jumboqli savollar mavjud. Ba'zi xirurgik operatsiyalarda (yo'qon ichak operatsiyalari) antimikrob profilaktika ancha izga qo'yilgan bo'lsada, ammo urologiyada antimikrob profilaktikasining umumiy qo'llash usullari haligacha ishlab chiqilmagan. Cruse va Foord taklif etgan xirurgik muolajalarning an'anaviy tasnifiga binoan urologik operatsiyalar quyidagilarga bo'linadi: toza, shartli toza emas, toza emas va iflos operatsiyalar. Infeksiya paydo bo'lish ehtimoli bemorning umumiy holatiga xirurgik aralashuv turiga va atrofidagi omillarga bog'liq. Ammo har bir omilning alohida ta'siri hanuzgacha to'la to'kis baholanmagan.

Hozirgi vaqtdagi ko'pgina tekshiruvlarning rejalashtirilishi yetarlicha emas yoki natijalar statistikasi nomaqbuldir. Ko'pincha "bakteriuriya", "infeksiya" terminlarini noadekvat baholab, asoslanmagan holda qo'llaniladi. Bundan tashqari ko'pgina tekshiruvlarda preparatlarning farmakoqinetikasi va farmakodinamikasiga bakteriyalar patogenligiga, nozokomial infeksiyalar ta'siriga yetarlicha e'tibor berilmaydi. Shunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, urologiyada aniq bir

antibakterial profilaktika qilish mumkin emas. Chunki turli manbalarda urologik aralashuvda antibakterial profilaktikaning negativ va pozitiv tomonlari ko'rsatiladi.

320 ta nemis urologlardan so'rab surishtirilganda, biror bir operatsiyadan oldingi profilaktika haqida yagona xulosa bo'lmadi. Bu so'rab surishtirishlar natijasida 51% holda siydik ajratish a'zolari operatsiyalarida operatsiyadan oldingi profilaktika qo'llanilishi, 9% urologlar esa hatto ichakdagi operatsiyalarda ham antibakterial profilaktika qo'llamasliklari ayon bo'ldi.

Antibakterial preparatlarni qo'llashda ba'zi umumiy fikrlar (35,5% ko-trimaksozol, 26,6% sefalosporinlar, 8,7% ftorxinolonlar qo'llanilgan) va profilaktika davomiyligi (10% urologlar profilaktika uchun faqat bitta dozani qo'llashgan) aniqlangan. Shunday qilib, urologik bemorlarni davolash sifatini oshirishda, urologiyada operatsiyadan oldingi profilaktika to'grisida yagona qo'llanma bo'lishi shart va zarurdir.

Antibakterial profilaktika bo'yicha turli tashkilot va jamiyatlar tomonidan tavsiyanomalar ishlab chiqilgan. Masalan: Paul Erlixning kimyoterapiya bo'yicha jamiyati, "urogenital infeksiyalar" bo'yicha ishchi guruhlar, Nemis urologlari jamiyati, Frantsuz urologlar jamiyati va boshhalar.

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaning vazifalari

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaning asosiy maqsadi - bu jarrohlik aralashuvi bilan bog'liq infeksiya rivojlanish ehtimolligini kamaytirishdir. Lekin shuni aytish kerakki, hech qanday antibakterial profilaktika yomon bajarilgan operatsiyani o'rnini to'ldirmaydi. Antibakterial profilaktika - infeksiya rivojlanishining oldini oladigan tadbirlardan biridir.

Urologiyada OOAP ning ahamiyati hanuzgacha to'liq o'rganilmagan. Shubhasiz uning asosiy vazifasi - o'tkir piyelonefrit, prostatit, epididimit, urosepsis kabi siydik yo'llari infeksiyalari va operatsiyadan keyingi jarohat infeksiyalari tufayli isitma chiqishi bilan kechadigan holatlardan ogohlantirishdir. Shuningdek bular qatoriga operatsiyadan keyingi simptomsiz bakteriuriya va hatto yengil operatsiyadan keyingi jaroqat infeksiyalari ham kiradi. Ba'zi holatlarda u juda katta ahamiyat kasb etadi, masalan transplantatsion xirurgiyada har qanday stress transplantatning ajralishiga sabab bo'lishi mumkin. Boshqa hollarda, masalan transuretral prostata rezeksiyasida simptomsiz bakteriuriya spontan ravishda yo'qolib ketadi, odatda bu unchalik katta ahamiyatga ega emas. Keyingi savol – urologik bo'lmagan infeksiyalarda masalan, endokardit va operatsiyadan keyingi pnevmoniyalarda antibakterial profilaktika shartmikin? Balki urologiyada OOAP o'z vazifasi chegarasidan chiqib, operatsiyadan keyingi profilaktika sifatida qo'llanishi kerakdir.

Olib borilgan bir qancha tekshiruvlar asosida, prostata bezining transuretral rezeksiyasidan keyingi bakteriuriya rivojlanishini OOAP yordamida kamaytirishga erishildi, ammo siydik ajratuv trakti infeksiyalari yoki issiqlik chiqishini kamaytirish hollari doimo ham kuzatilavermaydi. Prospektiv tekshirishlar o'tkazish uchun bemorlar ko'p bo'lishi kerak, shuningdek sepsis 1% kam bemorlarda kuzatilgani uchun, tekshiruv natijalari unchalik aniq bo'lmaydi.

Keyingi 10-15 yil ichida operatsiyadan keyingi sepsis yuzaga kelish darajasi anchaga kamaygan. Bu aseptika sifatining yaxshilanishiga va zamonaviy operatsion texnikaning rivojlanganligi bilan bog'liqdir.

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaga ko'rsatmalar.

Profilaktikaning qanchalik zarurligi operatsion aralashuv turiga va har bir bemorda infeksiya rivojlanish ehtimolligiga bog'liq quyidagi omillar ayniqsa e'tiborga olinishi zarurdir: surunkali charchash sindromi, moddalar almashinuvining buzilishi (qandli diabet), immunosupressiya, operatsiyaning qonikarsiz o'tganligi, qayta operatsiya aralashuvi, yurakning sun'iy klapanlari va boshqalar.

Bemor ahvolidning o'zgarishi va bakterial obsemenatsiyasi ko'payishi bilan bog'liq urologik aralashuvlardagi operatsiyadan keyin infeksiya rivojlanishiga sharoit yaratuvchi asosiy omillar

Sharoit tug'diruvchi omillar	
Bemorning ahvoli	Bakteriyalar obsemenatsiyasining ko'payishi
<ul style="list-style-type: none">• Umumiy ahvoldning yomonlashuvi, masalan surunkali charchash sindromida.• Moddalar almashinuvining buzilishi, masalan: qandli diabet.• Immunosupressiya• Takroriy operatsiya• Maxsus xavftug'diruvchi omillar, masalan yurakning sun'iy klapani	<ul style="list-style-type: none">• Ichak segmentlariga ham teginish bilan kechadigan operatsiyalar• Prostataning transrektal biopsiyasi• Siydik ajratish yo'llarini uzoq muddat drenajlash• Siydik ajratish yo'llari obstruksiyasi.

Endogen infitsirlanish ehtimolligining oshishini ichaklar sohasida qilinadigan operatsiyalarda yoki prostataning transrektal biopsiyasini yo'qon igna bilan qilganda kuzatish mumkin. Bundan tashqari siydik ajratish yo'llarini bakterial kontaminatsiyasi ko'pincha uzoq drenajlar qilish (kateter va b.) va obstruksiyalarning bo'lishiga bog'liq. Bemorni hatto qisqa muddatda gospitalizatsiya qilish ham uning ko'p sonli rezistent bakteriya shtammlari bilan zararlanishi, bu o'z navbatida antibakterial terapiya taktikasiga ta'sir qiladi.

Xavftug'diruvchi omillar bo'lmaganda va siydik sterilligi aniqlanganda antibakterial profilaktikani o'tkazish juda ham zarur emas. Agar bu sharoit operatsiya vaqtida o'zgarsa, (masalan, ichaklar devori yoki siydik ajratish a'zolari devori perforatsiyasida) zudlik bilan antibakterial preparatlarni qo'llash kerak bo'ladi.

Operatsiyadan oldingi tayyorlov davrida har qanday infeksiya, ayniqsa siydik ajratish yo'llari infeksiyasi aniqlangan bo'lishi kerak. Agar infeksiya bo'lib, operatsiyani qoldirishning iloji bo'lmasa, antibakterial terapiyani empirik asoslangan holda operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda bakteriologik tekshiruvlar natijasiga qarab belgilanadi.

Mikrobiologik nuqtai nazardan operatsiyadan oldingi davrda qo'llanilgan antibakterial preparat o'zida kompromiss saqlaydi. Bunday holatda bakterial invaziya va dorilarning salbiy ta'siri xavfi kuchayishi orasida tenglik saqlangan bo'lishi kerak.

Operatsiyadan oldin antibakterial profilaktikaning o'tkazish vaqti va davomiyligi.

Asosiy tekshirishlar ko'rsatishicha, antibakterial preparat kontaminatsiya sodir bo'lguncha qabul qilinsa, dastlabki infeksiya yo'qoladi. Operatsiya muolajasi boshlanishidan oldin qon zardobida antibakterial preparatlar yuqori kontsentratsiyada bo'lishi kerak. Klinik amaliyotda antibakterial preparatlarni profilaktik maqsadlarda operatsiya boshlanishidan 30-60 min oldin yoki anesteziologik muolajalari vaqtida kiritish (vena ichiga) maqsadga muvofiq.

Agar intraoperatsion asoratlar paydo bo'lsa, antibakterial preparatlarni zudlik bilan qo'llash kerak. Bu umumiy shoshilinch jarrohlikda juda qo'l keladi.

Klinik tekshirishlarning ko'rsatishicha, profilaktik maqsadda antibakterial preparatlarni operatsiyadan 1 soat oldin qo'llash, operatsiyadan keyingi infeksiyalarning kelib chiqishini sezilarli darajada oshiradi. har qanday antibakterial preparatni operatsion jarohat yopilgandan keyin kiritish jarohat infeksiyasi kelib chiqishiga ta'sir ko'rsatmaydi.

Umuman profilaktik maqsadda antibakterial preparatlarni bir tomonlama kiritish, ko'p tomonlama kiritish kabi samaralidir. Faqat operatsiyalar uzoq davom etganda antibakterial preparatlarni qo'shimcha dozasini kiritishga to'g'ri keladi, preparatning dozasi va kiritish vaqti uning farmakokinetikasiga bog'liq bo'ladi.

Antibakterial profilaktika 24 soatdan ko'p davom etmasligi kerak. Preparatni 1 kundan ortiq qabul qilish terapiya sifatida qaraladi. Bunday zaruriyat quyidagi holatlarda: agar infeksiya o'chogi operatsiya vaqtida yo'q qilinmagan bo'lsa va massiv kontaminatsiya holatida kelib chiqishi mumkin.

Antibakterial preparat tanlovi.

Mos keladigan preparat: yuqori samaradorlik, bemorlar yaxshi ko'tara oladigan va arzon narxda.

Preparatning antibakterial ta'siri spektriga barcha odatdagi bakterial hujayralar va operatsion maydon sohasida teri, shilliq pardalarda topilishi mumkin bo'lgan patogenlar kiradi. Uzoq vaqt davomida bemor statsionarda davolanganda operatsiyadan oldin nozokomial floraning sezgirligini va shtammlarning rezistentligi borlig'ini e'tiborga olish kerak.

Siydik yo'llari nozokomial infeksiyasi va jarohat infeksiyasining sababi bo'lgan, nisbatan ko'p tarqalgan patogenlar.

Escherichia coli
Proteus mirabillis
Enterococci
Pseudomonas spp.
Staphylococci spp.
Candida spp.

Ko'pgina antibiotiklar xususan sefalosporinlar II avlodi, ftorxinolonlar va BLI kombinatsiyali aminopenitsillinlar yuqoridagi talablarga javob beradi va ularni qo'llash mumkin.

Aminoglikozid preparatlar beta-laktamaz antibakterial preparatlarga allergiyasi bor bemorlarga zahira sifatida bo'lishi kerak.

Keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibakterial preparatlar, sefalosporinlar III avlodi va BLI kombinatsiyali atsilaminopenitsillin yoki karbopenemlar faqat ba'zi holatlarda ya'ni operativ muolaja sohasini multirezistent nozokomial flora bilan kontaminatsiyasi bo'lgandagina qo'llaniladi.

Bu preparatlarni qabul qilishni ixtiyoriy chegaralash, ularni faqat og'ir klinik kechuvchi og'ir infeksiyalarda qabul qilish mumkin. Bu profilaktika uchun qo'llaniladigan vankomitsin qabul qilinishiga ham taalluqli, masalan dializ qabul qiluvchi bemorlarda va venoz kateterdan zararlanish taxmini bo'lganda, ushbu yo'l vankomitsinga rezistent Enterococci va Staphylococci hosil bo'lishini chaqirishi mumkin.

Antibakterial preparatni tanlash uning farmakokinetik ko'rsatkichlariga, operatsiya paytida zararlangan to'qimalarda to'planishi darajasiga bog'liq bo'ladi. Yarim kiritish davri va muolaja davomiyligiga qarab, preparat qo'shimcha kiritilishi mumkin. Urologik operatsiyalar o'tkazilganda antibiotik oprofilaktika uchun siydikda yuqori konsentratsiyada bo'la oladigan preparatlarni ixtiyoriy qo'llash mumkin.

Antibakterial preparatlarni davrli ravishda qo'llash hech qanday asosga ega emas, lekin ushbu savol ustida tadqiqot ishlari olib borilmoqda.

Qabul qilish usullari.

Antibakterial preparatlarni parenteral yuborish, to'qimalardagi yuqori konsentratsiyaga erishish uchun vena ichiga kiritish, asosan shoshilinch operativ muolajalarda tavsiya qilinadi. Lekin shuni hisobga olish kerakki, ko'pgina zamonaviy antibakterial preparatlar, birinchi o'rinda ftorxinolonlar peroral qabul qilinganda ham yaxshi biologik faollikka ega. Antibakterial preparatlarni mahalliy qo'llash tavsiya qilinmaydi, ushbu qabul qilish to'rining samaradorligi tasdiqlanmagan.

Urologiyada operatsiya turiga qarab tavsiyanoma.

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika rejasida barcha urologik muolajalarni ochiq, endoskopik va diagnostik muolajalarga bo'lish mumkin.

Urologik operatsiyalar tasnifi. Nisbatan operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika tadbirlari.

OCHIQ OPERATSIYALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Siydik yo'llaridagi operatsiyalar ichak segmentlari ishtiroki bilan • Siydik yo'llaridagi operatsiyalar, ichak segmentlari ishtirokisiz • Siydik ajratish yo'llarini ta'sirlamasdan o'tkaziladigan maxsus operatsiyalar <ul style="list-style-type: none"> ✓ implantatorlar qo'llanilishi bilan jinsiy a'zo va sfinkter va urug'donlarni protezlash ✓ jinsiy a'zolarda (qayta tiklovchi) rekonstruktiv operatsiyalar – shoshilinch operatsiyalar va ikkilamchi operatsiyalar
ENDOSKOPIK OPERATSIYALAR	<ul style="list-style-type: none"> • Uretrada • Prostatada

	<ul style="list-style-type: none"> • qovuqda • Siydik yo'li va buyraklarda • Perkutan litolapaksiya • Distansion zarb to'liqli litotripsiya • Laparoskopik operatsiya
DIAGNOSTIK TADBIRLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Prostata biopsiyasi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transrektal ✓ Oraliqdan • Uretrotsistokopiya • Ureterorenoskopiya • Teri orqali piyeloskopiya • Laparoskopik muolajalar

Ichaklar ishtiroki bilan kechadigan urologik operatsiyalar.

Ichak segmentlari ishtiroki bilan kechadigan operativ tadbirlardan so'ng ko'pincha operatsiyadan keyingi infeksiya rivojlanadi, unga ichak florasi sabab bo'ladi: bular ko'pincha E.coli va Enterobacteriaceae mikroa'zoizmlari, enterococci, aeroblar va streptococci, jarohat infeksiyasiga - staphylococci. Shunga ko'ra aminopenitsillin/atsilaminopenitsillin BLI bilan yoki sefalosporinlarning 2-avlodi metronidazol bilan birga qo'llash tavsiya qilinadi.

Siydik pufagini kattalashtirish maqsadida o'tkazilgan operatsiyalarda klinik tekshiruvlar yordamida tasdiqlanmagan vaqtda operatsiyadan keyingi antibakterial profilaktika muddati haqidagi savol bahsli bo'lib qolmoqda. Doimiy karter mavjudligi va ichak segmentidan shakllangan qovuqning doimiy sug'orilishi operatsiyadan so'nggi bakteriemiya, alohida hollarda portal piemiya sabab bo'ladi.

Ichaklar segmentlari ishtirokisiz kechadigan urologik operatsiyalar.

Odatda, ichak segmentlari ishtirokisiz kechadigan ochiq operatsiyalarda antibakterial profilaktika o'tkazish shart emas. Buni faqat infeksiyon asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bemorlarda yoki anamnezida siydik ajratish trakti infeksiyalariga ko'rsatma bo'lsa, PBTUR oldidan o'tkazish zarur. Ko'p hollarda E.coli, Proteus spp., Klebsiella spp., jarohat infeksiyasida - stafilokokklar uchraydi. Kasallik mikroflorasi, asosan doimo kateterda yuradigan bemorlarda, e'tiborga olinishi kerak.

Operatsiyadan oldingi profilaktika uchun antibakterial preparatlarni patogen mikroflorani cho'ktirish spektriga qarab tanlash tavsiya qilinadi va ular peroral va parenteral ftorxinolonlarni, aminopenitsillinlar beta-laktamaza ingibitorlari bilan, sefalosporinlar 2-avlodini o'z ichiga oladi. Sefalosporinlar 3-avlodi va beta-laktamaz ingibitorli atsilaminopenitsillinni infeksiyon asoratlari rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga, antibakterial preparatlarni erta qabul qilgan bemorlarga yoki bemorlarda doimiy kateter yoki nefrostomik drenaj bo'lganda tavsiya qilinadi.

Siydik ajratish yo'llariga zarar yetkazmasdan qilinadigan operatsiyalar.

Odatda, jinsiy a'zolarida uzoq davom etadigan rekonstruktiv operatsiyalar bo'lmaganda yoki implantatsion xirurgiyada operatsiyadan oldin antibakterial profilaktikani o'tkazish talab qilinmaydi. Bu vaqtda stafilokokkli infeksiyani oldini olish uchun sefalosporinlarning 1-2 avlodi tavsiya qilinadi.

Endourologik operatsiyalar.

Odatda operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika faqat infeksiyon asoratlar rivojlanish xavfi yuqori bo'lganda tavsiya qilinadi. PBTUR ga uchragan bemorlarda prostataning kattaligi (45 g.dan ortiq) operatsiya vaqti (30 min.dan ortiq) va o'tkir siydik tutilishi (32) qo'shimcha xavf tug'diruvchi omillar bo'lib hisoblanadi. Bunday vaziyatda ftorxinolonlar, sefalosporinlar II avlodi, aminopenitsillin beta-laktamaz ingibitori bilan va ko-trimaksozol mos keluvchi antibakterial preparatlar bo'lib hisoblanadi.

Ftorxinolonning ko-trimaksozol bilan qisqa profilaktik kurslari orasida qiyosiy tekshirishlar o'tkazilmagan.

Agar bemor preparatlarning tabletka shaklini qabul qila olsa, bunda preparatlar profilaktikasida ftorxinolon (muntazam ichishga) yoki fosfomitsin trometamol (2 doza ichishga) qo'llaniladi. Laparoskopik operatsiyalar, masalan varikotsele, limfadenomektomiya, nefroektomiya, radikal prostatektomiyada klinik tekshirishlarning statistik ahamiyatli ma'lumotlari yo'q. Biroq bunday operatsiyalarda antibakterial profilaktikani xuddi ochiq operatsiyalardagidek o'tkazishga to'g'ri keladi.

Diagnostik urologik chora-tadbirlar.

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika, masalan, peroral ftorxinolonlar yordamida, aminoglikozidlar, sefalosporinlar II avlodini metronidazol bilan birga yoki aminopenitsillinni beta-laktamaz ingibitori bilan birga qabul qilish faqat prostata bezining yo'qon igna bilan biopsiyasidan keyin amalga oshiriladi. Antibakterial profilaktikani boshqa diagnostik muolajalarda infeksiyon asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda o'tkazishga to'g'ri keladi. Bunday holatda qo'llaniladigan preparatlar peroral/parenteral ftorxinolonlar yoki ko-trimaksozol hisoblanadi.

Siydik ajratish yo'llarini operatsiyadan keyin drenajlash.

Operatsiyadan keyin siydik ajratish yo'llarini drenajlashning davom etishi (masalan, doimiy kateter, stent, nefrostomik drenaj) profilaktika maqsadida antibakterial preparatlarni qo'llashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Siydik yo'llari infeksiyasi kelib chiqqanda qo'zg'atuvchi va uning sezgirligi aniqlangunga qadar empirik antibakterial preparat qo'llashga to'g'ri keladi. Simptomsiz bakteriuriyani davolash operatsiya muolajasidan oldin yoki drenaj olingandan keyin o'tkaziladi.

Farmakoekonomika.

Nozokomial infeksiya ustidan butun jahon nazorati doirasida o'tkazilgan eng yirik tajriba natijalari shuni ko'rsatdiki, SYI (42%) va undan keyingi jarohat infeksiyasi (24%) operatsiyadan keyingi asoratlar strukturasi nisbatan tez-tez uchraydi. Agar ularning oldi olinsa, davolanish narxi sezilarli pasayadi. lekin bu tajribada urologiyada operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaning samaradorligiga yetarli ahamiyat berilmagan. Profilaktik maqsadda (5.7% bilan taqqoslaganda 2.1%) antibakterial preparatlar qabul qilgan bemorlarda SYI rivojining

o'rtacha xavfi 50% ga pasaygani ko'rsatilgan, distantsion zarb to'lqinli litotripsiya qo'llanilgan 8 ta prospektiv nazoratga olingan randomizirlangan izlanishlarning mettahlili bundan istisnodir. Bunda antibakterial profilaktikaning olib borilishi TTYoM(DUVL) bahosini ozroq oshishiga va SYI rivojining oldini olgan. Urologiyada boshqa xil operatsion aralashuvlarda bunga o'xshash izlanishlar bo'lmagan.

SYI ning diagnostik mezonlari (IDSA/ESCMID tavsiyalariga asosan modifikatsiyalangan).

Toifalar	Klinik ko'rinishi	Labarator ko'rsatkichlar
1. O'tkir asoratlanmagan siydik yo'li infeksiyasi (SYI). Ayollarda o'tkir asoratlanmagan sistit.	Dizuriya, imperativlik, tez-tez siyish, qovuq ustida og'riq, shungacha 4 hafta ichida SYI bilan og'rimaganligi	≥ 10 mm ³ /leykotsitlar ≥ 103 KOE niya hosil qiluvchi birlik (K.X.K.B)/ml.
2. O'tkir asoratlanmagan piyelonefrit.	Yuqori temperatura; yon tomonidan og'riq; boshqa diagnozni bartaraf qilish; Bemor anamnezi va klinik ma'lumotlar asosida boshqa urologik simptomlarni inkor qilish (UII, rentgenologik tekshiruvlar).	≥ 10 leykotsitlar/mm ³ \geq KHQB/ml.
3. Asoratlangan SYI.	1 - 2 - toifalardagi simptomlarni qo'shib kelishi, bir yoki bir necha omillar S.Y.I asoratlari bilan bog'liqligi.	≥ 10 leykotsit/mm ³ ≥ 105 KHQB/ml ayollarda. ≥ 104 KHQB/ml erkaklarda
4. Simptomsiz bakteriuriya	Klinik belgilari yo'q.	≥ 10 leykotsit/mm ³ ≥ 105 KHQB/ml bak. siydikni ikki ulushini ekish ≥ 24 soatdan keyin alohida.
5. Qaytalangan SYI mikroblarga qarshi profilaktika choralari).	Har qanday vaziyatda 12 oydan so'ng bakterial ekish; anatomik va funksional o'zgarishlarning yo'qligi.	≥ 103 KHQB

SO'U– siydikning o'rtali ulushi.

SYI – siydik yo'li infeksiyasi.

Urologiya amaliyotida mikroblarga qarshi davolashda tavsiyalar

Diagnoz	Eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchilar	Boshlanqich, emperik antimikrob terapiya	Davolashning davomiyligi.
O'tkir asoratlanmagan sistit	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • Klebsiella • Proteus • Staphylococcus 	<ul style="list-style-type: none"> • Trimetoprim–sulfametaksa zol. • Ftorxinolonlar Alternativ preparatlar: <ul style="list-style-type: none"> • Fosmomitsina–trometramol. • Pivmetsillin • Nitrofurani. 	1-3 kun
O'tkir asoratlanmagan piyelonefrit.	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • Klebsiella • Proteus • Staphylococcus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolonlar • Sefalosporinlar (2-3- avlodi) Alternativ preparatlar <ul style="list-style-type: none"> • Aminopenitsillin/ingibitorlar β- laktamaz • Aminoglikozidlar. 	7-10 kun
SYI ning asoratlanuvchi omillari bilan Nozokominal SYI O'tkir piyelonefrit asoratlari bilan	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • Enterococcus • Pseudomonas • Staphylococcus • Klebsiella • Proteus • Enterobacter • Boshhalar. • Enterobacteriya • (Candida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolonlar • Aminopenitsillin/ingibitorlari β –laktamaz • Sefalosporinlar (2-3 avlodi) • Sefalosporinlar (3-avlodi) • Aminoglikozidlar 1-3 kun ichida (noadekvat) boshlangan davo muolajalarining samarasizligi yoki og'ir klinik kechgan hollarda 	3-5 kunlardan keyin temperatura tushishi/asoratl anuvchi omillarni bartaraf etish.
		Pseudomonasga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi preparatlar: <ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolonlar, agar oldin qo'llanilmagan bo'lsa. • Atsilamipenitsillin/ingibitorlari β –laktamaz • Sefalosporinlar 3-avlodi • Karbapenlar • \pmAminoglizidlar Candida bo'lgan holatda: <ul style="list-style-type: none"> • 5. Flyuqonazol • 6. Amfoteritsin B 	
O'tkir yoki surunkali	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • boshqa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolonlar O'tkir bakterial prostatitda alternativ 	O'tkir kechishi 2 hafta ichida.

prostatitlar	Enterobacteria • Pseudomonas • Enterococclar • Staphylococcus • Chlamidia • Ureaplasma.	preparatlar • Sefalosporinlar 2– avlodi • Sefalosporinlar 3a/b avlodi.	Surunkali kechishi 4–6 hafta va undan ko'p.
--------------	--	--	--

**Urologiyada operatsiyadan oldin profilaktika uchun antimikrob
preparatlar qo'llanishga tavsiyalar.**

Ma'lumotlar	Ko'p uchrab turadigan qo'zg'atuvchi	Antibakterial preparatlar tanlash	Alterntiv antibakterial preparatlar	Qo'llash
1. Operatsiyani boshlanishi. Ochiq operatsiyalar.				
Siydik ajratish yo'llari, ichak segmenti plastikasi operatsiyasi bilan birga	Enterobacteria cea Enterococci Anaeroblar jaroqat infeksiyalari: Staphylococci	Aminopenitsillin/ β –laktamaz ingibitor. Tsefalosporenlar 2– avlodi/ metronidazol.	Yuqori havfli kasallarga: Tsefalosporinlarni 3– avlodi. Atsilamipenitsillin/ β – laktamaz ingibitori.	Barcha bemorlarda.
Siydik ajratish tizimi ichak sigmenti qo'shilmaligi bilan	Enterobacteria cea Enterococci Anaeroblar jaroqat infeksiyalari: Staphylococci	Ftorxinolonlar tsefalosporinlar 2– avlodi/metronidazol Aminopenitsillin β –laktam indikator.	Yuqori xavflibo'lgan bemorlarga: Tsefalosporinlar 3– avlodi. Atsilamipenitsillin/ – laktam ingibitorlari	Yuqori havfli bemorlarga infeksiya rivojlanishi bilan.
Ko'chirib o'tkazish, protezlash: jinsiy alomatni sfinkterni.	Staphylococci	Tsefalosporinlar 1– 2–avlod		Barcha bemorlarda.
Qayta	Staphylococci	Tsefalosporinlar		2 lamchi

tiklanuvchi operatsiyalar: jinsiy a'zolarida.		r 1– 2–avlod		operatsiyalarda, infeksiya rivojlanishi xavfi bor bemorlarga
	Staphylococci	Tsefalosporinlar 1– 2–avlod		Infeksiyalangan bemorlarda yuqori xavfi bemorlarda qo'llash.

2. Endoskopik operatsiya

Uretra, prostata bezi, siydik kanali, buyrak, TTYoM(EUVL) va metolopas kiyateri orqali.	Enterobacteria cea Staphylococci Enterococci	Ftorxinolonlar Aminopenitsillin β –laktamaz ingibitorlari tsefalosporinlar 2–avlodi. Fosfolitsilin trometramol.	Ko–trimaksa zol. Aminoglikozidlar.	Infeksiya rivojlanish xavfi bor bemorlarda.
---	---	---	------------------------------------	---

3. Diagnostik aralashmalar.

Prostatani transrektal biopsiyasi. (ingichka igna bilan).	Enterobacteria cea Enterococci Anaeroblar Streptococci	Ftorxinolinlar Aminopenitsillin β –laktamaz ingibitori, 2–avlod sefolosporinlar/metronidazol	Aminoglikozidlar, Ko–trimaksazol.	Barcha bemorlarda
Prostata bezini oraliq biopsiyasi Uretrotsistoskopiya Ureterorenoskopiya Perkutan piyelostomiya Laparoskopik muolajalar	Enterobacteria cea Enterococci Streptococci	Ftorxinolonlar Aminopenitsillin (β –laktom ingibitori) Tsefalosporinlar 2–avlodi.	Ko–trimaksazol	Infeksiyalanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda

Antibakterial preparatlar.

Guruh	Preparatlar
Kombinatsiya Trimetoprimo–sulfometoksazol	Trimetoprim, ko–trimoksozol (TMR–SMX),

	kotetroksoprim, (TXR–SDX) sulfamerazin
Ftorxinolonlar^{1,2}	
1–guruq	Norfloksatsin, pefloksatsin
2– guruq	Enoksatsin, fleroksatsin, ofloksatsin, Tsiprofloksatsin
3–guruq	Levofloksatsin, sparfloksatsin
4–guruq	Gatifloksatsin, moksifloksatsin
Makrolidlar	Eritromitsin, roksitromitsin, klaritromitsin, azitromitsin
Tetratsiklinlar	Doksitsiklin, minotsiklin, tetratsiklin
Fosfomitsin	Fosfomitsin–sodium, fosfomitsin– trometramol ³
Nitrofuranlar⁴	Nitrofurantoin
Penitsillinlar	
Benzilpenitsillin	Penitsillin G
Fenoksimpenitsillinlar	Penitsillin V, propitsillin, azidotsiklin
Izoksasazolilpenitsillinlar	Oksatsillin, kloksatsiklin, dikloksatsillin, Flyo`qloksatsillin
Aminobenzilpenitsillinlar ⁵	Ampitsillin, amoksitsillin, bakampitsillin
Aminopenitsillinlar/ β –laktamaz ⁶ Ingibitorlari	Amitsillin/sulbaktam, Amoksitsillin/klavulanovaya kislota ⁷
Atsilamopenitsillinlar	Apaltsillin, azlotsillin, mezlotsillin, Piperatsillin
\pm β laktamaz ⁶ ingibitori	PipertsillinG`taobaktam, sulbaktam
Tsefalosporinlar	
1 - avlod(og`iz orqali)	Sefaleksin, Sefadroqsil, Sefaklor
2 - avlod (og`iz orqali)	Sefprozil, lorakarbef, sefuroksim
3 - avlod (og`iz orqali)	Sefpodoksima proksitil, sefetamet pivoksitil, siftizoksim, sefiksim
1 - avlod (tomir orqali)	Sefazolin, sefazidon
2 - avlod (tomir orqali)	Sefamandol, sefuroksim, sefotiam
3a - avlod (tomir orqali)	Sefmenoksim, sefodizim, sefotaksim, tseftizoksim, seftriakson
3b - avlod (tomir orqali)	Sefoerazon, seftazidim, sefepim, sefpirom
4 - avlod (tomir orqali)	Sefsulodin
5 - avlod (tomir orqali)	Sifoksitin, sefotitan, flomoksef
Monobaktamlar	Aztreonam
Karbapenemlar	Imipenem, meropenem
Aminoglikozidlar	Gentamitsin, netilmitsin, tobramitsi, Amikatsin
Glikopeptidlar	Vankomitsin, teyqoplanin

1 – Paul Ehrlich guruqi kimyoterapiya ma'lumotlariga ko`ra taxminiy tasnifi.

2 – faqat yoshi katta, homiladorlar va emizikli ayollardan tashqari.

- 3 – faqat ular asoratlanmagan sistitda bir martalik rejim dozasi.
- 4 – chaqaloqlarda va buyrak funksiyasi buzilganlarga qarshi ko'rsatma.
- 5 – nogironlarni davolashga rezistentligi, shuni o'ylab ko'rish kerak peranim ular β – laktamazalar qo'llab chiqaradi.
- 6 – β –laktamaz ingibitorlari faqat β –laktam antibakterial preparatlari bilan
- 7 –eritma holida saqlash nomaqbul.

Penitsillinlar.

Penitsillin G va og'iz orqali penitsillinlar, penitsillin V, propitsillin, azidotsiklin streptokoklarga va pnevmokoklarga qarshi yuqori ichki faollikka ega. Ammo mazkur guruh preparatlarida pnevmokoklarning rezistentligi har xil faoliyatlarda o'zgaruvchan bo'lishi mumkin. Germaniyada penitsillinga pnevmokoklarning rezistent ko'rsatkichi hozirgi kunda ham $<1\%$. oshmagan. Ta'sir doirasi tor bo'lgani uchun ulardan penitsillin urogenital infeksiyani davolashda hech qanday rol o'ynamaydi.

Aminopenitsillinlar, masalan ampitsillin, amoksitsillin keng ta'sir doirasiga ega. Streptokokk va pnevmokokkdan tashqari ular enterokokklar Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Listeria, E.coli, P.mirabilis, Salmonella va Shigella spp.; ta'sir qiladi, Ammo rezistent shtamlari uchrab turadi. Aminopenitsillinlar β –laktamazga sezgir. Kuzatishlaricha ular ma'lum turlarga qarshi yetarli faollikka ega emas. Masalan, Staphylococci, Moraxella, catarrhalis, Bacteroides fragillis va boshqa enterobakteriyalar. Bu interval faollik spektrida β –laktamaz ingibitorlar (klavulan kislota, sulbaktam.) qo'llanganda yopiq bo'lishi mumkin. Amoksitsillin bilan klavulan kislota va ampitsillin bilan sulbaktam tiklangan kombinatsiya ko'rinishida sotuvda mavjud. Aminopenitsillinlarni β –laktamaz ingibitorlari bilan kombinatsiyasini qo'llash yoki respirator infeksiya SYI teri va yumshoq to'qima infeksiyasida ko'rsatma hisoblanadi.

Atsilaminopenitsillinlarga apatsillin, aziotsilin, meziotsillin va pipiratsillin kiradi; ular enterokokklarga, entrobakteriyalarga va Pseudomonasga (meziotsillin faolligi kamroq) yuqori faollikka ega. Atsilaminopenitsillin β –laktamazalar tomonidan gidrolizlanadi va faqat β – laktamaz ishlab chiqaruvchi B. fragilis stafilokokk va kamroq eterobakteriya shtamplariga qarshi faollikka ega, agar β –laktamaz ingibitorlari bilan kombinatsiyasi asosida qo'llanilsa. Bu kombinatsiya keng spektrli faollikni ta'minlaydi va ularni ko'plab vaziyatlarda tavsiya qilsa bo'ladi, shu bilan birga siydik yo'llari infeksiyasi asoratlarida va urosepsisda ishlatsa bo'ladi.

Sulbaktam bilan erkin kombinatsiyasi maqsadga muvofiqdir, yoki tazobaktam va piperatsillin doimiy kombinatsiyasi mavjud bo'lib, qo'llanishga qulay va maxsus klinik tekshirishlar o'tkazilganda yaxshi natijali ma'lumotlar olingan.

Izoksazolilpenitsillinlar qisqa spektrli faollikka ega bo'lib, oksatsillin va flukloksatsillin bilan parenteral qo'llaniladi va faqat S. aureus infeksiyasi tomonidan chaqiruvchilarga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Mana shu suboptimal farmakoqinetik ko'rsatkichlarga asoslanib teri, yumshoq to'qima, quloq, burun va tomoq infeksiyalari o'tkir kelganda qo'llaniladi. Ular siydik yo'llari infeksiyasini davolashda unchalik ahamiyatga ega emas, ammo jinsiy a'zolarning stafilokokkli absesslarida qo'llaniladi.

Parenteral sefalosporinlar.

Paul Ehrlich kimyoterapiya jamiyati qo'llanmasiga qo'shilgan holda, parenteral sefalosporinlar doirasiga asosan 5 ta guruhga bo'linadi.

Sefalosporinlarning birinchi avlodi (sefazolin, sefazedon) streptokokk va stafilokokklarga qarshi faoldir. (pentsillin G rezistent shtamplar bilan). Ular grammanfiy mikroorganizmlarga qarshi nofaol, hamma sefolosporinlar singari, sefazolin enterokokklar va MRSA va metitsillen–rezistent koagulazonegativ stafilokokklarga (MRSE) qarshi faol emas.

Sefalosporinlarning 2-avlodi, sefalosporinlarning 1-avlodiga nisbatan, sefuroksim, sefotiam va sefamandol grammanfiy qo'zg'atuvchilarga va stafilokokklarga qarshi o'ta faol.

Sefalosporinlarning 3a avlodi grammanfiylarga qarshi o'ta faol va stafilokokklarga nisbatan pastroq faollikka ega. Ular o'zlarining farmakokinetik xususiyati bilan farqlanadi.

Sefalosporinlarning 3b avlodi, masalan, seftazidim, sefepim, sefaperazon va sefpirom qo'shimcha ravishda Pseudomonasga qarshi o'ta faol, ammo sefaperazon faolligi P. Aeruginosaga qarshi (boshqa preparatlarga) shu guruhga nisbatan boshqa preparatlarga nisbatan nofaol.

Sefsulodin sefalosporinlarning 4 avlodida alohida o'rin egallab o'zining terapevtik xususiyatiga asosan P. aeruginosa bilan chegaralanadi.

Sefalosporinlarning 5-avlodi o'zining anti-anaerob faollikka ega. Bu sefalosporinlar 1 va

2-avlodiga nisbatan Grammanfiy bakteriyalarga o'ta faol, ammo ularning ko'pchiligi 3-guruh avlodiga nisbatan zaifroq faollikka ega. hozirgi kunda sefoksitin shu guruhda yagona preparat bo'lib, ayrim mamlakatlarga sotuvga chiqarilgan.

Paul Ehrlich Jamiyatining kimyoviy usulda davolash ma'lumotlari asosida tasdiqlangan parenteral sefalosporinlar tasnifi.

	Generik nomlanishi	Guruhning o'ziga xosligi
1-guruh (1-avlodi)	Sefazolin Sefazedon	<ul style="list-style-type: none">• Gramm (+) shu bilan kamroq gramm (–) bakteriyalarga qarshi.• Stafilokokkli penitsillinazaga qarshi chidamli• β-laktamazli grammanfiy bakteriyalarga chidamsiz
2-guruh (2-avlodi)	Sefuroksim Sefotiam Sefamandol	<ul style="list-style-type: none">• gram (Q) bakteriyalarga qarshi yaxshi faol, ammo 1-guruhga nisbatan zaifroq• gramm (–) bakteriyaga qarshi 1-guruhga nisbatan o'ta faol• β-laktamazli gramm (–) bakteriyalarga qarshi chegaralangan chidamli.
3a-guruh (3-avlodi)	Sefotaksim Seftriakson Seftizoksim	<ul style="list-style-type: none">• 1 va 2 guruhlardek gramm (–) bakteriyalarga qarshi faol ta'sirga ega.• Ko'plab β-laktamaz gramm (–) bakteriyalarga

	Sefmenoksim Sefodizim	qarshi chidamli. • Stafilokokklarga qarshi mikrobiologik faolligi kam.
3b-guruh (3-avlodi)	Seftazidim Sefepim Sefpirom Sefoperazon	• Antibakterial spektri 3-guruhga o'xshash • Pseudomonas aeruginosaga qarshi faoldir
4-guruh	Sefsulodin Tor antibakteralli spektr	• Faqat P. aeruginosaga qarshi faol ta'sir ko'rsatadi
5-guruh (2va 3 avlodlari)	Sefoksitin* Sefotetan° Flomoksel°	• Anaerob bakteriyalarga qarshi faol ta'sir ko'rsatadi • Gramm (-) bakteriyalarga qarshi faolligi 2-guruhdan yuqori, ammo 3a/b guruhdan past • Stafilokok

Oral sefalosporinlarning tasnifi.

Oral sefalosporinlar	
1-guruh	Sefaleksin Sefadroqsil Sefaklor
2-guruh	Sefprozil Lorakarbef Sefuroksim aksetil
3-guruh	Sefpodoksim Proksetil Sefatamet pivoqsil Seftibuten Sefiksim

Sefalosporinlarning birinchi guruhiga quyidagi preparatlar kiradi: sefaleksin, sefadroqsil, sefaklor.

Ular asosan Gramm (+) koklarga, hisman H. Influenzae ga (sefaklor) ta'sir qiladi.

Bular asosan teri va to'qimaning yengil infeksiyalarida, qisman nafas yo'llari infeksiyalarida ham qo'llaniladi. Ular cheklangan holda Enterobacterialarga ta'sir qiladi; – bu preparatlarni boshqa antibiotiklarni cheklangan hollarda bolalarda yosh homilador ayollarda SYI ning asoratlanmagan turlarini davolash va profilaktikasi uchun qo'llaniladi.

2 -guruh sefalosporinlar. Sefprozil faolligi sefoklarga nisbatan S.aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, H.influenzae va

M.catarrhalislarga qarshi faol ta'sir qiladi. Ammo E.coli, Klebsiella va P.mirabilislarga qarshi ta'siri sefplozil, sefoklarga nisbatan sustroq.

Lorakarbef struktura tuzilishi bo'yicha sefaklarga yaqin preparat hisoblanadi. Sefaklardan farqli ravishda eritmada stabil, farmakoqinetik xususiyati yaxshiroq va keng doirali antibakterial faolligiga ega. Ammo stafilakokka qarshi ta'siri sefaklarga nisbatan sustroq. Asosiy ko'rsatmasi: respirator infeksiya, teri va yumshoq to'qimalar infeksiyasi, asoratlanmagan SYIdir.

Sefuroksima aksotil q-laktamazaga stabil shuning uchun yuqorida keltirilgan preparatlarga nisbatan faolligi kengroq. Bu preparat asosan yuqori infeksiyalar (o'rta otit) va pastki nafas yo'llaridagi, teri va yumshoq to'qimalarning infeksiyalarida va SYI larida ishlatiladi.

Og'iz orqali beriladigan sefalosporinlarning 3-avlodi Enterobacter lar 2-avlodidagi preparatlaoga qaraganda ta'sir spektri kengroq va yuqori faollikka ega. Ammo Gramm (+) bakteriyalarga ta'siri kam. Sefpodoksim proksitil stafilakokklarga nisbatan faolligi turg'undir. Sefament pivoqsil, sefatibuten va sefeksim yuqorida keltirilgan mikroorganizmlarga ta'sir qilmaydi.

Asosan etiologik omilni yo'qotish uchun nafas yo'li infeksiyalarida Enterobacterae guruhi keltirib chiqargan infeksiyalar, masalan, SYI yoki bemorlarda infeksiyalar immunosupressiya bilan kelib chiqsa, peroral sefalosporinlarning 3-chi avlodini qo'llashdan keyin antibakterial terapiyani davom ettirish mumkin. Sefiksinni so'zakda ham qo'llanilishi aniqlangan.

Monobaktamlar

Bu guruhda ko'pincha aztreonam qo'llaniladi. U faqat Gram (-) aeroblarga qarshi faol hisoblanadi. Shunga ko'ra bu preparatning ta'sir doirasi va faolligi jihatidan parenteral sefalosporinlarning 3b guruhi bilan analog hisoblanadi.

Karbapenemlar.

Karbapenemlar – Grammusbat va grammanfiy bakteriyalar, anaeroblarga qarshi faolligi yuqori, ta'sir doirasi keng bo'lgan preparat. Bu preparatlar asosan aralash infeksiyalarda va hayotga xavf tug'duruvchi urosepsisda boshlanqich terapiya sifatida qo'llaniladi. Imipenemsilastatin va meropenem preparati sotuvda bor.

Ftorxinolonlar

Ftorlanmagan xinolonlar – antibakterial faolligi pastligi sababli, qo'llashga tavsiya etilmaydi. Paul Ehrlich jamiyati ma'lumotlariga asosan kimyoterapiyada ftorxinolinlar doira faolligiga, farmakoginetik xususiyatiga va qo'llanilishiga ko'ra asosan 4 guruhga bo'linadi.

Ftorxinolonlar tasnifi (Kimyoterapiya bo'yicha Paul Ehrlich jamiyatining modifikatsiyalangan ma'lumotiga binoan)

Generik nomlanishi	Sotuvdagi nomi	Guruhlarning karakterli belgilari
1-guruh	Norfloksatsin Pefloksatsin	Ba'zi davlatlarda masalan: Germaniya, Fransiya, va boshqalarda bu preparatlarni SYIda qo'llash cheklangan, vaholanki –

		peflokstsatin sistemali qo'llashga qulaydir
2-guruh	Enokstsatin Flerokstsatin** Oflokstsatin Siproflokstsatin	Sistemali qo'llashga ko'rsatmalar turlicha
3-guruh	Levoflokstsatin Sparflokstsatin	Gram (+) va «aturik» patogenlarga qarshi faolligi isbotlangan.
4-guruh	Gatiflokstsatin Moksiflokstsatin	Gram (+) va «aturik» patogenlar va anaeroblarga qarshi faolligi isbotlangan.

SYI – siydik yo'li infeksiyasi

* - identifikatsiyalangan patogen floraga qarshi o'sishning faolligiga ko'ra in vitro (minimal ingibirlovchi konsentratsiya) joylashadi.

*** - surunkali bronxitning qo'zish davrida, SYI da, so'zakda, OIT (me'da ichak trakti) infeksiyasida qo'llash asosan o'rganilgan.

1-guruh ftorxinolonlarni SYI da qo'llash ba'zi mamlakatlar masalan: Germaniya, Fransiya, va boshqa davlatlarda cheklangan; boshqa kasalliklarda peflokstsatinni 2-chi shakli, parenteral va peroral usulda ishlatiladi. Norflokstsatin – parenteral yuboriladigan antibakterial preparat sifatida qo'llanilmaydi.

2-guruh ftorxinolonlar sistemali ravishda turli xil ko'rsatmalarda qo'llaniladi. Ularga SYIlari, nafas yo'li infeksiyalari, teri va yumshoq to'qimalar, suyak va bo'gimlari infeksiyasida, sepsisda shu jumladan sistemali infeksiyalarda ham qo'llaniladi.

2-guruh fotoxinollardan - Enterobacteriaceae va H.influencae ga qarshi yuqori faollikka va stafilokokklarga, enterokokklarga, pnevmokokklarga qarshi kam faollikka ega, shu jumladan «aturik patogen»larga ham qarshi ta'sirga ega (Chlamydia, Legionella va Mycoplasma). Ular P.aeruginosa ning ko'pgina shtammlariga qarshi faol bo'lib, Siproflokstsatin in vitro faolroq hisoblanadi. qo'shimcha qilib aytganda Flerokstsatin, Oflokstsatin va Siproflokstsatinlarni parenteral qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi.

3-4 guruh Ftorxinolonlarning faollik doirasi (levoflaksatsin va sparflokstsatin) 2-guruh ftorxinolonlardan bir muncha farq qiladi va ularning ko'pchiligi Grammusbat bakteriyalarga qarshi yuqori ichki faollikka ega. Masalan: stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar va enterokokklar hisman Grammanfiy bakteriyaga qarshi faol. Shuni ham aytish kerakki, ularning «aturik» mikroorganizmlar (Chlamydia, Legionella va Mycoplasma) ga qarshi samarali ta'siri isbotlangan.

Ftorxinolonlarning 4-guruhi anaeroblarga qarshi samarali ta'sirga ega. Faqatgina levokstsatin, chapga siljuvchi enantiomer oflaksatsin, 3-guruh ftorxinolon parenteral qo'llash uchun qulaydir.

Levofloksatsinning guruhlanishi mantiqsiz, chunki levofloksatsin – ofloksatsinning (ftorxinolonlarning 2-guruhiga kiradi) faol qismi hisoblanadi.

Levofloksatsin asosan respirator infeksiyalarda, SYI da buyraklar orqali ajralishida, teriva yumshoq to'qimalar infeksiyasida qo'llaniladi.

Ftorxinolonlarning 4-guruhi ichida gatifloksatsin, moksifloksatsin va trovafloksatsinlarni qo'llashga ruxsat berilgan. Ammo 1999 yil trovafloksatsinni qo'llashgach man etilgan, chunki og'ir asoratlarni keltirib chiqargan. hozirgacha ftorxinolonning mazkur keltirilgan guruhi parenteral ishlatilmaydi. Nafas yo'llari infeksiyasidan tashqari, bu guruh preparatlari ta'sir doirasi keng preparatlarga kiradi, va teri, yumshoq a25a TD to'qima, qorin ichi infeksiyalarini davolashda keng qo'llaniladi, shu bilan ginekologik infeksiyalarda tabletka ko'rinishida ishlatiladi. Ammo (oxirgi davolash yo'llari muammosi) mazkur preparatlar bilan kasallikni davolash muammosi oxiriga yetkazilmagan. Gatifloksatsinni tabletka shaklida qabul qilishda asosan (84% atrofida) buyraklardan ajraladi. Tekshirishlarda, shu bilan asoratlangan va asoratlanmagan SYI davosida to'g'ri keladi. Moksifloksatsinning tabletka qabul qilingandan keyin buyrak ekskretsiyasi 20% atrofni tashkil qiladi.

TMR-SMX

TMR ning asosiy ko'rsatmasi yoki uning sulfanilamidlar bilan kombinatsiyasi, Masalan, SMX siydik yo'llari infeksiyasiga davo hisoblanadi. TMR SMX, bilan yoki usiz sistit retsidiviga profilaktika maqsadida qo'llashi mumkin. E.coli ga qarshi rezistentlik ko'rsatkichi har xil mamlakatlarda turlicha. O'tkir asoratlanmagan sistit yoki piyelonefritda rezistentlik ko'rsatkichi 10-20% lar atrofida va undan yuqori bo'lsa ular emperikterapiya maqsadida qo'llanilmaydi.

Asoratlanmagan SYI, TMR–SMX ni bakterial ekishdan va sezgirlikni aniqlagandan so'ng qo'llaniladi. TMR bilan SMX kombinatsiyasi birga ishlatilsa, kam uchraydigan og'ir oqibatlariga (masalan Layela sindromi, Stivensen – Djonson sindromi va pantsitopeniyalarga) olib kelishi mumkin.

Fosfamitsin.

Fosfamitsin Gramm (–) va Gramm (+) bakteriyalarga qarshi faoldir. Fosfamitsinning natriyli tuzi faqat parenteral qo'llaniladi. Fosfamitsin trimetramol bir martalik dozada (3 g) ayollarda asoratlanmagan sistitlarda ruxsat etiladi

Nitrofuranelar

SYI ni davolashda nitrofuranelarni qo'llanish cheklangan. Chunki qon zardobida preparat kotsentratsiyasi past bo'ladi. Ammo E.coli, Citrobacter va Klebsiella va Enterobacter ko'plab shtamplariga qarshi faol ta'sir ko'rsatadi, shu bilan Providencia va Seratia mazkur guruh preparatlarga rezistentdir. Proteus, P.aeruginosa va Acinetobacter lar hamma vaqt mazkur guruh preparatlariga rezistentdir. Ular Gramm (+) kokklarga, masalan, enterokokklar va stafilokokklarga qarshi faollikka ega. Ular shu bilan asoratlanmagan SYI ning profilaktikasi va davolanishida ham ishlatiladi. Asoratlanmagan siydik yo'llari infeksiyasining qisqa kursli terapiyasi samaradorligi tekshirishlarda isbotlanmagan. Ko'p yillar davolashda rezistentlikning rivojlanishi aniqlanmagan surunkali deskvamatoz interstitsialli pnevmoniya fibroz

rivojlanishi kabi. Nitrofuranolarni bilan davolash kam uchrovchi og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Makrolidlar.

Eritromitsin – tabletka va parenteral ko'rinishda qo'llaniladigan yagona preparat. Yangi Makrolidlar–roksitromitsin, klaritromitsin, azitromitsin – eritromitsindan ko'ra yaxshi o'zlashtiriladi, lekin faqat bo'lar peroral qo'llaniladi. Mikrolidlar – streptokokklar, pnevmokokklar, gardnerellar, xlamidiy, mikoplazmalar va legionellarga qarshi yuqori faollikka ega. Shunga ko'ra Makrolidlar Gramm manfiy bakteriyalarga qarshi faollikka ega emas, Ular SYI infeksiyalarni davolashda cheklangan bo'lib, C.trachomatis chaqirgan gonokokkli uretritda asosiy ko'rsatma bo'ladi.

Tetratsiklinlar.

Turli davlatlarda doksitsilliq va tetratsiklinga pnevmokokk, streptokokk, H.influenzae va E.coli lar rezistentligining rivojlanishi sezilarli farq qiladi. Shuning uchun tetratsiklin faqatgina boshlanqich emperik davolashda to'g'ri keladi. «Noturik» qo'zg'atuvchilar (xlamidiy, mikoplazma, legionella) ga qarshi, yuqori faollikka egaligi sababli ular alternativ antibakterial preparatlar sifatida qo'llaniladi, bu mikroa'zoizmlar sabab bo'lgan infeksiyalarda, masalan, gonoriyasiz uretritni C. trachomatis qo'zgatadi.

Aminoglikozidlar.

Aminoglikozidlar – faqat parenteral qo'llaniladi va ular qisqa doirali terapevtik faollikka ega. SYI larda aminoglyo'qozidlar antibiotiklar masalan: q-laktamli antibiotiklar bilan birga qo'llaniladi.

Streptomitsin – birinchi Aminoglikozidlardan hisoblanib, faqatgina tuberkulyozni davolashda qo'llaniladi.

Yangi aminoglikozidlarga – netilmitsin, gentamitsin, tobramitsin va amikatsin kiradi. Ularenterobakteriy va ko'k yiringli tayoqcha (asosan tobramitsin) ga qarshi ativlikka ega. Ularni anaeroblarga va H.influenzae qarshi ta'siri o'rganilmagan.

Glikopeptidlar.

Glikopeptidlar vankomitsin va teykoplaqin Gramm (+) qo'zqatuvlarga qarshi faoldir. Masalan, stafilokokkga (oksatsillin–rezistent shtammlari), streptokokkga, enterokokk, klostridiy, difteriya bakteriyasi va Gramm (+) aeroblar. Ular gramm (–) qo'zg'atuvchilarga qarshi faol emas.

Qo'llanilishi:

- Yuqorida ko'rsatilgan qo'zg'atuvchilarni chaqirgan infeksiyalarda hamma boshqa antibakterial preparatlarga qarshi allerik reaksiyalar rivojlansa;
- Pnevmonokokklar, streptokokklar. H.influenzae va E.coli chaqiruvchi infeksiyalar penitsillin rezistent enterokokk shtammlari yoki oksatsillin-rezistent stafilokokk shtammlari yoki multirezistent qorinobakteriyalarda;

- Tabletkada shaklida alternativ sifatida metronidazol psevdomembronali kolutlarni davolashda.

Glikopeptid – rezistentlik enterokokk va stafilokokk, pnevmokokk shtamplarini chaqiruvchi yuqori havflarda glikopeptidlarni qo'llash chegaralanadi. Aminoglikozidlarga o'xshab, glikopeptidlar qisqa doirali terapevtik ta'sirga ega.

VIII bob.

Mavzu: SIYDIK – TANOSIL A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISHI.

SIYDIK - TANOSIL A'ZOLARINING SILI.

Buyrak, siydik yo'llari va erkaklar jinsiy a'zolari sili o'pka silidan keyin birinchi o'rinda turadi. O'pka silini samarali davolanishi tufayli paralel urogenital sil bilan duchor bo'lgan bemorlarni soni kamayib qoldi, lekigin oxirgi paytda buyrak sili va erkaklar jinsiy a'zolari sili bilan hastalangan bemorlar soni ko'payib bormoqda. Aytish joiski buyrak, siydik yo'llari va erkaklarning tanosil a'zolarini sili mustaqil kasallik bo'lmay umumiy astalikni lokal ko'rinishi bo'ladi.

Klinik tajribada sil kasali barcha siydik-tanosil a'zolarining, buyrak, siydik naychalari, qovuq, siydik chiqarish kanali, tuxum va uning ortig'i, prostata bezi, urug' pufagi, urug' chiqarish yo'lida uchraydi. Siydik chiqarish a'zolarini ichida eng ko'p buyraklar, erkaklar tanosil a'zolaridan esa - moyakni ortig'ining sili ko'proq uchraydi.

Siydik – tanosil a'zolarini silini, prinsipial jihatdan xilma-xil ikki turkumga ajratish mumkin: o'tkir va surunkali. Kasallikning o'tkir turi mustaqil klinik ahamiyatga ega emas, chunki u boshqa a'zolarini sil bilan kasallanish jarayonini tarqalib ketishi natijasida vujudga kelgan, miliar sil sifatida namoyon bo'ladi. Tashxis gematogen dissiminilashgan sil bilan o'lgan bemorlarni autopsiyasidan so'ng qo'yiladi. Vrachlar kundalik tajribada asosan, silning surunkali turiga ko'proq duch keladilar. Bu tur o'zining mustaqil klinik belgilariga ega bo'lib, mustaqil nozologik tur sifatida namoyon bo'ladi. Bolalarda o'pka silidan keyin suyak-bo'g'im sili, siydik yo'llari silidan ko'ra ko'p uchraydi. Oxirgi yillarda maxsus ximioterapiyani vaqtida qo'llanishligi tufayli, siydik – tanosil a'zolari silining o'tkir generallashgan formasi juda kam uchramoqda.

Siydik-tanosil a'zolarining sili-bu iikilamchi sildir. Uni yana boshqacha qilib, a'zolar sili deb ham atashadi. Bu silni boshqa a'zolarining silidan farqi uni organizm sili bilan kasallanishning so'nggi ko'rinishini aks etishida. Kasallik boshqa a'zolarining sili bilan kasallangandan so'ng, ma'lum vaqt o'tib, keyin yuzaga chiqadi. Oxirgi paytlarda bu vaqt, ancha cho'zilib bormoqda. Shunga ko'ra siydik tanosil a'zolarini sili bilan og'riyotgan bemorlar o'rtacha yoki ko'payib bormoqda.

Kasallik mustaqil holda, ya'ni boshqa a'zoning silini klinik belgilariga o'xshashligi yoki, (ya'ni murakkablashgan turi) boshqa a'zolarining sili bilan birga kechishi ham mumkin. Keyingi yillarda siydik – tanosil a'zolari silini kech yuzaga chiqishi sababli, uni murakkablashgan turi kam uchramoqda.

BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARINING SILI.

Etiologiyasi.

Siydik tanosil a'zolari silining – etiologiyasi, uni boshqa barcha turlari kabi, ma'lum jarayon ayni kasallik chaqiruvchi mikroob, sil mikobakteriyalari (Kox batsillalari) tufayli yuzaga keladi. Turli sil mikobakteriyalarini ichidan siydik tanosil a'zolari qo'zg'atuvchisi «chelovecheskiy tip» mikobakteriyasi va 5—6% holatda «bo`chiy tip» mikobakteriyalari qo'zgatadi. Spetsifik ximioterapiyani vrachlar kundalik tajribasida mikobakteriyalarni atipik formalarini kelib chiqishiga va morfologik xususiyati o'zgarishiga olib keldi. Bu o'z navbatida tashxislashni qiyinlashishiga olib kelmoqda.

Patogenezi.

Patogenez, yaqin paytlarga qadar, kasallikning tarqalishini uchta yo'li mavjud deb hisoblab kelinardi. Qon orqali, limfa va siydik yo'li orqali. Hozirgi vaqtda kasallikning qon orqali tarqalishi va barcha siydik a'zolarining ichida birinchi navbatda buyraklarni kasallanishi aniq tasdiqlangan. Sil kasalligini birlamchi, generalazatsiyalashgan davrida, ya'ni nafas yo'llarida limfatugunlari va o'pkadagi birlamchi sil kompleksidan hamma a'zolari sil tayoqchalari bilan zararlanishi paytida buyraklar ham zararlanadi. Bu holat ikkilamchi disseminatsiya paytida ham namoyon bo'lishi mumkin. Bunda ikkala buyrakning po'stloq qavatida mayda sil o'choqlari paydo bo'ladi. Ko'p hollarda organizm yaxshi himoyalangan va yetarli immunitetga ega bo'lgan bo'lsa, bu o'choqlar tezda bitib ketadi va keyinchalik ularni klinik belgilari butunlay yo'qoladi. Lekin, ba'zi hollarda ayrim umumiy va mahalliy omillar ta'sirida, sil o'choqlari, buyrakning po'stlog'ida bitib ketmaydi, ular belgisiz qolib ketadi yoki avj oladi. Odatda avj olish jarayoni faqat bitta buyrakda yuz beradi. Boshqa buyrakdagi jarayon to'xtaydi va kasallikning boshlanishida uning belgilari ko'rinmaydi. Shunday qilib buyrak silini patogenetik va patomorfologik jihatdan ikki tomonlama jarayon bo'lishiga qaramay, klinikada u avvalom bor bir tomonlama bo'ladi. Ammo tashqi muhitning yomon ta'siri ostida hamda yaxshi davolanmaganligi tufayli bir tomonlama buyrak silini klinikasiga ikkinchi buyrakning zararlanishini belgilari ham qo'shiladi. Shu paytgacha «sog'» hisoblangan buyrakda sil kasalligini belgilari paydo bo'ladi. Klinik tajribada ikki tomonlama buyrak sili barcha buyrak sillarini 1G`3 qismini tashkil qiladi.

Keyingi yillarda aniqlanishiga ko'ra, buyrakdagi spetsifik shamollash yuzaga kelishida, nespetsifik piyelonefritda bo'lgani kabi buyrakda siydik yo'nalishuvining buzilishi muhim ahamiyatga ega. Xuddi shu fakt, buyrakni po'stloq qismidagi miliar silni, uning miya qismini destruktiv o'zgarishiga aylanishiga ta'sir ko'rsatadi, ya'ni «sub-klinik» buyrak silini «klinik» silga aylanishiga sabab bo'ladi, chunki hayot davomida siydik yo'nalishini buzilishi, buyrak silini rivojlanishini yuzaga chiqaradi va jarohatlangan buyraklarni birida kechadi. Keyingi yillarda, ayollar o'rtasida kasallarning ko'payishini ham, shu omil bilan tushuntirish kerak. Homiladorlik, ginekologik kasalliklar va jinsiy a'zoldagi bajarilgan operatsiyalar sababli, yosh va o'rta yoshdagi ayollar o'rtasida, buyrakda siydik oqimini buzilish hollari ko'p uchraydi.

Patologik anatomiya.

Mikroskopik tekshirishlarda buyrak silining boshlang'ich o'zgarishlari, oq-sariqdan kelgan har xil mayda o'choqlar holida bo'lib, buyrak to'qimasini yuzasida bo'rtib turadi. Buyrak silini « subklinik o'zgarishlarini aylanishi, undagi morfologik o'zgarishlarini, buyrakning po'stloq qismidan o'tib boruvchi spetsifik yallig'lanish infiltratining paydo bo'lishi bilan ifodanaladi. Jarayonning tobora avj olishi tufayli avval so'rg'ichlar (spetsifik papillit) so'ngra esa, kosachalarni shilliq pardasi jarohatlanadi. So'rg'ichlar, kosachalar hamda to'qimalardagi yallig'lanish jarayonini davom etishi tufayli, asta-sekin buyrak to'qimasining tvorojistiy (kazioz) parchalanishiga olib keladi, so'ngra bu yerda patologik bo'shliq – kaverno hosil bo'ladi.

Nekrozga uchragan so'rg'ich o'rnida hosil bo'lgan kaverna, kosa-jom sistemasi bilan aloqada bo'ladi. Buyrakni to'qimasini ichida hosil bo'lgan kaverna – esa kosa yoki jom bilan faqat ingichka, egri yo'l bilan tutashgan bo'lishi yoki umuman qo'shilmagan bo'lib ichki qismini bo'shamasligi mumkin.

Organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyati yetarlicha bo'lsa va bemor yaxshi davolansa, kazeos choklarini ohaklanishi yoki bo'shliqni ichi kazeos moddadan butunlay bo'shashi va ularning devoridagi spetsifik o'zgarishlarni yo'qolishi mumkin. Buyrak silining yomon kechgan hollarda esa, buyrak to'qimalarini tobora buzilishi yuz beradi: kavernalar kattalashib bir-biriga yaqinlashadi, keyinchalik bir-biriga qo'shilib (ko'p kavernali-buyrak sili, sil pionefrozi) ketadi.

Sil jarayoni buyrak parenximasidan chiqib, asta-sekin jomcha devorini zararlaydi, so'ng siydik naychasiga) ko'pincha uni pastki qismlariga va qovuqqa tarqaladi. Jarayon infiltrativ o'zgarishlardan boshlanib) sil dimoqchalari o'zaro qo'shilib ketgan) keyincha, destruktiv o'zgarishlarga o'tadi. Siydik naychasining (wovuqni yaralanishi) maxsus davolash usullari bilan jom devoridagi jarayoni to'xtashi mumkin. Ammo bunda ham sil o'choqlarini tuzalib, ularning o'rniga chandiqli to'qimalarni hosil bo'lishi yuz beradi. Jom, siydik naychasi va qovuqda chandiqli deformatsiyasini hosil bo'lishi tufayli, siydik sistemasida og'ir o'zgarishlar (gidronefrotik transformatsiya, burishgan qovuq, tez-tez avj oluvchi nespetsifik piyelonefrit, nefroskleroz) kelib chiqadi.

Uzoq davom etib kelgan buyrak silining oqibatlaridan biri autonefrektomiya, ya'ni siydik naychasining butunlay berkilib ketishi natijasida kasal buyrakni, siydik sistemasidan butunlay ajralib qolishidir. Bunday oqibat albatta buyrak silini o'z-o'zidan butunlay tuzalib ketdi degan so'z emas, xolbuki bunday hollarda bemorlarda hech qanday sub'ektiv og'riq xislari ham, siydikda esa deyarli hech qanday o'zgarishlar topilmaydi.

Shamollash o'choqlarining ohaklanishi, buyrak silining patomorfologik ko'rinishini o'ziga xos elementidir. Kazeoz yemirilishiga uchragan o'choqlarda ohaklanish boradi. Buyrakda yolg'iz yoki ko'p sonli retrifikotlar paydo bo'ladi. Ba'zan buyrakni barcha qismi ohaklashadi. Sil o'chog'ini ohaklanganligi, uni butunlay tozalandi degani emas, chunki petrifikatning ichida hayotini saqlab qolgan sil mikobakteriyalari bor bo'lishi mumkin.

Buyrak silining boshlang'ich davrlarida o'tkazilgn morfologik tekshiruvlarni natijasiga ko'ra, uning po'stlog'ida va tomir koptokchalarini atrofida o'ziga xos sil

do'mboqchalarini ko'rish mumkin. Ular epitelioid va katta hujayralaridan tashkil topgan.

Buyrak silining morfologik ko'rinishi – ayniqsa silga qarshi davolanayotgan buyrakni oraliq to'qimasidagi leykotsitlar infiltratsiyasi alohida o'rin egallaydi. Sil kasalligi va sildan keyingi o'zgarishlar oqibatida, siydik yo'llarida siydik yo'nalishini buzilishi, faqat buyrak siliniga emas, balki nespetsifik piyelonefritning ham avj olib, buyrakni vazifasini keskin buzilishiga olib keluvchi nefrosklerozga sabab bo'ladi. Shuning uchun buyrakda tosh borligini aniqlash, buyrakda sil kasalligini yo'q deyishga javob bera olmaydi. Ko'p hollarda buyrakdagi siydik yo'nalishini buzilishi natijasida buyrakda yuz bergan asoratlar asosan bularning sabablari bo'lgan buyrakning o'limi, sil kasalining asoratidan ham bo'lishi mumkin. Kasallikning bunday oqibati bilan tugashini oldini olishlik uchun buyrak silini boshlanishini oldinroq, buyrak parenximasida yemirilish jarayonlari yuz bermasdan turib, kasallik jarayonlarini siydik yo'llariga tarqalishiga ulgurmagan hollarida aniqlash katta ahamiyatga ega.

T a s n i f. Buyrak va siydik yo'llari silining tasnifi asosida silning yuqorida keltirilgan patomorfologik kechishlari yotadi: buyrak to'qimasini ichidagi boshlang'ich infiltrativ o'zgarishlardan tortibB toki ko'p qavatli buyrak sili, sil pionefrozi rivojlangunga qadar, eng qulay va sodda tasnif, to'rt bosqichli kliniko-rentgenologik sil tasnifi bo'lib, uning asosida bitta shart – buyrak to'qimasini yemirilish darajasi yotadi. Kundalik tajribada bu tasnifdan foydalana borib, kasallikni darajalarga bo'lish mumkin.

1 daraja – yemirilishsiz (infiltrativ) buyrak sili

2 daraja – boshlang'ich yemirilish: papillit yoki kichik (kengligi 1 sm oshmagan) bo'shliq.

3 daraja – chegaralangan yemirilish: katta kenglikdagi kovaklar yoki buyrakning bir bo'limidagi ko'p kovakli buyrak sili.

4 daraja – umumiy yoki chala yemirilish ikki segmentning ko'p kovakli sili, sil pionefrozi (mellashgan buyrak).

Belgilari va klinik oqimi.

Buyrak va siydik yo'llarini sili uchun faqat unga xos belgilarni yo'qligi, kasallikning tashxisini aniqlashni ancha qiyinlashtiradi. Kasallik ko'pincha boshqa urologik kasallar niqobi ostida (surnkali piyelonefrit, buyraktosh, o'sma) ba'zi hollarda esa hech qanday belgisiz kechadi. Jarayonning qovuqqa tarqalganida, peshobni buzilishini ko'p vaqt nespetsifik chakmazakni belgisi, deb noto'g'ri hisoblanadi.

Kasallikni klinik belgilarini, uni qo'zg'atuvchi mikroblarni ayrim xususiyatlarini, spetsifik kimyoterapiyani ta'siri tufayli, keyingi 25-20 yil davomida, ancha o'zgarganligi aniqlangan, Kuzatilayotgan bunday o'zgarishlar, buyrak silini o'z vaqtida aniqlashlikni yanada qiyinlashtirmoqda.

Kasallikni boshlanishini birinchi sub'ektiv klinik belgilaridan biri, bu buyrakda bo'lib turadigan har xil ko'pincha unchalik o'tkir bo'lmagan, ba'zan esa buyrak sanchig'iga o'xshab ketadigan va shuning uchun uni ko'proq siydik-tosh kasalligi bo'lib turadigan og'riqlar bilan almashtirilib yuboriladigan, og'riqlardir. Ikkinchi o'rinda, peshobni buzilishi turadi. Bundan 15-20 yil avval bu belgi, silni kechikib

aniqlangani uchun, buyrak silining eng asosiy sub'ektiv belgisi bo'lib hisoblanar edi. Buyrak silidagi dizuriyani nespetsifik davolash uchun yaxshi natija bermaydi, kasallik tez yangilanib, avj olib turadi. Kasallikni belgilarini ichida uchinchi o'rinda qon siyishi turadi. Uni hech qanday boshqa belgilersiz kechgani uchun ko'proq o'smaga ham o'xshatilib yuboriladi.

Buyrak sili har xil kasalliklarga o'xshab ketishligi bilan bir qatorda, shu kasalliklar bilan birga kechishlari ham mumkin. Buyrak sili bilan bir qatorda ko'pincha surunkali nespetsifik piyelonefritni ham birga kechishligi mumkin. Buyrak silini buyrak tosh kasalligi bilan ham bir vaqtda kechish hollari ham uchraydi. Shu sababli piyelonefrit va buyrak tosh kasalliklarining uchratilganida, kasallikni sil bo'lishi mumkinligini ham esda to'tish lozim.

Buyrak va siydik yo'llari silining belgilari juda oz. Kasallikni keyingi yillarida, o'pka sili yoki boshqa a'zolarining silining holatini ancha yaxshilanib, qolgan kezlarda buyrak sili mustaqil kasallik sifatida gavdalanadi. Shunga ko'ra bemorlarni ahvoli unchalik og'ir bo'lmaydi. Buyrak sili juda og'irlashib, o'tib ketgan hollarda ham buyrak sili bemorlarni og'ir inteksikatsiyaga olib bormaydi. Bemorlarning tana harorati normal bo'ladi. Harorat kam hollarda subfebrildan oshadi. Faqat ba'zi hollaridagina harorat gektik xarakterli bo'lib, o'tkir piyelonefritdagi kabi bemorni junjiktiradi. Arterial qon bosimni ko'tarilishi nefrotuberkulezni juda kam belgilaridan bo'lib, asosan ikki tomonlama og'irlashib ketgan jarayonlarda yoki yolgiz buyrakni kasallanishida uchraydi.

Ko'pincha mahalliy belgilar, (buyrak sohasini chuqur paypaslaganda uchraydigan og'riq, buyrakka qo'l tegishi, Pasternatskiy belgisi) uchraydi, ammo bu belgilar ham buyrak sili uchun asosiy belgilar emas.

Buyrak va siydik yo'llari sili uchun ko'proq xarakterli ob'ektiv belgilaridan, siydikni o'zgarishini ko'rsatish mumkin. Tez-tez uchraydigan bu asosiy belgi-piuriya (leykotsituriya) dir. Bu belgi davolanmagan buyrak silida 100% bemorlarda uchraydi. Buyrak sili uchun ayniqsa uzoq davom etuvchi, nespetsifik bakteriyaga qarshi davo ta'sir qilmaydigan leykotsituriya xarakterlidir.

Juda ko'p uchraydigan tashxis belgilaridan biri siydik bilan oqsilni ajratilishi. Sil kasalligida ajraladigan oqsil miqdori odatda 1 g l dan ortmaydi. Bundan tashqari oqsil albatta buyrak hujayralarisiz uchramaydi. Shunga ko'ra buyrak silida uchraydigan proteinuriyani, odatda soxta buyrakni tashqarisidan uchraydigan, qo'shilgan protliguriya deb atashadi.

Qizil qon soqqachalarini siydik bilan ajralishi ham buyrak silini asosiy belgilaridan biri bo'lib, ko'p bemorlarda uchraydi. Ba'zan eritrotsituriya, leykotsituriyadan ham ertaroq uchraydigan belgidir. Bu hollarda kasallik surunkali nefrit ko'rinishida o'tadi. Buyrak silining eng asosiy tasdiqlovchi belgii, siydikda kasallikning chaqiruvchi mikrobakteriyani topilishidir. Agar o'tgan yillardagi ko'plab olimlar o'zlarini mulohazalarida boshqa a'zolari silida «fiziologik» sil atsiluriyasi bo'lib turadi deb hisoblashgan bo'lsa, hozirgi paytda esa ko'pchilik kilinitsistlar va tadqiqotchilar, sil mikrobakteriyasini zararlanmagan buyrakdan siydikka o'ta olmasligini tasdiqlamoqdalar. Shunga ko'ra siydikda sil mikrobakteriyasini borligi albatta, buyrakda hech bo'lmaganda kichikroq «subklinik» sil uo'hog'i bor bo'lgandagina aniqlanadi. Prostata bezi sili bundan mustasno bo'lishi mumkin, chunki erkaklarda kasallik qo'zg'atuvchi bakteriya siydikka bu a'zodan tushib turadi.

Buyrak va siydik yo'llarining silini asosiy ob'ektiv belgilaridan buyrak kosachalari va jomchasining, siydik naychasi va qovuqning rengenogrammasida o'ziga xos ko'rinishidir.

Boshlang'ich yemirilgan jarayon bo'lmagan bu davrlarda – deformatsiya buyrakning chuqur parenximasida avj olgan kosacha va jomchalarining ishidir (kosachani bo'yinchasining qisilishi, kosachaning o'zini kengayishi, ezilishi va siljishini oqibatidir). Parenxima destruksiyasini boshlanishida esa buyrak so'rg'ichlarini qirgoqlarini, kosachani gumbaz qismlarini yemirilishi (papilit) sifatida ko'rinadi.

Buyrak silining o'ziga xos rentgen belgilari, qirgoqlari yoyilgan kosacha va jom sistemasi bilan birlashgan notekis, yumaloq qo'shimcha navernalardir.

Kasallikning oxirgi bosqichlarida odatda katta navernalar uchraydi. Ular kosachalar bilan ingichka, izsimon yo'l bilan birlashgan yoki ular bilan birlashmagan bir yoki bir necha kosachani yo'qolib, amputatsiya bo'lib ketishi hisobiga paydo bo'ladi. To'liq destruksiyada esa, ko'plab katta kovaklarni bir-biri bilan birlashuvi natijasida, buyrak katta bir qopchaga aylanib, sil pionefrozini keltirib chiqaradi.

Siydik naychasini sili, uchun uni bir yoki bir necha joylarini torayishi xarakterlidir. Jomcha siydik naychasi segmentida joylashgan bu torayishlar, siydik naychasini yuqori qismida va ayniqsa pastki, tos qismlarida uchraydi. Uzoq davom etgan siydik naychasini silida, ko'plab qisilishlar, unga xarakterli tasvirdir, bunda siydik naychasi tasbixga o'xshab qoladi. Sil yana klinik, tahliliy rentgen – radioizotop va asbob uskunalar yordamida siydik naychasini taraflarga bo'ladi.



97-rasm Punksion antegrad piyeloureterografiya- o'ng siydik nayi yukstavezikal qismi sil tufayli torayishi.

Klinik tekshirish, kasallikning shikoyati va kasallikning tarixini o'rganishdan boshlanadi. Kasalning shikoyatlari qanchalik kasallik uchun xos bo'lmaganiga ko'ra, kasallikni tarixi shunchalik xarakterli bo'ladi.

Bemorning boshidan kechirgan o'pka sili, limfatik tugunlar, suyak va bo'g'imlar sili, hamda ekssudativ plevrit va boshqalar. Bemorlarda buyrakni sili ham borligidan darak beradi. Retrograd piyelogramma. Buyrak silini 4 darajasi. (sil piyelonefriti).

Buyrak silini patogenezdagi siydik yo'nalishini buzilishi to'g'risidagi ma'lumotlarni borligini nazarda tutib, mahalliy sharoitning ba'zi birini qulay ta'sirlari qisman siydik yo'llarida har xil asoratlarning qolishi, homiladorlikda, tug'ish vaqtida, gipertoniya kasalliklari va operatsiyadan so'nggi vaqtdagi holatlariga ahamiyat berish kerak bo'ladi. Buyrak sili surunkali piyelonefrit va buyrak toshni bir-birlari bilan aloqadorligi nazarda tutilib, ularni nefrotuberkulez bilan bir vaqtda uchrashi yoki keyin yuzaga chiqishi mumkinligini unutmash kerak.

Klinik tekshirishni fizikal usullari, buyrak

silini aniqlashda ayniqsa uning boshlang'ich bosqichlarida juda katta ahamiyatga ega. Bel sohasi chuqur paypaslaganda va silkib ko'rilganda qattiq og'riq bo'lmaydi. Buyrakni sil suvbuyragida va pionefrozida ham kamdan-kam paypaslab, turish mumkin. Erkaklarda buyrak silini aniqlashda, tashqi jinsiy a'zolari ushlab ko'rish, prostata bezi va urug' pufagini ko'rish katta ahamiyatga ega. Qayt etilgan xarakterli o'zgarishlar, buyrak sili taxminini to'ldiradi, chunki ular a'zolar sili bilan og'rikan erkaklarni yarmini tashkil qiladi.

Buyrak sili **tashxisi** tasdiqlanishida asosiy o'rinni tahlil tekshiruvlar o'ynaydi, siydikni tekshirish natijasida o'ziga xos bo'lgan o'zgarishlar- proteinuriya, leykotsituriya, eritrotsituriya topildi.

Leykotsituriya va eritrotsituriyani aniqlashda, siydik cho'kmasidagi elementlarni sonini sanashlikni yangicha usuli, ya'ni ularning 1 ml siydikdagi umumiy soni katta ahamiyatga ega. Almeido-Nechiporenko usuli. Bu usul yordamida aksariyat leykotsituriya umumiy siydik tahlilida o'zgarish bo'lmagan hollarda aniqlanadi. Klinik va eksperimental tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, leykotsitlarni alohida turi (Shterngeymer-Malbin hujayralari aktiv leykotsitlarni) birlamchi nespetsifik piyelonefritda uchraydi. Bu hol spetsifik shamollash jarayonida ham uchrashi mumkin.

Siydik cho'kmasida hujayra tarkibini o'rganish bilan bir qatorda bakteriologik tekshirishlar ham olib boriladi. Buyrak sili bilan og'rikan kasalliklarni qariyb yarmida, siydikdan nespetsifik bakteriologik flora ekiladi. Bu esa avval qabul qilingan «aseptik piuriya» fikrini rad etadi. Buyrak silini klassik belgilaridan birini «Aseptik piuriya» ni shunday tushunilgani, ya'ni sil qo'zgartuvchi mikroob, boshqa mikroorganizmlarning siydikda hayot faoliyatini yo'qotadi degan fikrni rad etadi. Keyingi yillarda spetsifik ximiyaterapiya ta'sirida yoki siydikni bakteriologik tekshirishini takomillanishi «aseptik piuriya» buyrak sili bilan og'rikan kasallikni ko'pchiligida uchramoqda. Nespetsifik bakteriuriyani darajasi jaxhtdan olinganda piyelonefrit, sil kasalliklarni 40% uchrashligini aytish mumkin. shuning uchun o'tkazilayotgan tekshirishlar «aseptik piuriya»ni aniqlash uchun emas, balki nespetsifik bakteriologik florani xarakterini aniqlash va shu bilan birga antibakterial davolash taktikasini to'liq ishlab chiqish uchun aniqlanadi.

Buyrak sili tashxisini asosiy va ishonchli tasdig'i, sil mikobakteriyasini siydikda topilishi. Buni aniqlash yo'li 3-ta guruhga bo'linadi: bakterioskopik, bakteriologik va biologik. Bakterioskopik usulida siydik cho'kmasini mikroskopda Pil-Nillen usuli bilan bo'yab tekshiriladi. Biologik tekshirish – bu siydik cho'kmasini maxsus sil qo'zgartuvchisini tanlovchi oziqa muhitga ekib, natijasini aniqlash. Hozirgi vaqtda Levenshteyn bo'yicha kartoshka va tuxumdan tayyorlangan muhitga va tezlashtirilgan usul Preys- Shkolniqov bo'yicha qonli muhitga chuqur ekish qo'llanilmoqda. Birinchi usul qo'llanilganda natija 2-2,5 oyda ikkinchisi qo'llanilganda esa, 2-4 hafta ichida olinadi. Birinchi usul ancha aniqroq. Silni mikobakteriyasini aniqlashda eng ta'sirligi biologik usuldir:

Bunda sil mikrobga juda sezgir bo'lgan kalamushni terisini poyiga yoki qorin bo'shligiga sil kasal siydigini cho'kmasi yuboriladi. O'lgan yoki 2 oy davomida yashagan va keyin o'ldirilgan bu kalamush yoriladi va a'zolari gistologik va bakteriologik tekshirishdan o'tkaziladi. Kalamush ichki a'zolarini sil bilan

jarohatlanishi, sil mikobakteriyasini aniq bo'lishligidan to'g'rirog'i kasalni buyragida sil kasalligini borligini ko'rsatadi.

Afsuski siydikda sil tayoqchalarini aniqlashning hamma usullari uni barcha kasallarda ham topib aniqlash imkonini bermaydi. Hattoki biologik tekshirish yordamida ham faqat 70-80% kasaldagina, sil tayoqchasini aniqlash mumkin. Gap shundaki, aniqlangan buyrak silida ham mikobakteriuriya intermitiruyuhiy xarakterli bo'ladi, ya'ni tekshirilayotgan siydikning hamma qismida ham sil tayoqchalari uchravmaydi. Shunga ko'ra tekshirishni qayta-qayta o'tkazilishning ahamiyati katta. Bakterioskopiyani to'liq tekshirish davomida har kuni o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Siydikni ertalabki qismini sil tayoqchasini topish uchun qilinadigan ekishni esa, 3 kun davomida uzluksiz o'tkazish kerak.



98 – rasm. Ekskretor urografiya. Chap buyrak yuqori segmenti sili.

Buyrak silini bakteriologik tashxisini tashxislashni qiyin bo'lganligi sababli, uni tahliliy tashxisida qo'shimcha usullar muhim o'rin o'ynaydi, ayniqsa keyingi yillarda tuberkulin provokatsion usuli keng tarqalmoqda. Bu usullar, Koxning teri osti tuberkulin sinamasini zamonaviy 3 turdagi: umumiy, mahalliy va o'choq reaksiyalarining boshqa turidir. Siydik cho'kmasida, hujayra elementlarining miqdorini aniqlashning yangi zamonaviy sanoqlash usulining topilishi, buyrak sili bilan og'rigan bemorni teri ostiga yuboriladigan tuberkulin tekshirish usulidan paydo bo'ladigan mahalliy reaksiyani ob'ektiv baholashlikka imkoniyat bermoqda. Buyrakdagi sil jarayonining qisqa muddatda kuchayishi siydik cho'kmasida aktiv leykotsitlarni va eritrotsitlarni sonining oshishi bilan ifodalanadi. Bundan tashqari, kasallangan buyrakning mahalliy reaksisini siydikdagi oqsilni immunoximik tekshirish va izotop renografiya, tuberkulingrafik tekshirish yordamida ham aniqlash mumkin.

Buyrak sili kasalini tekshirishning keyingi bosqichi rentgenologik tekshirish bo'lib, uning yordamida patologik jarayon xarakteri va bosqichi haqida muhim ma'lumotlarni olish mumkin. Avval ko'krak qafasini suyaklarini va bo'g'imlarini rentgen qilib tekshirish kerak, ularda aktiv yoki so'ngan silning belgilarining topilishi, buyrak sili uchun bir ma'lumot bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Boshqa barcha kasalliklardagi kabi buyrak va siydik yo'llarini rentgenologik tekshirilishini, barcha siydik sistemasining umumiy rentgenografiyasi bilan boshlanadi. Buyrak sohasining kattalashishi, undagi retension o'zgarishlar, siydik yo'nalishining buzilishidan yuzaga keluvchi gidronefrotik transformatsiyani natijasi bo'lishi mumkin. Buyrak sohasining kichrayishi esa nefrosklerozni yuzaga kelganida darak berishi mumkin, ya'ni sil o'choqlarining chandiqlanishi va nospetsifik piyelonefrit natijasida buyrak burishib qoladi. Umumiy rentgenografiya ham silga xos bo'lgan 5-10 % kasallarda uchraydigan buyrak parenximasidagi ohaklanish jarayonini aniqlaydi. Petrifikatning soyasi, buyrak toshining soyasidan, o'zining



99-rasm. Ekskretor urogramma, tushuvchi tsistogramma. Ikki tomonlama sil ureterogidronefrozi, qovuq bujmayishi.

unchalik aniq bo'lmagan tuzilishi, noto'g'ri doirasi, qing'ir qirgoqlari va kosa-jom sistemasida emas, balki buyrak parenximasida joylanishi bilan farq qiladi.

Umumiy rentgenografiyadan so'ng urografiya qilinadi. Hozirgi paytda tekshirish texnikaning takomillashuvi, rentgenokonstrast preparatlarini sifatlarini yaxshilanishi, yangi modifikatsiyalarining qo'llanishi, siydik naychasini ezib turib urografiya qilish, kontrast moddani ko'p qo'llash, infuzion urografiya, nefrotomografik tekshirishlar natijasida, bu metod buyrak vazifasini buzilmagan holda nefrotuberkulyoz jarayonida, buyrak parenximasini siydiy naychasininig va qovuqning ta'sirini beradi. Retrograd piyelografiyani esa faqat buyrakni vazifasini buzilgani sababli ekskretor uroografiyadan aniq ma'lumot olib bo'lmagandagina qo'llaniladi.

Retrograd piyelogrammada butunlay ishdan chiqqan yoki kosacha bilan juda ingichka yo'l bilan bog'langan kovaklar, rentgenokonstrast modda bilan jom tomonidan to'lmasdan qolishi mumkin. Retrograd piyelogrammada bunday kovaklar ezilgan holatda,

kosachalarni «amputatsiya»si holatida ko'rinib, o'simta ko'rinishini berishi mumkin. Ekskretor urografiya esa tashxisga aniqlik kiritib, «amputatsiya» qilingan gomogen soya o'rnida, rentgenokonstrast modda bilan to'lgan kovak borligini ko'rsatadi. Ekskretor urogrammani ustunligi shundaki, u bir vaqtda yuqoridan pastga qilingan sistogrammani olishi, qovuq siliga xos bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi. Agar yuqoridan pastga qarab qilingan sistogrammada, qovuqni aniq tasvirini olishlikning imkoniyati bo'lmasa, retrograd sistografiyani qo'llashlik lozim bo'ladi. Yuqorida aytib o'tilgan qovuqdagi silga xos bo'lgan o'zgarishlardan tashqari, sistografiyada, siydik naychasi va qovuq segmentini berkituvchi apparati ishdan chiqqanda, qovuq-siydik kanali reflyuksini aniqlash mumkin. Qovuqni kontrast modda bilan to'lishi, buyrakdagi buyrak siliga xos o'zgarishlarni aniqlovchi ureteropiyelogrammani beradi. Shuning uchun buyrak siliga shubha tug'ilganda retrograd piyelogrammani 30-40 smli pilyonkaga qilish kerak, chunki u butun siydik sistemasini qoplaydi. Sistografiya paytida ureteopiyelogrammani olishlikni, siydik pufagini hajmini kamligi tufayli retrograd piyelografiyani bajarishlikni mumkin bo'lmagan ekskretor uroografiyani esa buyrak vazifasini pasayib ketgan hollarida qilishlik katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Buyrak silini tashxisida buyrak angiografiyasi kam qo'llaniladi, chunki unda faqat katta kovaklardagina buyrak siliga xos bo'lgan o'zgarishlarni (qon-tomirlarining siljishi, tomirlarning ahlati, nefrografik fazadagina ko'rish mumkin. Ekskretor urogramma. Buyrak silining 1 darajasi. Yuqori kosachaning bo'g'izini ezilishi va o'rta kosachani ajratish. Buyrak silining boshlang'ich kezlarida antiogrammadan olinadigan tasvir, nospetsefik surunkali piyelonefritning tasviridan farq qilmaydi. Buyrakni rezeksiya qilish planlashtirilgan vaqtda kavernani qon-tomirlar bilan aloqasini aniqlashlik va kesish chegarasini belgilashlik uchun buyrak

angiografiyasi katta ahamiyatga ega. Ba'zan jom-kosa soyasini tasvirini ekskretor urografiya yoki retrograd piyelografiya yordamida aniqlash mumkin bo'lmagan hollarda, teri orqali antegrad piyelografiya qilinganda aniqlanadi.

Shunday qilib, zamonaviy bosqichda buyrak silini tashxisida yetakchi usul ekskretor urografiya bo'lib, uni avvallari funksional tekshirish usuli deb hisoblanar edi. Hozir esa buyrak va siydik yo'llaridagi anatomik o'zgarishlarni aniqlashda ham, retrograd piyelografiyadan qolishmaydi. Shu bilan bir vaqtda, ekskretor urografiyaning o'rni buyrakni vazifasini aniqlovchi omil sifatida bir muncha ko'paydi, chunki yuqori kontrastli preparatlarni barpo bo'lishi, ularni miqdorining oshirilishi yoki infuzion usulda jo'natilishi, siydik naychalarni ezish usullarini qo'llanilishi tasviri kontrastligini sun'iy ravishda oshirib, bu bilan buyrak vazifasini aniqlashlikning holatini oshirmoqda. Zamonaviy ekskretor urografiya, buyrak to'qimasining nisbatan saqlanib qolgan juda kichik qismini ham yuqori kontrastli moddani ajralib chiqarishligi tufayli, parenximasining qoniqarli ishlanayotganligi haqida noto'g'ri tasavvur tug'dirishi mumkin.

Radioizotop tekshirish usuli, buyrak silida bo'ladigan eng avvalgi belgilar haqida ma'lumotlar beradi. Izotop renografiya buyrak siliga xos bo'lgan o'zgarishlarni aniqlamaydi. Agar buyraklardan birida sil borligini aniqlansa-yu, boshqa buyrakdan funksional o'zgarishlar topilsa, bu narsa shu buyrakda silning «subklinik» fazasi borligini, uni rentgenologik aniqlanganligini ko'rsatadi. Skanirovanie va ssintigrafiya, destruktiv o'zgarishlarni qanchalik tarqalganligini ya'ni kasallikning bosqichini ko'rsatadi.

Qovuqning shilliq pardasida spetsifik sil o'zgarishlari paydo bo'lganida, sistoskopiya usuli katta ahamiyatga ega bo'ladi. Kavernada sil do'mboqchalarining yaralarini, chandiqlarining yopilishi va siydik naychalarining deformatsiyasi, buyrak silining tashxisini tasdiqlaydi va kasal tarifini takomillashga yordam beradi, ya'ni bu o'zgarishlar asosan siydik naychasining jumbog'i atrofida yoki siydik pufaginging tegishli yarmida paydo bo'ladi.

Sistoskopiya topilgan o'zgarishlarning mulohaza qilishlik doim ham oddiy bo'lavermaydi. Chunki qovuqda topilgan patologik o'zgarishlarning mikroskopik ko'rinishi juda o'xshash masalan: qovuqning yarasini sil yarasidan, sil granulyatsiyasini o'smadan ajratish ancha qiyin. Bunday hollarda aniq tashxisga endovezikal biopsiya yordam beradi.

Silga shubha qilingan bemorlarda sistoskopiya, xromosistoskopiya bilan birgalikda taqqoslash tavsiya qilinadi. Venaga yuborgan indigokarminning siydik naychasini jumragidan chiqmasligi yoki kech ajralishi buyrakni sil bilan zararlanganligini ko'rsatadi. Shu bilan birga sil jarayonining boshlang'ich davrida, indigokarminning ajralishi, siydik yo'llarida, o'zgarish bo'lmasa ham buzilishligi mumkin.

Shunday qilib, buyrak va siydik yo'llari silining tashxisi uchta asosiy bosqichdan iborat. Buyrakda sil bor-yo'qligiga, shubhani tug'diruvchi klinik tekshirish ko'rsatkichlari- tashxisni tasdiqlaydi, rentgenoizotop va endoskopik usullar yordamida buyrak va siydik yo'llaridagi anatomik – funksional holatini aniqlashga yordam beradi.

Farqlovchi tashxis. Buyrak silining farqlovchi tashxisini eng avvalida uni surunkali piyelonefrit bilan qilish kerak, chunki bu ikki kasallik bir-biriga o'xshash. Buyrak sanchig'i, dizuriya gemoturiya, eritrotsituriya, proteunuriya, sistoskopiyada aniqlangan belgilar, rentgenogrammadagi siydik yo'llarining destruktiv va stenotik o'zgarishlari piyelonefritdan ko'ra buyrak siliga xos belgilardir.

Siydik naychasining qisilishi va jom kosa sistemasining kengayishi bilan birga kechuvchi buyrak sili, rentgenologik jihatdan girodnefrozga o'xshab ketadi, ammo suvbuyrak uchun kengaygan kosachalarning bir xilligi, ularning qirgoqlarining aniq va tekis bo'lishligi bilan xarakterlidir. Qattiq qon siyishlik bilan kechuvchi buyrak silini buyrak o'smasidan farqlash lozim, chunki to'qima ichidagi sil o'chogi, retrograd piyelografiyada, jom kosaning o'smasimon o'zgarishini keltirib chiqarish mumkin. Ekskretor urografiya esa taxminan qilingan o'smasini o'rnida bo'shliqni, buyrak arteriografiyasida esa o'sma uchun xos bo'lgan belgilarini topish mumkin emas.

Buyrak silining farqlov tashxisida asosiy o'rinni bakteriologik tekshirishlar o'ynaydi, uning yordamida siydikda sil mikobakteriyasini bor-yo'qligini aniqlash mumkin.

Qovuq yonida bo'ladigan, qovuqni uchiga qarab o'sadigan so'rg'ichsomon granulyatsiya to'qimalari ko'pincha qovuq o'smasiga ham o'xshab ketadi. Sil yaralariyaralarga o'xshab ketadi. Bunday hollarda kasallik tashxisini farqlash uchun qovuqni ichini ko'rib, undan to'qimalar olib tekshirilgandagina aniq xulosaga kelish mumkin.

Davosi. Oxirgi 35 yil ichida buyrakni va siydik yo'llarining boshqa a'zolarining silini davolashda anchagina sezilarli o'zgarishlar yuz berdi. Bu ham bo'lsa klinikada streptomitsin va boshqa silga qarshi kim'yoviy dori moddalarning keng qo'llanishidandir. Agar streptomitsin davridan oldingi vaqtda buyrak sili bilan og'rigan kasalni darhol buyragini olib tashlashlik tavsiya qilingan bo'lsa, hozirgi davrda esa ko'p bemorlarda kasallikni operatsiya qilmay, uzoq vaqtgacha davolashlikka imkoniyat tug'iladi.

Davolashlikning biron bir xilini tenglashlik, avvalom bor, kasallikning davriga bog'liq. Uni 1 va 2 davrlarida asosan konservativ davolash bo'lsa, 3 davrida yoki operativ davolashni (buyrakni rezeksiyasini kavernektomiya, kavernetomiya), konservativ davolash bilan birga olib boriladi; davrida esa faqat nefrektomiya tavsiya etiladi.

Konservativ davolash.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini konservativ davolashlik birinchi navbatda o'z ichiga spetsefik ximiyaterapiyani oladi. Bu xil davolash, bir nechta dorilarni kombinatsiyasidan foydalanib, bir vaqtning o'zida birdaniga ularning ta'sir qilish mexanizmi har xil bo'lsa, ham uch xil dorilardan, foydalaniladi: antibiotiklardan (ko'pincha streptomitsin), izonikon kislotasini gidrolizati (GINK) turkumiga kiruvchi preparatlar (tubazid, ftivazid va boshqalar) va paraminosalitsin kislotasi (PASK). Ta'sir qilish mexanizmi bir necha xil bo'lgan dorilarni birgalikda qo'llanilishi, ularning davolash ta'sirini oshiradi va bakteriyani doriga bo'ladigan o'rganib qolishlik holatini yuzaga kelishini susaytiradi.

Streptomitsin muskul ichiga 1 gr dan (0,5 gr dan 2 mahal) kuniga, tubazid, ftivazid (0,3 gr dan 3 mahal) (PASK – 3gr dan 3 mahal) iste'mol qilinadi. Bu

preparatlarni har xil nojo'ya holatlarni keltirib chiqarish ehtimolini borligini unutmazlik lozim. Streptomitsinni vestibulyar apparatga zarar yetkazishi (ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, eshitishni yomonlashuvi, hatto butunlay kar bo'lib qolish) holatlarini keltirib chiqarishi mumkin. bunday holatlarda streptomitsinni yuborilishini to'xtatish kerak. Bunday holatlarda streptomitsinni, zarari kamroq varianti- digidrol streptomitsinni – xuddi shunday dozasini ishlatilishi mumkin. Streptomitsin bilan davolashni uzoq qo'llanishining zararliligi uni faqat umumiy emas, balki mahalliy ta'sir ko'rsatish (siydik yo'llari orqali) bilan ham havflidir. Streptomitsinning ta'siri natijasida kosachalar, jomlar, siydik naychasi va qovuq devorida sil o'choqlarining chandiqlari paydo bo'lishi mumkin. Bu esa ularning tuzilishini o'zgartiradi, buralishiga, vazifasini buzilishiga olib keladi. Buyrak va siydik chiqarish a'zolarining ham vazifasini o'zgartiradi, gidronefrotik transformatsiyaga olib keluvchi siydik naychasini chandiqli to'siqlarini keltirib chiqaradi

Bu preparatlarni iste'mol qilingandagina ko'ngilsiz hodisalar paydo bo'lsa yoki ular yetarli bo'lmasa, bu holda ularni ikkinchi qator preparatlari bilan almashtirishga to'g'ri keladi. Ularga antibiotiklardan – streptomitsinga nisbatan kuchsizroq, lekin yomon reaksiyasi kamroq, sikloserin (4 sutkada 0,025 g dan 4 marta) GINK lardan – salyuzid (1 kuniga 0,5 gr dan 2-3 marta), metazid (0,5 g dan 2-3 marta), metazid (0,5 g dan kuniga 4 marta) iste'mol qilinadi. Buyrak sili bilan kasallangan bemorlarni davolashdagi asosiy omillardan biri ishlanayotgan dorini umumiy miqdorini, buyrakning umumiy ishlash qobiliyatiga bog'liqligidir. Buyraklarning sekretor va ekskretor faoliyati normal bo'lsa, dorini o'rtacha dozasi quyidigicha belgilanadi: Streptomitsin – tanasi 1 kg og'irligiga 15 mg (1g gacha), PASK –0,2 g kg (18g gacha), etionamid 15 mg kg 1,5 g gacha), rifanid- 10 mg g gacha), etambutal – 25 mg kg (1 gacha).

Buyrakning umumiy faoliyati yoki kasalda faqat bitta buyrak bo'lganda, preparatlarni kumulyatsiya bo'lish xavfi borligi uchun, organizmda ularning sutkali miqdori kamaytiriladi. Bunday kasalliklarda uzluksiz antibakterial terapiyani qo'llashlik maqsadga muvofiqdir.

Silga qarshi preparatlar bilan bir qatorda vitaminlardan ham keng qo'llaniladi. Ayniqsa piridoksin (vitamin B6) ko'p ishlatiladi, chunki u nerv sistemasi va boshqa a'zolari ko'ngilsiz reaksiyalarni susaytiradi. Piridoksin (0,03 g 2-3 marta) og'iz orqali yoki muskul orqali (1 mg 1 % eritma 1 kunda 2 marta) yuborilgani ma'qul.

Buyrak va siydik yo'llari silini dorilar yordamida davolash usuli faqat silga qarshi spetsifik preparatlarga emas, balki boshqa dori moddalar ham kiradi. Jumladan, buyrak usti bezining qobig'ining preparatlari (KORTIZON 0,025 g (1 kuniga 4 marta) yoki 1-2 ml dan uni 2,5 % eritmasi, muskul ichiga qo'yiladi, prednizolon (0,005 g dan kuniga 4marta) iste'mol qilinadi yoki adrenokortikotrop gormoni (AKTG) (10 №20 ED 3-4 marta shak ichiga) qo'yiladi. Bu preparatlar sil o'choqlarining o'rnidagi chandiqli to'qimani paydo bo'lishini kamaytiradi.

Suruvchi terapiya sifatida teri ostiga aloe ekstrakti (kuniga 1 mg dan) gialuronidaza preparatlari (lidaza 0,1g dan kuniga) yuboriladi.

Dorilar bilan davolashdan tashqari, konservativ davolash kompleksiga quyidagi muhim davolash faktorlari kiradi: bular rejim, parhez sanatoriya – kurortda davolanish, iqlimni o'zgartirish, bemorlarning kun tartibini to'g'ri va umumiy holatini mustahkam bo'lishi uchun ovqatini xilma-xil qilish kerak : achchiq, o'tkir

taom yeyish mumkin emas. Issiq va quruq iqlim (Krimning janubiy qirg'og 'i) kasal uchun mo'tadil iqlim hisoblanadi. Mamlakatimizdagi ko'pgina silga qarshi sanatoriyalarda tanosil a'zolari og'rigan bemorlar ham davolanishadi. Siydik tanosil a'zolari sili bilan kasallangan bemorlar uchun mo'ljallangan maxsus sanatoriyalar bor.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini konservativ davolash muddati, kasallikning darajasiga bog'liq. Shu bilan birga, u uzoq davomli va uzluksiz bo'lishi (2 yildan kam emas) kerak. Kasallar silga qarshi dispanserda doimiy ro'yxatda turadilar. Ularni ftiziurolog nazoratida davolab turishadi. Davolashning qay darajada borayotganini aniqlash maqsadida doimiy ravishda siydikni tahlil qilib turiladi, uni bakteriologik tekshirilib, sil mikobakteriyasining dori preparatlariga ta'sirchanligi ham aniqlanadi, siydik sistemasini rentgenologik tekshirib beriladi. To'liq sil kasalidan davolanganligini garovi sifatida uch yil mobaynida bemor siydigida va uni buyrak va siydik yo'llarida silni belgilarini topilmasligini ko'rsatish mumkin. Shunday bo'lsa ham bu bemorlar har doim urolog tomonidan tekshirilib turilishi lozim. Chunki sharoitni oz bo'lsa ham o'zgarish tufayli silni yangi xuruji bo'lishi mumkin.

Tashrixiy davolash.

Silni spetsefik ximiyaterapiya yordamida davolashlikning imkoniyatlari tobora ortib borayotganligi tufayli buyrak va siydik yo'llari silining davolash imkoniyati ham oshib bormoqda. Streptomitsin va boshqa silga qarshi dorilarni mavjudligi tufayli a'zolarni saqlab qoluvchi operatsiyalarni bajarishlik mumkin bo'lib qoldi, qaysiki streptomitsinga qadar bo'lgan davrda sil infeksiyasining kuchayib ketishi xavfi kuchli edi. (Emilliar sil, miya pardalarining sili) Asrimizning 50-chi yillrida buyrak silining kichik yoki chegaralangan destruksiyasida nefrektomiya o'rniga buyrak rezeksiyasi keng qo'llanila boshlandi. Keyinchalik esa yanada ehtiyot operatsiyalar) (kavernektomiya, kavernotomiya) ishlab chiqildi. Hozirgi paytlarda silning boshlang'ich destruksiyasi yoki chegaralangan destruktiv formalri ham buyrakdan siydik oqimi uncha buzilmagan bo'lsa, har xil operatsiyalar ham qilinmoqda va bu kasallar dorilar bilan davolanmoqdalar.

Keyingi yillarda siydik a'zolaridagi sil va sildan keyingi o'zgarishlarni qayta tilash va plastik qilishning turli ko'rinishlari qo'llanilmoqda. Siydik naychasi bir tomonlama toraysa uni pastki qismi kesib tashlanadi. Sil jarayoni ko'pincha siydik naychasini pastki qismida joylashgani uchun uni pastki qismi kesib tashlanib, uni qovuq bilan ulab qo'yiladi. Siydik naychasining siydik pufagiga yaqin joyi qisilgan bo'lib, kesilgan joyni uzunligi ko'p bo'lsa, u holda Baori tashrixi bajariladi. Siydik naychasining turli qismlarida juda ko'p torayishlar bo'lgan vaqtda, uni kesib olib uning o'rnini ingichka ichak bilan almashtirish operatsiyasi qo'llaniladi. Ko'pgina hollarda siydik naychasining biron bir plastik operatsiyasini bajarishdan oldin, operativ davoning birinchi bosqichi sifatida, siydikni ajratish buyrakning anatom-funksional holatini, hamda ximiyaterapiya ko'rsatkichlarini yaxshilash maqsadida vaqtincha buyrakka naycha qo'yiladi. Siydik pufagining sildan keyin burishib qolgan hollarida esa, uni ichak bilan plastik operatsiya qilinadi. Ingichka ichakning oxirgi qismidan yoki yo'g'on boshlang'ich qismidan laxtak olib, qovuqqa ulab qo'yiladi. Bu operatsiyalar siydik pufagining hajmini oshiradi. Dizuriyani qaytaradi va buyrakdagi siydik yo'llarining yuqori qismidan oqib o'tishini yaxshilaydi. Buyrak silini (ertarok aniqlashlikni qiyin bo'lganligi sababli, uni ko'pincha (15-16% bemorlarda) akat

oxirgi 4 darajada aniqlanadi. Bunday holatlarda asosan nefrektomiya qilishga to'g'ri keladi. Nefrektomiya qilishlik uchun qat'iy va nisbiy ko'rsatmalar bor; qat'iy ko'rsatmaga kasal hayoti uchun xavfli bo'lgan asoratlar, buyrakdagi tarqalgan yiringli shamollash, jarayonini, arterial gipertenziya, siydik pufagining avj oluvchi sili va sil intoksikatsiyasi kiradi. Boshqa hollarda uzoq davom etgan buyrak silining o'zi ham polikavernoz, sil, sil pionefrozi, buyrakning total ohaklanishi, sildan keingi pionefroz yuqorida sanab o'tilgan asoratlardan tashqari, buyrak uchun nisbiy ko'rsatma bo'la oladi. Kasalning yoshi, uning umumiy holati, boshqa buyrakning holati spetsefik ximiyaterapiyani ko'tara olishi va boshqa sotsial faktorlarga qarab, buyrakni olib tashlash masalasi hal qilinadi.

Tashrixga tayyorgarlik.

Buyrak va siydik yo'llari sili bor bemorlarni operatsiyaga tayyorlashlik 2 hafta davomida spetsefik ximiyaterapiya (streptomitsin, GINK PASK) o'tkazishdan iborat.

Tashrix mahorati.

Sil bo'lgan buyrakni olib tashlashlikni asosiy sharti, buyrak bilan birga naychani ham butunlay olib tashlashlikdan (total buyrak) iborat. Chandiqli o'zgargan siydik naychasini biron qismi olmay qoldirilsa u holda yiringlashni yuzaga kelish xavfi bor. Total buyrak asosan ikki yo'l bilan Federov yoki Pirogov bo'yicha biqinda qing'ir kesish bilan bajariladi.

Boari bo'yicha siydik – naychasini qovuq bilan ulash quyidagicha bajariladi: siydik naychasining pastki qismi to uni torayib qolgan joyiga qadar ajratiladi va toraygan joy chegarasidan kesib olinadi. Qovuqning oldingi yonbosh qismidan to'rtburchakli laxtak kesiladi va undan yangi quvir yasalib siydik naychasini uchiga ulanadi. Siydik naychasiga rezina drenaj o'tkaziladi va uni pastki uchi tashqariga chiqariladi.

Qovuqni ichak bilan qilinadigan operatsiyasi qorin bo'shlig'i orqali bajariladi. Ichakni 15 sm uzunlikdagi qismi uni tomirlari saqlangan holda kesib olinadi. Har ikkala teshiklari berkitiladi va qovuq bilan «yonbosh yonboshiga» qilib ulanadi.

Bemor operatsiyadan so'ng uzoq vaqt (3 oyga u kasalxonada va keyinchalik 3-3,5 yil sanatoriyada) davomida spetsefik ximiyaterapiya bilan davolanadi. Tashrix yaxshi o'tsa, bemorga operatsiyani ertasigayoq turishga ruxsat beriladi. Boari tashrixidan keyin 2 hafta yotoq tartibi belgilanadi, siydik naychasidagi drenaj trubka 2-3 haftadan so'ng olinadi yoki erkaklarda qovuq yarasi bitiltiradi, ayollarda esa bir necha kun keyin siydik kanalidagi drenaj trubka olinadi. Laxtaga ishlatilgan tashrixdan keyin ham yotoq tartibining vaqti va drenajlarining olish muddati xuddi shunday belgilanadi. Bu bemorlarda asosiy e'tiborni ularni qorin bo'shlig'ining holatiga qaratiladi. Tashrixning eng xavfli asorati – ichaklarning bir-biri bilan ulagan joyida o'tkazmaslik paydo bo'lishi va peritanitdir.

Oqibatlari.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini oqibati kasallikni darajasiga bog'liq. Kasallikning boshlang'ich darajalarida: buyrak to'qimasida destruktiv o'zgarishlar paydo bo'lganda va siydik yo'llari zararlanganiga qadar o'tkazilgan mutannosib davo, kasallikning har qanday asoratini qoldirmay davolaydi. Bir tamonlama kasallangan buyrakga qilinadigan a'zolari saqlab qoluvchi (buyrak rezeksiyasi, kavernalarni kesish yoki olib tashlash) tashrixning oqibati ancha yaxshi bo'ladi. Sil

kasalligi tufayli bitta buyrak olib tashlanganda esa oqibat bir oz jiddiyroq bo'ladi, chunki ikkinchi buyrakda ham uni qobiq qavatida mayda o'chog'li zararlanishlar bo'lib (subklinik-sil)Ular noqulay sharoitlar ta'sirida avj olib, bu buyrakda ham sil paydo bo'lishiga olib borishi mumkin. Kelingi yillarda maxsus kimyoviy dorilar ta'sirida, bunday buyrakda sil emas, balki surunkali nespetsifik piyelonefrit va buyraktosh kelib chiqmoqda. Shuning uchun sil tufayli buyragi olib tashlangan bemorlar har doim yaxshilab tekshirilib borilishi lozim.

Oqibat uchun siydik yo'llarining holati o'rin o'ynaydi, negaki siydikning oqimi buzilgan bo'lsa, silga qarshi ishlatilayotgan kimyoviy dorilar yaxshi ta'sir qilmaydi. Agar bu dori-darmonlar ta'sirida maxsus sil o'zgarishlari yo'q bo'lib ketsa ham, siydik naychasining chandiqli qisilishlari, gidronefratik transformatsiya va nespetsifik piyelonefritning avj olishiga olib kelib, oxirida buyrakni halok qiladi.

Shunday qilib, buyrak silining oqibatini yaxshi bo'lishi uchun, uzoq davom etgan destruktiv o'zgarishlar va siydik yo'llarida chandiqli defarmatsiyalar bo'lmasligi kerak. Eng yomon oqibat kasallikning to'rtinchi darajasida va siydik oqimini buzuvchi siydik yo'llarida sil va sildan keyingi o'zgarishlar bo'lganda kutiladi.

Kasalning hayotiga nisbatan, bir tomonlama buyrak silining hamma darajasida ham oqibat yaxshi bo'ladi, ikki tomonlama silning 3 va 4 chi darajasida buyrak olib tashlansa operatsiyadan keyin esa oqibat shubhali bo'ladi.

Buyrak sili bor bemorning mehnat qobiliyati, kasallikni darajasiga va boshqa a'zolaridagi, o'zgarishlarning holatiga (1 va 2 tomonlama) bog'liq operatsiya qilinmaydigan bir tomonlama buyrak silida bemorlarni mehnat qobiliyati saqlangan bo'ladi.

Operatsiya qilingan kasallarning mehnat qobiliyati chegaralangan bo'lib, zararlangan a'zolari saqlab qoluvchi operatsiyadan keyin qisqa nefrektomiyadan keyin esa uzoq vaqtgacha chegaralangan bo'ladi. Ikki tomonlama silda bemorlarni mehnat qobiliyati ancha ko'p darajada cheklangan bo'ladi. Mehnat qobiliyati ikki tomonlama silda juda past bo'ladi, ammo mehnat qobiliyati saqlangan bemorlarda aqliy hamda jismoniy mehnat chegaralangan bo'lishi lozim. Kasalning yashash sharoitlari qulay bo'lishi kerak. Kasal bor joyda ehtiyotkorlik choralarining ko'rilishi lozim, negaki kasalning siydigida juda kam bo'lsa ham kasallik mikroblari bo'lib, ular yangi kasalliklarning manbai bo'lib qolishi mumkin.

ERKAKLAR TANOSIL A'ZOLARINING SILI.

Etiologiyasi.

Erkaklar tanosil a'zolarining sili etiologiyasi, boshqa a'zolar silining etiologiyasidan farq qilmaydi.

Patogenezi.

Erkak tanosil a'zolari silini patogenezi asosiy xosiyatlari, tuxum ortig'larining silida o'z tasvirini topadi. Shuning uchun olimlar, sil avvalo tuxum ortig'ini zararlaydi, so'ng boshqa tanosil a'zolarga tarqaladi deb hisoblar edilar.

Keyingi yillardagi nuqtai- nazarlarga ko'ra esa, sil avval prostata bezini zararlab, ammo unda mudroq holida bo'lib, keyin esa urug' pufagi va tuxum ortiqlariga tarqaladi. Prostata bezi va urug' pufakchalari, qon orqali bir paytning o'zida ham zararlanishi mumkin. Erkak tanosil a'zolari silining patogenezi

o'rganishdan shuni xulosa qilish kerakki moyak ortiqlari silining birinchi belgilari paydo bo'lishi bilanoq bemorning boshqa tanosil a'zolarini va siydik sistemasini to'liq tekshirish kerak.

Patologik anatomiyasi.

Erkaklarda tanosil a'zolari silining tashqi ko'rinishi ancha o'ziga xosdir. Boshlang'ich choralarda jarohatlangan to'qimalarda infiltrativ jarayon, shishish, qattiqlanish holatlari kuzatiladi. Bu a'zolarda yuzasi g'adir – budurlik paydo bo'ladi. Keyinchalik infiltratsiya o'choqlari yiringlab yemiriladi. Ko'pincha bu jarayon qo'shni to'qimalarni (moyak va uni ortig'ini silida – yorg'oqning prostata bezini silida – zakarni) o'z ichiga oladi. Asta sekin sil o'choqlari o'lik va yiringli to'qimalardan tozalanadi va ularning o'rnida kovak hosil bo'ladi.

Tuxum ortig'ining sili asosan uni pastki «dum» qismidan boshlanadi, keyin esa a'zoning boshqa qismlariga, tuxumga tegib turgan qismiga tarqaladi. Sekin-asta tuxum ortig'i yemirilish o'chog'iga aylanadi.

Ko'pincha ortiq juda ham kattalashib, tuxumning hamma tomonidan o'rab oladi, ammo tuxum esa o'zgarishsiz qolishi mumkin. Tuxum va uning ortig'ining sili ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi, ammo oldin bir tomonlama bo'lib boshlanadi.

Prostata bezi va urug' pufakchalarining sili ularda do'mboqchalar paydo bo'lishidan boshlanadi, keyinchalik esa ular infiltratsiya o'chog'iga birlashadilar va yiringga aylanadi, keyinchalik boshqa to'qimalarga osonroq hollarda siydik kanaliga yorib kiruvchi sil yiringi haltalariga aylanadi, kovaklar paydo bo'ladi. Prostata bezi va urug' pufakchalaridagi o'zgarishlar tanosil a'zolarini jarohatlangan tomonlarida ko'proq gavdalangan bo'ladi. Kasallik murakkablashib ketgan choralarda, jarayonga urug' chiqaruvchi yo'l ham qo'shiladi. Bu holda unda ko'plab infiltratsiya o'choqlari o'zgarmagan to'qimalar bilan bir-bir ketin almashib tasbexga o'xshash bo'lib qoladi. Tanosil a'zolari silining mikroskopik ko'rinishi boshqa a'zolar silining mikroskopik ko'rinishiga o'xshaydi.

Belgilari va klinik kechishi.

Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli holda bo'ladi. Boshlang'ich bosqichlarida tana harorati oshadi, qonda leykotsitlarning soni ko'payadi va SOE ning tezligi oshadi.

Erkak tanosil a'zolari silining mahalliy belgilari, kasallikka xosdir. Sil jarayonining birinchi klinik belgisi – bu tuxum ortig'ining o'zgarishi bilan boshlanadi. Avvallari ortiqning sili uchun uni nospetsefik yallig'lanishiga o'laroq, kasallikning sekin, surunkali klinik belgilariga xos bo'ladi deb hisoblanar edi. Aslida esa bemorlarning 1/3 qismida tuxum ortig'ining sili, jarohat yoki shamollash ta'sirida o'tkir boshlanadi. Bunda zararlangan tomondagi ortiqda birdaniga og'riq paydo bo'lib, bir necha soat davomida yorg'oqni yarmi qizarib, shishib ketadi. Tuxum va uning ortig'i shishib qattiqlashadi. 3-5 kundan so'ng o'tkir belgilar susayadi, ammo ortiqning shishi, notekis qattiqligi va g'adir- budirligi ilgari gacha qoladi. Keyinchalik tuxumning zararlangan ortig'i yorg'oqni terisi bilan birlashib yopishib ketadi. Keyinchalik bu joyda yiringli oqma paydo bo'ladi. Bu esa tuxum ortig'ini sil bilan kasallanganini ko'rsatuvchi o'ziga xos belgi bo'lib, uni nospetsefik epididimitdan ajratib turadi. Yiringni yorib oqma hosil bo'lishi bilan bemorning ahvoli biroz yengil tortadi, tuxum ortig'idagi o'zgarishlar tobora avj oladi va endi tuxum ortig'ini o'rnida yagona qattiq g'adir-budir bo'rtma paydo bo'ladi.

Prostata bezi silining boshlanishida bemor o'zida siyishning buzilishiga va ozmoz og'riq paydo bo'lganidan shikoyat qiladi. Ba'zan esa umuman hech qanday shikoyat bo'lmaydi. Kasallik rivojlangani sari siydik ajralishni buzilishi kuchayadi. Prostata bezi silining klinik belgilari ancha o'ziga xosdir. To'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirilganda kasallikni boshlang'ich bosqichlarida bezning og'zi gadirbudirlashganini va oz miqdorda qattiqlashganini aniqlash mumkin. Keyingi davrlarda esa prostata bezida ko'plab qattiq tugunlarni paydo bo'lganligini kuzatish mumkin.

Urug' pufakchalari silida, prostata bezining ustida, yumaloq, qattqlikni aniqlash mumkin. Urug' pufakchasining sili esa prostata bezining sili bilan birga uchraydi.

Urug' chiqaruvchi kanalning sili kanal bo'ylab tasbexsimon qattqlikni paydo bo'lishi bilan gavdalanadi. Agar jarayonga urug' tizimchasining to'qimalari ham qo'shilsa u yo'g'onlashadi va qattiqlashib ketadi.

Zakarining sili juda kam uchraydi. U zakarining boshchasida mayda yarachalar va qattiqqlarning paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Tashxis.

Kasallikni aniqlash faqat kasallik uzoq davom etganda, tanosil a'zolarida g'adir-budirlar, ortiqda esa oqma paydo bo'lganda oson bo'ladi. Boshlang'ich davrda esa tashxis ancha qiyin.

Avvalo kasallikning tarixiga yaxshi e'tibor berishi kerak. Bironta a'zoda asosan buyrak va siydik yo'llarida sil jarayoni bo'lganligini aniqlash tashxis uchun katta ahamiyatga ega. Silni boshidan kechirgan bemorda epididimit paydo bo'lsa, avvalo uni sil epididimitiga shubha qilish lozim. Uzoq davom etgan epididimitda esa o'pka, buyrak va boshqa a'zolari yaxshilab tekshirish lozim.

Erkak tanosil a'zolari silining erta aniqlanishida tahlilxonada o'tkazilgan tekshirishlar katta o'rin o'ynaydi. Uning yordamida leykotsituriyani aniqlash mumkin. U buyrak, yuqori siydik yo'llari yoki prostata bezi silining natijasi bo'lishi mumkin. Leykotsituriya manbayini, siydikni 2 yoki 3 qayta tekshirib aniqlash mumkin. Sil mikobakteriuriyasini aniqlash ham katta ahamiyatga ega, chunki erkaklarda uning manbai bo'lishi faqat buyraklar emas, balki siydik yo'llari ham mumkin. Surunkali kechuvchi epididimitda doimo prostata bezining mahsulotida va siydikda sil mikobakteriyasini izlab ko'rish lozim.

Tashxisining keyingi bosqichi buyrak, siydik yo'llari va o'pkani rentgenologik tekshirilishlaridir. Bu a'zoldagi silga xos o'zgarishlarni aniqlash tanosil a'zolarining sil bilan zararlangani haqida muhim dalil bo'la oladi. Erkaklarning tanosil a'zolarini rentgenologik tekshirishlar: vazovezikulografiya, epididimografiya (umumiy nomi – «genitografiya») qo'llaniladi. Bu usullarni qo'llashda urug' chaqiruvchi naychani operatsiya yo'li bilan ochib, uning ichiga rentgenokonstrast modda (iodolipod) jo'natiladi. Vezikulografiya uchun – urug' pufakchasi tomonga qarab, epididimografiya uchun esa tuxum ortig'i tomoniga qarab yuboriladi.

Bu usul bilan bajarilgan rentgenogrammada, urug' pufakchasini urug' chiqaruvchi yo'llarda torayishlar yoki unda o'tkazuvchanlikning yo'qligi xarakterlidir.

Erkaklar tanosil a'zolarining sili tashxisini aniqlashning eng ishonchli usuli biopsiyadir. Tuxum va uning ortig'idan ochiq usul bilan, prostata bezidan va urug' pufagidan esa igna orqali biopsiya yo'li bilan to'qima olib tekshiriladi.

Farqlovchi tashxis.

Prostata bezining silini surunkali nospetsefik prostatitdan, prostata bezining rakidan tuxum ortig'ining silini esa surunkali nospetsefik epididimtdan va uni o'smasidan, tuxumning silini – uni o'smasidan, zakar silini uning rakidan – tahliliy usullar bilan farqlash ancha murakkab. Bu kasalliklarning hammasini klinik ko'rinishi bir-biriga o'xshash barcha hollarda ham a'zolarning hajmi kattalashadi, to'qimalar qattiqlashadi. Ularning yuzasi g'adir-budir bo'ladi. Farqlovchi tashxis faqat siydikda yoki shubhalangan joydan igna bilan teshib olingan suyuqlikda sil mikobakteriyalarini topilishiga asoslanadi.

Davosi.

Erkaklar tanosil a'zolarining sili buyrak siliga o'xshab, maxsus kim'yoviy dorilar yordamida yaxshi davolanavermaydi. Bundan tashqari streptomitsin ta'sirida tuzalgan bemorlarni sil o'choqlari o'rnida chandiqli o'zgarishlar paydo bo'lib, urug' chiqaruvchi yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilishiga olib keladi va bu tufayli jarohatlangan tuxum ortig'ini saqlab qolishlikni hech qanday ahamiyati qolmaydi. Tuxum ortig'ining sili aniq isbotlanishi bilanoq, sil o'chog'i o'z vaqtida yo'qotilishi lozim, chunki u boshqa a'zolar uchun ham tanosil a'zolar uchun ham infeksiya manbai bo'lib ularning zararlanishi bemorning pushtini butunlay yo'q bo'lib ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun erkak tanosil a'zolarining silini davolashda streptomitsin eritmasida ham asosan operativ yo'l asosiy manbai hisoblanmoqda.

Tuxum ortig'ining silida asosan uni olib tashlashlik epididimektomiya operatsiyasi qo'llaniladi. Agar ortiq qisman zararlangan bo'lsa, uni shu qismini kesib tashlash mumkin. Xuddi shuningdek tuxum ham butunlay zararlangan bo'lsa, olib tashlanadi. Qisman zararlanganda esa rezeksiya qilinadi. Keyingi yillarda tuxum va uning ortig'ining silida yana ham iqtisodli, a'zoni saqlab qoluvchi operatsiya – kaveriotomiya va kavernektomiya operatsiyalari ko'p qilinmoqda, bunda sil o'chog'i keng ochiladi va uni ichiga naycha tiqib qo'yiladi.

Operatsiyaga tayyorgarlik sifatida silga qarshi maxsus kim'yoviy dorilar (2-3 hafta mobaynida streptomitsin, GINK, PASK odatdagi miqdorda) o'tkazishdan iborat.

Orxiektomiya odatda tuxumni uning ortig'ini urug' tizimchasi bilan birga olib tashlashlikdan (gemikastratsiya) iborat, chunki zararlangan ortiqni o'zgarmagan bo'lsa ham saqlab qolishlikni ma'nosi yo'q, qing'ir but yorg'oq kesish yo'li bilan urug' tizimchasi, tuxum va uning ortig'i ochiladi. Ular o'tkir yoki o'tmas usullar bilan atrofdagi to'qimalardan ajratiladi, urug' tizimchasi dabba kanalining tashqi teshigiga qadar ajratiladi va o'sha yerda yo'g'on ketgut bilan bog'lanib ikkita ip orasida kesib tashalanadi.

Epididimektomiya murakkabroq operatsiya hisoblanadi. Uni bajarish vaqtida tuxumni oziqlantiruvchi arteriyani zararlantirib qo'yishdan ehtiyot bo'lish kerak, chunki u ortiqning boshchasini oldidan o'tadi. Uni ehtiyotkorlik bilan tuxumdan ajratib (tuxum arteriyasining urishini tekshirib turilgani holda) olinadi.

Ortiq olib tashlangandan keyin yorg'oqqa dokayoki rezinadan yasalgan so'rg'ich qo'yiladi va uni uchi yorg'oqni pastki qismi orqali tashqariga chiqarilib qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda yorg'oq qattiq qilib bog'lab (qon quyilishni oldini olish maqsadida) qo'yiladi. Operatsiyaning ertasigayoq bemorga yurishga ruxsat beriladi. 2-3 kundan keyin esa bog'lanma olib tashlanib, ularning o'rniga yorg'oq haltasi kiydirib qo'yiladi. Operatsiyadan so'ng bemorlar uzoq vaqt (1-2 yilgacha) maxsus kim'yoviy dorilar bilan davolanib turishlari lozim.

Prostata bezi va urug' pufakchalarining silini davolash asosan dorilar bilan olib boriladi. Bundan bu a'zolarining sil yiringi mustasno, to'g'ri ichakning oldingi devori orqali ichakka kiritilgan barmoqni nazorati ostida yoki but orqali yorib chiqariladi. Yorishdan oldin ignalar yordamida yiringni bor yo'qligi aniqlaniladi. Urug' pufakchalari yiring bog'lasa ular butunlay tashlanadi.

Erkak tanosil a'zolarining sili bilan og'rigan bemorlar, silga qarshi dispanserda ftiziourolog kuzatuvda bo'ladilar va butunlay tuzalguniga qadar spetsefik ximiyaterapiya bilan davolanadilar. Sanatoriya, kurort davomida iqlimni almashtirish, rejim va parhez va boshqalarni katta ahamiyati bor.

Oqibat.

Butunlay sog'ayib ketish jihatidan erkaklar tanosil a'zolarining silini oqibati ko'p hollarda uncha yaxshi emas. Tuxum ortig'ining silini qanchalik shiddat bilan davolanilmasin, baribir oqibatda uni o'tkazuvchanligi butunlay buziladi. Ayniqsa jarayon ikki tomonlama bo'lganda oqibat havflidir, chunki bu holda bepushtlik yuz beradi. Prostata bezi va urug' pufakchalarining sili ko'pincha bu a'zolarining vazifasini butunlay buzilishiga olib keladi.

Bemorning hayoti uchun erkak tanosil a'zolarining sili xavfli emas. U bemorlarning umumiy ahvolini yomonlashtirmasa ham bari bir o'lim darajasiga olib kelmaydi.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING AKTINOMIKOZI.

Aktinomikoz – odam va hayvonlarning surunkali infeksiyon kasalligi bo'lib, u organizmga toblanuvchi (nurlanuvchi) zamburug'ni kirib qolishidan kelib chiqadi. Bu toblanuvchi zamburug'ning tanasi – aktinomitseta, shoxlanib ketgan ingichka ip chigallaridan iborat bo'lib, har xil uzunlik va qalinlikda bo'ladi. Infeksiyani asosiy o'simliklar tashib yuradilar. Kasallik tashqi muhitda erkin yashovchi aktinomitsetni, ekzogen yo'l bilan organizmga kirib qolishidan kelib chiqadi. Shunday bo'lsa ham zararlanish endogen yo'l bilan boradi, chunki og'iz bo'shlig'ini va oshqozon- yo'lini olgan qo'zg'atuvchi zamburug'lar, parazitlar holatiga o'tib qolgan bo'ladi.

Siydik yo'llarini aktinomikoz kam uchraydi. U qorin bo'shlig'ini orqasidagi infeksiyani oqibatida rivojlanadi. Yo'g'on ichakni atrofidagi to'qimalarga boshlangan jarayon kontakt va limfogen yo'l bilan yuqoriga yoki pastga qorinni orqasidagi to'qimalarga tarqaladi. Yuqoriga siljib va fassial qavatlarini yemirib, buyrak atrofidagi to'qimalarni qamrab oladi. Buning natijasida butun buyrak tosh qattiqligidagi dag'al, qattiq to'qima holiga aylanib qoladi. Bu to'qimalar buyrak va siydik naychasini qin singari o'rab oladi. To'qimalardagi bunday o'zgarishlarga qaramay jarayon buyrakni o'ziga kam tarqaladi.

Buyrakning birlamchi aktinomikoz kam uchraydi, odatda u bironta yashirin kechayotgan ko'pincha o'pkadagi jarohatdan, qon-tomirlar orqali tarqalish natijasida sodir bo'ladi. Buyrak to'qimalarining zararlanishi ancha chuqur bo'ladi.

Odatda radikal operatsiya-buyrakni olib tashlashlik va yaxshilab antibiotiklar bilan davolashlik yaxshi natija beradi.

Qovuqning birlamchi jarohatlanishi esa undan ham kam uchraydi. Odatda u qovuqqa yot jismlarni tushib qolishidan va ayniqsa qovuq atrofidagi to'qimalardan jarayonni tarqalishi tufayli vujudga keladi.

Sistoskopiya qilinganda shilinib qolgan yoki yiring yig'ilib qolgan joylarni bo'rtib turganini ko'rish mumkin. bu bo'rtmalar yorilganda, siydikda aktinomitsetlarni topish mumkin.

Erkaklar tanosil a'zolarining aktinomikozi ekzogen yo'l bilan tarqaladi va juda kam uchraydi. Tashxisi qiyin va odatda juda kechikib qo'yiladi. Ko'p sonli oqmalarni qattiq va bo'rtgan eshiklarni borligi oqma natijalarida zaxm va silni yo'qligiga erishilgan natija, aktinomitset antigenni teri ichiga yuborilganda olingan manfiy natija, Borde-Jangu komplementini qo'shilish reaksiyasining manfiy natijasi bunga dalil bo'la oladi.

Tanosil a'zolarining noaniq etiologiyali yallig'lanish jarayonlarida aktinomikozni mavjud bo'lishligini har vaqt hisobga olish kerak.

Aktinomikozni davolashda antibiotiklar yetakchi o'rinni egallaydi; penitsilin, streptomitsin odatdagi miqdorda va xlortetrotsiklin gidrokslorid (aureomitsin) 0,1-0,2g dan kuniga 4-6 mahal ichiladi. Aktinolizat bilan o'tkazilgan immunoterapiya, spetsefik immuon tanalarining to'planishiga yordam beradi va davolanish natijasini yaxshilaydi. Aktinomitsetning sil mikobakteriyasi bilan biologik yaqinligi tufayli aktinomikozni davolashda ftivazidni qo'llashlik kerak bo'ladi. (boshida 1 grammdan, sekin-asta miqdori oshirilib boriladi).

Operativ davolash zararlangan to'qimalarni yaxshilab kesib olib tashlashlikdan iborat. Zararni aktinomikozini davolashda rentgen nuri yaxshi yordam beradi.

IX- BOB.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING PARAZIT KASALLIKLARI.

Siydik tanosil a'zolarining parazitlar kasalliklari ayrim turdagi gelmintlar chaqiradi. Bu guruhdagi asosiy kasalliklar exinokkoz, shistosomoz va filyariozdir.

BUYRAK EXINOKKOZI.

Etiologiyasi.

Buyrak exinokkozi hozirgi vaqtda nisbatan kam uchraydi, asosan qishloq xo'jalik nohiyalarida uchraydi. Kasallikni gelminti chaqiradi. Buyraklarni exinokkozi bilan jarohatlanishini ko'pligi jihatdan jigar, o'pka qorin pardasi, chavri, mushak taloqdan keyingi o'rinda turadi.

Kasallikni qo'zg'atuvchisini tarqatuvchilar uy hayvonlari: it va mushuklardir. Aksariyatida bitta buyrak, kamdan-kam ikkala buyrak jarohatlanadi. Buyrak exinokkozi bilan asosan 20-40 yoshdagi odamlar ko'proq ayollar og'riydilar.

Patogenezi.

Gelmintni homilasi buyrakka qon yoki limfa orqali boradi. Ular arterial qon oqimi orqali buyrakning qobig'iga borib joylashadi. Buyrak atrofidagi yog' to'qimasi kamdan-kam zararlanadi.

Buyrak exinokkozining 2 turi ma'lum : bir kamerli gidatidoz va ko'p kamerli alveolyar exinokkoz kasallikni ikkinchi turi juda kam uchraydi.

Gidatidoz kista sekin o'sadi va o'sish mobaynida buyrak to'qimasini ezib uni zararlantirishga olib boradi. Ezilgan to'qimalar chandiq to'qimaga aylanadi va kista atrofida, qattiq biriktiruvchi to'qima qobig'ini tashkil qilib fibroz po'stloqqa aylanadi. Bu po'stloq kistaning xitin qobig'iga tegib turadi. Xitin qobig'ining ichki qismida homila pufakchalari skolekslar bilan birgalikda rivojlanadi va parazitlar kistasini endogen o'sishini ta'minlaydi.

Agar skolekslardan qiz pufakchalari hosil bo'lmasa, unda oddiy atsefalotik kista bo'ladi. Lekin ko'pincha kistani qiz pufakchalari taloq, ichaklar va diafragma bilan qattiq yopishgan bo'ladi. Buyrak jomchasi yoki kosachalari bilan yaqin joylashganda esa kista ularning ichiga ochilib ketishi mumkin. Bundan tashqari parazitlar, kista yiringlanishi mumkin. Yiring xitin qobig'ini yemiradi va buyrak parenximasini yorib o'tadi. Natijada yiringli shamollash jarayonini keltirib chiqaradi.

Kistaning uzoq mavjudligi natijasida fibroz kapsulaga tuz cho'kmalarining o'tirishi kuzatiladi. Tuz xitin qobig'i va qiz pufakchalariga ham cho'kadi.

Alveolyar exinokkozda parazitlar kistaning o'sishi, ekzofit proliferatsiyani bo'g'inlashishi hisobiga boradi. Ona pufak bo'lmaydi, buyrak parenximasida ko'p mayda alveolyarlar tarqalgan bo'lib, ularning kattaligi jihatdan olichagacha bo'ladi. Exinokk tizimini markazida ko'pincha yiringli bo'shliqlar, tuz cho'kmalari ko'rinadi, to'qima qattiq fibroz formalar bilan chalmashgan bo'lib, tashqi tomondan o'smaga o'xshab ketadi.

Belgilari va klinik oqimi.

Gelmint bilan zararlanishdan to kasallikning birinchi klinik belgilarini paydo bo'lishiga qadar bir necha yil vaqt o'tadi. Kasallikning belgilari, kistaning hajmi katta o'lchamlarga yetganida yoki uni siydik yo'llariga yorilganida paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy sub'ektiv belgilari bel yoki qovurg'a osti sohasida og'riqning paydo bo'lishida katta kistani odatda ushlab ko'rilganda og'riq bo'lmaydi. Yuzasi

o'ziga xos yumaloq, tekis, yumshoq tarkibli bo'ladi. Agar kista atrofidagi a'zolar bilan yopishgan bo'lsa, uning harakati chegaralangan bo'ladi.

Kista buyrak jomchasiga yorilsa, (ochiq gidatid kista) kasallik buyrak sanchig'i tashqarisida gavidalanadi, chunki qiz pufakchalar va ularning qobig'i- xitin qobig'i, siydik naychasiga tushganda bu joyga tiqiladi. Bunday holda siydikda butun pufaklar, xitin qobig'ining yirtilgan qismlari topiladi. Bu elementlarni siydik pufagiga tushishi natijasida siydikning ajralishi buziladi.

Exinokokkozda buyrakning ishlash qobiliyati, parazitni joylanishi, kistaning hajmi va uni intensiv o'sishi jihatiga ko'ra, turli darajada buziladi.

Buyrak exinokokkining yopiq formasida siydikda o'zgarish bo'lmaydi va bu esa tashxisni qiyinlashtiradi. Ayrim holda exinokokk kistasi qorin bo'shlig'iga, ichakka plevra, bo'shlig'iga hatto teri orqali tashqariga ham yorilishi mumkin. O'z-o'ziga tuzalish hollari, kistaning aseptik o'lishi va keyinchalik esa uning toshga aylanish hollari ham kamdan-kam uchraydi.

Tashxis.

Kistaning ustini asta-sekin zarbalantirilganda, qiz pufakchalarining bir-birlari bilan ishqalanishi natijasida yuz beradigan, gidratidlarni keltirish belgisi, exinokokkoz uchun xos belgidir. Ammo bu belgi juda kam uchraydi.

Kasallikning tashxisida kossoni reaksiyasi katta yordam beradi. Buyrak exinokokkozida bu reaksiya 90% kasallarda ijobiy bo'ladi. Faqat o'lgan yoki yiringlashgan kistadagina bu reaksiya salbiy bo'ladi. Sistoskopiya yordamida, zararlangan buyrakning siydik naychasini jumbog'idan ajralgan butun yoki yorilgan qiz pufaklar chiqayotganini ko'rish mumkin.

Exinokokkoz tashxisining asosiy usuli bu rentgenologik tekshirishlardir. Obzor rentgenogrammada, xuddi solitar kistadagi kabi o'zgarishni ko'rish mumkin. Kista ohaklanganda esa, uni soyasini aniqlash mumkin.

Ekskretor urogramma va retrograd piyelogrammada yopiq exinokokkozda uronsimon soyani ko'rish mumkin. Buyrak parenximasining tashqi qirg'og'ida joylashgan kista bir yoki bir nechta kosachalarni ezib qo'yishi hollar ham uchraydi, bunda o'roqsimon soya, buyrakning biron qatorida joylashadi.

Ochiq exinokokkoz uzum shingilini eslatuvchi, yumaloq o'simtaga o'xshagan bo'lib, bu soya rentgenokonstrast suyuqlikning qiz pufakchalari atrofida tomchilashidan hosil bo'ladi. Kista bo'shlig'ida rentgenokonstrast suyuqligini gorizont tekisligini soyasi va uning ustida esa gaz to'plamini ko'rish mumkin. Fibroz qobiq buzilganda esa rentgenokonstrast modda fibroz va parazitlar kistaning orasidan o'tadi.

Farqlovchi tashxis.

Buyrak exinokokkozini aniqlash ko'pincha katta qiyinchaliklarni keltirib chiqaradi. Parazitni gidatid, skoleks va ilmoqlarini siydikda, faqat ochiq gidatidoz kistadagina topish mumkin. Eozinofiliya buyrak exinokokkozi uchun xos belgi emas. Bularning hammasi buyrak exinokokkozini aniqlashni qiyinlashtiradi va uni solitar kista, buyrak o'smasi va qorin orqasini o'smasi, subbuyrak bilan farqlash tashxisini qilishlikni talab qiladi.

Farqlash tashxisi asosan yuqorida aytib o'tilgan exinokokkoz uchun xos rentgenologik belgilarga va Kasoni reaksiyasining natijalariga asoslangan bo'lishi mumkin.

Davolash.

Buyrak exinokokkozini davolash asosan, a'zoni saqlab qoluvchi operatsiya yo'li bilan bajarilishi lozim. Agar kista buyrakni qismlarining birida joylashgan bo'lsa, a'zoni shu qismini parazitlar kista bilan birga kesib olib tashlash mumkin, lekin katta hajmdagi kistada, bunday operatsiyani qilish mumkin bo'lmaydi. Parazitlar kistani qobig'i bilan olib tashlash operatsiyasini esa har vaqt ham bajarib bo'lavermaydi, chunki buyrak to'qimasidan birdaniga xavfli qon ketish ehtimoli mavjud. Eng xavfsiz va radikal operatsiya bu birlamchi exinokokkotomiyadir. Operatsiya shu tarzda boradi; kista topilganidan keyin uning ichidagi suyuqlikni yo'g'on igna bilan so'rib olib tashlanadi va shu igna yordamida kista bo'shlig'iga 1-2% formalin, (qiz pufakchalarning o'ldirish uchun) yuboriladi. Undan keyin kista yorib, ichidagi xitin qobig'i qiz pufakchalari bilan birgalikda olib tashlanadi. Fibroz qobig'ini ichki yuzasi formalin bilan artiladi va ortiqchasi qirqib tashlanadi. Buyrakning yarasi va qorin devori butunlay berkitib tikiladi. Exinokokk yiringlab ketgan hollarda kista yoriladi va undagi qiz pufakchalri xitin va qobig'i olib tashlanadi. Buyrakda hosil bo'lgan bo'shliqqa esa drenaj qo'yiladi.

Birlamchi ochiq exinokokkotomiya qilish ham mumkin. U holda operatsiyani kistani yorish bilan boshlab, keyin uni ichi bo'shatiladi va fibroz qobig'i esa bel yarasini qirg'og'iga tiqiladi. Buyrak bo'shlig'iga drenaj qo'yiladi.

Nefrektomiyani faqat buyrak parenximasi butunlay halokatga uchragan taqdirdagina qo'llaniladi. Bu holda pufaklarni qoldirmaslik uchun, siydik naychasi ham butunlay olib tashlanadi. Marsupiazatsiyani (kistani ag'darib yara qirg'og'iga tiqilishi) faqat buyrak to'qimasiga kistadagi yiringlanish jarayonini tarqalib ketgan hollardagiga va ikkinchi buyrakni vazifasini esa anchagina susayib qolgan hollardagina qo'llaniladi. Ko'p kamerali al'veolyar exinakkozda buyrakni olib tashlashlik tavsiya qilinadi.

Exinakkozni (profilaktikasi uchun aholi o'rtasida sanitariya va oqartiruv ishlarini olib borish va aholiga kasallikni uy hayvonlaridan yuqishi xavfini borlig'ini tushuntirish lozim. Qossobxonalarda sanitariya-veterinariya nazoratini qattiq kuzatish kerak.

OQIBAT.

Bemor operatsiya qilib davolanilsa oqibati qoniqarli bo'ladi.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SHISTOSOMOZI.

Shistostomoz ba'zi issiq mamlakatlar aholisini siydiktanosil a'zolarini jarohatlashda ko'p tarqalgan parazitlar kasallikdir.

ETIOLOGIYASI.

Siydik tanosil a'zolarini shistosomozi qo'zg'atuvchisidir. Shistosomozni rivojlanish jarayoni hujayraning almashinishiga bog'liq. Voyaga yetgan turi, oxirgi xo'jayin –odamning, kichik tosining vena tomirlarida yashaydi. Gelmintozni eng ko'p tarqalgan joyi Afrika bo'lib, u yerdagi aholini 25% iflos suvda cho'milganda yoki suv ichida ishlayotganda yuqadi: SSSRda kasallik faqat Afrika mamlakatlaridan kelgan odamlardagina uchraydi.

PATOGENEZI.

Shistostomozning umumiy klinik kechishini asosida toksikoallergik reaksiya yetadi, chunki qonda aylanib yuruvchi qug'irchoq, balog'atga yetgan gelmint va uning tuxumida borayotgan modda almashinuvi natijasida hosil bo'layotgan mahsulotlar, organizmga ta'sir ko'rsatadi.

Birinchi o'yrinda siydik pufagida kechadigan mahalliy o'zgarishlar voyaga yetgan gelmintlar va ularni urg'ochilarini qovuqning mushak shilliq parda va shilliq parda osti qavatlariga qo'ygan tuxumlari tufayli yuz beradi. Tuxumlar atrof to'qimalarga faqat mexanik emas, balki kimyoviy ham ta'sir ko'rsatadi, chunki parazitni birlamchi qo'g'irchoq bosqichi-miratsidiy, o'zidan erituvchi ferment ajratadi. Natijada shistostomoz o'smasi hosil bo'ladi. Shilliq parda osti va muskil qavatlarida chuqur joylashgan tuxumlar halokatga uchraydilar, toshga aylanadi. Ommaviy tusga kirib qolgan bu jarayon, asta sekin qovuq devorini fibrozga olib keladi va undagi qon aylanishini buzadi. Shilliq parda osti va muskul qavatlarining ko'plab qismini shikastlanishi, keyinchalik siydik pufagini burushtirib yuboradi. Siydik naychasini pastki qismidagi, ayniqsa uni intramural yoki qovuq oldi bo'limidagi patologik jarayon, uni torayishini keltirib chiqaradi. Siydik naycha bo'ylab, buyrak jomchasi tomon borgan sari shikastlanish tobora kamroq uchraydi. Buyraklarda ham ba'zi hollarda, invaziya uchrab turadi. Siydik naychasini ikki tamonlama zararlanishi ko'p uchraydi. Bunday hollarda piyelonefrit bilan gidronefrotik transformatsiya kelib chiqadi. Bu esa buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorning yarimida, siydik yo'llari bilan bir vaqtda, ularning o'pkalarini ham zararlanish hollari kuzatiladi.

Siydik tanosil a'zolari shistosomozning eng ko'p uchraydigan asoratlari, siydik tosh kasalligi kiradi, chunki uning kelib chiqishini asosiy sababi bo'lgan, siydikning qisilib oqishidir. Bu yerda shistostomoz jarayoni zararlangan siydik pufagining shilliq qavati, rak bilan zararlanishi ehtimoli ko'proq degan fikr mavjud. Siydik sistemasidagi parazitlar vena chigallari orqali, kam bo'lsa ham tanosil a'zolariga, prostata beziga urug' pufakchalari, tuxum ortig'i, urug' chiqarish kanaliga o'tishi, bu a'zolari ham shistosomoz bilan zararlanishi mumkunligini bildiradi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Kasallik bilan zararlanish bolalik paytida bo'lsa ham, uning belgilari bemor 10-20 yoshga kirganda yuzaga chiqadi.

Klinik kechishi jihatidan o'tkir va surunkali shistosomozga bo'linadi. Shistosomoz bir nechta bosqichda kechadi. I-bosqich inkubatsiya davri, kasallikni yuqqan vaqtdan, to uni birinchi belgilarini paydo bo'lganiga qadar. II-bosqich teridagi o'zgarishlarning eng dastlabki davri- serkariylarning organizmga kirishidan to ularning proteolitik fermentlarning ko'rsatgan ta'siri va shistosomullarning navbatdagi sayri bilan bog'liq. Birlamchi invaziya ba'zan aytarli sezilmaydi, oz-moz kechishi bilan chegaralanishi mumkun. Qayta zararlanganda esa, teridagi o'zgarishlar aniqroq bo'ladi, chunki bu kasal organizmning sensibilizatsiyasi bilan bog'liqdir. III-bosqich ikkilamchi inkubatsion davri bo'lib, bu paytda tinchlik, hech qanday o'zgarish yuz bermaydi. 3-12 hafta davom etadi. IV bosqich-umumiy o'tkir shistosomoz. Bu davr shistosomozlarning portal va mezenteral vena sistemasida rivojlanishi va ularning tos vena chigallariga tarqalishi bilan bog'liq. Bu davrda kasallikning belgilari asta-sekin kuchayadi hamda allergiya holatini yomonlashtiradi.

Umumiy xolsizlanish, bosh og'rig'i, ishtahaning yo'qolishi bilan birga, bo'g'inlarda va belda turli xarakterdagi og'riqlar, oyoq yoki butun tana terisida o'tkir toshma, isitma, junjikish, ko'p terlash bilan almashinib turadi. Bu davrda kasallikning ko'rinishi aniq bo'lmay ko'pincha boshqa infeksiyon kasallikni brutselez, bezgak, ich terlama va boshqalarni eslatadi. Surunkali shistosomoz ham o'zining rivojlanishida bir qator bosqichlarni kechadi. Bularning birinchisi-ertangi surunkali shistosomoz. Siydik pufagidagi kasallikni belgilari, kasallik yuqqandan so'ng 2-6 oy fursat o'tib, paydo bo'ladi. Bu bosqich yillab davom etishi mumkin va sekin- asta keyingi bosqichga, kechki surunkali shistosomozga o'tadi. U to'qimalarda proleferativ va tiklanish jarayonlari bilan xarakterlanadi va kasallikni har xil asoratlarini, birinchi o'rinda, yuqori siydik yo'llarini, keltirib chiqariladi. Siydik sistemasida sanqib yuruvchi parazit, vena tomir chigallari orqali tanosil a'zolariga ham o'tib, ularni zararlaydi. Bu bosqichda kasallikni eng ko'p belgilariga gemoturiya, dizuriya, qorin og'rig'i, bo'shshishlar ko'p uchraydi. Qon oqishi manbai siydik pufagini shilliq pardasi hisoblanadi. Yuqori siydik yo'llarini qonashi kamdan-kam uchraydi.

TASHXIS.

Shistosomoz – tashxisida kasallikni tarixi katta o'rin o'ynaydi. (bemorni kasallikning endemik o'choqlarida bo'lganligi). Bemorni ko'rish va paypaslash kam ma'lumot beradi. Eng asosiy ahamiyat siydik tahliliga berilishi lozim. Tekshirish kompleksida hal qiluvchi usul siydikni mikroskopiyasi bo'lib, shistosomoz tuxumini topilishlik esa, invaziyaning so'zsiz belgisi hisoblanadi. Ko'pgina bemorlarda uchrab turadigan qon siyish, protenuriya, piuriya ham kasallik haqida ma'lumot berishi mumkin.

Tashxis uchun sistoskopiyaning katta ahamiyati bor. Siydik pufagining shilliq pardasida paydo bo'lgan mahalliy giperemiya kasallikni eng dastlabki belgisi hisoblanadi. Ammo bu belgi ikkilamchi infeksiya bilan bog'langan bo'lishi ham mumkin. Shistosomoz do'mboqchasi yoki bilgarsoma – aktiv invaziyaning eng doimiy belgisidir. Bu do'mboqchalar shilliq pardadan sal-pal bo'rtib chiquvchi, yarim sferik, tiniq, sariq rangdagi bo'rtmalar bo'lib, atrofidagi shilliq pardada esa shamollash alomatlari bo'lmaydi.

Shistosomozlarning bundan boshqa xarakterli belgisi bu sistoskopiya aniqlanadigan polilipoid bo'rtmalar bo'lib, ular siydik pufagini shilliq pardasini gelmintlarni hayoti davomida ishlab chiqaradigan qo'zg'atuvchi moddalarni ta'siri tufayli vujudga keladi. Bu bo'rtmalar papillomani eslatadi, ammo ularning nozik, qizil baxmal yuzasidagi kam harakat, kalta shoxchalarini bo'lishligi ularni olastomatoz papillomadan ajratib turadi. Kasallikni juda ham o'tib ketgan turlariga siydik pufagidagi shistosomoz infiltratlari va yaralar xarakterlidir.

Shistosomoz infiltrat- qizarib ketgan noto'g'ri bo'rtmalardan iborat bo'lib, u do'mboqchalar, granulyatsiya va kristalsimon bo'rtmalardan tuzilgan.

Shistosomoz yara noto'g'ri formaga ega. Uni qirg'oqlari katerga o'xshaydi. Yara atrofi shishgan va qizargan bo'ladi, tubi esa rixliy granulyatsion fibrin va qon ivitmalari bilan qoplangan. Yara salgina jarohat tufayli ham qonab ketishi mumkin. Shuning uchun sistoskopiyaning siydik pufagini uncha to'ldirmasdan turib qilish kerak.

Gelmint tuxumining toksiko-allergik ta'siri va rivojlanayotgan trombangitlarni ta'siri tufayli, siydik pufagini devorining oqimi aylanishi buziladi. Qonsizlanib qolgan shilliq pardasining ostida qumga o'xshash dog'larni ko'rish mumkin. Bu dog'lar

nafislashib qolgan shilliq parda ostida yaltirab turgan, o'lib toshga aylangan tuxumlardan iboratdir. Bu surnkali shistosomozning doimiy o'ziga xos belgisi hisoblanadi. Sistomkopiya siydik nayi jumbog'ining deformatsiyalanganini aniqlash mumkin. Bu esa yuqoriga siydik yo'llarining holatidan darak beradi.

Siydik yo'llarining holati haqida muhim ma'lumotlarni rentgenologik tekshirishlardan olish mumkin. Obzor rentgenogrammada ohaklangan cheklarni chegarasini aniqlash mumkin. Ekskretor urogramma va retrograd piyelogramma yordamida esa buyrak va yuqori siydik yo'llaridagi o'zgarishlarni belgilari, siydik naychasini o'tkazuvchanligining buzilgani va gidronefrotik transofrmatsiyani aniqlash mumkin.

Farqlovchi tashxis.

Sistoskopiya yordamida siydik pufagini shistosomozi tekshirilganda bu a'zoni sil va o'sma kasalliklariga o'xshash belgilarini topish mumkin. Tashxis uchun kasallikni tarixi (shistosomozni endemik uchogida bo'lishlik) ovoskopiya va endovezikal biopsiya muhim o'rin o'ynaydi.

Davolash.

Shistosomoz asosan uch valentli simob va tioksant birikmalarini preparatlari bilan davolaniladi. Davolashning klassik kursi antimonil- natriy tartratni 1 % li eritmasini vena ichiga 12 marta, to'rt hafta davomida, kun ora jo'natishdan iborat. (sinonimi: vinnosurmyanokaliy tuzi, rvotniy kaliy). Boshlang'ich doza 3 ml ni asta-sekin 13 ml ga yetkaziladi. Katta odamlar uchun kurs dozasi 150 ml (15 g). Intensiv davolash kursi 2-3 kun davom etadi. Bunda 1 % li antimonil – natriy tartratni sutkada 2-3 soatli tanaffus bilan venaga yuborishdan iborat. Kurs dozasini kasalni 1 kg og'irligiga 12 mg miqdorda belgilanadi. Ammo dorini dozasi absolyut 0,72g dan oshmasligi lozim. Ambilgarni nitrotiazolid – imidazolidinon) 25 mg – 24 soatda kg 5-7 kun davomida, etrenol – 2 g dan bir marta.

Operativ davolash asosiy kasallikning asorati mavjud bo'lgan paytida medikamentoz davolash kursi qo'shib borilishi kerak.

KASALLIKNI OLDINI OLISH.

Parazitning hayotiy siklini buzilishlikka qaratilishi lozim. U oxirgi xo'jayin odamning organizmidagi voyaga yetgan asoratlarni yo'qotish, parazit tuxumining suv havzalariga tushirmaslik, oraliq xo'jayin-molyaskalarni yo'qotish, oqmaydigan va sekin oqadigan suvlardagi shistosomoz o'choqlarida cho'milmaslik, uning suvini faqat qaynatib yoki filtrlab ichish kabilarni o'z ichiga oladi.

Oqibat.

Zamonaviy spetsifik ximiyaterapiya o'tkazish sharoitida va rekonstruktiv plastik operatsiyalar (shistosomoz tufayli siydik yo'llaridagi chandiqli o'zgarishlar bo'lganda) qilinish imkoniyati mavjudligi tufayli yaxshidir.

SIYDIK TANOSIL- A'ZOLARI FILYARIOZI.

Etiologiyasi.

«Filyarioz» tushunchasi nematodlar chaqiradigan parazitlar kasalliklarni birlashtiradi.

Bu kasalliklar ba'zi tropik mamlakatlarda keng tarqalgan. SSSR da ham kam faqat filyarioz tarqalgan joylarda yashagan kishilardagina uchraydi. Odamlarda uchraydigan asosiy filyariozlar vuxerereioz qo'zg'atuvchisi.

Patogenezi.

Kasallikni ko'zg'atuvchisi qon suruvchi va ba'zi bir boshqa oilasiga mansubli ular filyaritning oraliq xo'jayini hisoblanadi. Oxirgi xo'jayin bo'lgan odamlarda yetilgan filyaritlar asosan limfa tuguni va tomirlarda parazitlik qiladilar va ularni to'sib qo'yadilar yoki sklerotik o'zgarishga olib keluvchi shamollash jarayonini keltirib chiqaradilar. Kasallik belgilari limfa tomirlarining tuzilish darajasi va ularni joylashgan o'rniga bog'liq. Ko'proq tos va qorin orqasidagi limfa yo'llari zararlanadi, bu esa tashqi jinsiy a'zolar va oyoqdagi limfa oqimining buzilishiga olib keladi. Natijada elefantiaz kelib chiqadi. Varikoz kengaygan limfa tomirlari yorilganda uni ichidagi limfa turli a'zolarida va bo'shliqlarga quyilishi mumkin. masalan:siydik pufagi va tuxum qobig'iga.

Filyariozning umumiy belgilari holsizlik, uyqusizlik, tana haroratini birdaniga ko'tarilishidan iborat bo'lib, ba'zan hurujini eslatadi. Kasallikning mahalliy belgilari, terining shishidan boshlanadi. Siydik sistemasini buzilganda esa xiluriya ya'ni siydikda limfani bo'lishi mumkin. qon-tomirlari ham buzilganda xiluriya, qon siyish bilan birga uchrashi mumkin. Limfa ivitmalari hosil bo'lganda va uni siydik yo'llariga tiqilib siydik oqimini buzilishi oqibatida, buyrak sanchig'i yoki o'tkir siydik tutilishi yuz berishi mumkin. Nisbatan ko'proq filyarioz erkak jinsiy a'zolarini jarohatlaydi. (funkulit, epididimit).

Tashxis.

Filyariozni tashxisi uni siydikda, qonda limfada va boshqa biologik suyuqlikda kasallik chaqiruvchini parazitlarni topishlikka asoslanadi. Zararlangan to'qimadan olingan biopsiya tashxisi uchun asos bo'ladi. Ba'zan limfa-degonrafiya yordamida limfaning siydik sistemasiga ochilgan joyini aniqlash ham mumkin. Bu esa operativ yo'l bilan davolashda katta ahamiyatga ega.

KASALLIKNING QO'ZG'ATUVCHIGA NISBATAN TA'SIRCHANLIGI.

Filyariozni asosiy turlarini (fuxerereioz va brugioz) davolashda karbamizin preparatlari qo'llaniladi. Limfaning siydik pufagiga qo'yilgan hollarida mahalliy davo qo'llaniladi. Buning uchun 1 % li kumush nitrat bilan intelyatsiya qilinadi. Yoki limfa oqayotgan joyini elektrkougulyatsiyallanadi. Agar xiluriya juda avj olgan bo'lsa va konservativ davo yordam bermasa, qovuqni jarohatlangan joyini kesib tashlanadi. Agar limfa buyrakdan oksa-operativ yo'li bilan buyrak to'qimasini jarohatlangan limfa tomirlardan olib tashlanadi yoki nefrektomiya qilinadi.

Profilaktika.

Kasallikni oldini olish- invaziyani tashuvchi hashorotlarga qarshi kurashishdan iborat.

X-BOB. SIYDIK TOSH KASALLIGI.

Siydik-tosh kasalligi – bu endogen yoki ekzogen sabablarga ko'ra yuzaga kelgan, jumladan irsiy xarakterga ega bo'lgan modda almashinuvining buzilishi tufayli yuzaga kelgan, buyrak va siydik yo'llarida toshlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanuvchi kasallikdir.

Siydik-tosh kasalligi (urolitioz) anchagina ko'p tarqalgan kasallikdir. Mumiyolangan murdalarni (qadimiy eramizdan 350-400 yillar avval) tekshirish natijasida topilgan buyrak toshlariga ko'ra, bu kasallikning naqadar ko'xna ekanligi to'g'risida xulosa qilish mumkin. Siydik- tosh kasalligi dunyoning barcha davlatlarida ham uchraydi. Ba'zi viloyatlarda siydik- tosh kasalligining ko'p tarqalganligi, uning kelib chiqishida tashqi muhitning ta'siri borligidan dalolat beradi. Siydik-tosh kasalligi Sovet Ittifoqining O'rta Osiyo, shimoliy Kavkaz respublikalarida, Volga bo'yi sohillarida, Ural, Sibirda bizning davlatimizdan tashqari Avstraliya, Niderlandiya, Yugoslaviya, Gretsiya, Turkuiya, Suriya, Braziliya, AQShning Sharqiy hududlarida anchagina ko'p tarqalgan. Buyrakning hamma jarrohlik kasalliklarini 30-45% siydik- tosh kasalligiga to'g'ri keladi. So'nggi paytlarda siydik- tosh kasalligining ayniqsa uning ayollar orasida uchraydigan marjonsimon formalarini ko'proq tarqalayotganligi qayd qilinmoqda. Siydik tosh kasalligi har qanday yoshga ham mansub, lekin bolalarda va qariyalarda toshlar buyrak va siydik naychalariga qaraganda siydik pufagida ko'proq joylashgan bo'ladi. Toshlar o'ng buyraklarda, chapdagiga qaraganda ko'proq uchraydi: ikki tomonlama toshlar 15-20 % bemorlarda uchraydi.

Shunday regionlar borki, bu kasallik ko'p uchraydi va endemik xarakter kasb etadi, ular jumlasiga Kavkaz, Ural, Sibir kiradi(**10-1 tabl.**).

Dunyoning ko'plab mamlakatlarida, jumladan Rossiyada STK barcha urologik hastaliklarning 32-40 % ini tashkil qiladi. Ovqatlanish va ijtimoiy hayot tarzining o'zgarishi va organizmga bevosita salbiy ta'sir qiluvchi ekologik omillarning ko'payishi oqibatida, ko'plab olimlarning bashorat berishlaricha, kelgusida STK soni ortib boradi. STK ning tibbiy-ijtimoiy ahamiyati shundan iboratki, amalda barcha yosh guruhlarida uchrashi mumkin, 65-70 % hollarda mehnatga layoqatli yoshda- 20-60 yoshli insonlarda uchraydi.

10-1 tablitsa. Rossiya xududlarida STK tarqalish darajasi

Rossiya xududlari	Tarqalishi, %
Shimoliy-G'arbiy	36,1
Markaziy	32,1
Volgo- Vyatsk	31,4
Markaziy-Chernozemniy	38,1
Povoljskiy	30,1
Shimoliy-Kavkaz	30,1
Ural	25,2
G'arbiy-Sibir	29,5
Sharqiy-Sibir	41,5
Uzoq Sharq	40,4
Kaliningrad obl.	33,9

Toshlar butun siydik ajratish tizimi bo'ylab: kosacha, jomcha, siydik naylari, siydik pufagi va siydik chiqarish kanalida joylashadi. Ko'p hollarda toshlar buyraklarning bittasida paydo bo'ladi, lekin 9-17 % holatlarda STK ikki tomonlama xarakterga ega bo'ladi.

Buyrak toshlari yagona yoki ko'p sonli(bu ko'proq g'ovaksimon buyrakda uchraydi) bo'ladi. Buyrakdan 5000 tagacha tosh topilgani haqidagi kuzatishlar yozib qoldirilgan. Toshlarining kattaligi 1mmdan tortib, gigant o'lchamlargacha – 10 sm va og'irligi 1000 g gacha bo'lishi mumkin.



100 - rasm. Umumiy rentgenogramma. Buyrak toshlari: o'ngda korall tosh, chapda jomcha toshi.

25-32 % holatlarda STK qaytalanadi va yanada murakkabroq klinik ko'rinish oladi. Toshlarining o'sish tezligi individual xarakterga ega. Ba'zi toshlar bir necha yillar davomida kattalashmaydi va bemorni bezovta qilmaydi, boshqalari esa 6-12 oy ichida buyrak kosacha-jomcha sistemasini butunlay egallab korall toshlarga aylanishi mumkin.

Etiologiya va patogenez. Hozirgi vaqtda STK patogenezining yagona nazariyasi mavjud emas. Tosh hosil bo'lishini tushuntirib beruvchi ikki xil jarayon, formal va kauzal genez farqlanadi.

Formal genez. Kristallizatsion nazariyaga muvofiq, tosh hosil bo'lish jarayoni kristallizatsiya qoidalariga bo'ysunadi. Bu jarayonda matritsa hech

qanday ahamiyat kasb etmaydi va tasodifiy qismlardan tarkib topadi deb hisoblanadi. Kolloidlar nazariyasiga ko'ra, tosh paydo bo'lishining birinchi va muhim bosqichi bo'lib, tosh organik matritsasining hosil bo'lishi hisoblanadi, siydik tuzlarining unga kristallanishi esa ikkilamchi jarayon hisoblanadi. Kristallanish boshlanishi uchun amalda normal sharoitlarda ham ko'pincha siydak tosh hosil qiluvchi moddalar bilan to'yingan bo'ladi (ko'p ovqat yeyish, og'ir jismoniy mehnat va hk.), lekin tosh hosil bo'lmaydi.

Hozirgi vaqtda bir qator moddalar aniqlangan bo'lib, ular tuzlarning erigan holatda turishiga va kolloid stabilligiga ta'sir qiladi, va aksincha ularning yo'qligi tuzlar kristallanishini chaqiradi. Normal siydikda bu moddalar qatoriga mochevina, kreatinin, gippuron kislotasi, natriy xlorid, sitratlar, magniy, anorganik pirofosfat va boshqalar kiradi.

To'yingan eritmadagi tuzlarning metastabil holati osongina buzilishi mumkin. Ba'zi holatlarda bu rolni mukoproteinlar, sulfanilamidlar, pirouzum kislotasi, kollagen, elastin o'ynaydi.

Siydik muhiti(pH) – tosh hosil bo'lishida muhim omil hisoblanadi. Shu narsa isbotlanganki, tosh hosil qiluvchi moddalar – siydik kislotasi, kalsiy, anorganik fosfatlar, oksalatlar konsentratsiyasi va ekskretsiyasining ortishi shubhasiz, tosh hosil bo'lishiga olib keladi.

Kauzal genez. Bu genez asosida bir qator ekzogen va endogen xavf omillari yotadi, ular formal genez shakllanishiga qulay sharoit yaratuvchi organik va funksional holatlarni yuzaga keltirishadi. Masalan, sut va o'simlik mahsulotlarini ko'p iste'mol qilish siydik muhitini ishqoriy tomonga, go'sht mahsulotlari esa – kislotali tomonga o'zgartiradi.

Ekzogen etiologik omillar

1. Iqlim, tuproqning biogeokimyoviy strukturasi, suv va floraning fizik kimyoviy xususiyatlari, aholining ichimlik va ovqatlanish rejimi.
2. Mehnat sharoiti(zararli ishlab chiqarish, issiq sex, og'ir jismoniy mehnat va boshq.) va maishiy xususiyatlar(bir xil, kamharakat hayot va dam olish tarzi).
3. Tosh hosil bo'lish protektorlari qontsentratsiyasiga, pH ga, diurezga va boshq. ga ta'sir qiluvchi tosh paydo qiluvchi moddalarni ko'p miqdorda saqlovchi oziq-ovqatlarni haddan tashqari va doimiy ravishda iste'mol qilish.
4. A va B guruh vitaminlarining yetishmovchiligi.

Endogen etiologik xavf omillari turlicha tabiatga ega bo'lishi mumkin. Ularga mahalliy urologik xavf omillari ham, umumiy xavf omillari ham, shuningdek bemorning interkurrent kasalliklari kiradi.

Endogen etiologik omillar

Urologik omillar

1. Siydik yollarining tug'ma va orttirilgan mahalliy o'zgarishlari(strukturalar, qo'shimcha qon-tomirlar siydik oqimining buzilishi va gidronefrozga olib keladi)
2. Yagona (yagona ishlovchi) buyrak.
3. Qovuq-siydik nayi (buyrak) refleksi.
4. Siydik yo'llari anomalialari- g'ovaksimon, taqasimon buyrak, ureterotsele, shoxlangan kosachalar.
5. Siydik yo'llari infeksiyasi.

Umumiy omillar

1. Bir qator fermentlarning yetishmasligi, yo'qligi, ortiqcha ishlab chiqarilish holatlari – giperparatireoz, podagra.
2. Uzoq yoki to'liq immobilizatsiya(umurtqa, chanoq suyaklarining sinishi va boshq.).
3. Oshqozon-ichak, jigar, o't yo'llari kasalliklari.
4. Ichak rezeksiyalari, ingichka - yo'gon ichak anastomozlari.
5. Kron, Pedjet, Bek kasaligi.
6. Vitamin A, C, sulfanilamidlarning ortiqcha dozalarda buyurilishi.
7. Sarkoidoz, leykemiya va suyaklarning metastatik zararlanishi.

Yuqorida sanab o'tilgan omillar buyraklarda tosh hosil bo'lishiga olib keladi, toshlar bugungi kunda himiyaviy tarkibiga ko'ra quyidagicha sinflanadi: siydik kislota toshlari (uratlar) – sarg'ish-jigarrang, zich konsistentsiyali, silliq yoki donador yuzali; oksalat toshlari – to'q qo'ng'ir rangda, deyarli qora, juda zich, g'adir-budir

yuzali, “tikonlar” bilan qoplangan; fosfat toshlari (infitsirlangan) –oqish-kulrang, yumshoq, oson yemiriladi, yuzasi g`adir-budir; aralash toshlar – yadrosi boshqa tuzdan, pardasi esa boshqa tuzdan paydo bo`lgan; tsistin toshlar – yorqin-jigarrang tusda, silliq yuzali, eng zich toshlardir. Toshlarining strukturasi organizmda kechayotgan moddalar almashinuvi buzilishini baholashda ahamiyatli bo`lib, STK metafilitikasi chora-tadbirlarini ishlab chiqishga imkoniyat beradi. Hozirgi kunda toshlarning fizik-kimyoviy xususiyatlarini bilish distantsion va qontakt endoskopik litotripsiya ko`rsatmalari va usullarini to`g`ri ishlab chiqish imkonini beradi.

Buyrak tosh (nefrolitiaz kasalligining sabablari hamma har xil bo`ladi, ya'ni bu kasallik ko`p sabablidir. Hozirgi zamon nazariyalariga ko`ra buyrak tosh kasalligining sabablari orasida buyrak va siydik yo`llaridagi tug`ma o`zgarishlar katta o`rin egallaydi. Bu tug`ma sabablarni uch turga bo`lish mumkin.

Proksimal va distal kanalchalarining tug`ma o`zgarishi enzimopatiya (tubulopatiya)lari.

Siydik yo`llarini anatomik rivojlanishining irsiy nuqsonlri.

Irsiy nevrozi va nefrotiksion sindromi.

Enzimopatiya (tubulopatiya) bu enzimlarning yetishmovchiligi yoki ularning butunlay yo`qligidan paydo bo`lgan yoki buyrak kanalchalarining ishini buzilishi va shular tufayli modda almashuvining qamalda qolishi tushuniladi. Genetik o`zgarishlar natijasida paydo bo`lishi mumkin bo`lgan tubulopatiyalarni metabolizmning xatosi deb tushuniladi. Asosan o`rta mintaqada ko`p tarqalgan va tosh bo`lishiga ko`proq tegishli bo`lgan quyidagi tubulopatiyalarni ajratish mumkin: oksalaturiya, sistinuriya, aminoatsiduriya, galaktozemiya hamda kamroq uchraydigan laktozemiya va raxitsimon kasalliklar. Uraturiya tez-tez uchrab tursada, uning mexanizmi hali uncha to`liq aniqlangani yo`q.

Tubulopatiyalarda, buyraklarda tosh hosil bo`lishida qatnashuvchi moddalar yig`iladi. Odam buyraklarida va siydik yo`llarida asosan oksalat kaltsiy, siydik kislotasi, magniy, ammoniy fosfat, sistinlardan tashkil topgan bo`ladi.

Shuni qayd qilish kerakki, oksalaturiya, sistinuriya, aminoatsiduriyaning rivojlangan turi, qand almashuvining o`zgarishlari faqat tug`ma emas, balki keyin orttirilgan ham bo`lishi mumkin, masalan: buyrak va jigar kasalliklari (xolisistit, gepatit, piyelonefrit, glomerulonefrit va boshqalar)da ularning vazifasini buzilishi natijasida yuz beradi. Bunday holatlarda tug`ma hamda keyin orttirilgan tubulopatiyalarning uz'aro munosabati alohida o`rin egallaydi. Masalan: tug`ma oksaluriyaga qo`shimcha bo`lib piyelonefrit aralashsa, uraturiyaga aylanib ketish ehtimoli paydo bo`ladi. Natijada buyrak tarkibida har xil bo`lgan hatto bir kasalning ikkala buyragida, tarkibi bir-biriga o`xshamaydigan toshlar paydo bo`lishi mumkin.

Oksaluriya va piyelonefrit, buyrak toshiga muhtalo bemorlarning karyib yarmida uchraydi. Oksaluriya o`rta mintaqada ko`p tarqalgan tubulopatiyalardandir. Uni bemorning karaltosh urug`larida ham uchraydi, merosiy kasallik ekanligidan darak beradi. Taajublisi shundaki, oksaluriya bo`lishiga qaramay, buyrakdagi toshlarning faqat 1 qismigina kaltsiy oksalidan tashkil topgan qolganlari esa fosfat aralash ya'ni oksalat va fosfat tuzlaridan iborat bo`ladi. Fosfat toshlarining paydo bo`lishi Qalqonsimon bezlarining vazifasini ortib ketishligi, ikkilamchi giperparatireodizmga bog`liq.

Bu esa fosfatlarning qayta so'rilishining buzilishini natijasidir.

Bunga oksalat kristallarining buyrak to'qimalarida cho'kib qolishi yoki to'qimalarning yallig'lanishi tufayli yuzaga keladigan fosfatlarning qayta surilishining buzilishi bosh sababchidir.

Oksalat toshlarini paydo bo'lishi siydikdagi pH 5,1 – 5,9 atrofda o'zgarishiga bog'liq. Suv hamda oziq-ovqat tarkibida magniy moddasi kamroq bo'lgan noxiyalarda istiqomat qiluvchilar orasida oksalat toshlar ko'proq hosil bo'lishligi kayd qilingan. Buyrak yallig'lanish jarayoni qancha kuchli bo'lsa, oksaluriya miqdori shuncha baland bo'ladi.

Uraturiya buyrak toshli bemorlarning 1/4 qismida ba'zan esa bemorlarni qarindosh urug'larida ayniqsa ularni erkaklarida uchrab turadi. Kasallik purin nukleotidlarning sintezini buzilishidan kelib chiqadi. Purin almashuvining oxirgi maxsuloti-siydik kislotasidir. U kanalchalar sekretsiyasi va koptokchalar filtratsiyasi jarayonida ajraladi, hamda kanalchalarda qayta so'riladi ham . Siydik kislotasining ajralish kuniga o'rtacha 800 mg % dan oshmaydi. Uraturiyaning paydo bo'lishi ikki yo'l bilan: siydik kislotasining paydo bo'lishini kuchaytiradigan purinlar sintezining buzilishidan (bunday holatlarda uraturiya bilan bir qatorda, qondagi siydik kislotasining hajmi ham oshadi) hamda buyrak kanalchalarida siydik kislotasining qayta so'rilishi pasayganda paydo bo'ladi.

Siydik kislotasining ko'p miqdorda paydo bo'lishi nukleotidlarning ortiqcha parchalanish holatlarida hamda piyelonefrit kasalligida sodir bo'ladi. Uraturiyaning darajasi bu yrakdagi yallig'lanishning faol aktivligiga bog'liqligi; nordon siydik toshlarining 97%, siydik kislotasidan va faqat 3% uni tuzlaridan iborat.

Generalizatsiyalangan aminoatsiduriya buyrak toshli bemorlarning ko'p qismida va ularning qarindosh – urug'larini qariyb yarmidan ko'pida uchraydi. Uning asosiy belgisi, aminokislotalarning siydik bilan ortiqcha miqdorda sutkasiga 2,5-5,5 gramgacha (normal holatda 1-2 gr) ajralishi bilan harakterlanadi. Aminoatsiduriya – proksimal kanalchalarni ishining buzilishini asosiy ko'rsatkichidir. Generalizovaniya aminoatsiduriya anchagina kasalliklarda uchraydi, chaqaloqlardagi sistinozda, de Toni – Debre – Fanqoni sindromi, galaktozemiya, mieloma hamda vitamin D yetishmovchiligida va boshqalar. Bunda qondagi aminokislotalarning o'rtacha hajmi normal holda yoki pastroq ham bo'lishi mumkin.

Marjonsimon toshli bemorlarning ko'pgina qismida ularning qonidagi aminokislotalarning hajmi ham ortiqcharoq bo'ladi. Bu turdagi aminoatsiduriyalarni to'latilgan aminoatsiduriya deb ataydilar va ularning jishar aminoatsiduriyalarni qatoriga kiritadilar.

Generalizatsiyalashgan aminoatsiduriyadan boshqa spetsefik buyrak aminoatsiduriyasi- sistinuriya, glitsinuriya va boshqalar ham bor.

Tsistinuriya to'rtta aminokislotalarni – sistin, organik, lizin ornitnlarning reabsorbtsiyasini, genetikaga bog'liq bo'lgan buzilish holatidir. Normal holatda koptokchalarda filtrlangan sistinning 95% buyrak kanalchalarida qayta so'riladi. Sistinuriya bilan kasallangan bemorlarda esa sistin kariyb qayta so'rilmaydi, natijada uning qondagi miqdori 50% gacha kamayadi.

Tsistinuriyaning ikki xil turi mavjud: to'liq turi- aminokislotalarning hamma to'rttala turini ham reabsorbtsiyasining buzilishi, to'liq bo'lmagan ya'ni

aminokislotalarning faqat uchtasini ko'pincha sistin, ornitin va argininlarnigina reabsorbtsiyasining buzilishi ko'zda tutiladi.

Adabiyotdagi ma'lumotlarga qaraganda 600 sistinuriyaga faqat birgina sistin toshi mansub ekan. Keyingi paytlarda, ba'zi etnik gruppalarga mansub-yaqin qarindoshlarning bir-biri bilan oila tuzishlikni zararli ekanligiga e'tibor bermaydigan ba'zi shaxslarda sistin toshlarning ko'proq uchrab turishligi to'g'risidagi ma'lumotlar bor. Sistinuriyasi bor barcha bemorlarda piyelonefrit ham mavjud. Qand Sistinuriyasi bor barcha bemorlarda piyelonefrit ham mavjud. Qand almashuvini buzilishi bilan bog'liq bo'lgan metabolizmni tug'ma xatoligi bo'lmish galaktozemiya va fruktozemiya. O'rta mintaqada ko'proq tarqalgan bo'lib, buyrak toshli bemorlarning 12-13 % da uchraydi.

Galaktozemiya-eritrotsidlarda va jigarda galaktozo-I fosfatidil transferaza fermentining kaybligi sababli galaktozaning glyukoza ga to'la ravishda aylanmasligining oqibatidir. Natijada galaktozaning ko'p miqdorda ko'ptokchalar filtratda paydo bo'lganligi sababli, aminokislotalarning kamayishiga olib boradigan galaktozuriya kelib chiqadi. Galaktozani qon tarkibida xaddan oshib ketishi jigarga, buyraklarga ko'zlarni mugiz pardasiga zaharli ta'sir ko'rsatadi.

Fruktozemiya – ferment fruktoza I-fosfat aldenozaning jigarda, buyraklarda, ko'zning mugiz pardasida kamligi, bemorlarda fruktozaga nisbatan sezgirlikni oshirib yuboradi. Shu sababli yuzaga chiqqan fruktozuriya va aminoatsiduriyalar bilan birgalikda kechadi. Qonda fruktoza va uning almashuvini, zaharli xususiyatga ega bo'lgan qoldiqlari to'planadi.

Kaltsiy- fosfor almashuvi o'zgarishlari (raxitsimon kasalliklar) orasida, De-toni – Debre Fanqoni sindromi tug'ma tubulopatiya bo'lib, aminokislotalarning, glyukoza va fosfatning qayta so'rilishini buzilishi tushuniladi. Bu sindromni asosiy klinik yo'nalishi raxit yoki osteomalyatsiyaga o'xshaydi. Ayrim holatlarda suv natriy, kaliy, uratlar oqsillarni qayta so'rilishini buzilishi mumkin. Sindromi ba'zan 2 oqqush bo'yni sindromi» ham deb ataydilar, chunki buyrak to'qimalarining tuzilishi o'rganilganda, xaddan tashqari uzayib ketgan proksimal kanalchalar ko'rinadi. Bu sindrom o'rta mintaqada kam uchraydi.

Patogenez.

Tubulopatiya tufayli kelib chiqadigan siydik tosh kasalligida tosh paydo qilishda ishtirok etuvchi ko'pchilik sabablarni ichki va tashqi oxirgisini esa, umumiy (organizmni hamma – yo'g'iga tegishli) va mahalliy (buyrakni uzidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lgan) sabablarga bo'lib o'rganiladi. Tashqi patogenetik sabablarga atrof muhit va geoximik sharoitlar, ovqatlanish xususiyatlari va boshqalar kiradi.

Ba'zi genografik chegaralarda siydik tosh kasalligining juda ko'p tarqalishiga atrof muhitni sharoit ham ta'siri asos bo'lish mumkin. Havoning namligi uni harorati urning turkumi, ichiladigan suvning tarkibi va uning mineral tuzlar bilan to'yinganligi, o'simliklar jonivorlar bularning hammasi ham katta ahamiyatga ega. issiq mamlakatlarda yashovchi axolining ortiqcha terlashi va tanasi suvsizlanishi tufayli siydikni kuyig'ligi oshib tosh hosil bo'lishi mumkin.

Geografik sharoitlar axolining ovqatlanish holatini belgilaydi. Bu esa siydikning turkumini hamda undagi pH ni belgilaydi. O'simlik va sut maxsulotlari siydikni ishqorlaydi, go'sht oksidlaydi. Oxak tuzga boy suv siydikning achchiqligini pasaytiradi va organizmda kaltsiy tuzlarini ko'paytiradi.

Qutb doirasini tashqarisida yashovchi axoli orasida buyrak tosh kasalligining ko`p tarqalganligini sababi, poligipovitaminoz, ultrabinafsha fiolet nurlarining kamligi hamda go`sht va baliq ozuqalarining ko`pligidan deb faraz qilinadi.

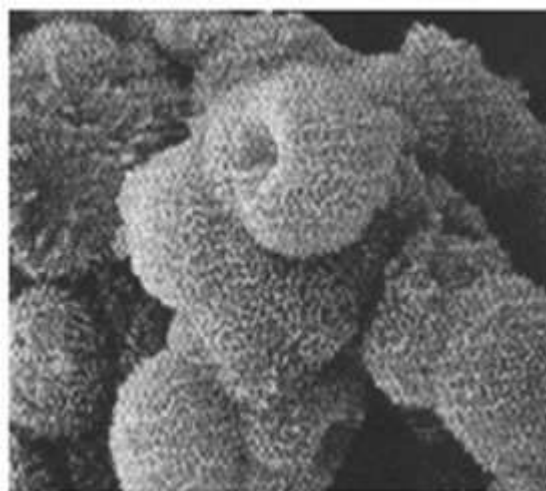
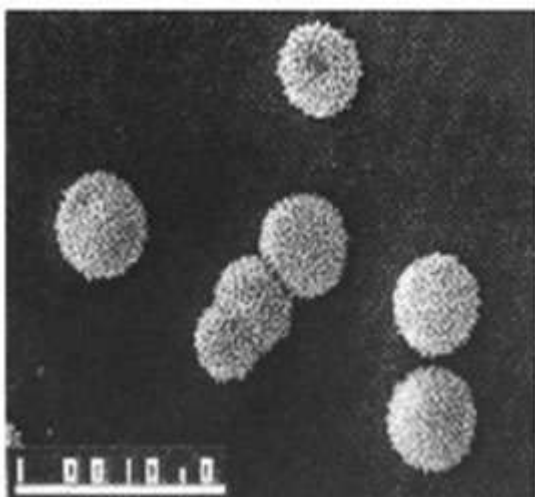
Demak siydik tosh kasalligining maxlliy o`chog`ini rivojlanishida tashqi sabablar bilan bir qatorda, odam tanasining holati, patogenetik ichki omillar ham shubhasiz katta o`rin egallaydi. Buyrak toshning kelib chiqishida fosfor kaltsiy almashuvini keltirib chiqaradigan chetki omillaridan biri, qalqonsimon bezning yonidagi bezlarning vazifasiga oshishi giperparatireodizm asosiy o`rnini egallaydi.

Giperparatireodizm – tug`ma kasallik emas. Fosfatlarning ajralishi kalqon yoki bezchalarining nazorati ostida ekanligi ma'lum. Kalqon oldi bezchalarining gormoni (paratgarmon) kaltsiy almashuvida ikki xil o`rin o`ynaydi, bir tomondan u fosforning ajralishini kuchaytiradi va uning qanalchalarda qayta so`rilishini kamaytiradi, ikkinchidan suyak to`qimalaridan kaltsiy tuzlarining ajralishini kuchaytiradi. Fosfatlar ajralishining ko`payishi, qonda paratgarmonni ortishiga mutannosibdir. Fosfatlarning yuqolishi, fosfat birikmalarini suyaklardan xaydaydi. Bu fosfat birikmalarini kaltsiy tuzlaridan ham tashkil topganligi sababli, kaltsiy moddasi ko`plab ajraydi va uning qonda va siydikdagi miqdori ko`payadi. Natijada fosfaturiya paydo bo`ladi.

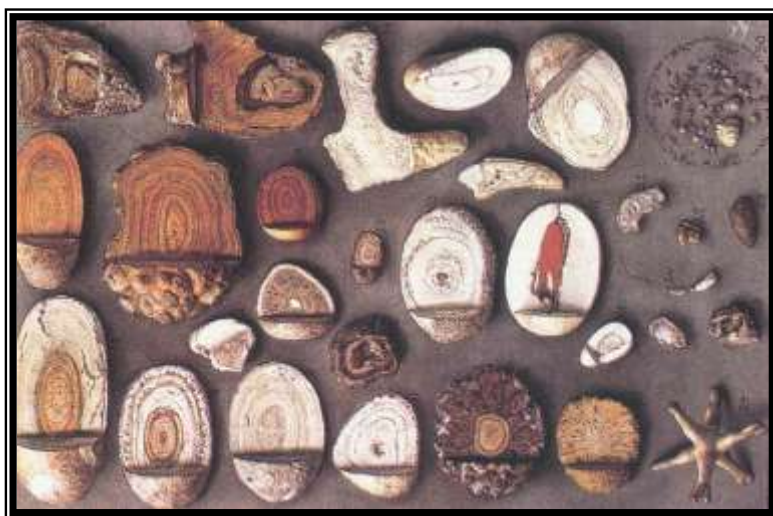
Giperparatireodizm birlamchi hamda ikkilamchi bo`ladi. Birlamchi giperparatireodizm (kalqon yoni bezlarining adenomasi) qondagi va siydikdagi kaltsiy miqdorining balandligi, fosfaturiya, shelochnaya fosfatazaning faolligini oshishi, buyrakdagi quyuvlantirish jarayoning pasayishi bilan ajraladi. Birlamchi giperparatireodizm buyrak toshli bemorlarda uncha (1-2%) baland emas. Ikkilamchi yoki tiklangan giperparatireodizm, buyrakdagi jarayonining oqibatidir. Uni zararlanmagan buyrak tosh kasalligida ham yallig`lanish jarayonisiz borayotgan tubulopatiyalarda ham kuzatish mumkin. Buyrakning bunday zararlanishlari, fosfatlarni va kaltsiyning buyrak kanalchalarida qayta so`rilishining buzilishiga, bu esa kalqon yoki bezlarini vazifasini balandlashuviga hamda uning garmonlarining suyakning fosfat va kaltsiyilarini ivib borishiga olib keladi. Ikkilamchi giperparatireodizm birlamchidan giperkaltsemiya bilan farqlanadi.

Ikkilamchi giperparatireodizmning anchagina ko`p tarqoqligi bo`lib, u buyrak toshli bemorlarning karayib 40% ni, hamda marjonsimon toshlarning 70%ni tashkil qiladi. Ikkilamchi giperparatireodizm tubulopatiya bemorlarning 5% da uchraydi.

Kaltsiyning qon zardobida ko`payishi, suyaklarning jaroxatlanishida, osteomielitda, osteoparozda sirtki nevritda sodir bo`ladi. Shu sababli bu kasalliklar ko`pincha buyrak tosh kasalligi bilan musoboqallashadi.



101-rasm. Buyrak toshlaridagi apatit hosilalar va nanobakteriyalar kolonnasi.



Buyrak tosh kasalligini keltirib chiqaruvchi ichki omillarga, me'da va yo'g'on ichak faoliyatining buzilishi (gastrit, surunkali enterokolit) ham ta'luqlidir. Bu holat, me'dani yallig'lanish, tanani nordon – ishqoriy muvozanat holatiga ta'siri hamda kaltsiy tuzlarini ingichka ichkda kamayishi va boglanishi bilan tushuntiriladi. Jigarni to'g'onlik vazifasini

buzilishiligi ham katta ahamiyatga ega.

Qolaversa mahalliy ichki omillar buyrak va siydik yo'llarining mo'tadil ishlash holatining o'zgarishi, siydik yo'nalishini susaytiruvchi moddalarni ajralish va qayta so'rilishini buzuvchi, siydik infeksiyasini ko'paytiruvchi faktorlar buyrak tosh kasalligini keltirib chiqarishda etakchi o'rinni egallaydi.

Buyrak anomaliyalari(qo'shaloqlik va o'z'aro o'rin almashish, taqasimon buyraklar va boshqalar) siydik naychalarini qopqonlari, toraygan qismlari homiladorlik siydik ikimining susayishini sababchisi bo'ladi. Buyraklardan siydik oqishini buzuvchi, keyin paydo bo'lgan kasalliklar (Gidronefroz, siydik naychalarining torayishi, buyrak sili va boshqalar), ko'pincha toshlarni hosil bo'lishiga sababchi bo'ladi.

Buyrakning jaroxati, shok, qon yo'qotishlar natijasida buyrakda qon aylanishining sustlashuvi ham tosh paydo bo'lishiga imkon beradi, chunki bularning natijasida paydo bo'lgan yomon sharoit buyrak epiteliyasining o'limiga asosiy sababchi bo'ladi.

Buyrak tosh kasalligining kelib chiqishida, buyrakdagi yallig'lanish jarayoni alohida o'rin egallaydi, chunki buyrak to'qimasi va jom-kosachalarining shilliq

pardasining vazifasini o'zgarishiga, uning siydik bilan yuza tortishuvini buzilishiga va buning natijasida so'rilish holatini paydo bo'lishiga olib keladi. Natijada ko'pincha tug'ma hamda keyin paydo bo'lgan tubulopatiya (enzimopatiya)ga qo'shimcha bo'lgan piyelonefrit, tosh hosil qilishda asosiy o'rinni egallaydi. Bu holatni odamlardan olingan toshlarni tekshirish natijasida, ularning ko'pchiligining yadrolarida mikroblarning topilish tasdiqlaydi. Bir kator mikroblar (stafilokok, protey, ko'k yiring tayoqchasi mochevinani parchalab uni ishqorlaydi va tuz qoldiqlari – fosfatning cho'kmaga tushishiga olib boradi. Shunday qilib, siydik inektsiyasi tosh hosil qiladigan mahalliy omillar orasida ayniqsa fosfat tshlarni hosil bo'lishid katta o'rinlardan birini egallaydi. Buyrakda hosil bo'ladigan urat va oksalat toshlarning paydo bo'lishida asosiy urinlari umumiy metabolik buzilishlar egallaydi.

Hozirgi zamon nazariyalarga kura, buyrak tosh kasalligini mahalliy patogenetik omillari – urodinamikani buzilishida va siydik infeksiyasining kuchayishi bemor ayollarda homiladorlik va ginekologik kasalliklarga bog'liq bo'lsa, erkaklarda esa buyrak tosh ko'pincha umumiy modda almashuvini buzilish natijasida vujudga keladi.

Buyrakda toshni paydo bo'lishini patogenezining so'nggi bosqichlarida, siydikdagi mineral kristallar va asrovchi kolloidalarining muvozanati alohida ahamiyatga ega. Siydik tarkibidagi tuzlarning kristalizatsiyalanishiga yo'l kuymaydigan mexanizmni asrovchi kolloidlarni mavjudligining oqibati deb takkazo etadigan, kolloidno-kristalloid nazariyasi bilan tushuntiriladi.

Buyrak kanalchalarining vazifasini buzilishi, siydikda ko'p miqdorda polisaharidlarning va mukoproteidlarning miqdorini oshiradi va ular kolloid posangisini buzadi. Tuyingan siydik eritmasidagi mavjud kristalloidlarning cho'kmaga o'tishi va keyinchalik kristallanishi tosh hosil bo'lishiga olib keladi.

Tosh hosil bo'lish jarayonini matritsa nazariyasi ham tushuntiradi. Bu nazariyaga ko'ra avvalom bor oqsil moddasidan o'zak hosil bo'ladi va unga ikkilamchi tuzlar cho'kadi. Buyrak toshlarining tuzilishini sinchiklab tekshirilganda ularning o'zagida har vaqt organik substansiyaning borligi va u tosh hosil bo'lishida asosiy o'rinni hamda (ko'p holatlarda matritsa o'rmini o'ylab, unda har xil tuzlarning o'tirib qolishiga olib boradi.

Shunday qilib buyrak va siydik yo'llarida tosh paydo bo'lish jarayonini murakkab va ko'p bosqichlidir. Modda almashuvi enzimopatiya (tubulopatiya)larning buzilishi vaziyatida tashqi va ichki mahalliy va umumiy patogenetik omillar ta'siri ostida rivojlanadi.

Toshlarning tarkibi. Kimyoviy tarkibiga ko'ra toshlar oksalatlar, fosfatlar, uratlar, karbonatlarga ajraladi. Sistin, ksantin, oqsil, xoleserin toshlari kamroq uchraydi. Toshlar aksariyat qatlanma bo'ladi, ularning hosil bo'lishida 2-3 tadan ko'p mineral ishtirok etmaydi, qolgan mineral esa aralashma holatida ishtirok etadi. Tosh bu minerallarning organik moddalar bilan aralashmasidir.

Oksalat toshlar shovul kislotasining oksalat tuzlaridan hosil bo'ladi. Bu toshlar qattiq, to'k qora rangli, yuzasi tirnoqli bo'lib, shilliq pardani osonlik bilan shikastlab qonatadi, natijada toshni yuzasi ham qonga bo'yalib rangi qora tusga kiradi.

Fosfat toshlarda fosfor kislotasining kalsiy tuzlari mavjud. Ularning yuzasi tekis yoki salgina dag'al, tashqi ko'rinishi har xil, tarkibi yumshoq. Ular oq yoki kulrang, ishqoriy siydikda paydo bo'ladi, tez o'sadi va oson maydalanadi.

Urat toshlar siydik kislotasi yoki uning tuzlaridan tashkil topadi. Toshlar sariq g'isht rangli, tekis yuzali, yumshoq ko'rinishi har xil bo'ladi.

Sistin toshlar. Sistin aminokislotaning vodorod birlashmalaridan tashkil topadi. Ular oq-sariq, yumaloq, yumshoq va tekis yuzali bo'ladi.

Oqsil toshlar asosan fibrinli tuz va bakteriyalar aralashmasidan tashkil topadi va mayda yapalokq yumshoq, oq rangli bo'ladi.

Xolesterin toshlar xolesterindan tashkil topgan bo'lib, buyrakda juda kam uchraydi. Ular qora rangli, mayda va yumshoq bo'ladi.

Buyrak toshlari bitta yoki ko'p bo'lishi mumkin. Katta kichikligi har xil 0,1 sm dan to 10-15 sm gacha va undan ham katta, og'irligi 1 grammadan 2,5 g gacha va undan ham og'ir bo'lishi mumkin. Ba'zan toshlar buyrak jomchasini va kosachalarini to'ldirib uning ichki tuzilishini aynan takrorlaydi. Bunday toshlar marjonsimon toshlar deb ataladi.

Siydik naychasining toshlari o'zlarining kelib chiqishi nuqtai nazaridan yuqoridan pastga qarab siljigan buyrak toshlaridir. Ularning hajmi va tashqi ko'rinishlari har xil bo'lib, ko'pincha bitta yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Toshlar ko'proq siydik naychasining fiziologik tor joylarida yoki ularning tomirlari bilan kesishgan hamda qovuqqa qo'shilish joylariga kelib tiqilib qoladi.

Patologik anatomiyasi.

Buyrak tosh kasalligida buyraklardagi morfologik o'zgarishlar, umuman undagi toshlarning joylashuviga, ularning tuzilishiga va hajmiga bog'liq. Qolaversa, bu o'zgarishlar buyrakdagi yallig'lanish jarayoniga bog'liq. Ko'pincha toshlar buyrakdagi yallig'lanish jarayoni paytida paydo bo'lib, siydikning yo'nalishini buzadi, natijada yallig'lanishni yanada kuchaytirib yuboradi.

Buyrakdagi «aseptik» toshlar ham morfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Siydikni tekshirib, unda mikroblar topilmasa ham u buyrakda yallig'lanish jarayonini yo'q deb bo'lmaydi. Chunki nefrit hali interstinal holatda bo'lish mumkin, siydik ko'ptokchalarining va kanalchalarining kengayishi, teri va endarterit hollari, oraliq qo'shuvchi to'qimalarning proliferatsiyasi ayniqsa kanalchalar atrofida aniqroq kuzatiladi. Asta-sekin to'qimalari atrofiyaga uchraydi.

Zamonaviy gistoximik va elektrono-mikroskopik tekshiruvlarning ko'rsatishiga ko'ra, buyrak tosh kasalligida buyrakning oraliq to'qimalarida hamda ko'ptokchalarining kapilyarlari bazalnaya membranasida glikoptoreid mukopolisaharid hamda gialuronovaya kislotalari ortiqcha miqdorda to'planadi.

To'qimalarining sklerozi va atrofiyasi jomchalardan boshlanib, buyrakning oraliq to'qimalariga o'tadi va asta-sekin buyrak to'qimasining funksional elementlarini yemirib yog' to'qimalariga aylanishiga olib boradi.

Buyrak tosh kasalligining «aseptik» formasida siydikning oqimiga toshlarning g'ov bo'lishi natijasida bunyodga keladigan o'zgarishlar, buyrakdagi morfologik o'zgarishlarning eng asosiy komponentlaridan hisoblanadi. Siydik oqimini o'zgartiradi. Buyrak jomchalarida yoki siydik naychalarida joylashgan toshlar ko'proq talofatlarga sabab bo'ladilar. Bu toshlar siydik oqimiga g'ov bo'lib, jomchalarning ichki bosimini oshiradi, natijada siydik kanalchalari sistemasiga

tarqaladi va buyrak ichki bosimining ortishiga sabab bo'ladi. Kanalchalar kengayadi, ularning epiteliyasi o'z vazifasini yo'qotadi. Buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida ko'ptokchalardagi filtratsiya ham pasayadi. Jomning ichki bosimining ko'tarilishi natijasida paydo bo'ladigan jom buyrak refluykslari, oraliq to'qimalarni siydik bilan to'ldiriladi. Oraliq to'qima asta-sekin dag'al bog'lovchi to'qimaga aylanib, buyrak to'qimasining o'rnini egallaydi. Gidronefrotik transformatsiyada ham buyrak ko'p vaqtgacha siydik chiqaraveradi, ammo bu siydikning kuyoviyiligi anchagina past bo'ladi. Siydik oqimiga bo'lgan g'ov asta sekin jomni kengaytiradi, uning devorlarini yupqalashtirdi, buyrak to'qimalarini buzadi, ya'ni gidronefrotik transformatsiyaga olib boradi. (X-bobga qarang).

Siydik tosh kasalligiga infeksiya qo'shilgan holatlarida, yallig'lanish jarayoni buyrakning miya qatlamidan kabizok qatlamiga tarqaladi. Mahalliy yallig'lanish infiltratlari hamda buyrakning interstinal to'qimalaridagi yiringlashlar, keyinchalik, bu yerda dag'allanishga va oqibatda, kanalcha va ko'ptokchalarni o'limiga olib boradi.

Surunkali toshli piyelonefrit buyrak to'qimalarining yiringli erishiga va yiringli buyrakning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Yallig'lanish jarayoniga bir chekkadan so'rg'ichlar va keyinchalik buyrak to'qimasining chuqurroq bo'lishlari ham qo'shiladi. To'qimalarda paydo bo'lgan mayda yiringchalar bir-biri bilan qo'shib, kattaroq yiringlarni hosil qiladi. Buyrak qobig'i tobora dag'allashadi va atrof to'qimalarga yopishadi. Buyrak to'qimasi ba'zan butunlay yemiriladi va yallig'lanish jarayoniga buyrak atrof to'qimalari ham qo'shiladi. Jomchalarda va siydik naychasida, siydik oqimiga g'ov bo'luvchi «aseptik» toshlar tufayli yuz beradigan morfologik o'zgarishlar, ularning shilliq pardalarining ostki qavatida boradigan qon quyilishlaridan va mushak qavatini qalinlashuvidan iboratdir. Keyinchalik nerv elementlarini atrofiyasi, limfa qon aylanishni, hamda umumiy tonusning buzilishi yuz beradi. Jomcha hamda naychalari kengayadi. Ba'zan 2-3 sm gacha (gidroureteronefroz) kengayib, shalpaygan naychaga aylanadi. Bunga infeksiya qo'shilsa, jom va naychalarning devorlari yallig'lanadi. Asta-sekin jarayonga atrof to'qimalar ham qo'shiladi, paripielit, periuretrit, pedunkulit rivojlanadi, naycha dag'allashgan joyidagi devorlarini torayishi, yag'r bo'lishi yoki teshilib ketish holatlari bo'lishi mumkin.

Simptomatikasi va klinik kechishi. Siydik-tosh kasalligi ma'lum vaqt davomida simptomsiz kechishi mumkin, va tosh rentgenologik yoki ultratovush tekshiruvi vaqtida tasodifan aniqlanadi. Bu kasallikning latent shakli bo'lib, bu holat toshning o'lchamlariga emas, asosan uning qayerda joylashganiga, siydik oqimining buzilmaganiga, infeksiya qo'shilmaganiga bog'liqdir. Masalan, katta korall (marjonsimon) tosh, siydik oqimini buzmagani, buyrak funksiyasiga ta'sir qilmagan va infeksiya tushmagan – bu tosh uzoq vaqt davomida bemorda hech qanday shikoyat chaqirmasligi mumkin.

Shu bilan birga 98% holatlarda buyrak va siydik nayi toshlari bel yoki qovurg'a ostidagi kuchli og'riqlar (buyrak sanchig'i) bilan namoyon bo'ladi, bu og'riqlar siydik nayi bo'ylab irradiatsiyalanadi. Yonbosh sohadagi og'riqlar va uning qov sohasiga, moyakka, jinsiy lablarga yoki jinsiy olat boshiga irradiatsiyalanishi siydik nayi stavezikulyar qismining toshi uchun xarakterlidir.

Buyrak tosh kasalligining asosiy belgilaridan biri bu bel sohasida bo'ladigan, to'lg'oqsimon (buyrak sanchig'i) og'riqdir. Qon siyish siyishning buzilishi, yiring siyish, toshlarning o'z holiga chiqib ketish holatlari ham kuzatiladi.

Og'riqlar siydik-tosh kasalligida doimiy va qaytalanuvchi, o'tkir va o'tmas bo'lishi mumkin. Og'riqlarning joylashuvi va ularning kuzatilishi, toshlarning siydik yo'llarida joylashuviga bog'liq. Buyrakdagi marjonsimon, hamda jomcha ichidagi yirik toshlar, o'zlarining kam harakatliligi tufayli, bemorlarni kamroq bezovta qiladilar. Hech qanday og'riq bo'lmasligi, tosh kasalligiga xos belgi emas. Og'riqning harakat paytida kuchayishi, buyrak tosh kasalligiga xos belgidir. Buyrakdagi og'riq ko'pincha siydik naychasida bo'lib, qorinning pastki qismiga qarab yo'naladi. Toshlarning pastga, naycha orqali yo'nalishiga qarab og'riqlarning kuzatilishi o'zgaradi, ular qorining pastki qismiga, songra, moyakka, ayollarda esa jinsiy a'zoning labiga tarqala boradi.

Buyrak toshining eng o'ziga xos belgilaridan biri to'lg'oqsimon buyrak sanchig'idir.

Buyrak sanchig'i asosan, siydik oqimini bo'g'ilib qolishi, buning natijasida, buyrakning ichki bosimini ortishi tufayli, buyrakning shishini, uning qovug'ini va tomirlar kiradigan darvozasini atrofida joylashgan sezgi nerv tolalarini qitiqlanishidan kelib chiqadi. Buyrakda mikrotsirkulyatsiyaning o'zgarishi, buyrak to'qimalarida va buyrakni idora qiluvchi nerv tugunchalarida havoni yetishmovchiligi natijasida og'riq yanada zo'rayadi.

Tosh sababli paydo bo'lgan buyrak sanchig'i ko'pincha og'ir mehnat paytida va undan keyin, uzoq yo'l yurilganda ko'p suyuqlik iste'mol qilinganda, favqulotda boshlanib qoladi. Bel sohasida, qovuq ostida keskin og'riqlar paydo bo'lib, ular asta-sekin qorinni egallaydi. Bemor ortiqcha bezovtalanadi, chig'iriq –chig'iriq bo'lib ox-voy tortadi, hatto chidamay baqiradi. Bemorning bu ahvolini kuzatib hatto undan uzoq masofada turib ham kasalligini aniqlash mumkin. Og'riq vaqti-vaqti bilan to'xtaydi, bir necha soat hatto bir necha kunlar davom etishi mumkin. keskin og'riqlardan keyin ko'ngil ayniydi, qayd qiladi, ba'zan siyish tezlashadi.

Ba'zi bemorlarda ichaklarning reflektor falaji, hojatning to'xtatilishi, qorin devorlarining mushaklarini taranglashishi mumkin.

Buyrak sanchig'i paytida oshqozon, ichak yo'llarini faoliyatini buzilishi, buyrakni yopib turgan qorinning orqa pardasini hamda qorin ichki a'zolarini, buyraklarning nerv tugunchalari bilan aloqador qilib turadigan nerv tolalariga bo'yin qismining qitiqlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ba'zan buyrak sanchig'i paytida toshning siydikka g'ov bo'lishi hamda bemorda suyuqlikning ko'p miqdorda ajralib chiqishi tufayli siydik ajralishini kamayishligini kuzatilishi mumkin. Buyrak sanchig'i paytida behollik, og'izning qurishi, bosh og'rishi, haroratning ko'tarilishi va boshqa umumiy belgilar ham bo'lishi mumkin.

Buyrak sanchig'i paytida bemorning qovurg'asini osti paypaslanganda qattiq og'riq borligi, oldingi devori taranglashgani, pasternatskiy belgisi borligini aniqlash mumkin.

Buyrak sanchig'i paytida Pasternatskiy belgisi aniqlashda, og'riqni kuchaytirib yubormaslik uchun buyrak sohasini zarbalashni qo'pol ravishda qilish yaramaydi.

Agar tosh siydik naychasida joylashgan bo'lsa og'riq qorinning pastki qismida aynan tosh joylashgan joyning ro'parasida aniqlanadi.

Buyrak sanchig'i paytida bemorning haroratini ortishi, qonda esa leykotsitlarni ko'payishi reflekslarning paydo bo'lishiga bog'liqdir. Uncha katta bo'lmagan toshlarning o'z holicha siydik bilan chiqib ketishi bilanoq, buyrak sanchig'i ham orom topadi. Agar tosh ajralmasa, buyrak sanchig'i takrorlanishi mumkin.

Bir tomonlama buyrak toshi bemorni sinchiklab qaralganda, bel sohasidagi mushaklarning atrofiyasi natijasida, assimetriya ham borligi aniqlanadi. Buyrak tosh kasalligida jarohatlangan buyrakni har vaqt paypaslab aniqlab bo'lmasada, ammo paypaslash paytida buyrak sohasidagi og'riq va Pasternatskiy belgisi qo'shimcha sodir bo'lganligi aniqlanadi. Siydik naychasidagi tosh o'rnashgan joyining ro'parasi, ya'ni qorinning pastki qismida o'ziga xos og'riq ham bo'ladi. Ayrim holatlarda ayollarning siydik naychasining pastki qismida joylashgan yirikroq toshlarni, qinning oldingi devorini paypaslab aniqlash mumkin.

Siydik nay tosh bilan to'liq to'silganda siydik tahlilida gematuriya, leykotsituriya, piuriya aniqlanmasligi mumkin.

Siydikdagi o'zgarishlar STK bilan og'riq barcha bemorlarda kuzatiladi. Ko'pincha, 70-85 % holatlarda mikrogematuriya (ko'ruv maydonida 15-30 eritrotsitlar) paydo bo'ladi va jismoniy harakatdan so'ng kuchayadi. Tosh harakatlanganda makrogematuriya paydo bo'ladi va chuvalchangsimon quyqa shaklida siydik bilan ajralib chiqadi. STK dagi gematuriyaning yuqori siydik yo'llaridagi o'smalarda kuzatiladigan makrogematuriyadan farqi, o'smalarda hech qanday og'riqsiz keladi, STK da esa gematuriyadan oldin buyrak sanchig'i kuzatiladi.

Qon siyish, siydik tosh kasalligida ko'p uchraydi. U ko'zga ko'rinmaydigan, ya'ni mikroskop yordamida aniqlanadigan (siydik qoldig'ida 20-30 eritrotsit yoki makroskopik, oddiy ko'z bilan kuzatish mumkin bo'lgan holatda bo'ladi. Makroskopik qon siyish buyrakda yoki siydik naychasida joylashgan tosh tufayli, oddiy ko'z bilan ham kuzatiladigan bo'lib, har doim ommaviy bo'ladi. Bunday qon siyish, qon bosimini keskin ko'tarilishi, siydik oqimining birdaniga tiklanishi natijasida fornikal chigalchalarning vena qon-tomirlarini yupqa devorlarining yorilib ketishi natijasida ham yuzaga chiqadi. Toshlar yirik bo'lsa, qon siyish bemor uzoq masofoda yo'l yurganida yoki og'ir jismoniy mehnat qilganida, fornikal tugunchalaridagi venalarning jarohati yoki buyrak ichki vena tomirlarining bosimi ortib ketishi tufayli, ularning yorilishi natijasida paydo bo'ladi.

Yiring siyish, buyrak va siydik naychalarida tosh bor bemorlarning ko'pchiligida (60-70%) kasallik jarayoniga infeksiya qo'shilib, kasallikni va uning oqibatini og'irlashtiradi. Stafilokokk, ichak tayoqchasi, streptokokk va boshqalardan tashkil topgan infeksiya ko'pincha surunkali uretrit pienefroz holatida mavjud bo'ladi. Shuning uchun piuriya buyrak tosh kasalligining ko'pchilik belgilari qatoridan o'rin egallaydi.

Dizuriya toshning joylashgan o'rniga bog'liq tosh qanchalik siydik naychasini pastrog'ida joylashgan bo'lsa, dizuriya shu qadar zo'rroq bo'ladi. Tosh siydik naychasining intramural bo'limiga tiqilib qolganida, bundagi nerv tolalarining qitiqlanishi natijasida, bemor juda tez, hatto sanoqsiz darajada siygani yuguradi.

Leykotsituriya va piuriya muhim simptomlardan hisoblanadi, 60-70 % holatlarda kuzatiladi va STKda siydik yo'llari infeksiyasi qo'shilganini ko'rsatadi. Bunday holatlarda siydik oqimining buzilishi o'tkir obstruktiv pielonefrit rivojlanishiga olib keladi, tana harorati 38-39 °C gacha ko'tarilishi (asosan kechqurun), qaltiroq paydo bo'ladi. O'z vaqtida buyrakni drenajlamaslik va siydik oqimini tiklamaslik tezda yiringli-obstruktiv pielonefrit rivojlanishiga (apostema, karbunkul, abscess) va oqibatda sepsisga olib kelishi mumkin.

Toshlarning ajralishi siydik tosh kasalligining asosiy belgisidir. 0,5-0,6 sm li toshlar 82-95 % holatlarda spontan ravishda tushib ketadi. Lekin har bir aniq holat uchun toshning tushib ketishi faqatgina tosh o'lchamlarigagina bog'liq bo'lmay, balki buyrak va yuqori siydik yo'llari funksional holatiga va faol litokinetik terapiyaning o'z vaqtida o'tkazilishiga ham bog'liqdir. Toshlarning tushib ketmasdan uzoq vaqt davomida turishi buyrak va siydik yo'llari funksiyasining pasayib borishiga va oxir oqibatda butunlay ishdan chiqishiga olib keladi.

Toshlarning o'z holicha ajralish xususiyatlari ko'pincha ularning hajmiga joylashgan siydik yo'llarining holatiga va yuqori siydik tarmoqlaridagi bosimga bog'liq. Ulardagi taranglik va bosimlarning susayishi, toshlarning ajralishini qiyinlashtiradi. Shu sababli toshlar ko'pincha butunlay tiqilib qoladi va yuqori siydik tarmoqlaridagi siydikni yo'nalishi butunlay ayniydi.

Diagnoz qo'yishda anamnez yig'ish muhim ahamiyatga ega. Og'riqning xarakteri va davomiyligini (joylashuvi, kuchi, tarqalishi); og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, qaltiroq bilan kechyaptimi-yo'qmi; siydikda gematuriya borligi va davomiyligi; og'riqning kuchi va paydo bo'lish xarakterini aniqlab olish zarur; bemordan oldin tosh tushganmi; urologik anamnezga egaligi, oldin STK bo'yicha tashrix qilinganligi surishtiriladi; bemorda oshqozon ichak traktida, jigar o't yo'llarida, qalqonsimon oldi bezlarida kasalliklar bormi; oilasi va qarindoshlari ichida STK bilan og'riganlar bormi; tosh hosil qilishga olib keluvchi farmakologik preparatlar (sulfanilamidlar, vitaminlar va boshq.) qabul qilganligi; tayanch-harakat apparatida kasalliklar va sinishlar bo'lganligi surishtiriladi.

Fizikal tekshiruvning o'tkazilishi shart bo'lgan usullariga bel sohasi va tashqi jinsiy a'zolari vizual ko'rish, buyrak sohasi va tashqi jinsiy a'zolari palpatsiyasi; ayollarda qinni bimanual tekshirish; prostatani barmoq bilan rektal tekshiruvi kiradi

Bemorning yonbosh holatidagi buyraklarni chuqur palpatsiya qilish kattalashgan va og'riqli buyrakni aniqlash imkonini beradi. Pasternatskiy simptomi



(siydik oqimi buzilgan buyrakni taqillatish) qoidaga ko'ra, musbat bo'ladi. STK tashxisida laborator va instrumental tekshiruvlar asosiy usullardan hisoblanadi.

Buyraklarni va siydik pufagini ultratovushli skanirlash ma'lumotga boy, zararsiz, qulay usul bo'lib, bolalar va homiladorlarni tekshirishda qo'l keladi (102 rasm).

102 - rasm. Buyrak toshining ultratovushli manzarasi



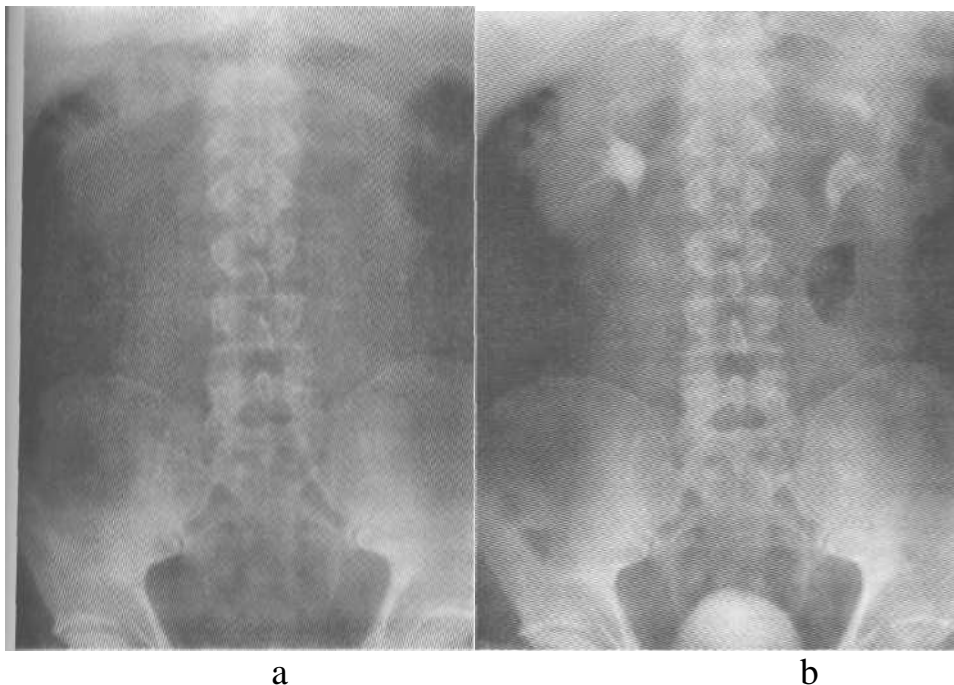
Zamonaviy ultratovush apparatlari buyrak kosacha-jomcha sistemasining har

qanday qismidagi toshni aniqlash bilan birga, kattalashgan buyrak o'lchamlarini, parenxemasi qalinligini, destruksiya o'choqlari bor-yo'qligini, shuningdek kosacha-jomcha sistemasidagi kengayish darajasini (agar tosh siydik nayida va ultratovushda aniqlab bo'lmaydigan zonada joylashgan bo'lsa) aniqlab beradi. Siydik nayining o'rta qismi

ultratovushda aniqlab bo'lmaydigan zona hisoblanadi. To'ldirilgan siydik pufagini ultratovushli tekshirish siydik nayining yo'qstavezikal qismidagi toshlarni, ureterotsele toshlarini aniqlash imkoniyatini beradi.

Rentgenologik tekshiruv siydik-tosh kasalligini tashxislashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Umumiy urografiya amalda 96 % holatlarda siydik ajratish sistemasi proeksiyasida joylashgan konkrement soyasini ko'rish imkonini beradi (**93 rasm**). Umumiy rentgenogrammada siydik ajratish sistemasining barcha qismlari aks etgan bo'lishi kerak (X ko'krak umurtqasidan to chanoq suyagining simfizigacha). Faqatgina rentgenonegativ toshlar (urat, sistin, ksantin) umumiy urogrammada ko'rinmaydi. Marjonsimon toshlarda ikki xil proeksiyada rentgenografiya qilinadi (to'g'ri va biroz qiya holatda)- shunda tosh o'lchamlari va buyrak kosachalarini qanchalik to'ldirgani haqida to'liqroq ma'lumot olinadi. Lekin, umumiy urogrammada buyrak va siydik nayi toshiga o'xshash soya ko'rinishi bilan yakuniy STK tashxisini qo'yib bo'lmaydi, chunki bu toshlar o't pufagi, oshqozon osti bezi, ahlat toshi, kaltsinatlangan limfa tuguni yoki oshqozon ichak traktida biroz oldin o'tkazilgan rentgenologik tekshiruvdan keyingi bariy qoldig'i bo'lishi mumkin. Bularning barchasi STK manzarasiga o'xshab ketadi. Flebolitlarni aniq yumaloq konturga egaligi va markazida yorug'lanish borligidan ajratib olsa bo'ladi. Mana shuning uchun ham umumiy urografiya 98% holatlarda ekskretor urografiya bilan to'ldiriladi. Bu tekshiruv o'tkir buyrak sanchig'i bo'layotgan bemorlarda qilinmaydi, chunki zararlangan tomonda mikrotsirkulyatsiya buzilgani uchun ekskretor urografiya hech qanday ma'lumot bermaydi.

Ekskretor urografiya toshlarnig joylashuvi va buyraklarning anatomik holati haqida aniq ma'lumot beradi, yuqori va pastki siydik yo'llarining funksional holati haqida esa qiyosiy ma'lumotlar beradi. Buyraklarning kontrast modda bilan o'z vaqtida (7-10 minut) to'lishi va kosacha-jomcha sistemasining ko'rinishi ularning funksional holati haqida, jomcha shakli haqida (intrarenal va ekstrarenal



103 rasm. O'ng tomonlama buyrak jomi toshi, a – umumiy urografiya; b – ekskretor urografiya.

joylashuv), kosacha-jomcha sistemasi retensiyasi (kengayish) darajasi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Tosh soyasi siydik ajratish sistemasi kontrastlanishi nuqsoni sifatida ko'rinadi. Siydik nayining ko'rinishi toshlarni flebolitlardan ajratish imkonini beradi, bunda, qoidaga ko'ra kontrast moddaning dimlanishi – “ko'rsatkich barmoq” simptomi aniqlanadi. Siydik nayi toshini yakuniy tashxislashda yarim yonbosh holatda va siyib bo'lgandan keyin rentgenografiya qilish yordam beradi.

Ekskretor urografiya suratlaridan birini tik holatda olish (15 minut) nefroptoz bor-yo'qligini aniqlash imkonini beradi (asosan ayollarda), nefroptoz ham tosh hosil bo'lishi sababchisi bo'lishi mumkin.

Rentgenonegativ toshlarda ekskretor urografiya to'siq ustidagi dimlanish belgisini (“ko'rsatkich barmoq” simptomi) hisobga olmaganda, kam ma'lumot beradi, bu to'siq siydik nayi o'smasi ham bo'lishi mumkin.

Ba'zi holatlarda, qachonki o'tkazilgan tekshiruvlardan so'ng ham tashxis noaniqligicha qolsa yoki tosh soyasi ko'rinmasa, retrograd ureteropielografiya qilinadi. Kateter to'siqqa uchraguncha kiritilib, yodli suyuq kontrast modda yoki kislorod (pnevmpielografiya) yuboriladi. Retrograd pielografiya natijalarini interpretatsiya qilishda, to'lish nuqsoni aniqlanganda shoshilish kerak emas, huddi shunday nuqsonni jomcha o'smasida va havo pufakchalari kirib qolganda ham aniqlanadi. Tosh kontrast modda yuborilganda “manfiy” soya bo'lib ko'rinsa, kislorod yuborganda esa “musbat” soya bo'lib ko'rinadi (104 rasm). Retrograd pielografiya shuningdek, toshdan pastda joylashgan strukturani inkor qilish uchun, bor bo'lsa uning davomiyligini aniqlash uchun ham qo'llaniladi.

Ba'zi holatlarda tosh va siydik nayi o'smalarini differensial diagnostika qilish maqsadida invaziv usul – **diagnostik retrograd endoskopik ureteropieloskopiya qo'llaniladi**. Bu muolaja toshni maydalash (kontakt litotripsiya) yoki o'smadan biopsiya olish bilan tugallanishi ham mumkin.

Yadro-magnitli-rezonans tekshiruvlar yanada aniqroq diagnostik ma'lumotlar beradi, chunki bunday usulda olingan suratlar sifatiga ko'pincha ekskretor urografiya interpretatsiyasida halal beruvchi aerokoliya ta'sir qilmaydi. Shuni yodda titish kerakki, yadro-magnitli-rezonans tekshiruvda bemorga hech qanday rentgen nurlari ta'sir qilmaydi, shuning uchun uni homiladorlarda ham qo'llash mumkin.

Kompyuterli tomografiya tosh diagnostikasida juda kam qo'llaniladi, chunki ortiqcha ko'p rentgen yo'qlamasi bor, siydik yo'llari anatomik va funksional holati haqida ma'lumot bermaydi. Kompyuterli tomografiya marjonsimon toshlarning aniq stereometrik manzarasini olish va tosh tuzilish zichligini aniqlash imkonini beradi (rejada distansion litotripsiya qo'llash imkoniyatini beradi).

Radioizotop tekshiruvlar (dinamik nefrossintigrafiya) buyraklar funksional bo'laklari holatini tekshirishga imkon beradi, ularning sekretor va evakuator qobiliyatini baholaydi. Buyragida tosh bor bemorlarda, shuningdek ilgari buyragida tashrix o'tkazganlarda izotop tekshiruvlar koptokchalar va kanalchalar holatini segmentlarga bo'lib o'rganish imkoniyatini beradi.

Kasallikni davolash va tosh hosil bo'lish genezini topish maqsadida qalqonsimon oldi bezlari funksiyasini tekshirish ham muhim hisoblanadi: qalqonsimon oldi bezlari venasidan olingan qonda paratgormonlar miqdorini aniqlash ikki tomonlama va tez qaytalanuvchi nefrolitiazlarda ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.



104- rasm. Retrograd ureteropielografiya. O'ng tomonlama siydik nayi yuqori 1/3 qismi toshi

Angiografik tekshiruvlar ma'lumotga boy va miniinvaziv usullar kirib kelgani hisobiga juda kam qo'llanilmoqda, lekin bu usul jarrohga marjonsimon nefrolitiazlardagi takroriy tashrixlarda juda katta yordam beradi, nefrotomiya qilish ehtimoli borligida angioarxitektonikani baholash va katta qon-tomirlar jarohatlanishini oldini olish imkoniyatini beradi (**95 rasm**).

Laborator tekshiruvlar STK da tosh kimyoviy tuzilishini va metabolik buzilishlarni aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Bularni bilishga asoslangan metafilaktik davo tavsiya berish va samaradorligini nazoratga olish imkonini beradi.

Kengaytirilgan qon tahlili shoshilinch holatlarda buyraklarda yallig'lanish jarayoni ketayotganini bildiruvchi leykotsitoz, tayoqcha yadroli siljish, ECHT ko'tarilishini aniqlash imkonini beradi. Bu ma'lumotlar keyingi davo taktikasini belgilashi mumkin. Yuqoridagi laborator tekshiruvlar bilan bir qatorda quyidagi funksional ko'rsatkichlarni aniqlashga ko'rsatma bor: qondagi mochevina, kreatinin miqdori, endogen kreatinin klirensi, qondagi va siydikdagi siydik kislota va kalsiy miqdori, siydikdagi oqsil miqdori, siydikning solishtirma og'irligi (nisbiy zichligi).

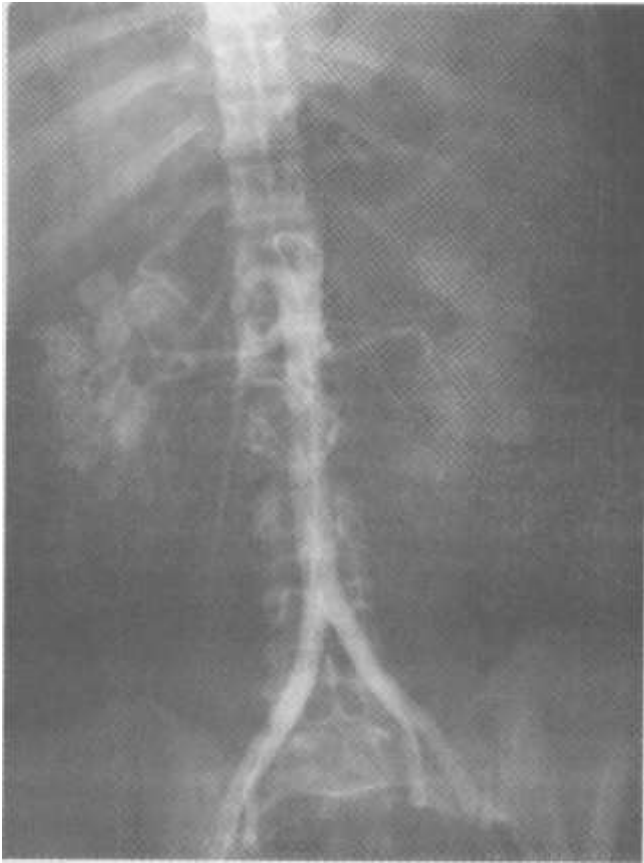
Siydik mikroflorasini ekish va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash antibiotiklarni buyurishdan oldin o'tkazilishi lozim, chunki ular tekshiruv natijasiga ta'sir qilishi mumkin.

Tosh hosil bo'lish qaytalanishini profilaktikasi uchun siydik kislotali va kalsiy-oksalatli urolitiaz bor bemorlarda qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazilishi zarur: qondagi o'rta molekulalarni, qondagi xloridlarni, qondagi pH ni, qondagi ionlashgan kalsiy miqdorini (qaytalanuvchi va marjonsimon nefrolitiazda) aniqlash, sitrat, kaliy, magniylarning sutkalik ekskretsiyasini aniqlash, siydik osmolyarligini aniqlash (endogen kreatinin klirensi pasaygan bemorlarda), Govard testini o'tkazish (qalqonsimon oldi bezlari funksiyasi buzilishini aniqlash imkonini beradi, chunki bu davolashning samarasizligiga va STK ning yomon sifatli kechishiga sabab bo'lishi mumkin).

Qiyosiy tashxislash STK da ma'lum qiyinchiliklarga ega, ayniqsa buyrak sanchig'ni o'tkir hurujidagi klinik manzara qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolari kasalliklariga o'xshab ketadi. Buyrak sanchig'i bilan qiyosiy tashxislanadigan kasalliklarning asosiy simptomlarini bilish o'z vaqtida va to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi.

O'tkir appenditsitda og'riqlar epigastral sohadan boshlanadi, asta sekin o'ng yonbosh sohaga ko'chadi, va amalda kasallikning boshlanishi tana haroratini ortishi bilan kechadi. Bemor o'ng yonbosh tomoniga yotib, oyoqlarini qorniga yig'ishtirib oladi. Chap tomonga yonboshlasa og'riq kuchayadi, bu charvi ildizining tortilishi va qorin parda tortilishi bilan bog'liq. Qoidaga ko'ra, qorin parda ta'sirlanishining barcha simptomlari musbat bo'ladi. Qon tahlilida ECHT ortishi va leykotsitoz kasallikning birinchi soatlaridayoq aniqlanadi.

UTT va rentgenologik tekshiruvlar o'tkazilganda: siydik ajratish sistemasi proeksiyasida konkrement soyaning yo'qligi, kosacha-jomcha sistemasida kengayish yo'qligi, yuqori siydik yo'llarida oqimning buzilmagani, shuningdek, qon va siydik tahlilidagi o'zgarishlar o'tkir appenditsit tashxisiga gumon tug'diradi. Yosh bolalarda o'tkir pielonefrit buyrak sanchig'i bilan asoratlenganda qiyosiy tashxislash yanada murakkabroq vaziyat tug'diradi; diagnostik xatolar 32 % gacha yetadi. Gumonli holatlarda yakuniy tashxis faqatgina laparoskopiyadan keyin qo'yilishi mumkin.



O'tkir xolesistit. Bu kasallikda ko'pincha yog'li yoki ko'p ovqat yegandan so'ng, alkogol iste'moli va boshq. so'ng qo'qqisdan o'ng qovurg'a ostidagi sanchiq'li og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riqlar o'ng o'mrov osti chuqurchasiga (frenikus simptomi), o'ng kurakka irradiatsiyalanadi. Ortner simptomi (o'ng qovurg'a ostini taqillatish) keskin musbat bo'ladi. O'tkir xolesistit ko'tarilib boruvchi tana harorati, leykotsitoz, qon formulasining chapga siljishi bilan kechadi. Qorin old devori mushaklari taranglashishi kuzatiladi, qorin parda ta'sirlanishi simptomlari musbat bo'ladi. Obstruktiv xolesistitda skleralar ikterikligi va teri qoplamlarining sarg'ayishi kuzatiladi.

105 rasm. O'ng tomonda marjonsimon toshli angiogrammasi.

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak bemor yarasining yorilishi epigastral sohada o'tkir, qo'qqisdan, "hanjarsimon" og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Teri qoplamlari rangpar, qusish qon aralash – "kofe quyqasi"ga o'xshaydi. Bemor holati harakatsiz, qorin palpatsiyada "doskasimon", qorin parda ta'sirlanish simptomlari qorinning barcha qismlarida oshqozon-ichak traktidagi narsalar qorin bo'shlig'iga tushishi hisobiga keskin musbat. Perkussiyada qorin yuqori qismida timpanit aniqlanadi.

O'tkir pankreatit epigastral sohada qo'qqisdan kuchli og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi, belga, yelkaga, qovurg'a ostiga irradiatsiyalanadi va tezda o'rab oluvchi xarakterga ega bo'ladi. Tana harorati uzoq vaqt davomida me'yorda qolishi mumkin. Og'riqlar ko'ngil aynishi, qusish bilan kechadi, peritoneal simptomlar kuzatiladi. Bemor umumiy ahvoli og'ir qon va siydik diastazining keskin ortishi bilan kechadi.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlik menstrual siklning buzilishidan keyin kuzatiladi. Qorin pastida qo'qqisdan paydo bo'lgan kuchli og'riq bemorni g'ujanak bo'lib olishga majbur qiladi, va dumg'aza-umurtqa sohasiga irradiatsiyalanadi. Amalda kasallikning birinchi soatlaridayoq qorin parda ta'sirlanish simptomlari rivojlanadi. Teri qoplamlarining oqarishi, qaltiroq kuzatiladi, bu ichki qon ketishi bilan bog'liq.

Kichik chanoq a'zolari, umurtqa, qorin bo'shlig'ining ko'plab kasalliklari STK ga xos bo'lgan klinik manzara beradi, lekin mukammal yig'ilgan kasallik va hayot tarixi, fizikal va klinik-laborator tekshiruvlar to'g'ri diagnoz qo'yishga va unga mos davo o'tkazishga imkon beradi.

BUYRAK TOSHINING ASORATI.

Buyrak toshidagi eng ko'p uchraydigan asoratlar, asosan yallig'lanish ya'ni o'tkir surunkali piyelonefritdir. Buyrak toshlarining siydik yo'liga g'ov bo'lishi buyrak urodinamikasining buzilishiga olib boradi. Bu holat ichki bosimni ortuvi, mikroorganizmlarning ko'payishiga sabab bo'ladi. (6- bobga qarang).

O'tkir piyelonefrit buyragida toshibor bemorlarning qarayib yarmidan ko'pida uchraydi. Uning klinik oqimi ikkilamchi o'tkir piyelonefritga o'xshab ketadi. Agar siydik yo'llaridagi g'ov yo'qolmasa, bu holda qilingan antibiotiklar, dori –darmonlar uncha foyda bermaydi, chunki o'tkir seroz piyelonefrit yiringli piyelonefritga, keyin esa apostematoz piyelonefritga va hatto buyrak karbunkuliga o'tib ketish ehtimoli bor. Tarqoq apostematoz piyelonefrit yoki ko'p sonli karbunkul, buyrak parenximasini butunlay yemirilib yuborishi, shu munosabat bilan buyrakni olib tashlashlik ehtimolini keltirib chiqarishi mumkin. Demak kasallikning oldini olishlikning asosiy omillaridan biri, siydikning normal yo'nalishini tezroq tiklashdan iboratdir.

Surunkali toshli piyelonefrit ikkilamchi surunkali piyelonefritning misolidir, (6-bobga qarang). Agarda buyrakdagi siydikning yo'nalishini buzuvchi tosh o'z vaqtida olib tashlanmasa, qo'llanilgan antibiotiklar infeksiyani yo'qota olmaydi va buyrak parenximasidagi yallig'lanish jarayonini to'xtata olmaydi. Unda buyrak kichaya boradi (nefroskleroz) va uning vazifasi pasayadi.

Surunkali tosh – piyelonefritning oqibatida buyrak to'qimalari erib yiringga aylanishi, organizmni zaharlovchi moddalar va toshlar yig'ilgan haltachaga aylanib qolishi mumkin. Nefrozga uchragan buyrakning vazifasi butunlay va qaytasiz yo'qoladi. Shuning uchun bu kasallik davosining birdan-bir chorasi buyrakni olib tashlashdir.

Jomning chiqish joyini yoki naychasini berkitib qo'yuvchi toshlarning oqibatida paydo bo'luvchi toshli Gidronefrozlar-ikkilamchi Gidronefrozlarining ayni misolidir (X-bobga qarang).

Buyrak tosh misolida paydo bo'lgan surunkali piyelonefrit ham, yiringli buyrak ham, Gidronefroz ham oqibatda yana bir asoratni- nefrogen arterial gipertenziyani keltirib chiqarishi mumkin.(XII-bobni qarang).

O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligida buyrak toshi eng dahshatli asoratlariandir. Bu asorat har ikkala buyrakni ham yolg'iz buyrakda tug'ma buyrak yoki buyraklardan birortasini olib tashlanganidan keyin ham yuzaga chiqishi mumkin. O'tkir buyrak yetishmovchilini esa har ikkala yoki yolg'iz buyrakdagi siydik naychasiga qo'qqisdan toshning g'ov bo'lib qolish natijasida yuzaga chiqadi. Bu asoratning eng birinchi belgilaridan biri har ikkala yoki yolg'iz buyrak sohasida qattiq og'riq, siydikni butunlay ajralmay qolishi-anuriya yoki siydikni juda kam miqdorda ajralishi- oliguriyani kuzatish mumkin. Keyinchalik bemorning og'zi quriydi, ko'ngli ayniydi, ichi o'tadi va boshqa belgilar paydo bo'ladi. (XV-bobni qarang).

Agar o'z vaqtida toshlarni olib tashlash, buyrakni siydikdan bo'shatish choralari ko'rilmasa, bemorni holati asta-sekin shubhasiz yomonlashaveradi, qonda azotning hajmi oshganligi, yangi belgilari ko'payadi (bemorning uremiya holati chigallashadi, terida qichitmalar paydo bo'ladi, to'xtovsiz qayd qilish boshlanadi,

gastroenterokolit, poliserozit va boshqa asoratlar rivojlanadi) va oqibatda o'lim talvasasiga yo'liqadi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi, buyrak tosh kasalligi bilan og'rikan bemorning siydik yo'llarida ko'pincha marjonsimon yoki ko'p sanoqli toshlar bo'lganda va ularning siydik yo'llariga tiqilishlari natijasida, siydik oqimini asta-sekin va ozmuncha miqdorda to'silib borishi tufayli, yolg'iz buyrakda yoki har ikkala buyraklarda birdaniga rivoj topadi.

Toshlar tufayli buzilgan siydik oqimi, piyelonefritni kuchaytiradi, natijada buyraklarning bujmayishi, ularning vazifasini tobora pasayishiga olib keladi. Bu esa surunkali buyrak yetishmovchiligiga xos bo'lgan gomeostazni o'zgarishiga, giperazotemiya, elektrolit muvozanati hamda achchiq ishqoriy muvozanatni buzilishiga olib boradi. (XVI-bobga qarang).

Buyrak tosh kasalligida surunkali buyrak yetishmovchilining so'nggi bosqichi kelib chiqishining oldini olishlikning birdan bir yo'li o'z vaqtida buyrakni saqlab qoluvchi operatsiya qilishlikdan iborat.

Davosi.

Buyrak toshida bemorlarni davolash usullari juda ko'p, ularni qo'llash toshlarning hajmiga, tarkibiga, joylashgan o'rinlariga bog'liq. Bu borada bemorning yoshi uning buyraklari va siydik yo'llarining anatomik holati kattagina o'rin egallaydi. Buyrak tosh kasalligini davolashda qo'llaniladigan barcha usullarni ikki guruhga bo'lish mumkin: konservativ va operativ usul. Odatda bemorlarni davolashda har ikkala usullaridan ham keng foydalaniladi.

STK bilan og'rikan bemorlarda statsionar va poliklinikada vrach-urologlar tomonidan olib borilishi kerak. Shu bilan birga bu kasallik bilan boshqa mutaxassislar: dietologlar, endokrinologlar, fizioterapevtlar, nefrologlar, pediatrlar ham shug'ullanishi kerak.

Kasallikning surunkali va qaytalanuvchi xarakterini hisobga olib, bemorlar poliklinika va statsionarlar tomonidan birga davolanishi kerak va davolashning oxirgi natijasiga ikkala muassasa ham teng mas'ul bo'lishi kerak. Bolalar ham kattalar ham STK bilan dispenser sharoitda davolanishi muhim ahamiyatga ega.

STK ni davolash, qoidaga ko'ra kompleks bo'lishi kerak: jarrohlik, instrumental va konservativ usullar birga olib borilishi kerak.

Buyrak va siydik yo'llaridagi toshlar zarbali to'lqinlar litotripsiyasi (DLT), instrumental (perkutan yoki transuretral), yoki bevosita jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi.

Har qanday jarrohlik usuli STK ning etiologik davosi usuliga kirmaydi, chunki ular tosh hosil bo'lish sababini bartaraf qila olmaydi, ular faqatgina bemorni toshdan halos bo'lishiga qaratilgan. Bu usullar STK ning asoratli kechishida ko'rsatma bo'ladi, bu asoratlarga buyrak va yuqori siydik yo'llari funksiyasining buzilishi, gidronefrotik transformatsiya, buyraklar bujmayishi kiradi va o'ziga xos klinik manzara beradi. Bu holatda medikamentoz davolashdan foyda yo'q. Uni faqat simptomatik maqsadda (og'riq qoldirish, yallig'lanishni bartaraf qilish), va kasallik asoratlarini oldini olish maqsadida o'tkazilishi mumkin.

Toshni bartaraf qilishga qaratilgan tashrixdan so'ng, yoki tosh o'zi mustaqil tushib ketgandan so'ng, bemorlarda toshni qaytalanishini oldini olishga qaratilgan

yoki qolib ketgan fragmentlar kattalashuvini oldini olishga qaratilgan konservativ medikamentoz davolash o'tkazilishi kerak.

Shu bilan birga 3-5% bemorlarda klinik jihatdan namoyon bo'lmaydigan buyrak toshlari (kosachalardagi kichik toshlar) bo'ladi, tasodifan aniqlanib qoladi va ko'p yillar davomida buyraklar funksiyasiga halal bermaydi. Bunday bemorlar, asosan bolalar dispenser nazoratida turishi va tosh kattalashuvini oldini olish uchun medikamentoz davolanishi kerak. Konservativ davolash shuningdek, jarrohlik aralashuviga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda ham o'tkaziladi.

Konservativ davolash.

Kasallikning kelib chiqishi to'g'risidagi barcha sabablar haligacha to'liq aniqlanmagan, demak buyrakdagi toshlarni olib tashlash bilan bemor butunlay sog'ayib ketadi, degan xulosaga kelish mumkin emas. Shuning uchun og'riqni qoldiruvchi hamda yallig'lanishi jarayoniga qarshi konservativ davolardan tashqari kasallikning profilaktikasi va kasallikning oqibatlari to'g'risidagi masalalar ham ko'zda tutiladi. Toshlarni o'z holicha chiqarib yuborish uchun qo'llaniladigan anchagina dorilar mavjud. Oxirgi yillarda toshlarni eritib yuboradigan dorilar tajribadan o'tmoqda.

Siydik yo'nalishini buzmayotgan gidronefrotik transformatsiya hamda buyraklarni bujmaytirmaydigan, masalan: buyraklarning kosachalarida joylashgan va uncha katta bo'lmagan toshlarni konservativ usul bilan davolasa bo'ladi. Operatsiya qilish mumkin bo'lmagan holatlarda ham konservativ usul qo'llaniladi.

Konservativ usul tarkibiga bemorlarning holatini yaxshilovchi omillar parxez, dori darmon va sanatoriya-kurortlarda davolash usullari kiradi. To'g'ri parxez odatda modda almashuvining qaysi turi buzilganligiga qarab belgilanadi. Uraturiya hamda urat toshlari paydo bo'layotgan bo'lsa, siydik kislotasi hosil qiluvchi ozuqalar (miya, buyrak, jigar) go'sht sho'rvasi va boshqalar iste'molini kamaytirish maqsadga muvofiqdir. Agar fosfaturiya hamda fosfat toshlari hosil bo'layotgan bo'lsa, siydik ishqoriy reaksiyaga ega bo'ladi. Bunday bemorlarga siydikni oksidlanovchi ohak moddalar iste'molini kamaytirmoqlikning ma'qulligi maslahat qilinadi. Bemorlarga ko'proq go'sht, baliq, yog', xamir ovqatlar, kamroq sut va savzavot mahsulotlarini iste'mol qilish tavsiya qilinadi.

Oksalat toshlar paydo bo'lganda sut, sabzi, kartoshka, shavel mahsulotlarini iste'molini kamaytirish darkordir. Siydik toshi bor bemorlarni davolashda sanatoriya va kurortlar alohida o'rin egallaydi. Ammo mineral suvlarni ko'p iste'mol qilishlik kasallikni og'irlashtirishi mumkinligini nazarda tutgan holda, ularni tavsiya qilishga ehtiyotlik bilan qarash kerak. Mineral suvlar siydikni pH ni uning elektrolit tarkibini hamda achchiq chuchuklik muvozanatini o'zgartiradi. Sanatoriya, kurortlarda davolashni, toshlar o'z-o'zicha ajralgandan keyin yoki ularni operatsiya qilib olib tashlaganidan keyin, buyrak va siydik yo'llari holati yaxshi bo'lsa, ularni o'tkazish qobiliyati saqlangan bo'lgandagina tavsiya qilingani maqsadga muvofiqdir.

Moche kisli diatezda bemorlarga, suvlari ishqoriy kurortlar (Yessentuki №4 va 17%, Smirnov, Slovyan, Borjom) Oksaluriya bemorlarga kam miqdorda minerallashtirilgan suvlar (yessentuki №20 naftusya) tavsiya qilinadi. Fosfaturiya bo'lganda esa, siydikni achchiqlashtiruvchi suvlar dolomitniy narzan, natusya), ichilgani ma'qul.

Buyrak toshli bemorlarni davolashda agar ulardagi toshlarning hajmi unchalik katta bo'lmasa, toshlarni eritadigan, ularni chiqarib yuborishga yordam beradigan, siydikning umumiy hajmini ko'paytiradigan dori-darmonlarni qo'llanishlik ko'zda tutiladi. O'zi ajralishga imkoniyat bergan toshlarni tezroq chiqib ketishligini ta'minlash maqsadida bakteriostatik, spazmalitik va sedativ xususiyatlariga ega bo'lgan preparatlardan (sistinal, artemizol, enatin va boshqalar) foydalaniladi. Sistinal, artemizol 4-5 tomchidan ozgina qand bo'lakchasiga tomizilib bir kunda 3 mahal ovqatdan oldin, enatin 1 gr kapsulasi bilan avisan 0,05 tabletka holatida, kecha-kunduzga 3-4 marta iste'mol qilinadi. Marena kravilnoy suxoy o'simligini ekstrakti ham, siydik haydash, spazmalitik xususiyatlariga ega, siydikni achchiqlashtiradi, 2-3 tabletkani (0,25gr) ? stakan iliq suvda, 3 mahaldan iste'mol qilinadi. Siydikni achchiqlashtirish maqsadida, xloristovodorod(solyannaya) kislotasidan 10-15 tomchidan 1 stakan suvga qo'shib, ovqat bilan ko'pincha 3-4 marta, benzoy kislotasidan 0,05 gr dan kuniga 2 mahal, 0,5 gr ammoniy xlorid, kuniga 5-6 marta qabul qilinadi. Oxirgi paytlarda har xil tosh erituvchi moddalar ko'p qo'llanimoqda. Urat toshli bemorlar bu moddalarni iste'mol qilganida, toshlarning hajmini kichayganligi, ba'zan butunlay erib yo'qolib ketganligi ma'lum.

Buyrak sanchig'ini yo'qotuvchi dorilar buyrak toshini davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Issiq qo'llash (grelka, issiq vanna) bilan birgalikda, og'riqni qoldiruvchi va spazmalitik (baralgin 5 ml muskul ichiga yoki qon-tomirga 0,1% li atropin eritmasidan 1 ml va 1-2% olenolon yoki promedol eritmasidan teri ostiga 1 ml 0,2 % platifillin eritmasidan 1 ml teri ostiga yoki 0,005 gr og'iz orqali 0,1-0,2 g spazmalitik yoki 0,02gr papaverin 3-4 marta ichish uchun) berish maqsadga muvofiqdir. Siydik naychasining pastki qismida joylashgan toshlar bergan og'riqni qoldirish maqsadida ko'pincha erkaklarda urug' tizmasi, ayollarda bachadonning yumaloq tizmasi sohasiga 40-60 ml 0,5% novokain eritmasini yuborish (Loren-Epshteyn bo'yicha blokada) yo'li bilan og'riqni qoldirish mumkin.

Shunga o'xshash og'riq qoldiruvchi blokada, Shkolniqov usuli bilan ham qilinishi mumkin, spina iliaca anterior superiordan 2 sm yuqori va ichkarisidagi nuqtaga, teriga nisbatan tik holda, uzun va ingichka igna suyakka borib taqalguncha sanchiladi. Keyin igna biroz orqaga tortilib umurtqa tomon ichkariroqqa suriladi. Shu holda ignaning uchi toki siydik naychasining atrofiga bormaguncha bir necha marta takrorlanadi va u yerga 40-60 ml 0,5 % novokain eritmasi yuboriladi.

Buyrak sanchig'iga, uning yallig'lanish jarayoni qo'shib ketgan bo'lsa siydik naychasini kateterizatsiya qilib, uni naychaga tiqilib qolgan toshning yuqorisiga o'tkazishlikka imkoniyat bo'lsa, unda siydik asta-sekin kateter orqali oqib chiqib ketadi va og'riq to'xtaydi.

Buyrak toshini davolashda siydik infeksiyasi bilan kurasha olmaydigan dorilarni ahamiyati katta o'rin egallaydi. Ularni qo'llashdan avval, mikroorganizmlarning turiga va ularning dorilarga nisbatan sezgirligini aniqlash zarurdir. (VI-bobga qarang).

Profilaktik terapiya, moddalar almashinuvi buzilishini bartaraf qilishga qaratiladi, bemorni umumiy tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib buyuriladi. Bu ma'lumotlarga buyraklar, jigarning funksional holati, tosh hosil qiluvchi moddalarning buyrakdagi sutkalik ekskretsiyasi va zardobdagi qonsentratsiyasini

aniqlash, siydik ajratish sistemasi mikrobiologik holati kiradi. Yil davomidagi davo kurslari soni vrach va laborant nazorati ostida individual belgilanadi.

Davolash samaradorligini tekshirish uchun birinchi yili har 3 oyda 1 marta ko'rikdan o'tkaziladi va buyraklar UTT o'tkaziladi, buyraklarning funksional holatini bilish va tosh hosil qiluvchi moddalar almashinuvi holatini baholash uchun qon va siydik bioximik tahlili qilinadi. Siydik ajratish sistemasida infeksiyon-yallig'lanish jarayoni aniqlansa, 3 oyda 1 marta siydik mikroflorasi ekilib, antibakterial preparatlarga sezuvchanligi tekshiriladi. Keyingi yildan boshlab yarim yilda bir marta kompleks nazorat o'tkazib turiladi.

Konservativ davolashda dietaga va suv rejimiga amal qilish katta ahamiyatga ega bo'lib, bu me'yoriy moddalar almashinuvini tiklab beradi. Dieta odatda, moddalar almashinuvi buzilishi turiga qarab belgilanadi.

Konservativ davolashda tosh hosil bo'lishiga olib keluvchi har qanday almashinuv buzilishida sutkalik suyuqlik qabul qilish miqdori 2-2,5 l dan kam bo'lmasligi kerak. Purin almashinuvi buzilganda va urat toshlarida dietoterapiya siydik kislota hosil qiluvchi mahsulotlar iste'molini cheklashdan iborat, bu mahsulotlarga go'shtli bulyonlar, qovurilgan va dudlangan go'sht, miya, buyrak, jigar, dukkaklilar, kofe, shokolad, alkogol, shuningdek o'tkir ovqatlar kiradi. Tosh hosil bo'lishini oldini olish maqsadida ksantinoksidaza ingibitorlari allopurinol, urekretiklar (benzbromaron) buyuriladi, shuningdek toshlarni eritish maqsadida – sitrat aralashmalari (blemaren, uralit U) ham buyuriladi. Urat toshlarini bu preparatlar bilan davolaganda toshlarning kichiklashishi, bir qator holatlarda esa butunlay erib ketishi kuzatiladi.

Shavel kislota almashinuvi buzilganda va kalsiy-oksalat toshlarida dieta shavel kislotaning organizmga kiritilishini cheklashga qaratilgan: salat, shpinat, shavel ta'qiqlanadi, kartoshka, sabzi, sut, pishloq, shokolad, qora smrodina, qulupnay, achchiq choy, kakao iste'moli cheklanadi. Medikamentozlardan vitamin B6 0,02 g kunda 3mahal, 1 oy davomida ichiladi yoki 1 ml 5 %li eritmasi kun ora m/o qilinadi, bir kurs 15 ineksiyadan iborat bo'lib, yilda bir necha marta o'tkaziladi, magniy oksidi 0,3 g kunda 3mahal, 1 oy davomida ichiladi. Giperkaltsiuriyada tiazidlar(gidroxloriazid) buyuriladi – davolash kursi 1 oy, difosfonatlar (etidron kislotasi) – davo kursi 1 oy.

Fosfaturiyada va fosfat toshlarida siydik ishqoriy reaksiyada bo'ladi. Bu bemorlar siydigini kislotali muhitga o'zgartirish uchun kalsiy kam saqlovchi dieta buyuriladi, sut, pishloq, poliz ekinlari, mevalar cheklanadi. Go'sht mahsulotlari, baliq, o'simlik yog'lari buyuriladi. Giperkaltsiuriyada difosfonatlar (etidron kislotasi) buyuriladi – davo kursi 1 oy. Siydikni kislotalashtirish maqsadida xlorid kislota ham qo'llaniladi, 10-15 tomchi ½ stakan suvga aralashtirilib, ovqat paytida, 3-4 mahal, benzoy kislota 0,05 g dan kunda 2 mahal, ammoniy xlorid 0,5 g dan kunda 5-6 mahal buyuriladi. Fosfatlar kristalluriyasida o'simliklardan tayyorlangan siydik haydovchi va yallig'lanishga qarshi preparatlar qo'llaniladi, davo kursi – 1-3 oy. Sistin toshlarida sutkalik siydik miqdori 3 l dan kam bo'lmasligi kerak. Sitrat aralashmalari qabul qilinadi, davo kursi 1-6 oy. Spazmolitiklar va analgetiklar bilan davolash kurslari ko'rsatmalar bo'yicha individual buyuriladi.

O'simlik diuretiklari. Siydik haydovchi o'tlar (fitolizin, urolesan, siston, lespenefril, sistenal, olimetin, avisan, va boshq.) keng qo'llaniladi, davo kursi 2-3

hafta, yallig'lanishga qarshi va antibakterial preparatlar buyuriladi, davo kursi – 7-10 kun.

Dorivor preparatlar bilan tosh haydovchi terapiya kompleksida fizik omillar yuqori samaradorligi bilan ajralib turadi. Davolash samaradorligini oshirish maqsadida, tosh yoki uning fragmenti lokalizatsiyasiga qarab turli fizioterapevtik muolajalar buyuriladi: diatermik tok, lazerterapiya, vibroterapiya, amplipuls tok va boshq.

Sanatoriya-kurort davosi STK da asosan tosh yo'q davrida buyuriladi (tosh olib tashlangandan yoki o'zi tushib ketganidan so'ng). Tosh bo'lganda ham buyuriladi, buning uchun tosh o'lchami 0,5 sm gacha bo'lishi kerak va yuqori siydik yo'llarida operativ davo talab qiluvchi obstruktiv o'zgarishlar bo'lmasligi kerak. Kurortda davolanish qat'iy ravishda vrach ko'rsatmasi boyicha bo'lishi va moddalar almashinuvi buzilishi tekshiruviga asoslangan bo'lishi kerak. Qarshi holatlarda teskari samara olish –tosh kattalashishi mumkin. Mineral suvlar diurezni oshiradi, siydikning pH muhiti va elektrolit tarkibini, qon kislota-ishqor muhitini o'zgartirish imkonini beradi.

Siydik kislotali urolitiazlarda bemorlarga Jelesnovodsk (Slavyanovskaya, Smirnovskaya) kurortida ishqoriy mineral suvlar (Yessentuk (№4,17), Borjomi, TIB-2 va boshq., shuningdek kuchsiz minerallashgan ishqoriy mineral suvlar) bilan davolanish buyuriladi. Kalsiy-oksalatli urolitiazlarda kuchsiz kislotali, kuchsiz minerallashgan suvli (Yessentuki (№20), Truskavets (naftusya), Sairme va boshq.) kurortlarda davolanish buyuriladi. Kalsiy-fosfatli urolitiazlarda qoidaga ko'ra siydik ishqoriy muhitda bo'ladi, va ularga Jelesnovodsk, Pyatigorsk, Kislovodsk kurortlarida davolanish buyuriladi, ularning suvlari siydik muhitini kislotali tomonga o'zgartiradi. Sistin toshlarida esa bemorlarni Jelesnovodsk, Yessentuki, Pyatigorsk kurortlariga yuborish kerak.

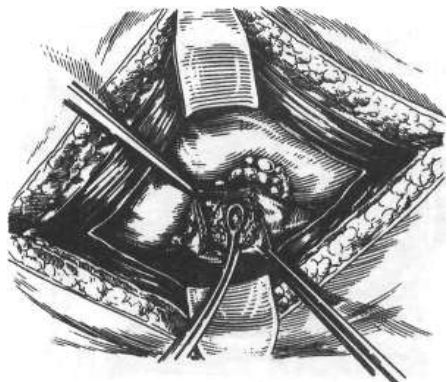
Operativ davolash.

Siydik yo'llaridagi toshlarni chiqarib yuborishda, operatsiya usuli asosiy o'rinni egallaydi. Toshni olib tashlash bilan bemor siydik tosh kasalligidan butunlay qutila olmaydi, lekin buyrak to'qimalarini anchagina saqlanib qolishiga imkoniyat tug'iladi. Shunga ko'ra, operatsiya qilish uchun aniq va ravshan ko'rsatmalar bor. Agar tosh og'riq bersa, bu orqali bemor ish qobiliyatini yo'qotsa, tosh siydik yo'llariga g'ov bo'lib, buyrakning ish qobiliyatini pasaytirs va gidronefrotik transformatsiya keltirib chiqarsa, buyrakda tez-tez yallig'lanish jarayoni qaytalanib tursa, qon siyish bo'lib tursa, operatsiya qilish kerak bo'ladi.

Buyrakda toshi bor bemorlarni operatsiya qilishda, buyrakni olib tashlanishi yoki uni bir ilojini qilib saqlab qolish sharoitlari bo'lishi mumkin. Shuning uchun operatsiyadan oldin bemorning ikkinchi buyragini holatini yaxshilab tekshirmoq kerak. Operatsiya bajariladigan kuni, buyrak va siydik yo'llaridagi toshlarni siljigan yoki siljimaganligini tekshirish maqsadida, yangitdan rentgen rasmini olish kerak. Bu rasmni operatsiya stolining ustida bemor operatsiyaga rostlab, yotqizilib, biqiniga yostiqchani qistirib qo'yilgan holda qilingani ma'qul.

Operatsiyadan oldin qilinadigan asosiy vazifalarga piyelonefritni davolash, agar buyrak faoliyati yomon bo'lib uni yetishmovchiligini belgilari topilsa, u holda badandagi zaharlovchi moddalarni chiqarib yuborishlik yo'lini qilish kerak.

Jarrohlik hamda og'riqsizlash sohasidagi yutuqlar, operatsiyani vaqtida qilib, ko'pchilik buyraklarni saqlab qolishlikka imkoniyat bermoqda. Toshlar jomlarning devorini kesish (piyelolitotomiya) kosachalarini (kolitotomiya) hamda buyrakning devorlarini yorish yo'li bilan (nefrolitotomiya) olib tashlanishi mumkin.



Piyelolitotomiya ko'proq qo'llaniladigan operatsiya guruhiga kiradi. Jomning qaysi devorini kesish yo'li bilan tosh olinganiga ko'ra oldingi, orqa, tepa yoki pastki piyelolitotomiya deb ataladi. Ko'proq jomning orqa devorini teshib tosh olinadi, chunki uning oldingi devori bo'ylab yirik qon-tomirlari qalinroq bo'lganligi tufayli oldingi devorni kesish havflidir.

106 rasm. Piyelolitotomiya.

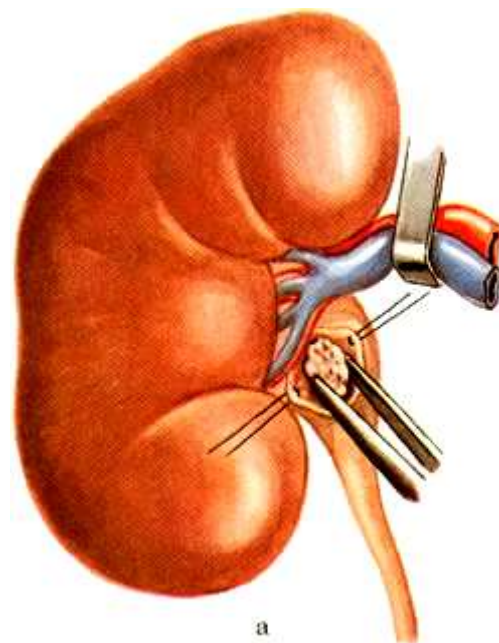
Toshlarning hajmi va ularning joylashuvi g'oyat xilma-xildir. Har bir toshni olish o'ziga xos operatsiya yo'lini talab qiladi. Ba'zan buyrak to'qimasining bir joyini kesib undagi toshni olishga to'g'ri keladi. Ba'zan esa butunlay kesishlar yordamida birdaniga bir nechta toshni olish mumkin, hatto buyrakni uzunasiga kesib, uni ikki qismga bo'lishga ham to'g'ri keladi.

Buyrakdagi ko'p o'rinli toshlarni olishda, ularning har birini joylashgan kosachalarning devori kesiladi. Ba'zan buyrakning to'qimasi bilan bir qatorda, jomning devori ham (piyelolitotomiya) kesiladi.

Har ikki xil holatlarda ham toshlarning hammasini olib tashlanganligiga ishonch bo'lmasa yoki buyrak yarasida qon yaxshi to'xtatila olinmasa, kesilgan joylarga rezina naychalari tikib qoldiriladi.

Kosachalarning ichi kengaytirilib, devorlarini yupqalashtirib, yuborgan bo'lsa, ularni xuddi shu yupqalashib ketgan devorlarini kesish orqali olib tashalanadi.

Bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lsa, buyrakdagi tosh siydikning yo'nalishini to'sib, haroratini 39-40 C⁰ ga ko'tarilishiga sababchi bo'layotgan bo'lsa, siydik naychasidan buyrak jomiga o'tkazilgan kateter, yiringli siydikning bemalol oqib chiqishiga imkoniyat tug'dirmasa, buyrakdagi toshlarni osongina olish mumkin bo'lmasa, bu holda jomni yoki kosachalarni birontasini teshib, uning ichiga tikib qo'yish bilangina chegaralanish to'g'ri keladi, chunki maqsad bemorning hayotini saqlab qolishdir. Qilinayotgan bu harakatlardan maqsad siydikni buyrakdan tezroq chiqarib yuborish, buyrakning qobig'ini archib uni ostida yig'ilib qolgan yiringlarni yo'qotishga karatiladi. Toshlarni olib tashlashlik esa juda qulay bo'lib, bemorning holatiga putur yetkazmasa va bu harakat bilan operatsiyani muddati ortiqcha cho'zilib yuborilmassagina bajarilishi mumkin.



Buyrak tosh kasalligini davolashda, buyraklarni iloji boricha saqlab qolishlik, hozirgi zamon nazariyasining asosiy yo'nalishidir. Chunki bir buyrak olib tashlangani bilan bemor siydik tosh kasalligidan baribir qutilmaydi. Olib tashlanishi kerak bo'lgan buyrakning vazifasi juda yomonlashib ketgan bo'lsa ham, ayniqsa operatsiya qilinayotgan bemor yosh bo'lsa, bu holda buyrakni olib tashlashlik bilan albatta cheklanishi kerak. Keksa yoshdagi bemorlarda esa juda yomonlashib ketgan buyrakni olib tashlash mumkin, chunki ahvoli bo'shashib qolgan bemorlarning, yiringlashib ketgan buyragi olib tashlansa, ular o'zlarini anchagina tezroq va yaxshiroq xis qila boshlaydilar.

Buyraklaridan aseptik toshlar olinib tashlangan bemorlarda, yiringlashgan toshlari olib tashlangan bemorlarga ko'ra, kasallikni qaytalanishi ancha kam.

Buyrakdagi toshlarni operatsiya qilib tashlash uchun ko'pincha bajarilib turiladigan usullardan biri quyidagicha:

Jomning orqa devorini kesish.

Bel sohasida teri va to'qimalar kesilib buyrak topilib jomning orqa devori yog' to'qimalaridan ajratilgandan so'ng, tosh uqalab yuborilmay olib tashlanadi. Siydik naychasiga ingichka kateter o'tkazib, uning uchi qovuqqa qadar o'tkaziladi. Bu bilan siydik naychasining o'tkazish qobiliyati tekshirilib ko'rilgandan keyin kesilgan jom devori tiqiladi.

Agar jom buyrakning ichki qismida joylashgan bo'lsa uni kesib, undagi toshlarni olish uchun, subkortikal piyelolitotomiya qilinadi: buyrak to'qimasi jom devoridan yuqoriga tomon ajratiladi va kichik halqa bilan ko'tariladi.

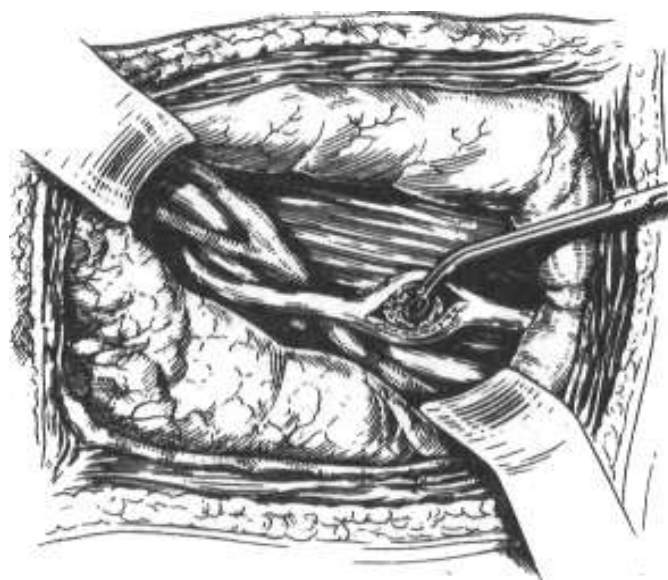
Nefrolitotomiya qilish uchun, buyrakning bo'g'zini ajratib, buyrak to'qimasini kesishdan oldin bu yerdan o'tayotgan qon-tomirlarini yumshoq asbob yordamida ezib qo'yish kerak. Buyrak to'qimalarini kesayotib, uni qobig'ini ehtiyot qilish, uni to'qimasidan ajratib yubormaslik kerak, chunki u o'rin egallaydi. Choklar alohida chuqur-chuqur bir-biridan 1,5 – 2 sm masofada bo'lishi kerak. Ularni bog'lashdan oldin, buyrak tomirlariga qo'yilgan asbob olib tashlanadi. Agar jom ichiga olib tashlangan tosh quyqumlari, qon yoki o'lgan to'qimalar qolib ketayotgan bo'lsa buyrak jom ichiga drenaj trubkasi tiqilib qoldiriladi. Nefropiyelostomiya operatsiyadan keyingi davrda bemorga antibiotiklar yoki boshqa kimyoviy moddalar belgilanadi. Davolash har tomonlama borishi, ya'ni bemordagi oqsil suv va boshqa moddalarning almashinuvini takomillashtirishga, hamda bemor yo'qotgan qonning o'rnini to'ldirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Vena tomiriga 500-1000 gr 5-20 % glyukoza eritmasi, 500 ml 0,9% natriy xlor eritmasi, 100-200 ml 4-5% gidrokarbonat natriy eritmasi, 5-10 ml 10% kalsiy xlor eritmasi yuboriladi. Glyukozaning 4 gr-ga Ed hisobida insulin, 3-5 ml 5 % askorbin kislotasi eritmasi va boshqa vitaminlar qo'shib yuboriladi. Ba'zan ikkala buyrak ham kasal bo'lgan paytida yoki yolg'iz buyrakning o'zi ham operatsiya qilingandan keyin, surunkali buyrak yetishmovchiligi paydo bo'ladi. Bunday paytlarda boshqa hamma dori-darmonlar qatori sun'iy buyrak apparati yordamida gemodializni o'tkazish kerak. Yaraga qo'yilgan doka tamponlar 24-28 soatlardan keyin sug'urib tashlanadi.

Tikib qo'yilgan buyrak yoki jom yaralarining oldiga qo'yilgan naychalar operatsiyadan keyingi davrning 6-8 –chi kunida ular orqali hech narsa chiqmay qolgan bo'lsa olib tashlanadi. Buyrakning ichiga qo'yilgan naychalarni esa hamma

ish yaxshi o'tsa 2-3 haftadan keyin buyrakning ichiga antegrad usulida kontrast yuborib siydik yo'llari tekshirilgandan keyin sug'urilib tashlanadi.

Siydik naychasida tosh bor bemorlarni davolash.



107 - rasm. Ureterolitotomiya.

Bunday bemorlar operatsiya qilish usuli bilan yoki dori-darmonlar yordamida davolanadi.

Konservativ usul, uncha katta bo'lmagan, bemorlarning siydik naychasida joylashib, ularga u qadar azob bermaydigan, buyrakda gidroureteronefroz keltirib chiqarmaydigan va o'z holicha chiqib ketish imkoniyatlari bo'lgan toshlardagina qo'llaniladi.

Konservativ yo'l bilan davolangan bemorlarning 75-80% da toshlar o'z holicha chiqib ketadi. Qilingan konservativ davolar, siydik naychalarining ishlash qobiliyatini yaxshilashga va ularning devorlarini kengaytirishga qaratiladi. Buning uchun bemorga suyuqlikni iste'molini ko'paytirishlik, ko'p harakatda bo'lishlik tavsiya qilinadi. Buyrak sanchig'i paytida tavsiya qilinadigan dori darmonlarining barchasi siydik naychasini ishini yaxshilashga qaratilishi lozim. Buning uchun bemorlarga ko'p harakatchanlik, suyuqlikni ko'proq iste'mol qilishlik va spazmatik dorilar ichishlik tavsiya qilinadi.

Toshlarni siydik yo'llaridan olib tashlash uchun ko'p asbob uskunalar ishlangan. Ulardan eng ko'p ishlatiladigani Seys sirtmog'i va Dormiya sevatchasidir.

Seys sirtmog'i kateterdan yasalgan bo'lib, uning uchidan 2-3 sm pastroqda qo'shimcha teshikcha bo'ladi. Kateterning ichiga o'tkazilgan kapron ipi tortilganda, kateterni uchi buklanadi va sirtmoq tusiga kiradi.

Dormiya yumiruvchisi ham ichiga simdan yasalgan sevatcha kirgizilib qo'yilgan kateterdan iborat. Sim ichkariga jildirilganda, kateterni uchida sevatcha paydo bo'ladi, tortilganda esa sevatcha torayib, kateterning ichiga kirib ketadi.

Olib tashlanishi kerak bo'lgan toshlar uncha yirik bo'lmasligi va siydik naychasining pastki qismlarida joylashgan bo'lishi kerak. Toshni olishdan avval bemorni rentgen qilish kerak. Agar toshni o'rmini o'zgartirmagan bo'lsa, bemorga og'riqni qoldiruvchi dorilardan berib, qovuqqa sistoskop yuboriladi va u orqali siydik naychasiga qarata ekskretor o'tkaziladi. Toshni asta-sekinlik bilan siydik naychasini devorini shilib yoki teshib yubormay sug'urib olish kerak. Agar tosh o'rnidan jilavermasa ekskretor 3-4 kunga siydik naychasini ichida qoldiriladi va uning uchiga, og'ziga yog' osib tortib qo'yiladi. Ekskretor uzilib ketsa yoki uni chiqarib yuborishning iloji bo'lmasa u holda operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Siydik naychasining jumbog'iga tiqilib qolgan toshlarni nodir qaychilar yoki pichoqlar yordamida naycha devorini kesib yoki kuydirib sug'urib olish mumkin.

Agar toshlar yirikroq bo'lib o'z holicha ajrala olmasa yoki siydik naychasiga g'ov bo'lib, buyrak yallig'lanish jarayonini paydo qilgunday bo'lsa, bemorni darhol operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Toshlar o'z holicha yoki konservativ usullar yordamida ajralmasa va buyrak tobora yomonlashaversa operatsiya qilishlik maqsadga muvofiq bo'ladi. Buyrak naychasiga to'g'on bo'lib toshlar tezroq olib tashlanmasa, anuriya holati kelib chiqishi mumkin. Agar to'g'on ikkala tomondan ham paydo bo'lsa, bemorning ahvoriga qarab bir vaqtning o'zida har ikkala tomondagi toshlarni ham birdaniga olib tashlik mumkin.

Agar bemorning holati yaxshi bo'lmasa, yallig'lanish jarayoni qaytalanaversa, toshni olgandan ko'ra jomning ichiga buyrak to'qimasi orqali, yoki jom devorini teshish yo'li bilan unga drenaj qo'yilgani ma'qul. Agar buyrak qobig'ining ostiga yiringchalar to'plangan bo'lsa, apostematoz piyelonefrit unda buyrak qobig'ini shilib tashlangani ma'qul. Bunday operatsiya qilinganda tez orada bemorning ahvoli yaxshilanadi. Yallig'lanish jarayoni pasayadi. Bemorning ahvoli butunlay yaxshilangandan keyin tosh o'z-o'zicha chiqib ketmagan bo'lsa u holda uni operatsiya qilib olib tashlanadi.

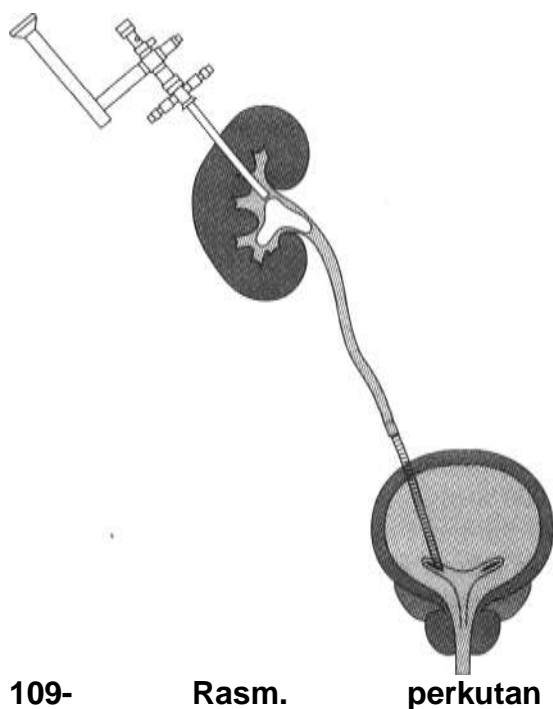
108 – rasm. Nefrolitoekstraksiya.



Ammo har bir operatsiyadan avval bemorni qaytadan rentgen qilinishi kerak. Siydik naychasi 3 xil yo'l bilan : qorin pardasini kesib, qorin pardasini orqasidan va har ikkala usulni qo'llagan holda boriladi. Siydik naychasining yuqori qismidagi toshlarni olib tashlash maqsadida Fyodorov, pastki toshlarni olish uchun esa Pirogov usuli bilan kesishlik yoki boshqa usul qo'llanilib operatsiya qilinadi.

Qorin pardasining orqasidagi bo'shliq ochilib, siydik naychasini tosh tiqilib qolgan bo'limi topiladi va uning devoridagi toshni olish uchun yuqori va pastki qismiga oid joydagi bittadan ikkita chok qo'yilib naycha tosh ustidagi devori bo'yiga qarab kesiladi.

Tosh olib tashlangandan keyin naychani ochilgan joyi orqali uning ichiga kateter tiqilib naychaning pastki va yuqori qismlarini o'tkazish – o'tkazmaslik qobiliyati tekshiriladi va shundan keyingi kesilgan naycha devorlari yakka ketgut choklari yordamida tikiladi. Tikilgan joyga yaqinlashtirib, rezina trubkachasi va dokadan yasalgan tampon qoldiriladi. Kesilgan qorin qavatlari tikiladi. Operatsiyadan keyingi holat xuddi bemorlarning buyragi jomidan tosh olingandan keyingi holatga o'xshash bo'ladi. Tosh olingandan keyin, tikib



109- Rasm. litoekstraksiya.

qo'yilgan naycha yarasining oldiga yaqinlashtirib qo'yilgan tampon ikki kundan drenaj esa 6-8 kundan so'ng, agar u orqali hech narsa ajralmay qolgan bo'lsagina olib tashlanadi.

Siydik tosh kasallining oldini olish.

Kasallikning yoki uning qaytalanishini oldini olishlik, tosh hosil qilishda asosiy o'rinni egallaydigan, modda almashinuvini buzilishlarini, yallig'lanishni o'z vaqtida davolashga, siydik ajralishini yaxshilashga qaratiladi.

Parhez iste'mol qilinayotgan ozuqadagi tuzlarning miqdorini ozaytirishga qaratilish kerak. Sho'rva,shokolod, kofe, kakao, qo'g'irilgan va achchiq ovqatlar iste'mol qilinmasligi, ichiladigan suyuqlik esa kuniga 1,5 l dan kam bo'lmasligi kerak.

Giperurikemiyaning davolashda organizmda siydik kislotasining hosil bo'lishini pasaytiruvchi ferment ingibitorlar (milurit, allopurinol)dan foydalanilsa yaxshi bo'ladi. Siydik kislotasining qondagi hajmini pasaytirishda urikoretik (bo'tadion)lardan foydalanilsa ham bo'ladi. Har qanday holatlarda ham siydik RN sitrat aralashmalari (ichiladigan soda) yordamida 6,2 – 6,8 holatida ushlab turishlik maqsadga muvofiqdir. Oksaluriyani kamaytirib turishning asosiy yo'llaridan biri, shavel kislotasining kamaytirib, kalsiy oksalatni eritish qobiliyatini oshiruvchi magniy oksidi yoki boshqa tuzlarni va piroksidni iste'mol qilib turish kerak. Giperkalsiuriyani davolash uchun, ko'pincha sut mahsulotlarini iste'mol qilmaslik yo'li bilan kalsiyni ozaytirish mumkin. Dori-darmonlardan 0,015 – 0,025 gipotiozid ichib turilsa bas. Gipotiozid bilan davolangan paytda kuniga 200 gr miqdorda o'rik qoqisidan yoki kishmish yeb turishlik yoki 2 gr miqdorda kaliy xlorid qabul qilish kerak. Davolash paytida qon zardobidagi elektrolitlarning tarkibi tekshirilib turilgani maqul. Birlamchi giperparatireoidizmda uchraydigan giperkalsieliyani pasaytirish, tiriokalsitoni berish yo'li bilan hal qilinadi.

O q i b a t i

Buyrak toshini kanservativ yo'l bilan davolanganda, uning oqibati uncha yaxshi bo'lmaydi. Buyrakdagi tosh asta-sekin kattalashaveradi, siydikning ajralishini o'zgartiradi va peolonefritni kuchaytiradi. Operatsiya o'z vaqtida qilinsa, oqibati albatta yaxshi bo'ladi. Ammo toshning kattalanishlik ehtimolini nazarga olinganda, holat anchagina murakkablashadi, chunki buyrak toshining sababi faqat buyrakkagina mansub bo'lmay, balki u butun badanning kasalligi bo'lganligi munosabati bilan, buyrakdagi toshni olib tashlash bilan bemor bu darddan butunlay sog'ayib ketmaydi. Toshni paydo bo'lishining oldini olishlik uchun yuqorida aytib o'tilgan hamma imkoniyatlardan yallig'lanishga qarshi kurash, parhez va boshqalardan keng foydalanilgani ma'qul. Agar siydikning oqimi yaxshi bo'lgani holda buzilgan modda almashuvi, yallig'lanish jarayoni yaxshilansa, siydikni RN kerakli holda ushlansa kasallik ko'p yillar davomida takrorlanmaydi. Ko'k yiring tayoqchasi ishtirokida tobora aktivlasha borayotgan buyrak yallig'lanishi, siydik ajralishining yomonlashuvi, shamollash, oshqozon, ichak ginekologik va boshqa qator kasalliklar, tosh paydo bo'lish jarayonini ayniqsa operatsiya bo'lgan buyrakda tezlashtiradi. Shuning uchun bu bemorlar uzoq vaqt davomida dispanser ko'rigida bo'lishlari kerak.

IKKI TOMONLAMA BUYRAK TOSHLARI.

Ikki tomonlama toshlar 15-20 % bemorlarda uchraydi. Ular bir tomonlama toshlardan, o'zlarining anchagina tezroq rivojlanishi, og'ir kechishi, tezroq va ko'p hollarda buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqarishi bilan ajraladi. Operatsiya birin-ketin yoki birdaniga ikkala tomonda o'tkazilishi ham mumkin. Toshlarni olib tashlashlik konservativ usullariga nisbatan yaxshiroq ko'rsatkichlar berayotganligi tufayli oxirgi paytlarda operatsiya usuliga ko'proq e'tibor berilmoqda. Bir tomonlama yoki ikki tomonlama operatsiya qilishlik har vaqt bemorning holatiga qarab hal qilinadi. Bunday operatsiyalar, yoshroq, umumiy ahvoli uncha og'irlashmagan bemorlarda ulardagi buyraklarga uncha o'zgarmagan va o'z vazifasini yo'qotmagan bo'lsa, toshlar esa olib tashlash uchun qulayroq joylashgan bo'lsagina qilish kerak. Toshlar ikkala buyrakning ham siydik ajratishiga to'sqinlik qilib anuriya chaqirgan bo'lsa, operatsiyani vazifasi kamroq yomonlashgan buyrakda qilingani ma'qul.

Agar operatsiya ikki qismga bo'linib, qilinayotgan bo'lsa, operatsiya uchun bemorni ko'proq qiynayotgan, piyelonefrit huruji boshlangan vazifasi ko'proq o'zgargan buyrak tanlansa yaxshi bo'ladi. Bir tomondagi jomdan oldin yolg'iz toshni olingani ma'qul. Bir vaqtning o'zida har ikkala buyrakdan ko'p o'rinlik va ayniqsa marjonsimon toshlarni olishlik ancha murakkab va kasal uchun og'ir operatsiyadir. Shuning uchun bunday bemorlarda ikki qismga bo'linib, 2-3 oy muhlatdan keyin qilingani ma'qul. Ikki tomonlama toshlarda buyrakni olib tashlashlik mumkin emas. Buyrakni olib tashlashlik faqat og'ir vaziyatlarda, masalan: buyrakdan to'xtatib bo'lmaydigan darajada qon oqayotgan bo'lsagina bajarilishi mumkin.

YAGONA BUYRAK TOSHLARI.

Yagona buyrakdagi toshlar bemor hayotiga juda xavf tug'diradi. Ularning oqibatida buyrakdan chiqqan tosh, siydik naychasiga tiqilib, siydikning butunlay ajralmay qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Kasallikning tarixiga va rentgen rasmlarning ko'rsatishiga qarab tashxis qo'yiladi. Bunga ko'ra ko'proq bemorlar ilgari siydik toshi ajralganligi va ba'zan tosh kasalligida bitta buyrakni olib tashlanganligi haqidagi ma'lumotni aytishi mumkin. Odatda siydik ajralishining tutilishi, buyrak sanchig'idan keyin yuzaga chiqadi. Bemorlar tekshirilganda avvalo rentgen rasmini qilish kerak, chunki rasmda ko'pincha buyrak yoki uning siydik naychasiga xos soyani ko'rish mumkin. Buyrak rentgen kontrast moddani ajratib chiqara olmaganligi tufayli, ekskretor urografiyaning qilishiga hojat yo'q. Yaxshisi tezroq buyrak tomon kateter yuborilgani ma'qul. Bunday qilinsa buyrakdagi to'planib qolgan siydik chiqib ketadi, natijada bemorning ahvoli yaxshilanadi, qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish va keyinchalik nima yo'l tutishni o'ylab olish imkoniyati tug'iladi. Agar kateter o'tkazib bemorning ahvolini yaxshilashga imkoniyat bo'lmasa, u holda tezlik bilan tiqilib qolgan toshni olib tashlashlikning yo'lini qilish kerak. basharti bemor uremiya holatida bo'lsa va konserativ yordam bermasa, tezroq operatsiyaga tayyorgarlik sifatida gemodializ o'tkaziladi. Yolgiz buyrakdagi toshlarni tezroq olib tashlangani ma'qul.

MARJONSIMON BUYRAK TOSHI.

Marjonsimon buyrak toshi alohida turga ajratiladi, uning kelib chiqishidagi o'ziga xos sabablariga, kasallikning rivojlanishiga va qolaversa, davolashning o'ziga xos hislatlari borligiga bog'liqdir. Marjonsimon toshlar boshqa toshlar qatori mineral va organik moddalardan tashkil topgan ko'pincha oksalat, fosfat, urat va karbonat toshlar uchraydi. Marjonsimon toshlar ayollarda, erkaklarga nisbatan ko'proq (3:1) uchraydi. Toshlarning tashqi ko'rinishi jom va kosachalarning ichki tuzilishini takrorlaydi. Tosh buyrakdan siydik ajralishini susaytira borib, oqibatda piyelonefritni keltirib chiqaradi.

Marjonsimon toshlar uzoq vaqtgacha bemorni bezovta qilmaydi. Bu toshlarni o'ziga xos belgilari yo'q, chunki ular hadeb siydik oqimini buzavermaydi.

Qattiq bo'lmagan og'riqni kasallikka xos belgilaridan biri desa bo'ladi. Faqat buyrakda marjon toshdan boshqa siydik naychasini berkitib qo'ya oladigan maydaroq toshlar bo'lgan paytda qattiq og'riq paydo bo'lishi mumkin. Piyelonefrit hamda siydikda yiring (piuriya) hamma bemorlarda uchraydi. Aynigan siydik oqimi bilan bir qatorda, surunkali yallig'lanish jarayoni buyrakning to'qimalarini asta-sekin o'zgartiradi. Agar kasallik ikkala buyrakda ham bo'lsa, surunkali buyrak yetishmovchiligi bemorning xolida chuqur o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Marjonsimon toshlar borligi buyrakda shamollash jarayoni ham anchagina og'irroq ekanligini ko'rsatadi. Ko'pincha o'tkir piyelonefritni, apostematoz xilini hatto buyrak karbunkuli darajasigacha olib boradi. Gidronefroz (Gidronefroz) esa kosachalarning kengayishi bilan ta'riflanadi.

Tashxisi, kasallikning tarixiga klinik oqimiga hamda tahliliy va rentgenologik tekshiruvlarni natijalariga asoslanadi.

Rentgen rasmlarida buyrakning jom kosachalarining ichki tuzilishini takrorlovchi tosh soyasi ko'rinadi. Radioizotop va ekskretor urografiya buyrak to'qimalarining holatini aniqlashga imkoniyat beradi. Agar tosh rentgennegativ bo'lsa, u holda gaz yoki rentgen kontrast suyuqlik bilan retrograd piyelografiya qilinadi.

Marjonsimon toshli bemorlarning davosi kasallikning klinik kechishi va ulardagi surunkali buyrak yetishmovchiligining holatiga bog'liq. Marjonsimon toshli bemorlarni operatsiya qilish-qilmaslikni hal qiluvchi, kasallikning asosiy belgilari (og'riq, piyelonefrit huruji, qon siydik, gidronefrotik transformatsiya) dan boshqa buyrakni siydik ajratish qobiliyatiga ham bog'liq. Agar buyrak o'z vazifasini toshning ta'sirida, asta-sekin yo'qotib borayotgan bo'lsa, bunday holatlarda operatsiya qilishlik o'rinli deb hisoblanadi.

Buyrak yetishmovchiligini kechikib ketgan holatlarini davolash uronefrologik bo'limlarda o'tkaziladi, chunki oldin apparta yordamida qondagi keraksiz mahsulotlarni chiqarib yuborilib, keyin operatsiya qilinsa, og'ir holatdagi bemorlar ham tezroq yaxshi bo'lib ketishiga imkoniyat tug'iladi. Gemodializ operatsiyadan keyin ham bemorning holatini yaxshilab turishlikka imkoniyat beradi.

Marjonsimon toshlarni tashqi tuzilishiga qarab, o'ziga xos operatsiya usulini tanlash kerak. Ko'pincha toshning asosiy qismi jom devorini kesish yo'li bilan, uni ko'p sonli shoxlari esa kosachalar devorlarini kesish yo'li bilan olib tashlanadi. Buyrak to'qimalarini kesishdan oldin, buyrakning arteriya tomiriga vaqtincha yumshoq qisqich qo'yilsa, operatsiya paytida qon kamroq oqadi va toshlarning

hammasini yaxshilab olib tashlashlikka imkoniyat tug'iladi. Ba'zan devori yupqalashib qolgan buyraklarni bo'yiga kesib ham toshlarni olish mumkin.

Oxirgi yillarda, buyrakda joylashgan murakkab toshlarni olish uchun masalan: ular buyrakning ichki qismida joylashgan jomlarda bo'lsa, ekskreporal usullar ham qo'llanilmoqda, ya'ni buyrak organizmdan kesib olinib, toshlardan tozalangandan keiyn qaytadan autotransiltansiya qilinadi.

Siydik-tosh kasalligi va homiladorlik.

Homilador ayollarning buyraklarida yoki siydik naychalarida joylashgan toshlarni davolash anchagina murakkab. Homiladorlik, endokrin o'zgarishlarni, qalqonsimon oldi bezchalarining ishini kuchaytirishi natijasida qonda kalsiy moddasining miqdori oshadi.

Kattalashgan bachadon, jom va siydik naychalarini ezib qo'yadi va natijada siydik oqimining sekinlashishiga demak yallig'lanish jarayonining paydo bo'lishiga sharoit tug'diradi. Bu sabablarning barchasi siydik yo'llarida tosh paydo bo'lishini yoki surunkali eski kasallik bor bo'lsa, uni qo'zgatishi mumkin. Bu esa homilanigina emas, balki onaning ham hayotini xavf ostida qoldiradi. Shuning uchun buyrak toshini operativ davolashni homiladorlikning birinchi oylarida, siydikning buyrakdagi oqimi hali u qadar buzilmay turib, qo'llanilgani ma'qul. Operatsiya qilishlik uchun ko'rsatkich bo'lib, tez-tez takrorlanib turuvchi buyrak sanchiqlari, uni ichki tuzilishining tobora kengayib borishi bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarni davolashda buyrakni ham, homilani ham saqlab qolishlikni ko'zda tutish kerak.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qilinadigan operatsiya, faqat bemorning hayotini saqlash maqsadida, buyrak tosh kasalligi og'irlashgan va mutanosib davosi topilmagan kezlardagina qilish mumkin. Siydik naychasidan tosh olishlik ham, homiladorlikning ikkinchi yarmida, bachadonning kattalashib ketganligi tufayli, anchagina murakkab bo'lib qoladi. Bunday holatlarda buyrakni yoki uning jomini devorini teshib, ichiga naycha (kateter) qo'yilgani ma'qul bo'ladi. Buyrak yiringga to'lgan bo'lsa, uni olib tashlash kerak. Agar buyrak u qadar o'zgormagan bo'lsa, buyrak tosh kasalligi homiladorlikka uncha halaqit bermaydi va shu munosabat bilan bemor ayollarga bola ko'rishlik uncha taqiqlanmasa ham bo'ladi. Ammo ular har doim akusher va urologlarning ko'z ostida bo'lganligi ma'qul.

Bolalardagi buyrak tosh kasalligi.

Buyrak tosh kasalligi yosh bolalarda, kattalarga nisbatan kamroq uchraydi. Ammo o'lgan bolalar tekshirilganda ularning ko'pchiligida tosh topilgan. Ular tiriklik paytlarida u qadar yaxshi sinchiklab tekshirilmaganliklari sababli, buyrak tosh aniqlanmagan bo'lishi mumkin. ko'pincha buyrak tosh kasalligi 3-10 yashar bolalarda uchraydi, ba'zan chaqaloqlarda ham uchrashi mumkin. Bu holatni go'daklarning ovqatlanishidan ularda har xil zaharlanish holatlari, ich surishlari, hamda harorat ko'tarilib ovqatlanishidan ularda har xil zaharlanish holatlari, ich surishlar, hamda harorat ko'tarilib turishi bilan bog'lash mumkin. Chaqaloqlarda ko'pincha uchrab turadigan moche kisliq diatezning ahamiyati katta, chunki siydik kislotasining tuzlari buyrak so'rg'ichlarida cho'kib qolib, buyrakdan yaxshi ajralmaydi. Bunday cho'kmalar kelajakda hosil bo'ladigan toshlarga asos bo'ladilar. Toshlarning paydo bo'lishida asosiy o'rinni modda almashinuvining buzilishi bilan bog'laydi. Ammo shuni ham aytish kerakki, bunga qo'shimcha bo'lib, siydikning buyrakdan oqishini susayishi kabi qo'shimcha omillar ham bo'lmasa, faqat modda

almashinuvining buzilishinigina tosh paydo qila olmaydi. Bunga bolalarda toshlarni ko`pincha bir tomonlama uchrashligi dalil bula olishi mumkin.

Boshqa sabablardan biri chaqaloqlarni qattiq yo`rgaklash, bolalarning uzoq vaqt harakatsiz yotib qolishi kabi hollar sabab bo`lishi mumkin. O`g`il bolalar, qizchalarga qaraganda 3 marta ko`p kasal bo`lishadi.

Belgilari.

Bolalarda uchraydigan buyrak tosh kasalligining belgilari anchagina boshqacharoq, ya'ni ularning yoshiga qarab bo`ladi. Jumladan ularda uchraydigan og`riqlar aniq bir joyga mansub bo`lmaydi. Yosh bolalardagi buyrak sanchig`i, bolani juda bezovta qiladigan, o`rni tayin bo`lmagan og`riq bilan ifodalanadi. Buning ustiga bu og`riqlar buyrak sanchig`iga xos bo`lsada, ammo ichaklarda uchrab turadigan xirurgik kasalliklardagi og`riqlarga ham o`xshab ketadi.

Kasallikni aniqlash uni boshqa kasalliklardan ajratishlik anchagina qiyin bo`lgani sababli, buyrak sanchig`i bilan og`riyotgan har bir 5 bolaning bittasi odatda keraksiz operatsiya qilinib, uning ko`richagi olib tashlanadi.

Buyrak toshini asosan rentgen rasmlariga qarab aniqlanadi.

Bolalarda rentgen nurlarini yaxshi ushlaymaydigan rentgenonegativ toshlarni kam uchrashligi, ularda qo`shimcha sifatida pnevmopiyelografiya qilishlikka kam hojat tug`diradi. Bolalarda, flebolitlarni yoki ohaklashgan limfa tugunchalari va boshqa diagnoz qo`yishni qiyinlashtiruvchi soyalar, kattalarga nisbatan kamroq uchraydi. Shunga qaramay ba'zi holatlarda siydik naychasiga kateter qo`yib rentgen qilishlik ham kerak bo`ladi.

Bolalarni davolashda kattalarga qilinadigan barcha omillarning qo`llanishi kerak.

QOVUQ TOSHLARI.

Qovuq toshlari o`g`il bolalarda va qari chollarda uchraydi. Toshlar qovuqning o`zida hosil bo`lishi yoki u yerga buyraklardan tushib qolgan bo`lishi mumkin.

Qovuqlarda toshlarning paydo bo`lishi yoki buyrakdan tushgan toshlarning yiriklashuviga, siydikni qovuqqa tutilib turishiga olib boradigan sabablar katta o`rin o`ynaydi. Bularga prostata bezining adenomasi, siydik kanalining ingichkalanishi, uning divertikuli, o`smasi, jarohatlari va boshqa holatlar kiradi. Bolalar qov o`qida tosh hosil bo`lish sabablariga, balanopostiti, siydik kanalining torayishi yoki unda paydo bo`lib qolgan klapanlar sababchi bo`lishi mumkin.

Qovuqdagi toshlarning hajmi toshning ko`rinishi, og`irligi, soni har xil bo`ladi. Ularning rangi, kimyoviy tarkibi va qattiqligi xuddi buyrak toshlarinikiday bo`ladi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Qovuqdagi og`riq bemor tinch turganda kamroq bezovta qiladi, ammo yurganda va ayniqsa siydik ajralayotgan paytda kuchayadi. Og`riq siydik kanalining uchiga, moyakka, oyoqqa yo`naladi. Bemor harakat qilganida, yo yurganida, uringanida siyishi tezlashtiradi, ammo bemor tinchlansa og`riq ham pasayadi. Demak qovuqda toshi bor bemor kechasi uxlaganda kam, kunduzi esa tez-tez peshobga yuguradi. Agar bunga infeksiya qo`shilsa, sistit (chakmazak) boshlanadi siyish jarayoni yanada keskin o`zgaradi. Ko`pincha bemor siyayotganda siydik oqimi birdaniga berkilib qolishi va agar bemor holatini o`zgartirsa siyish yanada davom etishini kuzatish mumkin. Basharti tosh zakarga tiqilib qolsa, siyishni butunlay to`xtatib ham qo`yadi. Ba'zi bemorlar faqat yotgan holatidagina siya oladilar. Agar

tosh qovuqning bo'g'ziga tiqilib qolsa, ichki qisqichni ishi buzilishi natijasida ro'y beradi. Siydik ushlanmaydigan holat ham paydo bo'lishi mumkin. Bunda bemorlar tez-tez siyaverib, hatto siydigini tuta olmay qoladilar. Qovuqning shilliq pardasini jarohatlanishi natijasida, siydikda qon va yallig'lanish jarayoni ham paydo bo'lishi mumkin. Qonning siydikda oz yoki ko'p bo'lishi, qovuqdagi toshning tuzilishiga bog'liq. Agar tosh qovuqning bo'g'ziga qisilib qolsa, peshobni oxirida qon keladi. Prostata adenomasi bor bemorlarda qovuqning yo'g'onlashgan vena tomirlariga tosh tegib yorilishi natijasida juda kuchli qonash yuz berishi mumkin.

Qovuqda yallig'lanish bor bo'lsa, siydikda ba'zan qon bilan birga leykotsitlar ham uchrab turadi. Chekmazak bor qovuqda tosh ham bo'lsa, yallig'lanish jarayoni yuqoriga tomon ko'tarilib, piyelonefrit ham bo'lishi mumkin.

Tashxis.

Qovuqdagi toshni aniqlash u qadar qiyin emas. Buning uchun sistoskopiya va rentgen qilinsa bas. Sistoskop qovuqqa kirgizilganda, uning uchi toshga tegib, ovoz eshutilishi mumkin. Qovuqning hajmi kichik bo'lsa, yoki siydik kanalida toraygan joy bo'lsa sistoskopiyaning qilib bo'lmaydi. Bunday holatlarda qovuqdagi toshni aniqlash uchun birdan bir chora rentgen bo'lib qoladi. Umumiy rentgenografiyada kichik toshda joylashgan toshlarga mansub soyalar ko'rinadi. Umumiy rasm yordamida qovuqdagi toshlarning sonini, ularning hajmini aniqlash mumkin. Rentgenonegativ toshlar bo'lgan taqdirda, pnevmotsistografiya yoki rentgenokonstrast moddaning bo'shroq eritmasini qovuqqa yuborish yo'li bilan sistografiya qilinadi.

Farqlov tashxis.

Qovuq toshlarining klinik ko'rinishi, chekmazak, prostata bezining adenomasi, zakarning torayishi kabi dardlarga o'xshab ketadi. Ammo qovuqdagi toshning boshqa unga o'xshash dardlardan farqi, siydikni qo'qqisdan tutilib qolishi holatlari, siydikda qonning paydo bo'lishi, qovuq atrofidagi og'riqning kuchayishi kabi belgilar ajratib turadi.

Rentgen va sistoskopiya yordamida toshni tezroq aniqlash mumkin.

Davosi.

Qov o'qida toshi bor bemorlarni davolashning ikki yo'li mavjud: toshni yanchish (litototripsiya) va toshni olish (litotomiya). Toshni yanchish uchun alohida asboblarda litotriptor yoki sistoskop – litotriptor mavjud. Toshlarni parchalashdan oldin bemorlarga 1% -1,0 morfiiy eritmasi yoki 2% amnopen yuboriladi yoki yengil uxlatadigan norkoz beriladi. Bemor sistoskopiya qilishda qo'llaniladigan holatdagiday, chalqancha tushib yotadi. Qovuq 250 ml sterillangan suyuqlik bilan to'lg'aziladi. Tosh yanchadigan asbob qovuqqa yumuq holda kiritiladi. Uning qisqichlari qovuqdagi toshni hajmiga yarasha ochiladi va tosh o'z og'irligi bilan qisqichlarning orasiga kirib qoladi. Vintni asta-sekin aylantirib, tosh qisiladi va yanchiladi. Tosh yanchilgandan so'ng qovuq yaxshilanib yuviladi va uning ichiga kateter qo'yiladi.

SSSR da toshlarni elektrogidravlik usulda yanchish uchun URAT-I apparati joriy etilgan. Uni impuls beradigan generatori, qovuq ichidagi suyuqlikda, toshni parchalovchi elektr chaqmog'ini beradi.

Tosh parchalovchi apparatning zakari tor bo'lsa, o'tkir chekmazak kichkina qovuq prostata adenomasi, tiqilib qolgan tosh kabi holatlarda qo'llab bo'lmaydi. Agar prostata adenomasi bor bemorlarda ham tosh bo'lsa, kasalning holatiga qarab toshni

va adenomani bir vaqtda olib tashlash mumkin. Toshni maydalash mumkin bo'lmagan hollarda va ayniqsa bolalarni qovuqlaridagi toshlarni qovuqning devorini kesib, olib tashlanadi. Qovuq kislorod bilan ishiriladi. Qorinning o'rta chizigi bo'ylab supadan kindik tomon 10-12 sm masofada teri, teri osti to'qimalari qiyshiq mushaklarining chandiqlari kesiladi. Qorinning to'g'ri mushaklari ikki yon tomonga tortiladi va qovuq oldi to'qima ochiladi. Qorin pardasining oldingi burmasi yuqoriga suriladi. Qovuqning oldingi devoriga ketgutdan ikkita tutqich o'tkaziladi va ularning orasidagi qovuq devoriga kesiladi.

Asbob yordamida tosh olib tashlanadi. Qovuqning yarasiga ketgut bilan ikki qator chok qo'yiladi. Siydikning oqishini yaxshilashga zaruriyat bo'lsa, qovuq ichiga rezinadan yasalgan naycha tikiladi. Qovuq va qorinning oldingi devorini yarasini trubkagacha tiqiladi.

Bemorni operatsiyadan keyin kuzatish qovuqning yarasini butunlay tikib tashlansa yoki uni ichiga vaqtincha darcha qildirishligiga bog'liq.

Qovuqning butunlay tikishlik faqat siydikning tabiiy ajralishiga hech qanday to'sqinlik yo'q bo'lgan holatlardagina qo'llaniladi. Bunday holatlarda operatsiyadan keyin siydik kanaliga naycha o'tkazib, qoldiriladi va u orqa qovuq tez-tez qon va yiringdan tozalanib turiladi. Agar bu qo'yilgan naycha yaxshi ishlamasa, uni almashtirish kerak. Qovuqning yarasiga naycha tikib qoldirilgan bo'lsa, u orqali qovuq tez-tez yuviladi. Siydik yaxshi ajralmasa, uni chiqarish uchun so'rg'ich apparatlari qo'llaniladi. Qovuqning yarasi yaxshi bitayotgan bo'lsa, operatsiyadan keyingi 7-9 kunlari qovuqqa qo'yilgan trubka olib tashlanib, uni o'rniga ingichka trubka qo'yiladi. Holat yaxshi bo'lsa 1-14 kuni hamma trubka olib tashlanadi va bemor o'zi siyadigan bo'ladi.

Siydik to'sqinliksiz yaxshi ajralsa, toshlar qaytadan paydo bo'lmaydi. Toshlarning paydo bo'lishligining oldini olishlikning asosiy omillaridan biri, yallig'lanishga qarshi kurash va siydik oqimini yaxshilashdan iboratdir. Toshlarni erituvchi dorilar sinovi davom etmoqda.

Oqibati.

Qovuq toshlarning oqibati – kasallikni keltirib chiqaruvchi siydik oqimini buzuvchi sabablarni (siydik kanalining ingichkalashuvi, prostata bezining o'smalari va boshqalar) bog'liq. Bu sabablar yo'q qilinsa kasallikning oqibati yaxshi bo'ladi. Aks holda kasallik qaytalanishi mumkin.

Siydik kanali toshlari.

Siydik kanali toshlari asosan erkaklarda kanalning torayib qolgan joylarining yuqorisida, darchalarning yaqinida, haltachalarda (birlamchi toshlar) uchraydi. Ikkilamchi toshlar yuqori siydik yo'llaridan tushib zakarga tiqilib qolgan, ularning soni va hajmi har xil, ko'pincha toshlarning tashqi ko'rinishi, ular kanalning kayeriga tiqilgan bo'lsa, o'sha yerni tuzilishiga xos bo'ladi.

Belgilari va kasallikning kechishi.

Siydik kanalida toshlar siyish paytida ancha azob beradi. Siyishni qiyinlashtiradi. Agar tosh kanalni butunlay berkitib qo'ysa, bemor siya olmay siydikning o'tkir to'silishi belgilari yuzaga chiqadi. Kasallik uzoq vaqt davom etsa, toshning atrofidagi to'qimalarda yara paydo bo'ladi.

Tashxisi.

Siydik kanali toshlarini aniqlash qiyin emas, chunki ko`pincha zakarni paypaslaganda ham u qo`lga uriladi. Kanal toshlarini buj yordamida yoki rentgen nurlari yordamida aniqlash mumkin.

Farqlovchi tashxis.

Siydik kanaliga tosh tiqilib qolganda holat ba'zan zakar torayib qolganda bo`ladigan belgilar (zakarni torayishi, prostata adenomasi) ga o`xshab ketadi. Bu jumbog`ni asboblardan va rentgen yordamida tekshirilganda oson yechish mumkin.

Davosi.

Siydik kanalining oldingi qismiga tiqilgan toshlarni qisqichlar yordamida olib tashlash mumkin. Agar kanalning oldi qismi tor bo`lsa, uni ozgina kesib kengaytiriladi. Toshni olib tashlashning iloji bo`lmasa, u orqaga, qovuqqa itarilib yuboriladi va keyin u qovuqda parchalanib olinadi. Hech iloji bo`lmasa, u holda kanal devorini kesib olib tashlanadi. Kanalning orqa qismidagi toshlarni qovuq tomondan olingani ma`qul.

Oqibati.

Toshni zakardan tezlikda qaysi yo`l bilan bo`lmasin olib tashlanganidan oqibat yaxshi bo`ladi.

XI- BOB.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINI O'SMALARI.

BUYRAK O'SMALARI.

Buyrak o`smalari oxirgi paytlarda anchagina ko`p uchramoqda. Bu holni kasallikni kechiktirmay aniqlash, ayniqsa ularning ertangi turlarini zudlik bilan aniqlash usullarini yaxshilanayotganidan deb tushunilsa ham bo`ladi. Eng ko`p uchraydigan o`smalardan buyrak to`qimalarini rakidir. Buyrak to`qimasining xavfsiz o`smalari kamroq (6%) uchraydi. Buyrak jomi va siydik naychalarining epitedial o`smalari, buyrak to`qimasining o`smalaridan ko`ra kamroq uchraydi va buyrak hamda yuqori siydik yo`llarini barcha o`smalarining qarayib 16% tashkil qiladi. Erkaklarda uchraydigan buyrak o`smalari boshqa barcha o`smalarning qarayib 2-3 % tashkil qiladi. Erkaklar ayollarga nisbatan 2-marta ko`proq kasal bo`ladilar. Ko`pincha kasallik 40-60 % yoshgacha bo`lgan odamlarda uchraydi.

Etiologiyasi.

Buyrak o`smalarining etiologiyasi kam o`rganilgan. Ba'zi ilmiy tajribalar natijasiga ko`ra ayrim hayvonlarga masalan, erkak kalamushlarga estrogen gormonlarni yuborib, ularda rak kasalligini keltirib chiqarish mumkin. Shunga ko`ra, odamlardagi gormonlar balansining buzilishi, o`smalarning taraqqiyotiga qandaydir aloqasi bor. Shunga asoslanib ilmiy tajribalar yordamida hayvonlarda buyrak o`smalari barpo qilingan nurli energiya ta'sirida esa kalamushlarning buyraklarini adenomasini va adenokarsinomasini keltirib chiqarilgan yuqorida ko`rsatilgan tajribani, klinik tekshirishlar ham tasdiqlaydi.

Bemorni tekshirish uchun qo`llanilgan rentgen kontrast modda- torastrast ²³²T ni ta'siri ostida oradan ko`p yillar o`tgandan keyin, buyraklarda o`sma paydo bo`lgan, Torostrastni kanserogenligi uning reaktivligi bilan belgilanadi.

Adabiyotda ba'zi bir ximik moddalarni buyrak o'smalarini keltirib chiqarishdagi o'rni haqidagi ma'lumotlar bor, masalan: nitrozaminlar va ba'zi xushbo'y aminalar turkumiga kiruvchi; B) Antroksinolin va boshqa ximik qo'shimchalar jumlasidandir.

Demak buyrak o'smalarini kelib chiqishida har xil o'ziga xos gormonlarning, nurlar va kimyoviy moddalarning alohida o'rni bor. Boshqa hamma o'smalar qatori buyrakning o'smalarini kelib chiqishi ham ko'p sabablidir.

Tasnifi.

Buyrak to'qimasini o'smalarini uning jomini o'smalaridan o'zlarining tuzilishi, rivojlanishi, operatsiya qilib davolash usullarining boshqachaligi bilan butunlay farqlanishini nazarda tutishlik bu o'smalarni alohida qismlarga ajratish kerakligini tug'ilishidan darak beradi.

Hozirgi vaqtda buyrak o'smalarini quyidagicha tasnif qilinadi.

Buyrak to'qimasining o'smalari.

A). Xavfsiz o'smalar: adenoma, lipoma, fibroma leyomioma va gemangioma, xondroma, osteoma, dermoidlar.

B). Xavfli o'smalar : rak (adenokarsinoma) fibro-, mio-, lipoangiosarkoma, Vilmsni aralash o'smasi.

V). Buyrakning ikkilamchi (tarqaluvchi) xavfli o'smalari.

Buyrak jomi o'smalari.

A). Xavfsiz o'smalar: papiloma, angioma.

B). Xavfli o'smalar: papilyar rak, ya'ni hujayrali rak, shilliq bez raki, sarkoma.

O'sma buyrak qobig'ining ichidaBuyrak tomirlari va buyrak oldi to'qimalariga tarqalgan.Buyrak oldi limfa tugunchalari jarohatlangan.O'zak hujayralar bor.

Xalqaro rakka qarshi kurashuv ittifoqi, buyraklarni xavfli o'smalarini TNM tartibi bilan turlashni taklif qilgan. Bunda T- Tumor birlamchi o'simtaning darajasini N - (Noduli limfatici) regional limfa tugunlari M- (Metoztasis) uzoq metastazlar bilan belgilaganlar.

Patologik anatomiyasi.

Buyrakni xavfli o'smasi uni har qanday bo'limida ham rivojlanishi mumkin. Bu o'smalar ko'zga ilinar ilinmas chigaldan toki juda katta hajmgacha bo'lishi mumkin.

Buyrakni rak o'smasi yagona yoki bir nechta yumaloq ba'zan uzunchoq tugunlardan tashkil topgan bo'ladi. Yuqorisi ko'pincha g'adir-budir, kesib qaralganda o'ziga xos ola-chipor rangli bo'ladi. Uning to'qimalarining orasida sarg'ich jigarrang va qizil (qon quyilishlarni oqibatida), g'isht rangli (yog' moddalarni borligidan), kulrang (mukoidlarni parchalanishidan) shula tovlanib turadi. Ba'zan to'qimalarni orasida petrifikatlar yoki o'sma butunlay ohaklashib ketgan bo'lishi mumkin. O'smaning orasida chiriyotgan qon quyilgan joylarni ham uchratish, ularning ichida esa ichiga suv yig'ilgan haltachalar-kistalarni topish mumkin. O'sma yumshoq va elastik qattqlikka ega. U buyrakning qobig'i tomonga qarab o'sadi va shu bilan buyrakni tashqi ko'rinishini o'zgartirib yuboradi. Agar o'sma buyrakning jomitomon o'ssa, asta sekin uni ichki qismini to'ldiradi.

Buyrak raki tilga o'xshab pastki kovak venaga yoki buyrak to'qimasiga qarab o'sadi. Bu buyrak rakiga xos alomatdir. Uncha katta bo'lmagan o'smalar yumaloq aniq chegaralangan ko'zga ko'rinadigan qobiqqa ega bo'ladilar.

Adenokarsinoma gistologik tuzilishi har xil bo'lsada, ko'pchilik hollarda uzunchoq tolalarni hamda glikogen va lipoid moddalarga ega bo'lgan yorug' protoplazmali, poligonal hujayralarni yig'indisini uchratish mumkin.

Gistologik tekshirishlar tufayli topiladigan juda ham katta o'sma turlariga lipomalar, fibromalar, miomalar, gemangiomas, limfangiomas, gemartomas kiradi. Bularning ichida ko'proq gemangioma va sakroma uchraydi.

Metastazi.

Buyrakning xavfli o'smalari asosan limfa va qon-tomirlari orqali tarqaladi. Metastazlanish bemorlarning yarmidan ko'pida uchraydi.

Buyrak rakining metastazlari, tarqalishi jihatdan birinchi o'rinda o'pkalar keyin suyaklar, jigar, bosh miya turadi. Metastazlarni bunday tartibida tarqalishi, bu a'zolarining bir-birlari bilan qon-tomirlar orqali yaqindan aloqador ekanligining belgisidir.

Ayrim holatlarda buyrakdagi rakni belgilaridan ko'ra uni metastazlarini klinik belgilari oldinroq ma'lum bo'ladi. Buyrak rakining xususiyatlaridan yana biri buyrakni olib tashlangandan keyin, ya'ni bir qancha vaqt (10-15 ba'zan 20 yil) o'tganiga qaramay, metastazlarni paydo bo'lishidadir. Shuni ham aytish kerakki, rak buyrak olib tashlangandan keyin o'pkadagi metastazlarni hajmi ko'pincha ancha kichayib qoladi.

Ikkinchi o'rinda suyak metastazlari turadi. Ko'pincha o'sma o'zini metastazlari tos suyaklariga, umurtqa pog'onasiga, qovurg'a, yelka, boldir, kalla suyaklariga beradi. Jigar metastazlari buyrak rakining eng kechki bosqichlari uchun xosdir.

Buyrak rakining yaqin atrofga borgan metastazlaridan asosan pastki kovak vena va aorta atrofida, limfa tugunlariga, ularni asosan buyrakka yaqin joylashganlariga berilishini aytish mumkin. Buyrak o'smasi ko'krak oralig'i, bo'yin va but limfa tugunlariga beradigan metastazlari kamroq uchraydi. Buyrak raki uzoqlardagi va yaqin oralardagi limfa tugunlaridan tashqari, ba'zan mahalliy metastazlar, buyrak atrofida yog' to'qimalariga qorin, bo'shlig'ining old devori mushaklariga, teri osti yog' to'qimalariga, operatsiyadan keyingi chokka va boshqa joylarga beradi.

Bu metastazlarni limfa tugunchalariga hech qanday aloqasi yo'q bo'lib, ular alohida o'sma sifatida buyrakdan alohida o'sadi. Shuning uchun ularni buyrakning o'smasi deb bo'lmaydi. Ko'pincha metastazlardan tashqari o'smani ivigan qismlari, buyrakni vena qon-tomirlari orqali oqib tarqalish holatlari ham uchraydi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Buyrak o'smasining umumiy belgilari.

Buyrak o'smasining umumiy belgilari orasida eng asosiy o'rinni bemorning umumiy holatining yomonlashuvi egallaydi. Bu holat o'sma to'qimalarida modda almashuvi natijasida ajraladigan zaharli moddalarni bemor organizmiga yomon ta'siri ostida vujudga keladi. Bu zaharli moddalarni ta'siri ostida bemor behollashadi, ishtahasini yo'qotadi, ozib to'zadi. Yuqorida qayd qilingan shikoyatlarni aytgan

bemorlarga urologik tekshirishlarni kerakligi haqida fikr tug'ilgunga qadar, ancha uzoq vaqt o'tadi va orada bemorni boshqa har xil yo'q kasalliklardan davolashadilar.

O'smalar ajratgan zaharli moddalarini ta'siri ostida bemor ozadi, ishtahasini yo'qotadi, bu esa tana vaznini kamaytiradi, bemorning ozishi, undagi o'sma jarayonini anchagina murakkablashganligidan darak beradi.

Buyrak o'smasining umumiy belgilaridan yana biri tana haroratining ko'tarilishi. Bu belgi 20-30 % buyrak raki bemorlarida uchraydi. Ba'zan bu belgi kasallikni yagona belgisi sifatida ham bo'lishi mumkin. Tana harorati ko'pincha unchalik baland bo'lmaydi. Ba'zan 38-39⁰C ga ko'tariladi. Biron infeksiyon kasalligidagina ham o'xshab, titroq kiradi.

Tana haroratining ko'tarilishi, buyrak o'smasining tobora rivojlanganidan va uning oqibatini yomonlashganidan darak beradi. Bu holat kasallikni eng ertangi belgilaridan biri bo'lishi mumkin. Operatsiya qilinib buyrak o'smasini yaxshilab olib tashlansa, harorat ko'tarilmaydigan bo'lib qoladi. Agar harorat yana ko'tarilsa, bu o'smani qaytalanganligidan yoki uni metastazlari paydo bo'lganligidan darak beradi.

Buyrak o'smasini suyak ko'mig'iga zaharli ta'siri natijasida bemorning qoni kamayadi. Bunday kamqonlik kasallikni anchagina murakkablashganligi to'g'risida dalolat beradi. Buyrak o'smasining ta'siri ostida politsitomiya yoki ikkilamchi eritrotsitoz kelib chiqadi. Bu jarayonni buyrak o'smasi to'qimasida eritrotsitlarni hosil bo'lishini ko'payishidan deb tushuntiriladi. Buyrak o'smasining umumiy belgilaridan eng ko'p uchraydigan ECHT (SOE) ni ko'tarilishi. Bu belgi ko'pincha kasallikning birinchi va yagona belgilaridan biri bo'lishi mumkin.

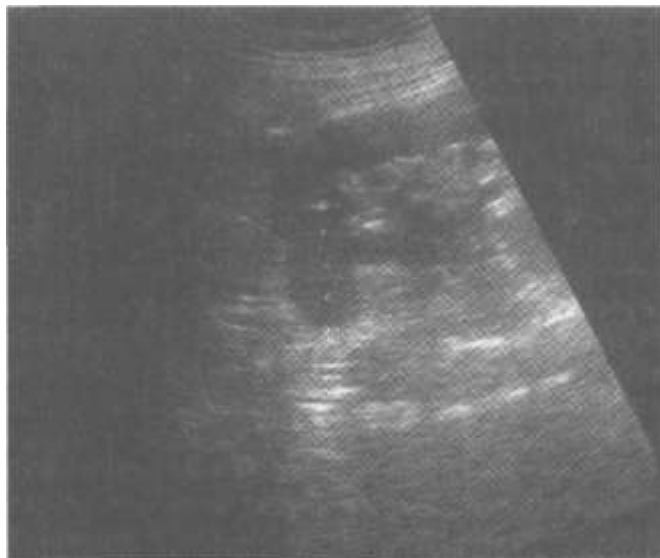
Oxirgi yillarda buyrak o'smasining arterial gipertenziya bilan aloqasi borligi aniqlangan. Xavfli buyrak o'smalari bor bemorlarning 5-10%da bu belgi ham bo'ladi. Buyrak o'smasi bor bemorlarda buyrakni boshqa kasalliklardagi kabi arterial gipertenziyaning rivojlanishi, buyrak to'qimasining o'sma ezayotganligi tufayli uning qon-tomirlarida bo'ladigan va buyrak ko'ptokchalarida uchraydigan o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Buyrak olib tashlangandan keyin, qon bosimining pasayishi bu ikkala kasallik orasida yaqin aloqa borligidan darak beradi.

Qayd qilingan umumiy hamda buyrakni tashqarisidagi boshqa belgilar buyrak o'smasini aniqlashda katta ahamiyatga ega. Agar ilgari bu belgilar buyrak o'smasiga xos bo'lmagan belgilar qatoriga qo'shib kelingan bo'lsa, endilikda bemorning umumiy ahvolining yomonlashuvi, ozishi, umumiy harorat, SOE ning ko'tarilishi, eritrotsitoz, arterial gipertoniya kabi belgilarni topilishi bilanoq bu hol buyrakni boshqa kasalliklari qatori, buyrak o'smasi haqida ham o'ylashlikka va shu tufayli urologik tekshirishlar o'tkazishga undashligi lozim.

Buyrak o'smasining mahalliy belgilari: qon siyish 69-70 % bemorlarda uchraydi. Boshqa buyrak kasalliklarida bo'lib turadigan qon siyishdan, buyrak o'smasida uchraydigan qon siyish o'zini hech qanday og'riqsiz bo'lishligi, siyish jarayonining buzilmasligi va boshqa belgilari bilan ajralib turadi. Bu belgi qo'qqisdan bemor o'zini yaxshi his qilayotgan kezda birdaniga paydo bo'lib, tez vaqt ichida o'tib ketadi. Bu holat esa bemorni ko'pincha o'z vaqtida vrachga murojaat qilmasligiga ham sabab bo'ladi.

109-rasm. Buyrak o'smasi.



Buyrak o'smasida uchraydigan qon siyish, o'smalarni buyrakning qon-tomirlarini yyemirib tashlanganligi va uni buyrak kosachalarini ichiga o'sib kirib, buyrakdagi qon aylanishini, buzganligini oqibatidir.

Buyrak o'smasida qon siyish umumiy bo'ladi. Ba'zan chiqayotgan qon uzun qizil, ilon-chuvalchangga o'xshash bo'ladi, chunki qon siydik naychalarida ivib uning ichki tuzilishiga o'xshab qoladi. Ba'zan esa, qovuqda yig'ilgan qon beshakl ravishda ivigan bo'ladi. Qon har vaqt ham iviy bermaydi. Qon chiqib ketgandan so'ng buyrakda og'riq paydo bo'ladi. Ba'zan qon siyish boshlanishi bilan buyrakda qattiq sanchiq boshlanib, siydik bilan ivigan qon chiqib ketsagina bemor tinchiydi. Juda qattiq qon ketganda qovuqda ko'p miqdorda ivigan qon yig'ilishi va siyishga halaqit berishi mumkin.

Qisqa vaqt davom etadigan qon siyish ko'p yillar davomida boshqa takrorlanmasligi mumkin. Shuning uchun qon siyayotgan bemor tezlikda sistoskopiya qilinib, qon qaysi buyrakdan oqayotganligini aniqlab ko'rish zarur.

Mahalliy belgilaridan yana biri buyrak sohasidagi og'riqdir. Og'riqlar har xil kuchli, sanchiqsimon bo'ladi. Uncha katta bo'lmagan pastga tomon yo'naluvchi og'riqlar, buyrakni ichki bosimini o'smalar o'sishi yoki qon yig'ilishi natijasida ortishi va shu tufayli buyrakni qobig'ini taranglashishi va undagi nerv tolalarini qitiqlanishidan deb tushuntiriladi. Qattiq og'riqlar, siydik naychasi berkilib qolsa paydo bo'ladi.

Mahalliy belgilarini uchinchisi qo'lga urinadigan o'smadir. Bu eng kechki va kam uchraydigan buyrak o'smalarini uchlamchi belgilaridan biridir.

Buyrakning pastki qismidan o'sgan o'smalar eng ko'proq qo'lga urinadigan o'smalar bo'ladilar. Bunday holatlarda qo'lga qattiq, usti g'adir-budir, oz muncha siljiydigan, qovurg'a ostiga berkinib oladigan o'smani topish mumkin.

Buyrakning yuqori qismida joylashgan o'smalarni paypaslab topish anchagina qiyin. Bunday holatlarda buyrakni pastga siljigan pastki qutbini osonroq topish mumkin.

Buyrak o'smasini yoki qo'lga urinadigan buyrakni yaxshiroq paypaslash uchun bemorni har xil alpozda (chalqancha tushirib, yonboshlatib, tik turgizib) ko'rilsa yaxshi bo'ladi. Ayniqsa ikki qo'l orasida silkitib paypaslanganda aniqlangan o'smani ayni buyrakka, yoki bo'lmasa uni qorin bo'shlig'iga aloqasi bo'lmagan o'sma deb fikr yuritishga imkoniyat beradi.

Moyaklarni vena qon-tomirlarini yo'g'onlashib ketishi (varikotsele) buyrak o'smasining mahalliy belgilaridan biridir. Bu belgini kelib chiqish sabablari quyidagicha:

1. Chap buyrak vena qon-tomirlarining to'silib qolishi, unga o'smaning o'sib kirishi yoki venalarni tashqaridan ezilib qolishi.

2. Chap buyrakni pastga siljishi tufayli uning venasi bekilib qolidi.
3. Pastki kovak venani yoki moyak venalaridan birortasini o'sma yoki uni limfa tugunchalaridagi metastazlar bilan ezilib qolishi
4. Pastki kovak venani to'silib qolishi.

Bu holatlarning har birida ham chap moyak venasi yoki pastki kovak venasining bosimi ortadi. Natijada moyak venalaridagi qon yuqoriga qarab yo'naladi. Oqibatda moyakni urug' tizmasida varikoz paydo bo'ladi. O'rta va yuqori yoshdagi bemorlarda varikotselening paydo bo'lishi, ularni buyraklarida xavfli o'sma paydo bo'layotganidan darak berishi demakdir. Bunday sabab bilan rivojlangan varikotselening ideopatik varikotseledan farqi uni faqat chap moyakda emas, balki o'ng moyak tomirlarida ham uchrashiligi mumkin, hamda varikoz venalarni holati bemor tik turganda hamda yotganda ham bir xil o'zgarmasligi bilan farqlanadi.

Bunday o'zgarmaydigan varikotsele, buyrak o'smasiga oid kasallikning oqibati vujudga kelgan, anchagina mushkul belgilardan hisoblanadi. Bu belgilar holatini anchagina og'irlashayotganidan darak beradi.

BUYRAK O'SMASI METASTAZLARINING BELGILARI.

Buyrak rakining o'pkaga bergan metastazlari rentgen rasmlardagi tasviri yum-yumaloq bo'lib ko'rinadi. Ba'zan buyrak rakining o'pkaga bergan metastazi ayniqsa yolg'iz metastazi ko'pincha uzoq vaqt mobaynida rivojlanayotgan bo'lsa ham, hech qanday belgilar bermaydi. Bunday holat bu metastazlarni operatsiya yo'li bilan olib tashlashlik uchun anchagina qulaylik tug'diradi. Buyrak rakining o'pkaga bergan metastazining birinchi belgisi qon tupirish hisoblanadi. O'pkadagi yolg'iz metastaz ko'pincha bronxlarning o'smasiga o'xshaydi. Ko'p tarqalgan metastazlar esa o'pkani shamollashini yoki o'pka silini belgilariga o'xshab ketadi.

Buyrak o'smasini suyaklarga bergan metastazlarini asosiy belgilari og'riqdir. Og'riqlar ba'zan juda ancha kuchli va uzoq davom etadigan bo'ladi. Ko'pincha esa ularni bel og'rig'i boshqa kasalliklarga o'xshatish mumkin. Metastazlar umurtqa pog'onasiga berilgan bo'lsa, ba'zan bemor tanasining pastki yarmi shol bo'lib, tos a'zolarining ishlashini yomonlashuvi ham mumkin. Suyakni metastazlarining rentgenologik belgisi esa suyakni osteodestruksiyasi bilan xarakterlanadi. Limfa tugunchalaridagi metastazlar odatda hech qanday klinik belgi bermaydi.

T a s h x i s i.

Bemor tekshirilganda va paypaslanganda uni buyragida anchagina kattalashib qolgan o'smani borligi aniqlanadi. Qorinni kattaligi va uning ko'rinishini nojo'yaligiga ko'ra, paypaslanayotgan o'sma buyrak bo'lsa kerak degan xulosaga kelish mumkin. Bemor sinchiklab qaralsa, moyak tomirlarining kengayganligi varikotselenini ham topish va agar pastki kovak vena ezilib qolgan bo'lsa, qorin devorini pastki qismidagi venalarning kengayishi yoki oyoqlarining shishib ketganini ko'rish mumkin.

O'sma anchagina osonlik bilan jarohatlanishini nazarda tutib buyrakni astalik bilan paypaslangani ma'qul. O'sma yoki jarohatlangan buyrakning o'rnidan siljitib

ko'rilishi bilan bu o'smani operatsiya qilib olib tashlashlikni imkoniyati haqida xulosa qilish mumkin.

Tahliliy tashxisi.

Qonni tekshirish bilan o'smalargagina xos bo'lmagan o'zgarishlarni, SOE ni va kamqonlikni ko'tarilishi kabi o'zgarishlarni ham aniqlash mumkin. Siydikda esa eritrotsitlarni ko'p miqdorda ajralayotgani aniqlanadi.

Proteniuriya va leykotsituriya holatlarini ayniqsa buyrakda o'sma bilan bir qatorda, yallig'lanish jarayonini ham birgalikda borayotganligida aniqlash mumkin.

Biokimyoviy tekshirish usullaridan ko'proq qo'llaniladigan fermentativ tashxisidir. Oqsillarni aniqlash, oqsillar fraksiyasini zardobda kalsiyning hajmini aniqlash, Danilin reaksiyasini aniqlash va boshqalar. Birlamchi aktivligini oshuvi zardobda oqsillar hajmini kamyuvi I₂ globulin hajmini oshuvi (*Shtauffer sindromi*) qon zardobini fermentiv aktivligi ko'payuvdir. Yuqorida ko'rilgan buyrak testlari, buyrak raki uchun xos belgilar bo'lmasada, har holda ular tufayli anchagina «sezgirlik», hamda kasallikni chuqurroq o'rganishlikni talab qiluvchi holat paydo bo'ladi.

Oxirgi paytlarda buyrak rakini aniqlashda immunologik usullar qo'llanilmoqda. Klassik immunodifuz usullar tahlilini (radial immunodifuz reaksiyasi, immunoelektroforez, vstrechnoy immunoforez ikki qatra immunodiforuziya – *Ouxterloni bo'yicha* va boshqalarni) ishlata borib, zardob oqsillari ferritin, transferrin, albumin o'zgarishlarni chuqur metabolizmini aniqlash mumkin.

Buyrak o'smalaridagi to'qimalarda aynan feritin yig'ilishligi aniqlangan. O'sma to'qimasidagi bu oqsil sog'lom buyrak hamda buyrakdan tashqarida joylashgan o'smalar to'qimasidagi oqsilga qaraganda 10-12 barobar ko'p bo'lgan konsentratsiyada uchraydi. Tarkibida temir moddasini ushlovchi yana bir oqsil – transferrinni, buyrak raki to'qimasidagi hajmi esa sog'lom buyrak to'qimasidan 3 barobar ko'p bo'ladi. Yuqorida ko'rilgan o'ziga xos o'zgarishlar 80% bemorlarni qonidagi oqsillar spektoridagi gaz ko'rsatadi. Bemorlarni jarohatlangan buyragi olib tashlangandan keyin, yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar asta sekin normallasadi.

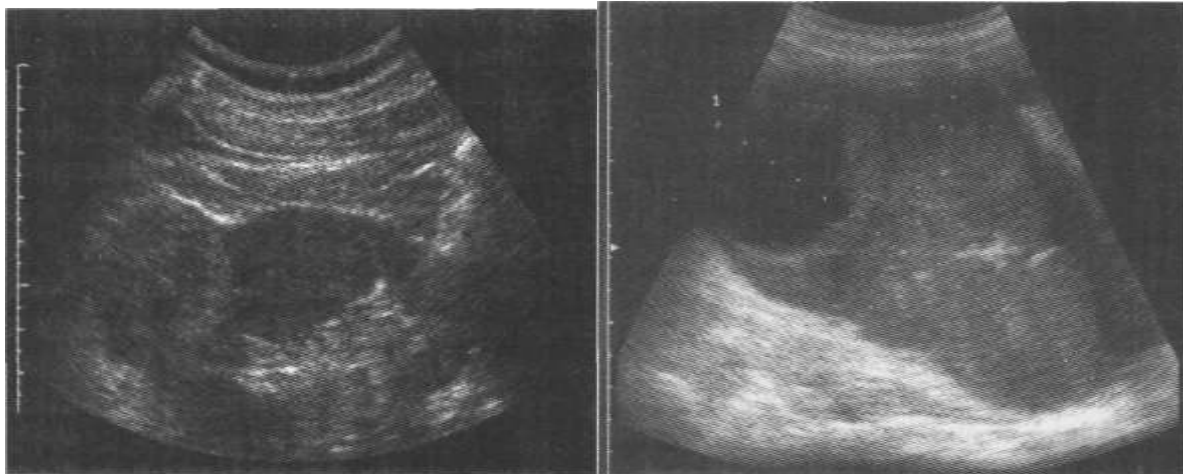
Bu hol qayd qilinayotgan belgilarni buyrak rakiga aynan xos ekanligidan darak beradi.

Shunga ko'ra, buyrakda o'sma borligiga gumon qilingan bemorlarni tekshirishda, immunologik usullar albatta qo'llanishi kerak

Oxirgi yillarda buyrak rakini radioizotop tashxislariga alohida e'tibor berilmoqda. Shu maqsadda statik nefrossintigrafiya (yoki buyrakni skanirovaniyasi) qo'llanilmoqda.

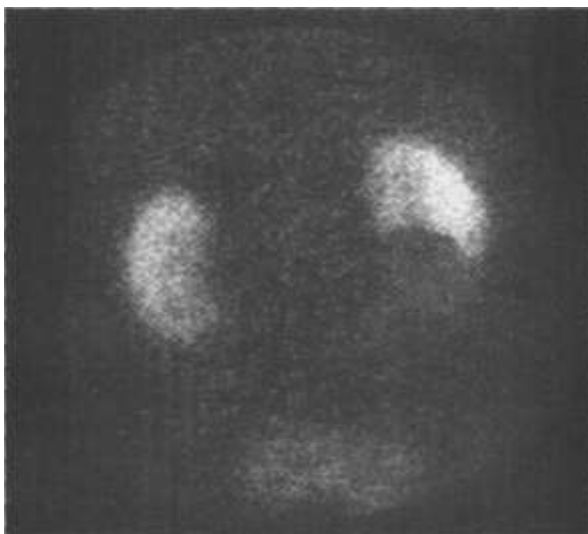
Buyrak o'smasini eng ko'p ssintigrafik belgilariga, buyrak tuzilishini har xil qismlarida (yuqori, o'rta va pastki segmentlarida) soyalar bo'lishi yoki buyrakning soyasini butunlay ko'rinmasligi ham mumkin.

Nepryamoy radioizotop renangiografiya qilinganda buyrakni o'sma joylashgan sohasida o'sma qon-tomirlarini ko'proq rivojlanganligi tufayli, shu joylarda izotopning ortiqcha yig'ilishi natijasida, soyani quyuqlanganligini ko'rish mumkin. Buyrak kistasi tekshirilganda esa aksincha bu yerda izotopning jamg'arilishi keskin kamayadi.



110-rasm. Buyraklar exogrammasi. A- buyrakning yuqori segment qutbida joylashgan kista. (buyiga ko'ra kesilgan): B- buyrakning pastki segment kistasi (buyiga ko'ra kesilgan).

Ultratovush skanirovaniya, buyrak o'smalari va kistalari tashxisida katta o'rin egallaydi. Bu usul beozor, zararsiz alohida tayyorgarlik talab qilmaydi, ammo katta tashxis ahamiyatiga ega.



111-rasm. Buyrak o'smasini ssintigrammasi. Chap buyrakni shulasi uning yuqori qismida joylashgan o'sma tufayli o'zgargan.

O'smalarning ultrasonogrammasi, o'smalarning har xil kattalikdagi to'qimalarida, qon-tomirlarida quyilib ivib qolgan qondan, o'lgan to'qimalardan akslangan ovozlardan tashkil topgan bo'lib, ularning har biri ozi ajratgan ovoz satxiga ega bo'ladi. Shunday qilib, buyrakda o'sma bor bo'lsa, buyrakni tashqi satxi tekkis bo'lmaydi. Uni ichki tuzilishidan har xil to'qimalarning ovozini har xil aks ettirilishi tufayli juda ko'p aks-signal paydo bo'ladi. Buyrak o'smasining pioneftroz, gidroneftroz, polikistoz va solitar kistadan farqlashda, buyrakning ultratovush skanirovaniyasi katta ahamiyatga ega. Buyrak kistasi sanogrammalarda tekkis chegarali, po'stlog'ining ichki qismida ovoz aks etmaydigan, bo'shliqdan tashkil topgan bo'ladi.

BUYRAK O'SMASINING RENTGEN TASHXISI.

Yuqoridagi usullarni klinik tajribaga kiritilishiga qaramay, buyrak o'smasi tashxisining asosiy qismini rentgenologik tekshirish tashkil qiladi. O'smalar jarayonini aniqlashda barcha rentgenologik usullarning imkoniyatlari bir xil emas. (102-rasm). (Ekskretor urogramma).

Kosachalar va jom sistemasidagi buyrakning yuqori va o'rta qismlariga xos shakliy o'zgarishlar.

112-rasm. Byrak o'smasi.

Ekskretor urografiylarni retrograd pielografiyalardan olinayotgan axborot hozirgi zamon talabani unchalik qoniktirmay qo'ydi. Bu usullar faqat buyrakdagi hajmiy o'zgarishlarnigina

tasvirlashga imkoniyat beradi xolos. Ularning yordamida buyrakda topilgan o'zgarishlar hatto kistani o'smadan ajratishga ham har vaqt dalil bo'la olmaydi. Ayniqsa o'smani davolash uchun eng zarur bo'lgan muammo o'smaning bosqichi haqida, bu tekshirishlar hech qanday ma'lumot bermaydi. Bunga qaramay buyrak o'smasini aniqlashda bu usullarni ahamiyati katta, chunki ko'pincha bu tekshirish tufayli buyrak o'smalarini operatsiya qidirishni kerakligi to'g'risida shubha tug'iladi va shunga ko'ra qo'shimcha tekshirishlar o'tkaziladi.

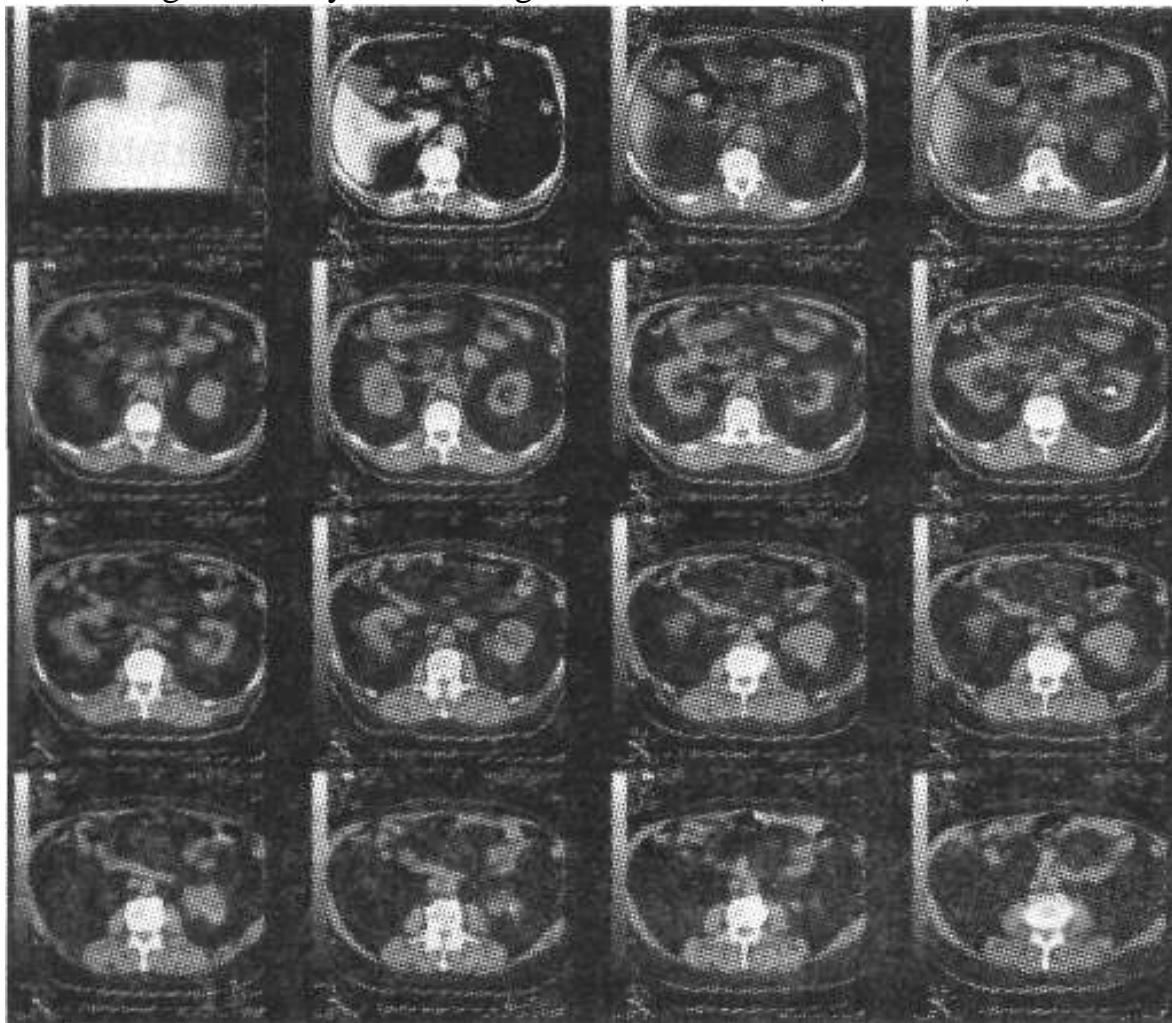
Bemorlarni tekshirish uchun eng avval buyrak shaklini o'zgarishining ba'zi turlarini aniqlashga imkoniyat beruvchi umumiy urografiya qilinadi. Umumiy urografiya yordamida buyrak shakli to'g'risida to'la ma'lumot olish, bunday hollarda buyrak shaklini aniqlash uchun tomografiya yoki pinevmoretroperitonium qilinadi.

Ekskretor urografiya esa buyrakning funksional holatini, o'sma bilan zararlangan buyrakni esa morfologik fazilatini aniqlaydi, hamda qarshi tomondagi buyrakning vazifasini boshlanish paytlarida uncha o'zgarmasligini ko'rsatadi. Agar vazifa yo'q bo'lsa, bu blastomotoz jarayonini chuqurlashib ketganidan, buyrak to'qimalari o'sma bilan aralashgandan yoki uni buyrak qon-tomir yoki o'sib kirib ularni ezib qo'yishligidan hamda metastazlar bilan jarohatlanganidan dalolat beradi. O'sma bilan jarohatlangan, ammo ishlash qobiliyati hali ham saqlangan buyraklarda qilingan ekskretor urogrammalar ko'rib tekshirilganda, ularda kosachalar va jomchalar shakllarini keskin ravishda o'zgarganligini, hamda ularni qisilib qolganligi buyrakni ichki qismi bilan tashqi qismi orasidagi to'qimani qalinligini o'sganligi yoki bir necha kosachalarni amputasiyasi, jom devorini satxini g'adir-budir bo'lib qolishi va bu yerga rentgenokonstrast naychasini yuqori qismini o'rta chiziq tomon siljishi (102-rasm) kabi holatlarni kuzatish mumkin.

Agar ekskretor urogramma yetarlicha aniq bo'lmasa, siydik yo'llarini aniqroq ko'rinishini ta'minlash maqsadida infuzion urografiya qilinadi.

Buyrak o'smasini tashxisida nefrotomografiyaning ahamiyati katta. Nefrotomografiyada, o'sma hajmi anchagina boshqa bo'limlariga qaraganda

rentgenokonstrast modda bilan ancha chuqurroq bo'yalgan, qirg'oqlari uncha aniq chegaralanmagan soya sifatida ko'zga tashlanadi, o'smaning ayrim joylarida rentgen kontrast modda yig'ilib qolib, bu yer to'qroq bo'yalib qolgan qismlardan ajralib turadi. Buyrak kistasi esa o'smaga o'laroq, nefrogrammada rangi uncha to'q bo'lmagan yumaloq shaklda ko'rinishi, nefromotografiyani o'smasini kistadan farqlashda anchagina ahamiyatini kattaligidan darak beradi. (103-rasm).



113-rasm. Nefrotomogramma. Buyrakni pastki segmentini raki.

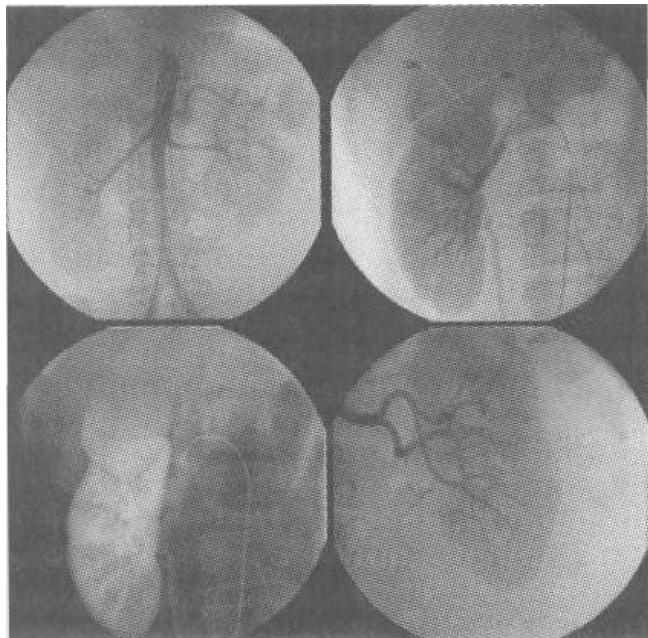
Oxirgi paytlarda buyrak o'smasini aniqlash maqsadida va o'smani metastazlar berib yuborishlik xavfi borligini nazarga olingani holda retrograd pielografiyadan kamroq foydalanilmoqda. Chunki retrograd pielografiya qilinganda jomni ichki bosimini ortishi tufayli, buyrakning tomirlari bosimining ortib ketishi ancha xavflidir. Shuning uchun retrograd pielografiyada hamma boshqa zamonaviy rentgenologik usullarni bajarish imkoniyati mumkin bo'lmasa, yoki ular yordamisiz kaksallikni aniqlab bo'lmaydigan holatlardagina noiloj bajarish mumkin. Retrograd pielogrammalarda ham o'smani belgilari, xuddi ekskretor urogrammadagi belgilarga o'xshaydi.

Retrograd pielografiyani ham ekskretor uroografiyani ham buyrak qonab turganda yoki qon to'xtagandan keyingi yaqin orada bajarib bo'lmaydi. Aks holda jom va kosachalar ichidagi qon ivitmalari, o'smalarda uchraydigan «chala to'lish» belgisiga o'xshab ketishi mumkin.

Ayrim holatlarda «jom-kosa» bo'limidagi o'zgarishlar haqidagi qo'shimcha ma'lumotni ekskretor uroografiya yoki retrograd pielografiyada qo'llaniladigan

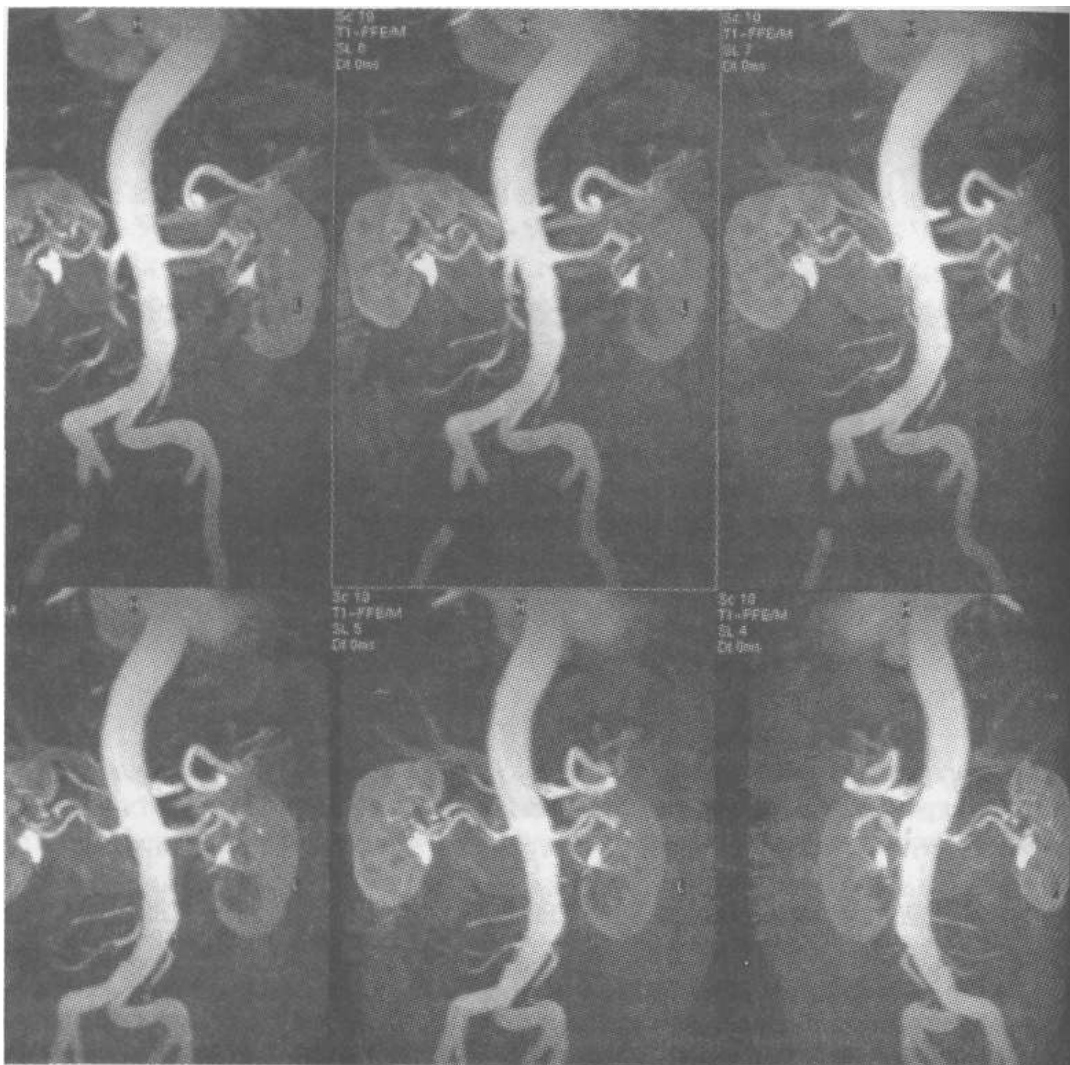
polipozitsion (ko`p holatli) (chalqancha, yonboshlab, do`ng tushib) tekshirishdan qo`shimcha qimmatli ma'lumotlar olish mumkin. Bemorni bir xil holatda yotqizib tekshirishlar, ayrim holatlarda buyrak kosachalaridagi oddiy tekshirishlar yordamida topilmaydigan o`zgarishlarni ham aniqlash mumkin.

Ekskretor urografiya va retrograd pielografiyalar buyrak to`qimasini ichki qismidagi, uncha katta bo`lmagan o`smalarni aniqlab bera olmaydi. Bundan tashqari, bu usullar yordamida har vaqt o`smani hajmi haqida uning qancha chuqurlikka o`sib kirgani, uning qanchalik tarqalgani haqida ma'lumot olish juda qiyin. Bu borada buyrak o`smalarini aniqlashda buyrak qon-tomirlarini rentgenologik tekshirishlar



alohida o`rin egallaydi. Oxirgi paytlarda translyubal (bel sohasidan) aortografiya, buyrakning selektiv angiografiyasi, venokavografiya buyrak venografiyasi kabi tekshirishlar keng miqyosda qo`llanilmoqda. Bu usullarning barchasi bizning mamlakatimizda birinchi bo`lib, N.I. Pirogov nomli 2- MOLMI ni, urologik klinikada qo`llanilgan.

114-rasm. Aortogramma. O`ng buyrakni yuqori segmentidagi o`smaning patologik qon-tomirlari).

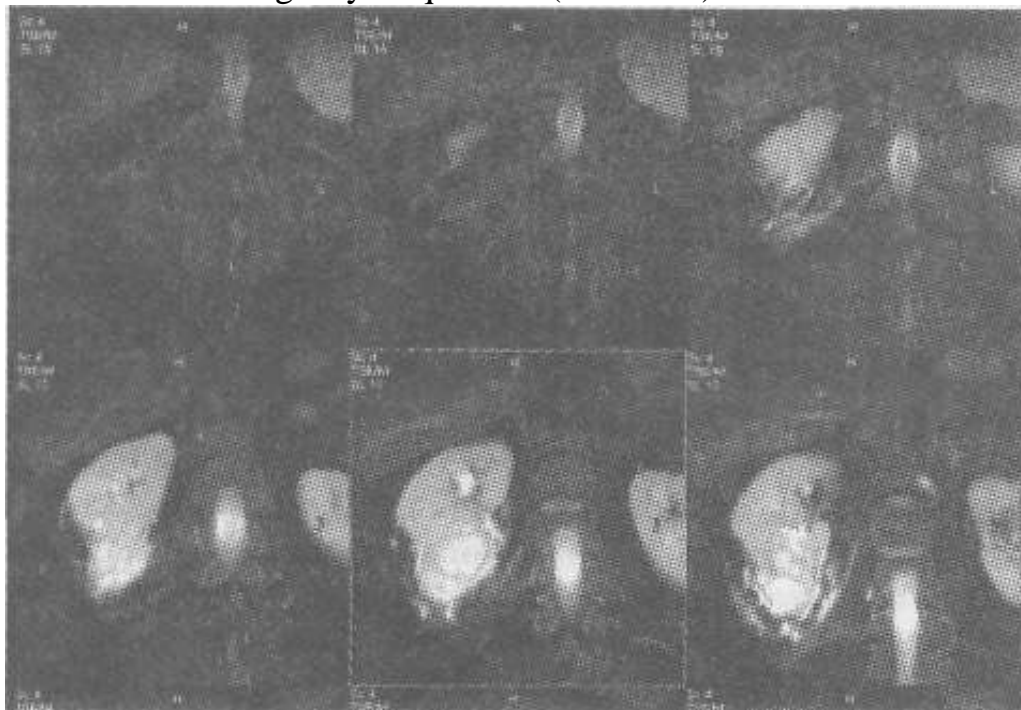


115-rasm. MRT. Angiorejim.

Buyrak anigiografiyasi- buyrak o'smasini aniqlashda juda ham katta ahamiyatga ega bo'lgan usuldir. Uning yordamida: 1. oldingi etaplar yordamida aniqlangan o'sma xarakterini aniqlash, ya'ni o'smani kistadan farqlash. 2. buyrak to'qimasining qovuq qismida joylashgan va uni jom kosa qismida o'zgarish paydo qilmagan, hali katta bo'lmagan o'smalarni aniqlash. 3. buyrak venasini hamda pastki kovak venaning holatini (ularni ichida ivitmalar bor yo'qligini) aniqlash. 4. o'sma qo'shni a'zolarning ichiga o'sgan – o'smaganini, qarama-qarshi buyrakda esa metastazlarni bor yo'qligini ajratishga imkoniyat beradi.

Buyrak angiografiyasini birinchi bosqichi qorin aortografiyasi bo'lishi kerak, chunki uning yordamida jarohatlangan buyrak tomirlarining tuzilishi yolg'iz, (ikkiga bo'lingan yoki qo'shimcha tomir) aniqlanadi, o'sma tomirlarini qaysi tarafga o'sganligi (a'zoni chuquriga yoki uni tashqarisiga), uni atrof a'zolari bilan aloqasini qarama-qarshi buyrakda, jigarda metastazlarni bor-yo'qligini aniqlash mumkin. Bu borada (seriynaya) bir qator aortografiyadan olingan ma'lumotlar katta ahamiyatlidir. Bunda olinadigan qator rasmlar programmasini tuzishda, jarohatlangan buyrakdagi fistulyar qon ta'minotini boshlang'ich arterial fazasini ushlab qolishga harakat qilinishi darkor. O'sma belgilariga, buyrakni asosiy arteriyasini kegayishi o'sma to'qimalari qon-tomirlarining tartibsiz joylashuvi (o'sma sohasidagi tomirlar chigalida rentgen kontrast moddani mayda nuqtalarini «quymoq», «kulchalar» sifatida to'planishi, ertangi fazada segmentar nefrogamma yoki buyrak venasini

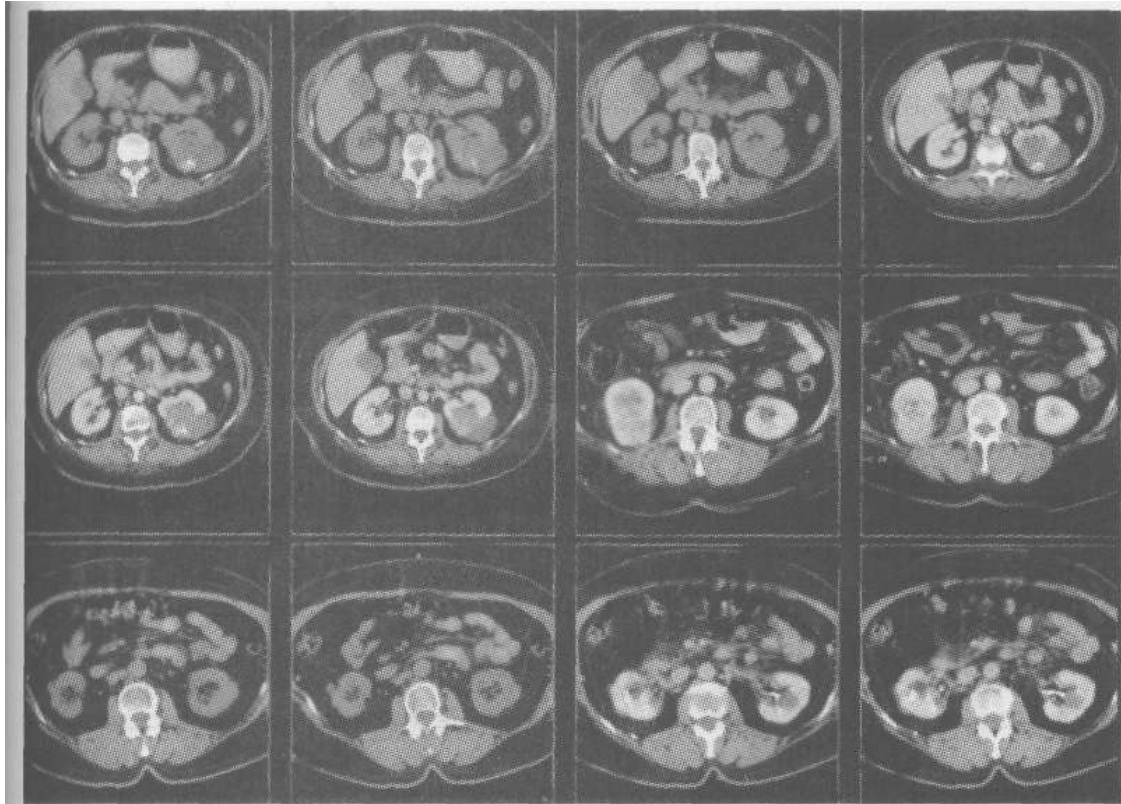
shakllanishi, o'sma shulasini quyuglanishi va bu soyani bir xil bo'lmay, orasida olaparchin (o'smadagi nekroz hisobiga) sohalarni bo'lish holatlari kuzatiladi. (126-rasm) Aortografiya ma'lumotlarini yanada chuqurroq o'rganishlik darkor bo'lsa buyrakni selektiv arteriografiyasi qilinadi. (116-rasm).



106-rasm. (Tushuntirish matnda)

Agar angiografiya vaqtida olingan ma'lumotlar ravshan bo'lmasa, albatta farmakoarteriografiya qilingani ma'qul (2-bobga qarang). Bunday tekshirish yordamida hali hech o'zgarmagan buyrak to'qimalari qon-tomirlarini orqasida yashirinib qolgan o'smani mayda tugunchalarini ham aniqlash mumkin.

Qon oqimini to'smay qilingan pastki venokavografiyani yordamida pastki kovak vena holatini, uni o'z o'rnidan siljiganligi yoki siljimaganligi, o'smani vena tomirlari ichiga ancha o'sib kirgani, hamda qon oqimiga to'sqinlik berayotgani yoki bermayotgani kabi o'zgarishlarni aniqlash uchun bajariladi. Olingan ma'lumotlar esa bajariladigan operatsiya uchun imkoniyatni bor yo'qligi; bu operatsiyani hamda uning hajmi haqida fikr yuritishiga yordam beradi. (107-rasm)



117-rasm.

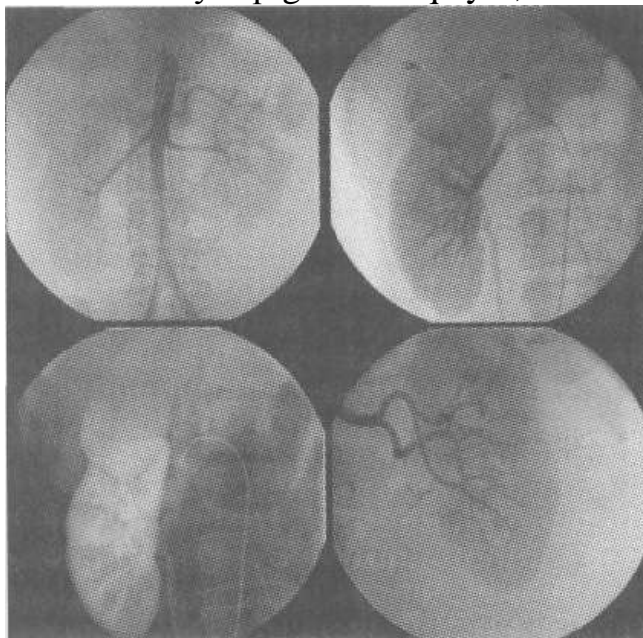
Buyrak venografiyasida o'sma borligi aniqlangan buyrakni tekshirishdagi oxirgi bosqich hisoblanadi.

Shuni ham aytish kerakki, buyrak venasidagi ivitmani ko'p ozligi buyrakdagi o'smaning hajmiga hech qanday aloqasi yo'q. Buyrakda naqadar kichik hajmdagi o'sma tugunchasi topilgan bo'lmasin, buyrak venografiyasini bajarishligi albatta shart. Bu qoidaga rioya qilinmasa, operatsiya paytida kutilmagan holat (pastki kovak venani ichiga o'sib kirgan ivitmani) qo'qqisdan topilib qolishi natijasida operatsiyani borishini hamda uni bajarish uchun sarflanadigan vaqtni o'zgarishiga to'g'ri kelib qoladi.

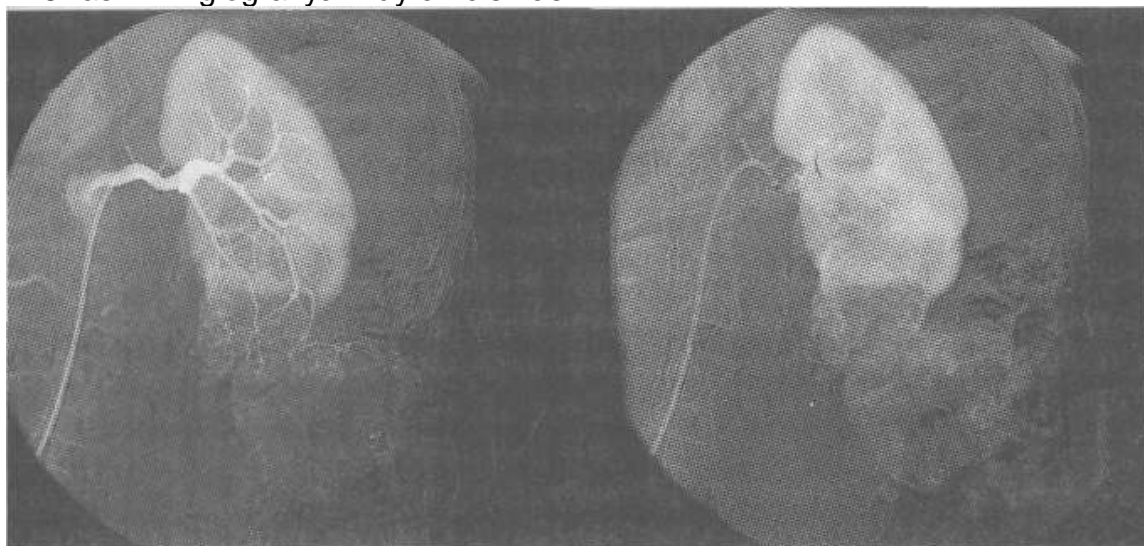
Buyrak vena tomirlari holatini aniqlash qo'llaniladigan davolash usulini, ya'ni hajmini ilgaridan belgilab olish uchun ahamiyati katta. Buyrak venasiga o'sib kirgan o'smani venogrammada yaqqol aniqlash mumkin. Buyrak o'smasi qanday holatda bo'lmasin venografiya yordamida kontrast moddani buyrak venasidan, urug'don qon-tomiriga qarab oqib kirishi aniqlanadi. Jarohatlangan buyrak vena tomirida bosim anchagina baland (165-280 mm suv ustuni) bo'ladi. Ammo buyrak o'smasida kuzatiladigan varikotseli, har vaqt ham vena tomirini ezilganligidan yoki jarohatni anchagina kechikib qolganligidan bo'lmay, balki buyrak o'smasi tufayli ko'tarilgan qon bosimidan ekanligidan darak beradi. Chap buyrak o'smasida kuzatiladigan varikotsele – bu chap buyrak vena qon-tomirlaridagi qonni venokaval darchalar orqali shingilsimon tugunchalarga va ulardan pastki kovak venaga oqib o'tishining oqibatidir.

Limfangiadenografiya buyrak o'smasi parakaval (pastki kovak vena atrofida) va aorta atrofidagi paraoartal metastazlarini topishda yordam beradi. Ammo bu usul buyrak o'smasida keng qo'llanilmaydi, chunki har vaqt ham hamma limfa tugunchalari ko'rilavermaydi. Rasmlarda, limfa tugunchalaridagi o'zgarishlarini

o'smaga yoki yallig'lanish jarayoniga aloqadorligini aniqlash anchagina qiyin. Sinchiklab tekshirishlarga ko'ra, o'sma metastazlarini yaqin-a'zolarida topilmaganligi esa, haqiqatda buyraklarda o'sma yo'qligini tasdiqlaydi, albatta.



118-rasm. Angiografiya. Buyrak o'smasi.



119-rasm. Angiografiya. Buyrak o'smasi. Buyrak arteriogrammasi.

Buyrakda o'sma borligini nazarda tutib va bu o'smani ko'pincha o'pkalarga va suyaklarga metastazlar berishligini ehtimol qilingani holda o'pkalarni, ko'krak qafasini, umurtqa pog'onasi tos suyaklarini, bosh suyaklarini, bosh suyakning rentgenografiyasida ham bor-yo'qligini aniqlash lozim.

Tekshirish usullaridan olinadigan ma'lumotlarni har xil bo'lishlari nazarda tutilgan holda, bu usullarni qo'llanish tartibini quyidagicha bilishligini tavsiya qilish mumkin.

Odatda tekshirish qandaydir klinik tahlil usulini qo'llashdan boshlanadi. Keyinchalik buyrakda bitta o'smaga aloqador bironta belgini yo'qligi haqida ma'lumot beruvchi (skringing-test) ya'ni radiozotop (skanerlash yoki ssintigrafiya) tekshirish o'tkaziladi.

Agar ssintigrammada birorta nuqson bor bo'lsa, o'smani kistadan farqlash maqsadida, ultratovush skanirovaniyasi o'tkaziladi.

Bu ma'lumotlarni tabiati rentgenologik usullar yordamida aniqroq belgilanadi. Buning uchun transfemoral aortografiya qilinib, buyrak angiografiyasini hamma fazasi shu jumladan, nefrogramma va ekskretor urogramma haqida to'la ma'lumotlar olinadi. Aortografiyadan olingan ma'lumotlar ravshanlik bermasa, yoki salbiy chiqsa, tekshirish jarayonida buyrakni selektiv arteriografiyasini, agar bu ham yetarlicha bo'lmasa, farmakoangiografiya qilish ham lozim bo'ladi. Arteriografiya yordamida buyrakda o'sma borligiga ishonch hosil qilingandan so'ng venoportografiya va buyrakni selektiv venografiyasi bajariladi.

FARQLOVCHI TASHXIS.

Ko'pincha buyrak o'smasini, solitar kistadan farqlashga to'g'ri keladi, chunki ular bir-birlariga o'xshab ketadi va ikkalasi ham bir paytda uchraydi. Buyrak kistasi, hamda o'smasini farqlashda nefrotomografiya katta yordam berishi mumkin, chunki unda o'smani soyasi kistanikiga qaraganda quyuqroq bo'ladi. Buyrak o'smasini kistadan aniq farqlash, buyrak arteriografiyasining yordamida bajariladi. Oxirgi paytlarda bu maqsadda punksiyon kistografiya va ultratovush yordamida skanerlashdan foydalanilmoqda.

Gidronefroz bo'lganda qovurg'a ostida anchagina tarang, satxi tekki o'smasimon narsa paypaslanadi, ammo siydikda qon bo'lmaydi. Buyrak o'smasi va gidronefrotik transformatsiyadagi jom-kosachalarni pielografik ko'rinishi, bir-birlaridan keskin farqlanadi. Buyrak arteriogrammalarida buyrak arteriyasini va uning shoxchalarini torayganligi aniqlanadi. Buyrak polikistozi bir tomonlama rivojlangan bo'lsa, u holda paypaslash paytida topilgan shishlarni o'sma deb o'ylash mumkin. Bunga ko'ra siydikda qon ham bo'lsa shubha yanada ortadi. Ammo polikistoz uchun surunkali buyrak yetishmovchiligini biron-bir holati va ayniqsa jom-kosachalaridagi pielografik holatini o'ziga xos ikki tomonlama o'zgarishlari, ularning shakllarini hamda ingichkalanishi kabi o'zgarishlari xos belgilardir.

Arteriogrammalarda ko'p miqdorda topiladigan qon-tomirlariga kambag'al, yumaloq shaklli qismlarni hamda ingichka va uzun arteriyalarni borligi taajjublidir.

Buyrak karbunkuli va absessida topiladigan rentgenologik o'zgarishlar ham o'smaga xos bo'lishi mumkin: har xil shakl o'zgarishlar, jomcha-kosacha tartibini bir tomonga surib tashlanganligi, kosachalarning amputatsiyasi, kabi belgilarga o'xshab ketadi. Buyrak o'smasi hamda karbunkulini ssintiskanogrammada ko'rinishlari ham juda o'xshashdir. Shu jumladan- izotopni mahalliy to'lish nuqsoni belgisidir. Bundan tashqari o'tkir yallig'lanishga xos hamma klinik va tahliliy belgilar (bezugak, qondagi leykotsitoz) buyrak o'smasini yo'q deb aytish emas, balki uning borligini tasdiqlaydigan belgilar qatoriga kiradi. Bunday holatlarda faqat buyrak arteriografiyasigina masalaga ravshanlik soladi. Xuddi shunday qilib, buyrak sili buyrak o'smasidan farqlanadi.

Buyrak o'smasi qorin pardasining ortidagi boshqa o'smalardan ajratish anchagina qiyin. Bunday kasalliklarda paypaslashdan olingan ma'lumotlar, bir-birlariga o'xshash. Ekskretor uroografiya va retrograd pielografiya (pnevmoretroperitoneum, tomografiyalarni bir paytda bajarilgani holda) yordamida bajarilgan rasmda, qorin pardasining ortida o'sma bo'lganda jom-kosachalarining tuzilishi o'zgarmagan, buyrak esa bir tomonga itarilib, uni o'rnida joylashib olgan o'smalarni shakli ko'rinadi. Siydik naychasini ham o'rta tomon itarib, qisilib qolishi ham, qorin pardasi ortidagi o'smaga xos belgidir.

Davosi.

Buyrak xavfli o'smasini birdan-bir radikal davolash chorasi operatsiyadir.

Operativ davolash.

Oxirgi yillarda buyrak o'smalarini keskin operativ davolashga imkoniyat anchagina kengaydi. Bunga jarrohlik malakasining oshganligi, zamonaviy anesteziologiya va reanimatologiya hamda renematologiyani rivojlanganligi, kuchli antibakterial dori-darmonlarni yurak tomirlar uchun rentgen nurlarining qo'llanishi, operatsiyadan avval va keyin o'smalarga qarshi kimyoviy moddalarni ishlatilishi sabablidir.

Boshqa a'zolarida metastazlar mavjud bo'lgan holatlarda ham o'sma olib tashlashga to'sqinlik bera olmaydi. Chunki boshqa a'zolarida yolg'iz metastazlar bo'lganda ham, keskin operatsiyalar (o'pkani bir tomoni yoki biron qismini, jigarni kesib tashlash, qo'l-oyoqlarni kesib tashlash) qilib bemorlarni davolashga imkoniyat bor.

Ba'zan buyraklardan hayot uchun xavfli bo'lgan qon siyishlar mavjud bo'lib, qolgan hollarda ham boshqa a'zolarida ko'plab metastazlarni bo'lishiga qaramay ularni hammasini terib olib tashlashlikka to'g'ri keladi.

O'sma bilan jarohatlangan buyraklardagi o'smani joylashgan o'rniga qarab, buyrakni ochishni va olib tashlashlik uchun har xil operativ yo'llar qorin pardasi ortidan, qorin pardasi yoki ko'krak qorin orqali (retroperitoneal yoki torakoabdominal) bajarilishi mumkin.

Hozirgi zamonda qorin pardasini tashqarisidan biqin orqali boradigan kesish yo'li ko'proq qo'llanilmoqda. Bu yo'lni ochish uchun bel sohasidagi terini kesishni ham bir necha xil usullari bor.

Jumladan eng ko'p qo'llanilayotgan Fyodorov tomonidan tavsiya qilingan egri ko'ndalang kesish usuli bo'lib, bunda avvalom bor, belni orqa qismida *Nagamatts* usuli qo'llaniladi. Ya'ni XI-XII qovurg'alar kesib olib tashlanadi. Bu esa buyrakni yuqori qismini ajratib, buyrak tomirlariga osonroq yetib borishlik va ularni oldin bog'lab olishga va faqat shundan keyingina buyrakni hamma yog'ini ajratishlikka imkoniyat tug'diradi. *Nagamatts usuli* qo'llanilganda buyrakni olib tashlashlikda qo'llaniladigan ikki talab bajarilishi lozim: buyrakni ajratmay turib uni qon-tomirlarini bog'lashlik va buyrak atrofidagi yog' to'qimasi ildizi bilan qo'shib olib tashlashlikdir.

Qorin bo'shlig'i orqali borishlikni yaxshiligi shundaki, bu usul qo'llanilganda operatsiyani boshidayoq buyrakni ajratmay turib va buyrakda hech qanday harakat qilmay turib, uni tomirlarini bog'lab tashlashlikka imkoniyat tug'iladi. Ba'zan buyrakni qon tomirlariga osonroq olib boruvchi bu yo'l orqali (buyrak atrofidagi yog' to'qimalari ko'p rivojlangan, ba'zan bu to'qimalarni shishib taranglashib ketgani, undagi qon-tomirlarni kengayib va ko'p qonayotgan, vena tomirlarini sonini ko'paygani tufayli) operatsiya qilishlik anchagina mushkul bo'ladi.

Qorin bo'shlig'i orqali boradigan bu yo'l ko'pincha operatsiyadan oldingi tashxis aniq qo'yilmagan bo'lsa, hamda bolalardagi *Vilms o'smasini* olib tashlashlik uchun qilinayotgan operatsiyalar paytida qovurg'a va tos suyaklari orasidagi masofa kalta bo'lib, qovurg'a osti burchagi esa keng bo'lgan holatlarida qo'llanilishi mumkin.

Ba'zan Nagamatts usulidan kam farqlanuvchi ammo buyrakni yetarlicha keng qilib ochishga imkoniyat beruvchi ko'krak –qorin yo'li ham qo'llaniladi. O'smani qorin bo'shlig'i a'zolari (jigar ichaklar)ga o'sib kirishligi buyrakni olib tashlashlik uchun to'siq bo'lmasligi kerak, chunki buyrakdan tashqari jigar va ichaklarni jarohatlangan joylarini ham kesib tashlash imkoniyati bor.

Buyrakni olib tashlamay o'smani olib tashlashlik bemorda yolg'iz buyrak bo'lgan yoki har ikkala buyraklar ham o'sma bilan jarohatlangan holatlardagina bajarilishi mumkin, chunki ikkinchi buyrakdagi o'sma asosiy o'smani tomiri bo'lishi mumkin. Agar buyrakni jarohatlangan joyini ba'zi bir sabablarga (jarohat buyrakni asosiy tomirlariga yoki katta qon-tomirlariga yaqin joylashgan holatlarda) ko'ra olib tashlashlikka imkoniyat bo'lmasa, bu operatsiyani ekstrakarporal (organizmdan ajratilgan) sharoitlarda bajarishga to'g'ri keladi.

Buyrakning xavfli o'smalaridagi ilinadigan operatsiyani qat'iy bo'lishligini asosiy sharti, buyrakni pastki kovak venadagi venografiya yordamida aniqlangan o'sma ivitmalarni operatsiya paytida chiqarishlik va kattalashgan aorta oldi hamda pastki kovak vena oldidagi limfa tugunlarini yaxshilab olib tashlashlikdan iboratdir.

Oxirgi yillarda o'sma bilan jarohatlangan buyrakni arteriya qon-tomirini operatsiyadan avval toraytirish yoki butunlay berkitib yuborishlik choralarni qo'llanishi boshlanmoqda. Kasallikni tasdiqlovchi selektiv buyrak arteriografiyasini bajarilishi bilanoq buyrakni arteriya qon-tomiriga qonni ivituvchi (qon ivitmasi, ezilgan mushak tolalari yoki ataylab tayyorlangan modda) yuboriladi yoki tomirga yuborilgan kateterni pufakchasi shishiriladi. Buyrakka arterial qonni oqib kirishi kamayishi bilan o'sma anchagina kichrayadi, bu esa operatsiyani osonroq bajarishlik uchun qon oqishni esa kamroq yo'qolishini ta'minlaydi.

Buyrak olib tashlash operatsiyadan keyingi holatlardagi har xil asoratlar ikkita asosiy guruhga bo'linadi: hamroh bo'lib kelayotgan surunkali kasalliklarni, operatsiya munosabati bilan avjiga chiqishidan, hamda operatsiya bilan bog'liq bo'lgan asoratlar.

Buyrak o'smasi tufayli qilinayotgan operatsiyalardan keyingi o'lim tobora ozaymoqda. Agar XIX-XX asr boshlarida bunday o'limning soni 50-60%ni tashkil qilgan bo'lsa, hozirgi paytda 3-5% gacha kamaydi. Bemorni operatsiyadan keyingi o'limlarini asosiy sababi, yurak tomir kasalliklari va tromboemboliya holatlaridir.

NUR BILAN DAVOLASH.

Hozirgi qadar kattalar buyraklaridagi o'smaga qarshi nur qo'llanishligini darkorligi haqida aniq fikr yo'q. Buyrak o'smasini radiorezistent ya'ni nurga ta'sirchanligi kam bo'lgan o'sma, nur bilan davolashda esa shunchaki og'ir bemorlarda operatsiya qilish mumkin bo'lmagan holatlarda yoki metastazlar tufayli paydo bo'lgan qattiq og'riqni qoldirish uchun qo'llaniladigan vosita degan fikr bor.

Nur bilan davolashni qat'iy qilinmagan operatsiyalardan keyin (o'sma va uni tomirlari tarqalib ketgan buyrak atrofidagi yog' to'qimalarini, buyrak hamda pastki kovak venadagi qon ivitmasini olib tashlashlikni imkoniyati bo'lmaganda) hajmi juda katta, atrofga yopishib, tomirlab ketgan va operatsiya qilib olib tashlab yaxshi natijaga erishishga ko'zi yetmaganda (qattiq og'riqni qoldirish yoki qon siyishni kamaytirish uchun) qo'llashlik tavsiya etiladi.

DORI-DARMONLAR BILAN DAVOLASH.

Kimyoviy terapiya. Buyrak o'smasini va uning metastazlarini (kimyoviy moddalarga ta'sirchanligini yo'qligi tufayli, ularni qo'llanishligiga hech qanday hojat yo'q.

Gormonoterapiya. Oxirgi yillarda buyrak o'smasini gormonlar (estrogen antagonistlari) bilan davolash usuli anchagina keng tarqalmoqda. Bunga asos bo'lib, ilmiy tajribalar yordamida kalamushlarga estrogen yordamida chaqirilgan buyrak o'smasi adenoma va adenokarsinomani rivojlanishini, estrogenlarga qarshi bo'lgan androgen gormonlardan testosteron yoki progesteron yordamida ancha susaytirish imkoniyatini borligi aniqlangan. Gistologik tasdiqlangan, hamda operativ davolash uchun anchagina kechikib qolgan, metastazlab ketgan buyrak o'smasi bilan kasallangan bemorlarda ham gormonlar qo'llanilganda, ularni ko'pchiligida holatni anchagina yaxshilangani, ba'zilar esa o'smani hajmi va suyakdagi metastazlari ham kichraya borayotganligi aniqlangan.

Kasalligi juda ham kechikib, hamma yoqqa metastazlab ketgan buyrak o'smasi bilan azoblanayotgan bemorlarda bizning mamlakatimizda ishlab chiqarilgan oksiprogesteron kapronat 250-500 mg dan sutkasiga 3-4 oy mobaniyda mushak orasiga keng qo'llanilmoqda. Bu dori kasallikni borishini, operatsiyadan keyingi muddatlarda ham anchagina yaxshiladi. Agar buyrak o'sma tufayli kesib tashlangan bo'lsa ham oqibat anchagina yaxshi bo'lmoqda.

O q i b a t i.

Buyrak o'smasining oqibati kasallik bosqichiga, uning borligini aniqlangan muddatiga va uzoq yaqin a'zolariga bergan metastazlariga bog'liq. Eng yomoni buyrakdagi o'sma tomirlarga o'sib kirgan bo'lishidir.

Juda yomon oqibatlar esa, endilikda operatsiya qilib bo'lmaydigan bemorlarda kuzatiladi. Birlamchi o'sma tobora o'sib boradi va uni tomirlari har tomonga tarqaladi bemorlarni esa ahvoli tobora yomonlashadi, bemorlar behollashadilar, ozib ketadilar, ko'pincha bezgak, qattiq og'riq, qon siyish kabi belgilar davom etadi. Bemorlar holsizlikdan, zaharlanishdan, qon siyishlikdan halok bo'ladilar. Bemor yoshi kasallikni o'tishida anchagina katta o'rin egallaydi, 40 yoshgacha bo'lgan bemorlar keksa yoshdagi bo'lgan bemorlarga nisbatan tezroq halokatga uchraydilar.

Buyrak o'smasining ba'zi belgilari (bezgak va varikotsele) ham yomon oqibat belgilari qatoriga kiradi.

V I L M S O' S M A S I.

(Buyrakni embrional adenomiosarkomasi).

Bolalarda uchraydigan hamma o'smalarning 1/3 qismini, buyrak o'smalari tashkil qiladi. Ularni 95% esa, embrional to'qimalardan kelib chiqadigan va juda xavfli aralashdagi o'sma- Vilms o'smasiga mansub. Bu o'sma har qanday yoshdagi bolalarda ham uchraydi, ammo 2-5 yoshdagi go'daklarda ko'proq bo'ladi. Qiz chaqaloqlar, hamda o'g'il bolalarda bir xil ko'plikda tarqalgan. Bemorlarni 5% da Vilms o'smasi ikki tomonlama ham bo'ladi.

Etiologiyasi.

Vilms o'smasi dizembriogenez (embrional rivojlanishini buzilgani) tufayli yuzaga kelgan xavfli o'sma qatoriga kiradi.

Patologik anatomiyasi.

Vilms o'smasini mikroskopik tuzilishi juda har xil. Sarkamotoz, veretenoobraz hujayralar, yulduzsimon, yumaloq va farqlanmagan embrional yoki neyrogen xarakterli, yadrolari to'q bo'yalgan, protoplazmaga kambag'al, har xil ko'rinishdagi katta kichik va atipik epitelial hujayralardan tashkil topgan bo'ladi. Ba'zan pay to'qimalarini orolchalari, silliq ko'ndalang mushak tolalarini, embrional yoki voyaga yetganroq turlarini, hamda neyroepitelial hujayralarini ba'zan esa suyak to'qimalarini yog' hujayralarini ham uchratish mumkin. Qaysi hujayralar turkumini ko'p va oz bo'lishiga ko'ra, ularni har xil munosabati yuksaladi. Buyrak kesilganda o'sma tugunlari oq rangli, ba'zan ola-chipor ham bo'ladi. O'smani metastazlari buyrak atrofidagi limfa tugunchalariga, keyinchalik esa o'pka, jigar va boshqa a'zolarga boradi.

Belgisi va klinik kechishi.

Vilms o'smasini boshlang'ich bosqichlarida uni klinik belgilari hali kam bolalarda behollik, kamqonlik, tajanglik, ishtahasizlik, ozg'inlik va isitma kabi belgilarini uchratish mumkin. Bu belgilarni barchasi kasallikka xos bo'lmagani tufayli, odatda o'smani anchagina kattalashib, kasallikni esa og'irlashib, ancha kechikib qolgan holatlaridagina kasallikni aniqlanishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha anchagina kattalashib qolgan o'sma, bolani cho'miltirayotganda qo'qqisdan ko'zga tashlanadi, ba'zan esa vrach ko'rigida topiladi. O'sma avvalambor og'riqsizlik, bemalol o'rnidan siljiydigan, yumaloq yoki har xil shaklda, yuqorisi tekis yoki g'adirbudir bo'ladi. Ko'pincha qattiq ba'zan qayishqoq, ba'zan to'qillatish orqali aniqlanadi. O'sma ko'pincha 20 sm va undan ham katta hajmgacha o'sib, qorinni tuzilishini va uning hajmini o'zgartiradi. Kattalashgan buyrak, jigarni yoki qora jigarni ezib ko'krak pardasini yuqoriga itaradi va shu tufayli ko'krak qafasini pastki qismi kengayib qoladi.

O'sma kasalligining keyingi holatlarida buyrakning fibroz qobig'i taranglashuvi tufayli va nerv oxirlarining ezilishi natijasida, og'riq paydo bo'ladi. Og'riqning paydo bo'lishi va uni kuchayishida, buyrak tomirlarining egilishi ham katta o'rin egallaydi.

Ba'zi hollarda qon siyish, qonsizlik va qon bosimining ortishi kabi holatlar yuz beradi. Qon siyish o'smani jomga tomon o'sib kirishini oqibatidir. Ko'pincha o'sma yemirilib qon-tomirlarni eritib yuborgan holatlarida ham, agar o'smani qobiq pardasiga zarar yetmagan bo'lsa, siydikda qon bo'lmasligi ham mumkin. Qon siyish bel sohasida yoki qorinda, arzimagan zarbani berilishi natijasida boshlanib ketishi mumkin. Bunday holatlarda qon ivitmalarini siydik yo'llariga tiqilib qolishi tufayli, qattiq og'riqlar paydo bo'lishi ham mumkin.

Pastki kovak venaga o'smani o'sib kirishi yoki uni ezib qo'yishi oqibatida qorin bo'shlig'ida suyuqlik-assit yig'ilib qorin shishib ketishi mumkin. Buyrak venasini bosilib qolishi, kollateral qon aynlanishining paydo bo'lishi va varikotseleni yuzaga chiqarishi mumkin. Vilms o'smasi anchagina erta metastazlanishishi, uning katta kichikligidan emas balki o'ziga xos o'zgarishga va rivojlanishiga bog'liqdir. Odatda avval buyrakning atrofidagi limfa tugunchalari jarohatlanadi, metastazlar tufayli bel va jinsiy a'zolarda har xil og'riqlarni keltirib chiqaradi. Metastazlar o'pka, jigar va boshqa a'zolarga ham borishi mumkin.

Tashxisi.

Kasallikni tashxisi uning klinik borishi, tahliliy, rentgenologik va boshqa tekshiruvlar natijasida asoslanadi. Bemor bola kuzatilayotganda uning terisidagi vena

qon-tomirlarini holatiga, qorinning tuzilishiga va umurtqa pog'onasidagi egrilikka e'tibor berishi kerak. Mayda bolalarda varikotseleni paydo bo'lishligi ham buyrak o'smasi borligi ehtimoli haqidagi fikr yuritishga imkoniyat beradi. Bola qornini, tik turgazib, biqinga, yonboshga va chalqancha tushirib yotqizilgan holatda paypaslab tekshirish lozim. Ba'zi holatlarda o'smani paypaslash uchun bolaga hatto narkoz berishga to'g'ri keladi.

Ko'pincha bemorni siydik tahlilida proteunuriya va leykotsituriya aniqlanadi. Leykotseturiya asosan Vilms o'smasiga infeksiya qo'shilib qolgan bo'lsa yuzaga chiqadi. Vilms o'smasi bilan jarohatlangan bolalarni 20 % da SOE ancha baland bo'ladi.

O'smani aniqlashda rentgen tekshirish usullarini katta ahamiyati bor. Obzor rentgenogrammalarda ichaklarni bir tomonga itarib turgan, ba'zan esa ba'zi joylari ohak toshga aylanib ketgan qattiq o'sma ko'zga tashlanishi mumkin. Bel mushagini rentgen soyasi, o'sma bor tomonda ancha xiraroq bo'lib ko'rinrsa ba'zan esa butunlay ko'rinmaydi. Bemorni yonboshlatib turib qilingan rentgen rasmlarida o'smani soyasi, gazlarga to'lgan yo'g'on ichakni orqasida ko'rinadi. (qorin bo'shlig'ida o'sma bo'lgan holatlarda yo'g'on ichak bel tomonga surilgan bo'ladi).

Buyrak o'smasini aniqroq ko'rish uchun odatda ekskretor urografiyaning pnevmoperitoneum va tomografiyalar bilan birgalikda qilinsa juda yaxshi bo'ladi. Buyrak vazifasi saqlangan holatlarida jom-kosachalarni o'sma bilan ezilib, notekis holatlarda bo'lganligi tomogrammalarda har xil soyalar sifatida ko'rinadi.

Buyrak angiografiyasi ko'rilganda buyrak o'smasini undagi kistalarga nisbatan qon tomirlariga anchagina boyib ketganligi ko'zga tashlangan. Ammo bu qon-tomirlarini notekis rivojlangani va o'smani tashqi chegarasi atrofida har xil arteriovenoz paydo qilishligi o'sma uchun xarakterlidir.

Farqlovchi tashxis.

Vilms o'smasini eng avval Gidronefrozdanoq farqlashga to'g'ri keladi. Gidronefroz kasalligida ekskretor urografiya qilinganda unda jom-kosachalar umuman ko'rinmasligi yoki juda kengayib ketgan bo'lib, ko'rinishi mumkin. Agar o'sma bo'lsa, jom kosachalar ezilib, bir tomonga surilgan bo'ladi yoki butunlay ko'rinmaydi.

Buyrak polikistozi bo'lgan holatlarda ham kasallikni aniqlash uchun ancha qiyinchilik tug'iladi. Kasallikni ikkala tomonlamaligi, ekskretor urogrammalarda jom-kosachalarini o'ziga xos «o'rgimchaksimon» sifatlanishi, buyrak sohasida esa ko'pgina bir-birlari bilan qon-tomirlar yordamida bog'langan, ammo qon-tomirlarga kambag'al sohalarni angiogrammalarda uchrashi, ularni buyrak polikistoziga aloqador ekanligidan darak beradi.

Rentgenologik belgilari bilan buyrak o'smasiga o'xshab ketuvchi, buyrak karbunkulini o'smadan ajratib turuvchi belgilariga misol qilib kasallikni shiddat bilan boshlanishi hamda buyrak sohasidagi qizarish va mushaklarni taranglashishi, shikastlangan buyrakni ishlash qobiliyatini butunlay yo'qolishi kabi belgilarni ko'rsatish mumkin.

O'sma metastazlarini bor yo'qligini (limfangoadenografiya, ko'krak qafasining rentgenografiyasi, jigarni skanirovaniyasi yordamida) aniqlashni ahamiyati juda katta, chunki bu holat davolashga bo'lgan munosabatni belgilashga yordam beradi.

D a v o l a s h: Bemor har tomonlama (operatsiya, nur bilan ta'sir qilish va ximiyaterapiya yordamida) davolanida natija yaxshiroq bo'ladi. Xirurgik operatsiya asosan buyrakni olib tashlashdan iborat. Agar o'pkalarda metastazlar bo'lsa, o'pka yarmi yoki bir qismi olib tashlanadi. Bolalarda buyrakni olib tashlash operatsiyasi kattalardagiga nisbatan anchagina boshqacha. Bolalarda o'sma anchagina katta hajmda bo'lganligidan u odatdagi, belda qilinadigan operatsion yaraga sig'maydi. Bundan tashqari odatdagi yara, buyrakni ajratmay turib, uni qon-tomirlarini bog'lab olishga imkoniyat bermaydi. Shu sababdan bolalarda o'sma tufayli olib tashlanadigan buyrak qorin bo'shlig'i orqali qilingan operatsiya yarasi bilan bajariladi. Qorinni oldingi devori, hanjarsimon o'smadan qov suppasiga qadar yoriladi. Qorin bo'shlig'i ochilib uni ichki a'zolari ko'zdan kechirilgach, yo'g'on ichakdan 1sm tashqarida qorin pardasini orqa varagi kesiladi. Ichaklar ichkariga tomon surilib, buyrakni qon-tomirlari gavalantiriladi. Bu tomirlar bog'langandan keyin, buyrak olib tashlanadi.

Buyrak bilan bir qatorda o'pka va jigardagi metastazlarni ham olib tashlash kerak bo'ladi. Vilms o'smasi ikki tomonlama bo'lganda buyraklarni rezeksiya qilinishiga yoki buyraklarni birinchi olib tashlash va ikkinchisini rezeksiya qilish kerak bo'ladi.

Vilms o'smasini nur bilan davolashni har xil turlari mavjud:operatsiyadan keyingi holatlarda.Operatsiyadan avval va undan keyingi holatlarda.Keskin operatsiya qilib bo'lmaydigan holatlarda.

Mustaqil davolash usuli sifatida.

Oxirgi yillarda nur bilan davolashni o'smaga qarshi qo'llaniladigan antibiotiklarni (aktinomitsin D, xrizomallin, bruneomitsin) ham borligida, nurni antibiotiklarni o'sma atrofida yaxshiroq to'planishiga imkoniyat berish qobiliyatidan foydalanilgani holda olib borilmoqda. Nur bilan davolanilganda juda katta qismini (o'sma joylashgan joy, atrofida metastazlar) zararlashuvini nazarga olingani holda odatdagidan yuqori energiya tarmogini qo'llanishi ko'zda tutiladi. Vilms o'smasini davolashda tuzukroq natijaga erishmoq uchun, birlamchi oddiy mahalliy o'lchov yig'indisi sifatida 2000-4000 rad ko'zda tutiladi. Ko'ndalang mahalliy o'lchov esa 150-200 radni tashkil qiladi.

Energiyani kiritish uchun qo'llaniladigan teri yuzasi va uning soni esa, davolashni qay sifatda tashkil qilinishiga, ya'ni energiyani kuchi qancha ko'p tanlansa, shuncha kam teri satxi kerak bo'ladi. Torlanuvchi nurlanish qo'shilganda 3-4 satx, gamma nurlanishda 5-6 satx ishlaniladi. Nur odatda jarohatlangan buyrakni oldingi yonbosh yoki orqa satxidan yuboriladi.

Vilms o'smasini davolashda dori-darmonlardan, operatsiyadan oldin va undan keyingi muddatlarda shuning bilan bir qatorda, dori-darmonlardan, operatsiya qilishga imkoniyat bo'lmagan holatlarda mustaqil davolash usuli sifatida ham foydalaniladi, odatda poliximioterapiyaga, ya'ni bir vaqtning o'zida bir necha sistostatiklarni qo'llashga ko'proq e'tibor beriladi, vinkristin va siklofosfan yoki ularga qo'shimcha qilinib olivomitsin qo'llanilashiga ahamiyat berilgani ma'qul. Bunda dorilarni alohida-alohida qo'llanilgandagi miqdori ishlatiladi.

O q i b a t i: Kasallikning oqibati uni havflilik darajasiga bog'liq. Operatsiyadan keyingi yashash muddatini ko'p yoki oz bo'lishi bolalarni yoshiga bog'liq. Katta yoshdagi bolalar ichida 5 yillik yashash muddati 30-50% ni tashkil qilsa, 1 yoshgacha

bo'lgan go'daklarda bu muddat 80-90 %ni tashkil qiladi. Klinik tajribada agar bola operatsiyadan keyin 2 yil yashasa unda oqibat yaxshi bo'lishini ko'tish mumkin.

BUYRAK JOMCHASI VA SIYDIK NAYCHASI O'SMASI.

Buyrak jomini va siydik naychasining epitelial o'smalari, o'zlarining klinik kechishi, davolash usullarini buyrak o'smalarini davolash usullaridan farqlanuvchi xavfli o'smalarni alohida turkumini tashkil qiladi. Jomlarni o'smasi buyrak to'qimalarini o'smasiga qaraganda anchagina kam uchraydi. Siydik naychasi o'smalari esa bundan ham kam uchraydi, kasallik 40-60 yoshdagi odamlarda ko'proq erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi: Buyrak jomi va siydik naychasining epitelial o'smalarini taraqqiyotini sababli, qovuq o'smasini kelib chiqish sabablariga o'xshashdir. Buyrak jomi kasbiy o'smalari asosan (anilin bo'yoqlar korxonalarini ishchilari), shu turkumdagi kishilarning qovuqlarida paydo bo'ladigan o'smalariga nisbatan anchagina kam uchraydi. Jom va siydik naychasi xavfli o'smalari anchagina ko'p tarqalgan. Bolgariya va Yugoslaviyada (hamma buyrak o'smalarini 3-4 qismini tashkil qiladi). «Balkan nefropatiyasi»ni keng tarqalganligi sababli, o'smaning kelib chiqishini shunga bog'lashadi.

Patogenezi: Kasallik rivojlanishida kasbga oid hamda o'z o'zidan paydo bo'luvchi, ya'ni spontan deb ataluvchi o'smalarning asosiy sababchisi bo'lgan kanserogen moddalarni qaysi xili siydikda mavjud bo'lmasin baribir asosiy o'rinni siydikning qovuqda to'planishi egallaydi. Mana shu sababli, ya'ni jomlarda siydikni umuman to'xtalmay o'tib ketishi tufayli bu yerda o'smalar qovuqdagiga nisbatan kamroq uchraydi, chunki qovuqda siydik soatlab to'xtaladi. Siydik naychasida esa siydik umuman to'xtalmaydi. U siydik uchun hurjun emas, shuning uchun bu yerda o'sma ham juda kam rivojlanadi.

Jom va siydik naychasining o'smalarini rivojlanish omillaridan biri, qariyalardagi har xil o'smalarini bora-bora xavfli o'sma holatiga o'tish xususiyati (papilloma asta-sekin albatta rakka aylanadi) bo'lsa, ikkinchidan ularni siydik yo'llarini shilliq pardasi bo'ylab asosan yuqoridan pastga qarab tarqalish qobiliyatini borligidan iboratdir. Shunga ko'ra, jom o'smasi pastga tomon siydik naychasi bo'ylab qovuqlarga yo'nalishi, ayniqsa har safar yangi yerda paydo bo'lgan yangi o'smaning ilgarigisidan ko'ra tobora havfliroq bo'lishi aniqlangan. Uzoq yaqinga ketadigan metastazlar juda kam uchraydi.

Patologik anatomiyasi.

Jom va siydik naychasi epitelial o'smalarining patologik anatomiyasi, qovuq o'smasining tuzilishidan kam farqlanadi.

O'smalarning quyidagi turkumlari mavjud: 1. papilloma 2. papilyar (so'rg'ichsimon) rak 3. yassi hujayrali rak bor. Avvalda papillomalar har doimdagidek tuzilishiga (uzun shoxlangan, ingichka oyoqli) bo'lib, keyinchalik asta-sekin yo'g'onlashadi, tuklari kaltayadi, epiteliyni ichkariga buklanib o'sish jarayoni boshlanadi. Bu esa papillomani rakka aylanishi demakdir.

Belgilari va klinik kechishi.

Buyrak o'smasidagi kabi kasallikning asosiy belgisi qon siyish, og'riq va qo'lga urinadigan o'smadir. Ammo jom o'smasida va ayniqsa siydik naychasini o'smasida qon siyish kamdan kam og'riqsiz bo'ladi. Buyrak sohasidagi uncha qattiq bo'lmagan

og'riq esa, o'sma tufayli siydik oqishi buzilishining natijasidir. Buyrak sanchig'idagi kabi to'lg'oqsimon og'riqlar odatda qon siyish bo'lganda qon ivitmalarini siydik yo'llariga to'g'on bo'lishi tufayli vujudga keladi. Odatda qon siyish paytida paypaslab, kattaygan buyrakni topib bo'lmaydi. Chunki buyrak bundan uncha o'zgarmaydi. Buyrak ikkilamchi Gidronefroz bo'lsagina kattalashishi mumkin.

Tashxisi.

Siydik tahlilxonada tekshirilsa proteunuriya, eritrotsituriya, ikkilamchi pielonefrit bo'lsa- leykotsituriya va bakteriuriya topiladi. Tashxisda katta o'rinni sistoskopiya egallaydi. Qon siyish paytida sistoskopiya qilinsa, osonlik bilan qonni qaysi buyrakdan chiqayotganligini aniqlash mumkin. O'sma siydik naychasini intramural qismida joylashgan bo'lsa, ko'pincha qovuqqa o'sib chiqib qolgan qismlari ko'zga tashlanadi. Agar o'sma qovuqni siydik naychasini jumragi atrofida joylashgan bo'lsa, bu o'smalarni ikkilamchi o'smalar deb, ya'ni jom yoki siydik naychasi o'smasi deb tushunmoq kerak. Siydik naychasiga kateter o'tkazilganda juda ajoyib belgi-kateter o'smani sohasidan o'tayotganida uning teshigidan hamda uning atrofidan qon ajraladi. Kateter o'sma sohasidan yuqoriga o'tishi bilan uning teshigidan toza siydik chiqa boshlaydi. Bu *Shevassyu belgisi* tekshirilgandan oldin yoki ko'pincha undan keyin qilingan siydikni sitologik tekshirishlari katta natija beradi, chunki uning yordamida siydikda atipik hujayralar yoki ularning to'plamlarini topish mumkin.

Tashxis qo'yishda va o'sma joylashgan o'rnini aniqlashda rentgenologik tekshirishni ahamiyati katta. Ekskretor urogrammalarda jom, siydik naychasini o'smalari joylashgan joyidan yuqori qismlarining kengayganligi va chala to'lgan belgisi aniqlanadi. Agar buyrak vazifasining susayishi natijasida ekskretor urogrammalar yaxshi chiqmasa, o'smani kateter o'tkazayotganda yaralanishiga qaramay, retrograd urogramma qilinadi. Jom o'smasi bo'lganda, retrograd pielogrammada, jomni ichiga o'sib kirgan o'sma hisobiga chala to'lish belgisi topiladi. Siydik naychasini retrograd uretrogrammalarida ko'rinishi o'ziga xos o'smani har ikkala tomonidan kontrast modda o'tib «ilonni og'zi»ga o'xshash shakl keltirib chiqaradi.

Farqlovchi tashxis.

Jom o'smasini ko'pincha rentgen nurlarini to'smaydigan rentgenonegativ toshlardan farqlashga to'g'ri keladi, chunki har ikkala kasallikda ham retrograd pielogramma qilinganda chala to'lish belgisi topiladi. Ammo bemor buyragining jomida tosh bo'lsa, rentgendagi chala to'lish belgisi yumaloqroq chegaraga ega bo'lgan shaklda ko'rinadi, aksari rentgen rasm o'smaga aloqador bo'lsa, uning qirg'oqlari tekis bo'lmaydi, o'smani oyoq qismiga kontrast modda bormaganligi tufayli u soha ko'rinmaydi.

Agar tashxisda ravshanlik bo'lmasa, jomdagi toshni aniqroq ajratib beruvchi pnevmopielografiya qilingani ma'qul.

Davosi.

Buyrak jomi va siydik naychasining o'smasini birdan bir qat'iy davosi-operatsiyadir. O'sma buyrak jomidan chiqayotgan bo'lsa, shu buyrak uni siydik naychasi hamda qovuqni jumrak atrofi bilan qo'shib (nefroureter ektomiya) olib tashlanadi. Bundan keskin operatsiya qilishlikning boisi shundaki, jom o'smasi

pastga, siydik naychasi hamda qovuqqa tomon tarqalgan bo'lishi mumkin. Bu operatsiyalarni bajarish uchun teri kesishlikni ikkita alohida usul bilan bajarilishi mumkin: oldin qovuqni va siydik naychasini kesib olib tashlashlik uchun Pirogov usuldan foydalaniladi, keyinchalik esa bel sohasidan kesilib buyrak olib tashlanadi.

Siydik naychasining pastki qismida birlamchi o'sma bo'lib, siydik yo'llarini yuqori qismida hech qanday o'zgarish yo'qligiga ishonch hosil qilingani taqdirda buyrakni saqlab qolishlikning mumkinligini ta'minlovchi operatsiya qilinadi, chunki hech-qachon o'sma pastdan yuqoriga qarab yo'nalmaydi. Bu holda qovuq va siydik naychasining bir qismi olib tashlanadi va iloji bo'lsa siydik naycha qovuq bilan ulanadi. (ureterotsistoanastomoz). Agar naychaning katta qismi yetishmasa, Boari operatsiyasini bajarishga to'g'ri keladi.

Jom va siydik naychasining o'smalariga kimyoviy moddalarning ta'sirini bo'lmaganligi tufayli, nur ham kimyoviy moddalar bilan davolashlikni hech qanday ahamiyati yo'q.

O q i b a t i.

Keskin operatsiya qilingandan keyin oqibat ancha yaxshi. Bemorlarga har doim sistoskopiya tekshirishlar (kamida bir yilda 2 marta) o'tkazilib turilishi shart, chunki ba'zan qovuqda o'smani metastazlari kechikib paydo bo'lishi mumkin.

QORIN PARDASI ORTIDAGI O'SMALAR VA BUYRAK USTI BEZI O'SMALARI.

Qorin parda ortidagi hamda buyrak yuqorisidagi bez o'smalari siydik tanosil a'zolari o'smalariga o'xshab ketadi. Bu o'smalarning buyraklarga va yuqori siydik yo'llariga anatomik yaqinligi, hamda ularning buyrak o'smalaridan farqlashlikni qiyinligi tufayli, ular urologiya tajribasida anchagina ko'p uchraydi.

QORIN PARDA ORTIDAGI O'SMALAR.

Bu o'smalar asosan 3 guruhga bo'linadi:

Mezenximadan tarqalgan o'smalar (lipomalar, fibromalar, liposarkomalar, fibrosarkomalar va xakazo).

Nerv to'qimalaridan chiqqan o'smalar (neyrofibromalar, nevrilemmomalar. Shvannomalar, paragangliomalar).

BELGILARI, KLINIK KECHISHI.

Xromaffin to'qimalari o'smalari – *paragangliomalarni* belgilari, feoxromotsitomalarni belgilarini xuddi o'zi. Qorin parda ortidagi o'smalarning boshqa turlari, uzoq vaqtgacha va juda katta hajmga yetmaguncha sezilmaydi va hech qanday o'zgarish bermaydi. Katta hajmdagi qorin parda ortidagi o'sma, atrof a'zolari ezib, belda va qorin bo'shlig'ida qattiq og'riq paydo qiladi, ko'ngilni aynishiga, qabziyatga, qorinni shishishiga sabab bo'ladi. Ba'zan bemor o'zlarini yoki vrachlar tomonidan paypaslayotganlarida, bu o'sma qo'qqisdan qo'lga urinib qolishi ham mumkin. O'smani kechki belgilaridan biri bezgak bo'lib u o'smaning parchalanishi va atrof to'qimalarga yiring to'planishi natijasida yuzaga chiqadi. Bundan tashqari varikotsele, assit, qorinni terisini ostidagi vena qon-tomirlarini kengayishi, moyak venalarining pastki kovak venani o'sma ezib qo'yishligi tufayli

oyoqlarda shish paydo bo'ladi. Qorin parda ortidagi o'smalar metastazlarni juda kam beradi.

T a s h x i s.

Qorin parda ortidagi, hajmi anchagina katta bo'lgan o'smalarni paypaslab osongina aniqlash mumkin. Ba'zan qorinni o'ng yoki chap tomonida joylashgan, anchagina katta hajmdagi yumaloq qattiq yuqorida qovurg'ani ostiga qarab, pastga esa kichik tosgacha borib yetgan o'smani paypaslashga ham to'g'ri keladi. Bunday katta hajmdagi qorin pardasini orqasida joylashgan o'smalar, yoshi anchagina borib qolgan bemorlarda uchrashligi, bu o'smalarni asosan buyrakka aloqasi bo'lmagan va uni tashqarisida rivojlanayotgan o'smalarga mansubligidan darak beradi. Ammo kasallikni aniq tashxisi rentgen tekshirishlar yordamidagina aniqlanadi.

Umumiy rentgenogrammada buyrakni pastida joylashgan, yumaloq o'smani chegaralari aniqlanadi. Bel mushagini soyasi ko'rinmaydi. O'smani chegaralari tomogrammalarda yoki qorin pardasi orqasiga gaz yuborilib qilingan rasmlarda (pnevmoretroperitoneum) yanada aniqroq ko'rinadi. Ekskretor urogrammalarda va retrograd ureteropielogrammalarda buyrakning yuqoriga qarab siljiganini, siydik naychasini esa ichkari tomon surilganini ko'rish mumkin. Buyrakni o'z o'rnidan bu qadar siljiganini, radioizotop skanerlash yoki ssintigrafiya yordamida o'smani qattiqligini ham aniqlash mumkin. Agar yuqorida qayd qilingan usullar yordamida o'sma xarakterini aniqlab bo'lmasa, o'smani buyrakka aloqasining bor-yo'qligini angiografiya yordamida hal qilinadi, venokavagrafiya yordamida esa pastki kovak venani o'sma ezib qo'ygan – qo'ymaganligi yoki uning ichiga o'sib kirib ketganligini haqida ma'lumot olish mumkin. Bu esa faqat kasallikni aniqlash uchungina emas, balki operatsiya qilish mumkin yoki mumkin emasligini aniqlab beradi.

Farqlovchi tashxis.

Qorin parda ortidagi o'smalar ko'pincha buyrak, me'da osti bezi, yo'g'on ichaklar o'smalaridan va kistalaridan, qobiqqa o'ralib qolgan parda orqasidagi churralardan farqlashga to'g'ri keladi.

Bir tartibda qilingan rentgenologik va angiografik tekshiruvlar, odatda operatsiyadan oldin, to'g'ri tashxis qo'yishga to'la ravishda imkoniyat beradi. Faqat ayrim holatlardagina aniq tashxis operatsiya qilinib, qorin parda orqasini tekshirilgandan keyingina qo'yishga to'g'ri keladi.

D a v o l a s h.

Qorin parda ortidagi xavfsiz yoki xavfli o'smalarning barchasini ham, keskin operatsiya qilinib olib tashlanishi darkor. Bu o'smalar hajmini juda katta bo'lishligi, ularni atrof a'zolari bilan, jumladan, pastki kovak vena, aorta bilan yopishib ketganligi tufayli, operatsiya juda qiyin davom etib, o'sma bilan bir qatorda buyrakni, qora taloqni olib tashlashlikka, oshqozon, ichaklar va oshqozon osti bezini ham jarohatlangan qismlarini kesib tashlashlikka majbur bo'lish holatlari mavjud bo'ladi. Bunday og'ir operatsiyani bajarish uchun juda katta bel va qorin sohasini egallovchi operatsiya yarasini qilishlikka to'g'ri keladi.

Oqibati.

Qorin parda ortidagi xavfli o'smalar oqibati uncha yaxshi emas. Bemorlar umrini 5 yilga cho'zish faqat ayrim holatlardagina mumkin bo'ladi.

Bunday holat, juda ko'p bemorlar kasalliklarini aniqlashda qo'llaniladigan tashxis usullardan keng foydalanish imkoniyatini har vaqt ham bo'lmasligidan deb tushunilsa bo'ladi. Agar kasallik qancha erta aniqlansa va unga qarshi choralar o'z vaqtida qo'llanilsa, uning natijasi shuncha yaxshi bo'ladi.

BUYRAK USTI BEZLARI O'SMALARI.

Buyrak usti bezi o'smalari bir-biridan butunlay farq qiladigan ikki asosiy turkumga bo'linadi. Buyrak usti bezi po'stlog'idan, hamda uning mang'izidan tashkil topuvchi o'smalar. Birinchi turkum o'smalari, ikkinchisiga qaraganda kamroq uchraydi.

Buyrak usti bezi po'stlog'iga mansub o'smalarga adenoma, kortikosteroma, androsteroma, aldosteroma va aralash shakllari kiradi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Bu o'smalarni klinik belgilari, buyrak usti bezi po'stlog'i ishlab chiqaradigan mahsulotini (glyukokortikoidlar, mineralokortikoidlar yoki androgenlar) ortib ketishi bilan bog'liq. Kortikosteromada hamma kortikosteroidlar ishlab chiqarilishi ortib ketadi va *Itsenko-Kushinga* (ortiqcha semirish, arteriya qon bosimini balandlashuvi, bolalarning erta voyaga yetishuvi, kattalar jinsiy a'zolarning vazifasini erta pasayishi) sindromi rivojlanadi. Juda ko'p miqdorda androgenlar ajratadigan androsteromalar uchun androgenital sindrom: o'g'il bolalarda erta voyaga yetish, ayollarda virilyatsiya kabi belgilar xarakterlidir. Estrogenlarni ishlab chiqaruvchi kortikosteromada *estrogenital sindrom* erkaklarda ayollarga o'xshab ketishlik (feminizatsiya) va jinsiy zaiflik rivojlanadi. Aldosteroma natijasida ortiqcha ishlab chiqariladigan aldosteron tufayli *birlamchi aldosteronizm* (muskullarini shalpayishi, changak, arteriya qon bosimining ortishi) kelib chiqadi. Buyrak usti bezi okbigini aralash o'smalari bo'lganda yuqoridagi belgilarni hammasi ham uchrashuvi mumkin.

Buyrak usti bezlarini miya qismida nerv tolasidan yoki xromoffin to'qimasidan – ganglionevroma yoki feoxromotsitoma (ancha ko'p uchraydi) rivojlanishi mumkin. Feoxromotsitomalar tuzilish jihatdan xavfsiz bo'lsada, ammo ba'zan metastaz ham beradi va o'rtacha 10% holatlarida xavfli shaklga o'tishi mumkin.

Feoxromotsitomani klinik ko'rinishi, uni vaqti-vaqti bilan qonga kateoxolamin va noradrenalinni chiqarib turishiga bog'liq. Bu moddalar arteriya qon bosimini ortishiga, qattiq bosh og'rishiga va paroksizmal taxikardiya hurujini kelib chiqishiga olib keladi. Ba'zan huruj qorin sohasida og'riq, nafasni qisilishi, qayd qilish, terlash kabi belgilarni ham paydo qiladi. Huruj qandaydir bir tashqi, fizik vositaga (masalan: o'smani paypaslanishi natijasida) yoki hayajonlanish natijasida ham ro'yobga chiqishi mumkin.

Ba'zan kasallik qaytalanadigan emas, balki doimiy tus olishi mumkin.

T a s h x i s .

Buyrak usti bezlar o'smalari tashxisi, avvalom bor yuqorida qayd qilingan, o'ziga xos tabiatli, klinik belgilarga asosan qo'yiladi. Rentgenologik va tahliliy usullar bilan o'tqazilgan tekshirishlar esa tashxisni tasdiqlaydi.

Buyrak usti bezining qobig'i o'smalari, siydikda gormonlarning ajralishini orttiradi: kortikosteromada 17 - oksiketosteroidlar, androstiromada-17 ketosteroidlar, kortikoesteromada – estrogenlarni ajralishi ko'payadi. Feoxromotsitomada katexolaminlarni siydikdagi miqdorini faqat huruj paytidagina emas, balki tinchlik paytida ham ortiqcha bo'lishligi aniqlangan Paroksizmal arterial gipertenziya paytida esa giperglikemiya va glikozuriya topiladi. Buyrak usti bezi o'smasi tashxisi va ayniqsa uning qaysi tomonda joylashganligi haqidagi ma'lumotlarni esa rentgenologik tekshiruvlar yordamida aniqlanadi.

Rentgen suratlarida (ayniqsa ravshan bo'lib pnevmoretroperitoneum bilan birgalikda qilingan tomogrammalarda) o'zgarmagan buyrak usti bezi, buyraklarni yuqori qutbida uchburchak yoki yoy sifatida shakllanishadi. Buyrak usti bezida o'sma paydo bo'lsa, bezni soyasi kattalashib, yumaloq holatga o'tadi. Oxirgi yillarda buyrak usti bezi o'smasini aniqlashda, buyrak usti bezining angiografiyasi muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Uning arteriyasi, qorin aortografiyasi paytida yoki kateter uchini bu arteriyai ichiga kirgizib (buyrak usti bezini selektiv arteriografiyasi) turilgani holda kontrast moddaga to'ldiriladi. Xuddi shu tariqa buyrak usti o'smasi bo'lgan tomonlar tomirlari tuzilishini aniqlovchi, buyrak usti bezlarining venografiyasi ham bajariladi.

Buyrak usti bezi o'smasi nishonlangan yod – xolestrol yordamida bajarilgan ssintigrafiyada ham topilishi mumkin.

Farqlovchi tashxisi.

Buyrak usti bezlari o'smasi klinik belgilariga ko'ra boshqa endokrinologik kasalliklaridan (Itsenko Kushinga kasalligi va boshqalar) qon-tomirlari kasalliklari (gipertoniya kasali) dan va rentgenologik belgilarga ko'ra buyrak, oshqozon osti bezi o'sma va kistasidan, splenomegaliya va boshqalardan farqlash lozim. Buyrak usti bezlari angiografiyasi bu borada eng yaxshi farqlovchi tashxis usuliga kiradi.

D a v o s i .

Buyrak usti bezlari xavfsiz hamda xavfli o'smalarining hammasini ham asosiy davolash usuli operatsiya hisoblanadi. Buyrak o'smasi olinganidagi kabi, buyrak usti bezi o'smasini olish uchun ***Nagamayts usuli*** bo'yicha biqin yoriladi. Agar hojat tug'ilgudek bo'lsa, biqinga qo'shib, qorin ham yorilishi mumkin. Buyrak usti bezi o'smasini olib tashlash operatsiyasini bajarishdan oldin yaxshi, o'ziga xos tayyorgarlik qilinadi. Bu tayyorgarlikning muhim xosiyati bemorda, operatsiyadan keyingi fursatda yuz beradigan, buyrak usti bezi yetishmovchiligini oldini olishlikdan iboratdir. O'ng yoki chap buyrak usti bezi o'smasi tufayli bu bezni gormon ishlab chiqarish qobiliyati kuchaygan bo'lishi mumkin. Shu sababli ikkinchi tomondagi bezni vazifasi ancha pasayib ketgan bo'lishi mumkin. Shuning uchun operatsiyadan oldin va undan keyin o'z vaqtida bemorga qo'shimcha gormon berilib turilmasa, buyrak usti bezining o'tkir yetishmovchiligi kelib chiqishi mumkin. Xuddi shuningdek, feoxromotsitoma olib tashlanganda esa albatta katexolaminlar yuborilib turilishi zarur.

Feoxromotsitomasi bor bemorlarga operatsiyadan oldingi davrda operatsiyadan 3 kun oldin adrenoblok qiluvchi moddar yuboriladi: fentalamin (retjitin) 0,5-1% li eritmasidan 1 ml 1-2 marta muskul orasiga yoki vena ichiga. Kortikosteroid gormonlar bilan o'tkaziladigan tayyorgarlik qisqa muddatli bo'lgani ma'qul. Operatsiya arafasida kechqurun va ertalab operatsiyadan oldin, 75 mg gidrokortizon muskul orasiga yuboriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda kortikosteroma olib tashlangan bemorlar kortikosteroid gormonlar bilan davolanishlari kerak. Birinchi hafta davomida mushak orasiga kuniga 6 marta 75 mg dan asta-sekin kamaytirib kuniga 1-2 marta 50 mg gacha operatsiyadan keyin 8-chi kundan boshlab prednizolon asta-sekin 15 mg dan kamaytirib borib, 14 - kun 5 mg/sutkaga tushiriladi.

Feoxromotsitoma olib tashlangandan keyin o'tkir kollaps xavfi tug'iladi. Uning oldini olish uchun bemorga qon quyish va venasiga tomchilab angiotenzinamid (gipertenzin) minutiga 3-10 mkg yoki noradrenalin gidrotartrat (5% -1 litr glyukozaga 4-8 mg qo'shib minutiga 20-60 tomchi hisobiga yuborib turish kerak.

O q i b a t i .

Buyrak usti bezi o'smasining oqibati uning havfligidan va uni o'z vaqtida operatsiya qilinib tashlanishiga bog'liq. Oxirgi yillarda anesteziologiyani yutuqlari, operatsiya qilish usullarini mukammalashuvi, garmonal moddalar keng foydalanilganligi tufayli buyrak usti bezlarinini o'smalarini operatsiya usuli bilan davolash ancha yaxshi natijalar bermoqda.

QOVUQ O'SMALARI.

Qovuq o'smalari barcha o'smalarni 4% - tashkil qilsada, ular ko'plik jihatdan oshqozon, qizilungach, o'pka va xiqildoq o'smalaridan ustunlik qila olmaydi. Jahon statistikasining ma'lumotiga ko'ra bu kasallik tobora ko'payib bormoqda.

Qovuq o'smasi erkaklarda ayollarga nisbatan anchagina ko'p uchraydi. (4:1 nisbatda). O'smani erkaklarda ko'proq uchrashi ularni kantserogen moddalar bilan ko'proq aloqada bo'lishlari va siydikni qovuqda uzoq saqlanishiga bog'liq bo'lsa kerak deb faraz qilinadi.

Qovuq o'smalari odatda yoshi 50 dan oshgan kishilarda uchraydi. O'sma qovuqning har qanday joyida paydo bo'lishi mumkin, ammo ko'proq Lyeto uchburchagida va unga yaqin atrofda ko'proq joylashadi.

O'smaning ko'p (95%) qismi epiteliydan tashkil topadi, ya'ni qovuqni ichki satxini qoplaydigan o'tuvchi epiteliy (uroteliy) dan rivojlanadi.

P a t o g e n e z i .

O'smalarni ko'pincha buyrak jomi yoki siydik naychasida emas, balki qovuqda uchrashi, qolaversa uni har qanday holatlarda ham shilliq pardasi siydik bilan ho'llanib turuvchi uchburchagi, yoki bo'g'zida paydo bo'lishligi bexos bo'lmasa kerak albatta. Yoshi ulg'ayib qolgan erkaklar qovug'ida o'smalarning ko'proq uchrashi ulardagi siydikning uzoq tutilishi oqibati ekanligi sir emas.

Hozirgi zamon ma'lumotlariga ko'ra qovuq o'smasining kelib chiqishida atrof muhitdagi kanserogen moddalarni asosan tutun, mashinalardan ajraladigan is va hakoza katta ahamiyati bor. Qovuq raki bilan og'riyotgan bemorlar orasida kushandalarning ko'pligi, tamaki chekish bilan qovuq o'smalarini paydo bo'lishi orasida katta aloqa bor, degan xulosa qilishga imkoniyat beradi. Siydikni qovuqda

uzoq saqlanishida endogen kimyoviy moddalarning patogenetik ahamiyati katta. Qovuqqa tushib uning shilliq pardasiga ta'sir ko'rsatadigan kimyoviy faktorlarni ko'pincha siydik yo'llari orqali kelishlari aniqlangan.

Patologik anatomiyasi.

Qovuq o'smalari birlamchi va ikkilamchi bo'lishlari mumkin. *Ikkilamchi o'smalar* deb qovuq atrofidagi a'zolar o'smalarini qovuqqa tomon o'sib kirgan holatlari tushuniladi.

Bundan tashqari qovuq o'smalarining epitelial bo'lmagan turlari mavjud. Xavfsiz epitelial bo'lmagan o'smalar, fibromalar, miomalar, fibromiksomalar, gemangiomalar klinik tajribada juda kam uchraydi. Bu o'smalar ko'pincha erkaklarda uchraydi va har qanday yoshga ham mansub. Sarkomalar o'pka, plevra, jigar va boshqa a'zolarga, limfa tugunchalariga juda erta metastazlar berishi, hamda qovuqni ichkari qavatlariga o'sib kirib boshqa a'zolarga o'tib ketish qobiliyatiga egadirlar.

Qovuqni epitelial o'smalaridan papiloma va rak ko'p uchraydi. Papiloma deganda tuzilishiga ega bo'lgan xavfsiz fibro epitelial o'smalar tushuniladi. qovuqda uchraydigan papillomalarga bunday tushunish mutlaqo to'g'ri kelmaydi. Chunki bu o'smalar orasida anchagina pogranichnoy va perexodnoy turlarga bo'linganligi uchun, ularni vaqtincha xavfsiz «papillomalar» turkumiga xos deb aytishga to'g'ri keladi. Ko'pincha xavfsiz papilomalarni olib tashlanganidan keyin, bir necha vaqt o'tib ularni o'rniga qaytadan, raklarga xos xususiyatga ega bo'lgan o'smalar paydo bo'lishligi ma'lum. Qovuqni papilomasi mustaqil xavfsiz o'sma bo'lmay, balki rakka olib boruvchi blastomatoz jarayonini boshlang'ich bosqichidir. Qovuq o'smalarining quyidagi morfologik tasnifi tajribada qo'llash uchun anchagina qulay.

odatdagi papilyar fibroepitelioma

atipik papilyar fibroepitelioma

papilyar rak

solid (birlamchi ibfiltrlanuvchi) rak.

Odatdagi *papilyar fibroepitelioma* – bu kulrang yoki qizg'ich - sariq, ingichka oyoqda shoxlangan o'sma bo'lib, uni ingichka so'rg'ich shoxchalari xilpirab turadi. O'sma atrofini qurshab olgan, qovuqni shilliq pardasi hech o'zgarmagan bo'ladi. Bu guruh o'smalarini o'ziga xos eng asosiy belgilaridan biri, ularni chetga chiqmagan, qovuqning ichiga qarab o'sadigan, ingichka oyoqli epitelial o'sma ekanligida.

Atipik papilyar fibroepiteliomani odatdagidan makroskopik farqi, uning oyog'ining yo'g'onligi bilan tuklarini semizroq, qo'polroqligi va ko'pligi bilan farq qiladi. Uning hajmi har xil bo'lib, tez o'sadi. Ba'zan o'smani atrofidagi shilliq pardaning yallig'langan joylarida ozroq shish va polipoz o'smalarni uchratish mumkin.

Atipik fibroepiteliomani makroskopik tuzilishi, o'zining noto'g'ri tuzilgan atipik formadagi hujayralari, kalta yadro va yadrochalari, ko'p sonli assimetrik metozlari va hujayra qatorlarining noto'g'ri tuzilishi bilan farqlanadi, ammo xavfli gistologik belgisi tomirlanib o'sishi xavfi yo'q. Bu o'smalar devorni pastki qatlamlariga kirib o'tmaydi va metastazlar bermaydi.

Papilyar rak qovuqni eng ko'p uchraydigan o'smalar turkumidan, tashqi ko'rinishidan, atipik papilyar fibroepiteliomaga o'xshasada, ammo keng oyoqda joylashgan bo'lib, hajmi ancha katta bo'ladi. So'rg'ichlari kalta, yo'g'on, osonlik

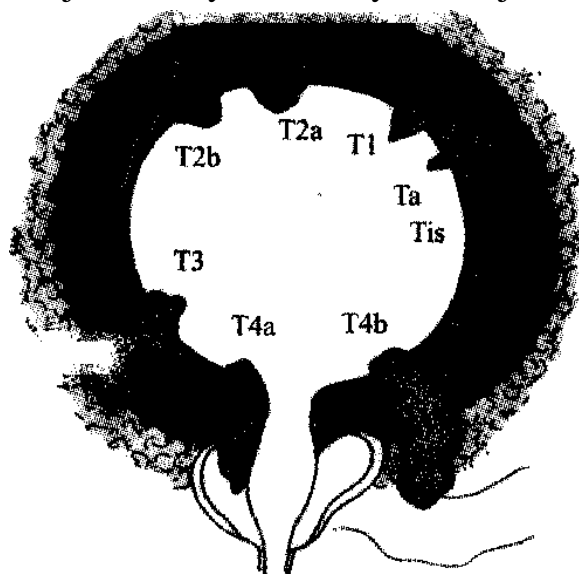
bilan yaralanadigan va yemiriladigan bo'ladi. O'sma yolg'iz yoki bir nechta bo'lishi mumkin. bu guruhdagi o'smalarni asosiy gistologik belgisi ularning epiteliysini tomirlab o'sishda epiteliy ayniqsa pastki qatlamlarda juda o'zgaruvchan bo'ladi.

Yuqorida ko'rilgan uch xil o'smalar oqibatda rakka aylanadigan bir jarayonni uch bosqichi deb tushunilsa ham bo'ladi.

Birdaniga, yoki birlamchi singib o'suvchi rak, o'zining ichkariga qarab o'sishi bilan farqlanadi. U qovuqni ichiga o'smaydi, atrofga tez tarqaladi va chirydi, yaqin atrofi tezda yallig'lanadi.

Rak o'smasi o'sib borib, qovuq devorini asta-sekin qamraydi va qovuqni ichini to'ldirib yuboradi. Qovuq devori keskin qalinlashadi va taranglashadi. Siydik naychalari **jumboqlarini** qurshab olib, uni tashqaridan ezib qo'yadi. Buning natijasida buyrakdan siydikni ajralishi keskin buziladi, siydik naychasi va jomlar kengaya boradi, bunga tezlik bilan infeksiya qo'shiladi.

Qovuq rakini siydik kanaliga tarqalish hollari juda kam uchraydi.



109 - rasm. Qovuq rakining xalqaro tasnifi.

O'sma qovuqning chegarasidan chiqib, atrof to'qimalarga va qo'shni a'zolarga, kichik toshli to'qimalariga, to'g'ri ichak, prostata bezi, bachadon, qin, qorinni terisiga o'sib kirishi mumkin. Qovuqning gumbaziga joylashgan rak, qorin bo'shlig'iga o'sib kirib, qorin pardasiga tarqalishi mumkin.

Qovuq raki metastazlari ko'pincha yaqin atrof limfa tugunchalariga tarqaladi. O'smaning qovuq devoriga tobora tarqalishi, qon-tomirlarga o'sib kirishi natijasida, uzoqroqdagi a'zolarga (o'pka, jigar, suyaklar) ham metastazlar tarqaladi. Ammo bunday metastazlar juda kam uchraydi.

T a s n i f.

Qovuq rakining eng voyaga yetgan tasnifi xalqaro rakka qarshi ittifoqni tavsiya qilgan tasnifi hisoblanadi. (109-rasm).

Bu tasnif blastomatoz jarayonini uchta bosqichini, ya'ni qovuqda va uning yaqin atrofidagi blastomatoz jarayonini taraqqiyot darajasini ifodalovchi uchta tarkibiy qismini o'z ichiga oladi: birlamchi o'sma darajasi T, unga xos raqamlar bilan (1,2,3 yoki 4 bilan) yaqin atrof limfa tugunlarini jarohatlanishi - N, uzoq a'zolardagi metastazlarni - M harflari bilan belgilanadi. Metastazlarni hamda limfa tugunchalardagi metastazlarning yo'qligini - 0 (N, N0 uzoqdagi metastazlarning borligini 1 raqam bilan 0 (N1, N2) tekshirishlar natijasini X- harfi bilan (Nx, Mx) .

T1 – Qovuqning asos membranasini yemiruvchi, shilliq pardasini va epiteliya osti qo'shuv to'qimalarini jarohatlovchi rak o'sma.

T2 – mushak qatlamiga o'sib kirayotgan o'sma.

T3 – mushak qatlamiga o'sib kirgan o'sma.

T4 – Qovuqning devoriga, qovuq atrofidagi yog' to'qimalariga va qo'shni a'zolarga o'sib kirgan o'sma.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Qovuq o'smalarini belgilari, asosan qon siyish va peshob buzilishidan iborat. Qovuq o'smasi qovuq devoriga singib o'smagan holatlarida uzoq vaqtgacha peshob aynimasligi mumkin. Qon siyish belgisi, peshob aynishiga qaraganda ertaroq yuzaga chiqadigan belgi, chunki qon siyish belgisi o'sma tuklarini, qovuq qisqargan paytlarida juda oson jarohatlanishi tufayli yuzaga chiqadi.

Qovuq o'smasida uchraydigan qon siyish belgisi, peshob boshlanishidan oxirigacha davom etgan bo'lishi, yoki (terminal) faqat peshob tugash paytida, qovuq qisqarganda boshlanadigan bo'lishi mumkin. Mikrogematuriya (eritrotsituriya) kamroq uchraydi.

Qovuq o'smasida ko'riladigan qon siyish katta tezlikda va qancha vaqt davom etishi hammada har xil. Ba'zan qon siyish qisqa vaqt davom etsa, bir necha oylar hatto yillar davomida faqat 1-2 martagina takrorlansa, ba'zi hollarda esa, tez-tez qonab, birnecha kunlar davomida, hatto to'xtamasdan doimiy ravishda davom etishi mumkin. Ancha rivojlangan, kechikib aniqlangan va chirishga boshlangan o'smalar to'xtamay qonaydigan bo'lib qoladilar.

Qon siyish turlicha bo'ladi: salgina qizg'ich rangga bo'yalgan siydikdan, qip-qizil rangli, ichida qon ivitmalari bor suyuqlik darajasigacha bo'lishi mumkin. Ba'zi vaqtlarda qovuq o'smasidan ajralayotgan qon miqdori shu qadar ko'payadiki, hatto ivib, qovuq ichini ivitmaga to'ldirib qo'yadi. Buning natijasida bemor siydigining ajralishi qiyinlashadi va ba'zan butunlay tutilib ham qoladi. Siydikda qondan boshqa har xil o'zgarishlar ham uchrab turadi.

Qovuqdan va yuqori siydik yo'llaridan siydikning qiyinchilik bilan ajralishi, qovuqdagi o'smani chirishi va buning ustiga infeksiyani ham quyilishi, qovuqni va yuqori siydik yo'llarini yallig'lanishiga olib boradi.

Siydik tarkibida yiring bo'lib, achima ammiak hidi tarqaydi, fosfat tuzlar cho'kmaga tushadi.

Agar o'sma qovuq devoriga singib o'sayotgan bo'lsa, bemor siyish paytida ayniqsa, uni tugatishiga yaqin qattiq og'riq sezadi va shunga qaramay baribir ehtiyojga tez-tez yugurishga majbur bo'ladi. Ba'zan o'smaning qovuq devoriga singib o'sgan holatlarida, bemorlar hojatga bormasalar ham doimiy qattiq og'riqdan azob chekadilar. Og'riqni chovni orasiga, jinsiy a'zolariga, dumba, dumg'aza, boldirga yo'nalishi, bu yerdagi nerv tollariga ham o'smaning o'sib kirayotganligidan dalolat beradi.

O'sma qovuq devoriga va atrof to'qimalarga o'sib kirib, keyinchalik nekroz berishi tufayli, to'g'ri ichak, jinsiy a'zolar bilan qovuq orasida darcha paydo bo'lishiga olib boradi.

O'sma qovuq devoriga singib o'sib, naychalarni jumbogini ezib qo'yishi mumkin. Buning natijasida bemorlarda qattiq og'riq paydo bo'lishi, buyraklarda yallig'lanish va suvbuyrakning rivojlanishini mumkin. Agar har ikkala jumboq ham ezilib qolsa, buyrak yetishmovchiligi, hamda uremiyani belgilari yuzaga chiqadi.

T a s h x i s i.

Vazifa faqat qovuqda yangi paydo bo'lgan o'smalargina borligini aniqlash emas, balki ularning bosqichini, o'sma atrofidagi qovuqning shilliq pardasini va yuqori siydik yo'llari holatini, metatazlarini bor yo'qligini ham yaxshilab bilib olish lozim. Bu esa faqat siydik yo'llarinigina emas, balki hamma a'zolarini ham holatini

yaxshilab o'rganishlikni talab qiladi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, bemorni operatsiya qilishlik mumkin emasligini, qanday operatsiya qilishlik ma'qulligini hamda bemorni operatsiyaga tayyorlash choralari belgilanib olinadi. Qovuq o'smasi tashxisi turlichadir.

Paypaslash. O'sma hajmini uning atrof a'zolariga aloqasini aniqlashda ikki qo'l bilan qovuqni paypaslash katta ahamiyatga ega. Buning uchun bitta qo'l qorinni pastki qismiga, qovuqni ustiga, ikkinchi qo'l panjalari esa orqa peshobga (yoki qinga) kirgizilib paypaslanadi. Tekshirishdan yaxshi natija olishlik uchun, qovuqdagi siydik va ichakdagi ahlat chiqarilib yuborilgan bo'lishi lozim. Bu usulda paypaslash natijasida qovuqdagi qattiq o'smani, uning to'qimalari holatini va ularning tos to'qimalariga, to'g'ri ichakka, prostata beziga, bachadon va qinga yoki tos suyaklarga tarqalganini aniqlash mumkin.

Qovuqni bo'g'zida joylashgan va qovuq suppasini orqasidagi o'smalarni paypaslash ancha mushkul. Paypaslash orqali o'sma aniqlanmagan taqdirda ham uni bor yo'qligi haqida birdaniga xulosa qilish qiyin. Shuni ham aytish kerakki, qovuq devorining qalinlashuvi, o'sma borligidan emas balki yallig'lanishidan paydo bo'ladi.

Siydik cho'kmasidan hujayralarni qidirish, qovuq o'smasi tashxisida katta ahamiyatga ega. Siydik cho'kmasida yolg'iz o'sma hujayralarini yoki ularning to'plamlarini topilishi, qovuq o'smasiga xos belgilardan hisoblanadi.

Rakning belgilari quyidagicha : 1. Yo'g'on hujayralarning borligi. 2. Hujayralarning har xilligi. 3. Hujayra hajmining har xilligi. 4. Negizlaridagi o'zgarishlar.

Tashxis uchun mayda rak hujayralari to'plamini, ya'ni uning to'qimalaridan mayda parchalarning topilishi, alohida hujayralarning borligidan dalolat beradi.

Siydik cho'kmasida hujayralarni tekshirish qovuq o'smalarini aniqlashda qo'shimcha ahamiyatga ega. Uning foydasi ayniqsa qovuq ichini ko'rish yoki boshqa tekshirish usullarini bajarib bo'lmagan holatlarda va boshqa katta tekshirishlar yordamida olingan ma'lumotlarni natija bermagan hollarda qovuqda o'sma yo'q deyilgani emas.

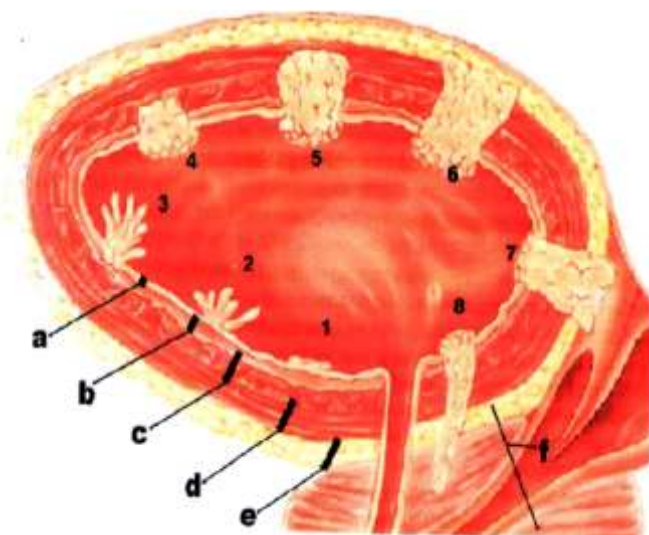
Sistoskopiya. Qovuqda o'sma borligiga gumon bo'lganda sistoskopik tekshirishni ahamiyati juda katta. Uning yordamida o'smani ko'z bilan ko'rish. Uning joylashgan o'rnini, hajmini sonini va tashqi tuzilishini, atrofidagi shilliq pardani holatini, siydik naychalarini jumbog'ini va boshqalarni ko'rish mumkin.

Qovuq devoriga singmay o'sgan papilyar o'smalarni sistoskopiya yordamida aniqlash juda oson. Sistoskopiya o'smalar qovuqni devoriga singib o'sgan holatlarida, ancha murakkablashadi, chunki bu holda sistoskopni qovuq ichiga o'tkazish ancha mushkullashadi. Qovuqni ko'rish ancha qiyinlashadi. Chunki bunda qovuq ko'pincha qonga to'lib qoladi.

Qovuq devoriga singib o'smadiygan papilyar o'smalari, sistoskopiya ingichka oyoqli, uzun-uzun tukli o'sma shaklida gavidalanadi. O'sma atrofidagi shilliq parda o'zgarmagan. O'smalarga sinchiklab qaralganda, ularning ichida daraxtga o'xshagan tomirlar gavidalanadi. O'smani qovuq devoriga singa boshlanayotganligini birinchi belgisi uning atrofidagi shilliq parda qon-tomirlarini ko'payib borishida.

O'sma qovuq devoriga singigan sayin uning oyoqlari kaltayadi va yo'g'onlasha borib, o'smaga qo'shilib yo'q bo'lib ketadi. O'sma asosi ham yo'g'onlashadi, atrofidagi shilliq parda shishadi. Qizil rangga bo'yaladi. Endi o'sma ko'rinishi go'sht

bo'lagiga o'xshab qoladi. Ustidagi tuklari yo'qoladi, ba'zi joylari yemirilib, yiringlashadi, ustiga tuzlar cho'kadi, chegarasi yo'qoladi va atrof to'qimalardan ajratib bo'lmaydigan holatga o'tadi. O'sma siydik naychalarini jumbog'iga yaqin joylashgan holatlarida jumboq tuzilishi ham o'zgaradi. Qovuqni singib o'sadigan o'smalari avvaldanoq keng tarqalgan bo'lib o'sadi, tuklari bo'lmaydi.



120-rasm. Qovuq rakining TNM klassifikatsiyasi.

Ular qovuqni ichiga qarab kam o'sadi. Ko'pincha qovuq devorini qalinlashtiradi. Bu o'smalarni ko'pincha mahalliy yoki yarali chaqmazaq bilan almashtirib qo'yish mumkin.

Qovuqda ko'p sonli o'smalar bo'lganda ular har xil bo'limlariga joylashgan bo'lishlari va bir-birlariga o'xshamasliklari mumkin.

Qovuqni divertikulida joylashgan yoki uncha katta bo'lmagan birlamchi singib o'suvchi o'smalarini ba'zan sistoskopiya kurmay o'tkazib yuborish ham mumkin.



121- rasm. Sistogramma. Qovuq chap devoriga singib o'suvchi o'sma.

Endovezikal biopsiya- Qovuqni ichidan, sistoskop yordamida to'qima olib tekshirish, qovuqdagi patologik jarayon turini aniqlash katta ahamiyat ega. Ammo operatsion sistoskop yordamida o'smani faqat yuqori qismigina olib tekshirilishi mumkin bo'lganligi tufayli, o'sma xavfli yoki xavfsiz ekanligini aniq bilib bo'lmaydi. Chunki o'smaning xavfli bo'lishligini pastki chuqurroq qismlaridan olib tekshirilganda bilinadi. Shu munosabat bilan oxirgi paytlarda endovezikal biopsiyani faqat ayrim holatlardagina qo'llanilmoqda.

Rentgenologik tekshirishlar ham qovuq o'smasini aniqlashda uni darajasini belgilashda va yuqori siydik yo'llarini holatini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Sistografiya qilinganda qovuqni singib o'smagan o'smalari qovuqning tashqi chegarasini buzmaydi, faqat «chala to'ldirish» belgisini beradi xolos. Qovuq qirg'oqlarining notekis to'lishi (devorning qattiqlashuvi, chegaralarning yemirilishi, bo'g'iz soyasining yuqoriga ko'tarilishi) o'smani qovuq devoriga singib o'sayotganidan dalolat beradi.

O'smaning qovuq atrofidagi to'qimalarga o'sib kirishi, qovuqning qiyyshayib qolishiga sabab bo'ladi.

Politsistografiya usuli bor plyonkada bir nechta sistogrammalarni qovuqni kontrast modda to'ldirib har xil holatlarida rasmini olishdan iborat.

Shunday qilinganda qovuq devorining qisqarish imkoniyati tekshiriladi. Qovuq devoriga o'sma singib borganda qovuqning qisqarish qobiliyati albatta o'zgaradi. O'sma hajmini, uning joylashgan o'rnini aniqlashda juda ham qimmatli ma'lumotlarni cho'kmali sistogramma (bariy sulfati va kislorod)yordamida olinadi.

Eng yaxshi ko'rinishli rasm, papilyar o'smalar rasmlarida bo'ladi, chunki o'sma tuklarining orasiga bariy kirib olib, o'smani yaxshi gavdalantiradi. Cho'kma sistogrammani, peritsistografiya bilan qo'shib qilinsa, yanada yaxshi bo'ladi. Kislorodni qovuq atrofidagi to'qimaga, chovni oralig'ini igna bilan teshib yuboriladi. Gaz hamda qovuqning ichki bo'shlig'idagi bariy orasida qovuq devori yaqqol ko'rinadi.

Ekskretor urografiya yordamida jom va siydik naychalarida papilyar o'smalarning bor-yo'qligi, bu yerda siydik ajralishi, jomlardagi siydik va qovuqdagi anatomik o'zgarishlar aniqlanadi. Kechikib qilingan sistogrammalarda qovuq ichidagi o'zgarishlarni ko'rish mumkin.

Siydik naychalarining pastki qismlarini o'sma ezib qo'ygan hollarida ekskretor urografiya qilinsa, uning yordamida buyrak holati, siydik ajralishining buzilishi kabi o'zgarishlarni aniqlash mumkin.



122-rasm. Qovuq rakidagi limfogramma. A-tomir fazasi limfa tomirlarini buzilishi; B-adenografik faza, limfa tugunchalarida (deffekt naponeniya) «chala to'lish» belgisi.

Tosni venografiyasi yordamida o'smani atrofga tarqalishi, uning qaysi tarafga o'sayotganligi aniqlanadi. Venalarni bir tomonlama ko'proq rivojlanishi va boshqa

tomonda mayda venalarning ko'payishi, katta qon-tomirlarning yonboshga surilishi kabi holatlarni aniqlash mumkin. 112-rasm.

Tos arteriografiyasini ham, o'smaning qovuq devoridagi va uning tashqarisidagi rivojlanish darajasini belgilash uchun qo'llaniladi. Qovuqni devoriga singib o'smagan o'smalar bo'lsa, tosni yirik qon-tomirlarida o'zgarish bo'lmaydi. Faqat o'sma bor joyda qovuq tomirlari ozgina o'zgaradi xolos. O'sma singib o'sgan bo'lsa, u holda o'sma ichiga qarab kirib borayotgan qon-tomirlar topiladi. Oxirgi paytlarda ultratovush tekshirishlar qo'llanilayotganligi munosabati bilan arteriya va venograiyadan kam foydalanilmoqda.

Limfografiya yordamida tos va qorin bo'shlig'i tomirlarining atrofidagi metastazlar aniqlanadi. Limfa tugunchalarining limfa tomirlarini o'tkazish qobiliyati saqlangan bo'lsa, ularning ichida kontrast modda ko'rinadi. Agar metastazlar tufayli ular berkilib qolgan bo'lsa, albatta hech narsa ko'rinmaydi. Limfa tomirlarini butunlay to'silib qolishini radioizotop limfoskanerlash yoki limfossintigrafiya yordamida aniqlangan va yuqorida ko'rsatilgan limfa tugunchalarini hamma jarohatlari, lipomatoz va fibro skleroz kasalliklarida bo'ladigan o'zgarishlarda ham bo'ladi. Ularni hech qanday rentgen tekshirishlar bilan tekshirib, metastazlardan ajratib bo'lmaydi.

Demak, limfografiya limfa tugunchalarida metastazlarni aniqlash juda ham foydali usul ekan. O'smani qovuq devoriga singib o'sganligi darajasini hozirda ko'proq exografiya (ultratovush bilan skanerlash) yordamida aniqlanmoqda. Ultratovush skanerlashini faqat suyuqlik bilan to'ldirilgan holatlardagina bajarish mumkin. Ikki o'lchovli exogrammalarda qovuq bo'yicha va ko'ndalangiga qilingan kesmalarni olish mumkin. Ultratovushning rasmlariga ko'ra, qovuq o'smalarini uch holatini ko'rish mumkin. 1. O'sma qovuqning shilliq pardasini va uning ostidagi qavatini egallagan. 2. O'sma qovuq devorining mushak qavatiga o'sib, qovuq devori tuzilishini o'zgartirgan. 3. O'sma qovuq devoridan o'tib, uning yaqinidagi to'qimalarga ham o'tgan.

Farqlovchi tashxis.

Qovuq o'smasini qovuqni sistoskop yordamida tekshirilganda ham ajratib bo'lmaydigan, har xil patologik jarayonlar bilan farqlash lozim. Bunday jarayonlarga qovuq silini yoki zaxmni o'smaga o'xshash granulyatsiyalari, sil yarasi yoki boshqa oddiy yaralar endometrioz, surunkali gemorogik chaqmazak, qovuq tugunchali periarteriti. Qovuqning birlamchi o'smasini, uning devoriga o'sib kirgan bachadon yoki uning ortiqlarini, prostata bezini, to'g'ri ichakni va boshqa o'smalarini, sistoskopda ko'rib bir biridan ajratib bo'lmaydi.

Farqlovchi tashxis juda qiyin, shuning uchun bemor har tomonlama tekshirilishi lozim.

Qovuq o'smasini yuqorida ko'rsatilgan barcha kasalliklardan farqlash uchun biopsiya qilingani ma'qul.

Davolash.

Qovuq o'smalarini davolashni operativ va konservativ usullari mavjud. Operativ usullarga qovuq ichidagi o'smani asboblari yordamida olish yoki qovuqni yorib jarrohlik usullarini qo'llashlikdan iborat.

Operativ davolash.

Endovezikal elektrokoagulyatsiya ya'ni qovuq ichkarisidan elektr yordamida kuydirish, qovuqdagi papilomalarni davolashdagi asosiy usullardan hisoblanadi. Buning uchun qovuqni yorish kerak bo'lmaydi. Bemorlar operatsiyani oson o'tkazishadi, katta-katta papilomalar ham osonlik bilan yo'qoladi. Ammo elektrokoagulyatsiyadan keyin ko'pincha o'sma yana paydo bo'lishi va shilliq pardalar **tarqab** ketishi mumkin. Shuning uchun bu usul odatda qariyalarda va ohista bemorlarda qo'llaniladi. Boshqa hollarda papilomalarni davolash uchun, transuretral elektrozeksiya ishlatiladi.

Transuretral elektrozeksiyani bajarish uchun maxsus endoskopik asbob-*rezektoskop* ishlatiladi. Bu murakkab asbob yordamida poliqlar ham kuydiriladi. Kesib kuydirish qovuqni sog'lom to'qimalariga qadar olib boriladi. Transuretral elektrozeksiya asosan, qovuqdagi ancha katta bo'lmagan Lyeto uchburchagida qovuqning bo'g'iz qismida yoki bo'g'izga yaqin yonbosh devorlarida joylashgan o'smalarni olish uchun qo'llaniladi. Bu usul elektrokoagulyatsiyaga qaraganda ancha yaxshi. Uni faqat singib o'sadigan o'smalarda katta operatsiyalarni ba'zi bir sabablariga ko'ra bajarish mumkin bo'lmagan holatlarda qo'llash mumkin.

Transvezikal elektrozeksiyani qilish uchun qovuqni keng ochish va o'smani yuqori qismini elektr toki bilan kesib olib tashlash lozim. Bu usulni transuretral rezeksiya qilish holatlariga o'xshash sharoitlarda ammo rezektoskopni uretradan o'tkazishlikka imkoniyat bo'lmagan holatlarda bajariladi.

Qovuq rezeksiyasi. Qovuq o'smalariga qarshi kurashishlarning hamma turlarini yagona bir maqsadi bor. Bu ham bo'lsa qovuqni barcha vazifalarini saqlab qolgan holda o'smani yaxshilab olish yoki uni yemirib tashlashdan iborat.

Onkologiya jarrohligida keng tarqalgan usul o'smani butunlay sog'lom to'qima chegarasida kesib olib tashlash qovuq o'smasini davolash ham o'z aksini topgan.

Shilliq pardani va uning ostidagi qavatni chegarasidagi, singib o'sadigan qovuq o'smalarini, transvezikal rezeksiyasi, ba'zi sabablarga ko'ra transuretral elektrozeksiya qilib bo'lmaydigan holatlarda qo'llaniladi.

O'sma qovuq devoriga singib o'sgan holatlarda qovuq devorining hamma qavatini sog'lom to'qimalar chegarasida kesib o'sma bilan birgalikda olib tashlanadi. Qovuqning yonbosh devorlarida joylashgan va siydik naychalarini ezib qo'ymagan o'smalar osonroq operatsiya bo'ladi.

Bu operatsiyani bajarish uchun, qorinni pastki qismi bo'yiga qarab yarim oy shaklida kesiladi. Qovuqni oldingi devori ochilgandan keyin uning o'sma egallagan qismi atrof to'qimalardan ajratiladi. Qovuq gumbazi, qorin pardasidan ham yaxshilab ajratiladi, qon ortiqcha oqmasligi uchun qovuqning yuqori va pastki arteriya va vena qon-tomirlari bog'lab qo'yiladi. Qovuq yaxshilab ajratilib, bo'yiga qarab kesiladi va o'sma aylanasiga kesib olib tashalanadi. Qovuq devorini, hamma qovuq yarasini ikki qatra ketgut iplar bilan tikiladi. Operatsiyani qovuqqa naycha kiritish bilan tugatiladi. Qovuqni tiqilgan yarasini oldiga drenaj qoldiriladi. Kerak bo'lsa qovuq atrofidagi to'qimalar uchun drenaj to'sni pastki qismini teshib kiritiladi.

Agar o'sma siydik naychasiga yoki uni jumbag'iga o'tgan bo'lsa, operatsiya ureterotsistostematoz bilan ham tugashi mumkin. Buning uchun siydik naychasini pastki qismi qovuqdan ajratilib, 3 sm atrofida yuqoriroqdan kesib, keyin boshqatdan qovuqqa ulab qo'yiladi.

O'sma qovuqni gumbaz qismida joylashgan bo'lsa, uni kesib olish uchun qovuq gumbazini o'ragan pardasi va uraxuslar ham qo'shib olinadi.

Operatsiyadan keyingi muddatni 2-3 kunida qovuqning kesgandan keyin tikib qo'yilgan yarasini oldiga qo'yilgan tampon olinadi, 1-12 kuni esa ya'ni qovuq yarasini bitishiga yaqin, rezina drenaj olib tashalanadi. Agar qovuq yarasi bu muddatda yaxshi bitmasa nayga yaradan siydik chiqmay qolguncha olib tashlanmaydi. Qovuq ichiga qo'yilgan naycha esa 12-14 kuni olinadi va shu zahotiyoq siydik kanali orqali qovuqqa naycha o'tkazilib qo'yiladi. Siydikning tabiiy yo'nalishi, kanaldagi naychani olib tashlanganidan keyin tiklanadi.

Qovuq bilan bir qatorda siydik naychasini bir qismi ham olib tashlangan bemorlarda kesilib yangitdan tiqilgan naychani ichiga kiritilib qo'yilgan ingichka rezina naychani holatidan doimiy xabardor bo'lib turilishi lozim.

Bu rezina nachasi odatda qovuq bilan siydik ulangan joyidagi iplarni yechilib ketish imkoniyatini oldini olish va ulamani yaxshi bitishi uchun yaxshi sharoit tug'dirish maqsadida qo'yiladi. Uni orasida 2 haftacha vaqt o'tgandan keyin olish mumkin.

Agar qovuq o'smasini kesib olishlikni imkoniyati bo'lmasa o'sma qovuqning ko'p joyini va ayniqsa uning bo'g'izini egallab olgan bo'lsa, *tistektomiya* – qovuqni butunlay olib tashlash operatsiyasi bajariladi. Bu operatsiyani juda og'ir va bemor uchun qiyin sharoitlarda, ya'ni o'sma juda tomirlab ketgan holatlarda qilishga to'g'ri keladi. Qovuq olib tashlangandan keyin siydik naychalari ichaklarga ulanib qo'yiladi.

Operatsiyaga tayyorgarlik. Bemorlardan qovuqni olib tashlash operatsiyasiga tayyorlash uchun ularni har tomonlama tekshirish, kuch-quvvatini ko'tarish (qon va boshqa subkliniklar qo'yish, dori-darmonlar yuborish kerak, qon-tomirlar va o'pkalarni ishini yaxshilash) ichaklarni ishini yaxshilash kabi ishlarni bajarish lozim. Bemorga bir hafta davomida sifon klizmalar qilinadi, oson xazim bo'ladigan ovqatlar beriladi, ichaklar dorilar bilan tozalanadi (enteroseptol kuniga 0,5 gr 3 mahal, levomitsetin 0,5 gr 4 mahal) operatsiyaga 3 kun qolganda bemorga kuniga 10 tomchiga 2-3 mahal opiy eritmasi berib turiladi.

Sistektomiyadan keyin siydik naychalari yo'g'on ichak bilan ulanadiki teri ustiga chiqarilib qo'yiladi. Ko'pincha *Brikker operatsiyasi* bajariladi, ya'ni ikkala siydik naychasini ham bir tomoni berk ipak haltaga ulanadi. Ichak lahtagini ochiq uchi terini ustiga chiqariladi. Operatsiyadan keyingi o'lim 5-15 % ni tashkil etadi.

Sistektomiya. Qovuqni ustidan qilingan operatsiya yarasi orqali bajariladi. Qovuq atrof to'qimalardan ajratiladi, qon oqayotgan tomirlari bog'lanadi. Qovuqni bog'lovchi tolalar kesilgandan keyin, qovuq prostata bezi bilan birgalikda olib tashlanadi. Qovuq o'rniga siydik kanali va qorindagi yaraga naycha o'tkaziladi.

Qovug'i olib tashlanib, siydik naychalari ichakka ulangan bemorlar 5 va undan ortiq yil yashaydilar. Siydik naychalari ichak lahtagiga ulanib, qovuqlar olib tashlangan operatsiyalar, qovuq rakini davolashda ancha yaxshi usullardan hisoblanadi. Bu operatsiyani bajarishlik uchun bemorning ahvoli umuman hali yaxshi, siydik yo'llarini vazifasi saqlangan bo'lishi kerak. Aks holda ichaklardagi ahlat siydik yo'llari orqali yuqoriga tomon yurishi ehtimoli bor.

Ureterosigmoanastomoz. Siydik naychalarini yo'g'on ichaklar bilan ulash, qovuqni yemirib olib tashlashdan oldin yoki undan keyin bajarilgani ma'qul.

Siydik naychalarini qovuqqa qayta ulashlikni juda ko'p usullari bor. Ammo bemor operatsiya qilinganda bu usullardan eng yengili va tez bajariladigani, naychani ichakka ulangan joyini mustahkamligini ta'minlaydigan usullarini tanlagani lozim. Shunga ko'ra ko'pchilik urologlar va xirurglar *Tixonov va Mirotvorsev usullarini* qo'llashadilar.

Tixonov usuli bilan bajarilganda qorinning oldingi devorini pastki qismi uzunasiga yoriladi. Umumiy yonbosh arteriya joylashgan yeridan siydik naychasini pastki qismi topiladi va uni ustini yopib turgan qorin pardasi 4-5 sm davomida ochiladi. Siydik naychasini, atrofida to'qimalardan qovuqqa yaqin joyini yaxshilab ajratib ikki marta bog'lanadi va uni yuqori qismi kesib olinadi. Siydik naychasining yuqori uchi tepaga tortilib yo'g'on ichakka yaqinlashtiriladi va ichakni qorin pardasi bilan qoplanmagan yeriga ulanadi.

Siydik naychasini ichak bilan ulash invaginatsiya usuli bilan tikiladi va yo'g'on ichakning chokka yaqin joyi teshiladi. Bu teshikka 1-1,5 uzunlikda siydik naychasini kirgizilib ichak devori tikilib tashlanadi. Qorin yarasi qatma-qat tikiladi. Ikkinchi siydik naychasi ham shu tariqa ichakka ulanadi.

Mirotvorsev usulini Tixonov usulidan farqi, siydik naychasi ichak bilan ulanayotganda «invaginatsiya» qilinmaydi, balki naychani uchi ichak teshigini chekkasiga («oxiri yonboshiga») qilib ulanadi.

Siydik naychasini ichak bilan ulash mumkin bo'lmagan holatlarda ko'pincha uni uchi biqinning terisini teshib, tashqariga chiqarib qo'yiladi.

Siydik naychasini, terining to'g'ri kelgan joyidan chiqarib qo'yish mumkin. Buning uchun qorin devorini kerakli joyi teshiladi va bu teshik orqali siydik naychasini qovuqdan kesib atrof to'qimalari bilan birgalikda ajratilgan qismi o'tkaziladi va teri yarasiga naycha uchidan 2-3 sm qoldirib, tikib qo'yiladi. Qorin yarasi ham tikiladi. Naychani teridan chiqib turgan qismi orqaga shimarilib tikib qo'yiladi. Siydik naychasi ichiga ingichka polietilen naycha tikiladi va siydik shu naycha orqali shisha idishga yig'iladi.

Operatsiyadan keyingi davr bunday katta operatsiyani kechirgan bemorlarda ancha og'ir o'tadi. Bunga sabab, operatsiya o'zini murakkabligi va kasallikni og'irligi. Yo'g'on ichakka yo'g'on rezina naychasi kiritilib qo'yiladi. Naychalarni ichidagi rezinalar 12-14 kun davomida ushlanib, keyin olib tashlanadi. Har ehtimolga ko'ra, yo'g'on ichakka qaytadan drenaj tikib qo'yiladi. Ichaklardagi drenajlarni olish muddati har safar alohida belgilanadi. Bu drenajlar o'rtacha 30-40 kun ushlanadi. Siydik naychalar teri yuzasiga chiqarilib qo'yilgan hollarda operatsiyani oqibati, siydik naychalarini holatiga bog'liq. Naycha teri darchasi yaxshi bo'lgandan keyin, ya'ni operatsiyadan 13-15 kun o'tkazib, trubkalar olib tashlanadi va ularning o'rniga yangisi kiritiladi. Bu naychalar tez-tez yaxshilab yuvib va almashtirilib turilishi lozim, chunki ularning atrofida tuzlar yig'ilib qolishi mumkin.

POLIATIV OPERATSIYALAR.

O'sma qovuqning bo'g'iz qismiga o'sib, uni berkitib qo'ysa, yoki qovuq ichi qonab, ivindilarga to'lishi tufayli o'tkir siydik tutilishi paydo bo'lsa, tezlik bilan qovuqni teshib, rezina naycha kiritish operatsiyasini bajarishga to'g'ri keladi. Agar siydik yuqori siydik yo'llarida ushlanib tiqilib qolayotgan bo'lsa va buni ustiga o'tkir yiringli pielonefrit, urosepsis, azotemiya, paydo bo'lsa, tezlik bilan pielonefrostomiya yoki ureterokutaneostomiya qilinishi lozim.

Qovuqdagi yemirilayotgan o'smadan oqayotgan qonni to'xtatish uchun qilinayotgan konservativ choralar natija bermasa, bemor operatsiya qilinadi va har ikkala tomondagi podchervnaya arteriyalari bog'lanadi.

KONSERVATIV DAVOLASH.

Nur bilan davolash mustaqil chora sifatida qovuq o'smalarini davolashda ham faqat ayrim hollarda operatsiya qilinib bo'lmaydigan hollardagina qo'llanilishi mumkin. Nur bilan davolash ko'pincha boshqa davolash usullari bilan birgalikda operatsiyaga tayyorgarlik sifatida, operatsiyani osonroq o'tishini ta'minlaydigan chora sifatida qo'llaniladi. Operatsiyadan keyingi muddatda nur bilan davolash, operatsiya paytida qovuq o'smasini yaxshi tozalab olib tashlashlikni iloji bo'lmagan holatlarda ham o'smani yana qaytalanishini oldini olish uchun qo'llaniladi.

Qovuq o'smasining nurlashni eng yaxshi foyda beruvchi usuli *telegammaterapiya* hisoblanadi. Oxirgi yillarda klinik tajribada, yuqori energiya (betatronlar, liniynie uskoriteli) manbalari, qovuq rakini davolashda yangi imkoniyatlar ochmoqda.

Dorilar bilan davolash, qovuq rakini mustaqil davolash usuli sifatida ham ta'siri qo'llanilsa yaxshiroq natija beradi. Eng yaxshi natija, o'smaga qarshi ishlatiladigan kimyoviy dorilardan siklofosfan (0,72 gr har kuni yoki kun ora venaga yoki mushak orasiga xrizomalin (0,5-1gr. Vena ichiga kun ora) va boshqalar shu jumladan tiofasamid (tio TEF) va dibunol (ionala) qovuqni ichiga yuborilsa yaxshiroq natijaga erishiladi.

Prognozi.

Hamma choralar o'z vaqtida ko'rilganda, prognoz anchagina durustroq bo'ladi. Yaxshi natijaga erishishning asosiy manbai, qovuq o'smasi bilan og'rigan bemorlarni ambulatoriyada yaxshi kuzatib borishlikda. Bunday o'smalarni juda ko'p qaytalanishi nazarga olingani holda, bemorlar hayoti davomida doimo sistoskopik nazorat qilinib turilishi kerak. Bu esa o'sma qaytalanganini o'z vaqtida aniqlab o'z vaqtida davolab turishlikka yordam beradi. Operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida har uch oyda keyingi yil davomida yiliga ikki marta undan keyingi yillarda yiliga bir marta sistoskopik nazorat o'tkazilib turishlik tavsiya qilinadi.

SIYDIK KANALI O'SMALARI.

Erkaklar va ayollarning siydik kanallarining tuzilishlari bir-biriga o'xshash bo'lmaganligi tufayli, ularning o'smalari ham har xil bo'ladi. Ayollarda ham, erkaklarda ham siydik kanali o'smalari xavfsiz yoki xavfli bo'lishi mumkin.

AYOLLAR SIYDIK KANALI O'SMALARI.

Xavfsiz o'smalar.

Ayollar siydik kanali xavfsiz o'smalari ichida eng ko'p uchraydigan *poliplar* kamrog'i esa *papillomalardir*. Bu o'smalarning tashqi ko'rinishida bir-biriga o'xshashliklari oyoqlarini borligida, ammo poliplarning tashqi sirti tekis bo'lsa, papillomalarning tashqi sirti notekis, tukli bo'ladi. Ularning har ikkalasi ham ko'proq uretrani tashqi teshigini atrofida joylashgan bo'lib, mikroskop ostida tekshirilganda, tuzilishi poliplarni yopuvchi epiteliya yoki uretrani bezlarini epiteliysiga o'xshash hujayralardan tashkil topgan o'sma ekanligi ko'zga tashlanadi. Ayollar siydik

kanalining boshqa xavfsiz o'smalari (angiomalar, fibromalar, miomalar va boshqalar) juda kam uchraydi. O'smalar ko'proq 40 yosh atrofidagi ayollarda uchraydi.

Ayollar siydik xavfsiz o'smalarining asosiy belgilariga bemorlardagi qandaydir peshob noqulayligi, yoki har xil og'riqlarning paydo bo'lishligi, siydik ajralishining buzilishi yoki qiyinlashuvi, ba'zan esa bemorlar qattiq harakat qilganlarida, yurganlarida siydik kanali o'smalarini qonab ketish xavfi kabi belgilar kiradi.

Bemorlar tez-tez ko'rikdan o'tib tursalar kasallikni tashxisi uncha qiyin emas. Ko'pincha ayollarni urogloglarga, ginekologlar yuboradilar. Odatda polip va papillomani siydik kanali shilliq pardasini osilib qolish holatlaridan farqlashga to'g'ri keladi. Bu holatni tekshirish chun uretra ichiga buj yoki kateter tiqilib ko'rilsa, uretrani shilliq pardasi shalvirab qolgan bo'lsa yozilib ketadi va o'sma yo'qoladi.

Ayollarni siydik kanalining xavfsiz o'smasini davolash asosan operatsiya yo'li bilan bo'lgani yaxshi. Operatsiya qilish uchun asos bo'lib o'smani tez o'sishi, uning hajmining kattalashib borishi, qon oqishi, yallig'lanib ketishidir. Operatsiya o'smaning tos tomiri bilan kesib tashlashlikdan iborat. Ba'zan qo'llanilayotgan kimyoviy moddalar yoki elektr toki yordamida kuydirib yuborishlar asosan vaqtincha yordam beradi, bemorni kasallikdan butunlay qutqarmaydi. Oqibatda holat rakka o'tib ketish xavfi tug'iladi.

R A K.

Ayollarda siydik kanali raki kam uchraydi. Asosan ular papilyar rak bo'lib, ko'pincha siydik kanalini tashqi teshigini atrofida joylashadi. Kasallikning asosiy belgilariga, siydik kanalidan ajraladigan qonga o'xshash suyuqlik, bemor siyganda qiyinchilik va og'riq sezishi ba'zan esa siydik yiringli bo'lib ham ajralishi va boshqalarni ko'rsatish mumkin. O'sma atrof yaqinidagi limfa tugunlariga metastazlanadi.

Ayollarda siydik kanali o'smalarini aniqlashda uning tashqi teshigi atrofidagi keng asosli yuqorisi shilini, qonagan o'smaga e'tibor berish kerak. Aniq bo'lmagan hollarda o'smadan ozgina kesib olib, mikroskopik ostida tekshirish kerak. O'smani tarqatgan metastazlarini aniqlash uchun, limfangiodenografiya yoki limfoskanirlash qilish kerak.

Davolash har tomonlama bo'lishligi lozim: Operatsiyadan oldin va keyin nur bilan davolash va o'smani atroficha sog'lom to'qimalar chegarasidan kesib olishlik lozim. Operatsiya bilan bir qatorda yoki keyin uni oxirida chov boldir limfa tugunlarini ularni atrofidagi yog' to'qimalari bilan birgalikda (ikki tomonlama chov limfa tugunlarini olib tashlash, ya'ni Dyuken operatsiyachi) ba'zan esa yonbosh chuqurchasidagi limfa tugunlarini ham olib tashlanishi lozim.

ERKAKLARDA SIYDIK KANALI O'SMALARI.

Erkaklarda siydik kanalining xavfsiz o'smalarini eng ko'p uchraydiganlaridan *o'tkir uchli kondiloma* bo'lib, u ko'pincha siydik kanalining tashqi teshigini yonida joylashadi. Ular uncha katta bo'lmagan ozgina shalpaygan, xujagat yoki gulli karamga o'xshash o'smadir. Ular mikroskopda tekshirilganda qoplovchi epiteliydan tashkil topganligi aniqlanadi. Kasallik juda yuqumli, chunki uni virus tarqatadi. Shuning uchun uni *virusli papilloma* deb atalsa ham bo'ladi.

Erkaklarning siydik kanalidagi papillomalarni davolash qat'iy bo'lishi, ya'ni o'smani sog'lom to'qimalar chegarasidan kesib olib tashlashlik kerak. Bu

operatsiyani ko`pincha elektr pichoq yordamida qilinadi. Bunda qon oqish oson to`xtaydi va ancha muncha rak hujayralari yaxshi yo`qoladi.

Siydik kanalini rak kasalligi erkaklarda ko`pincha 40 yoshdan keyin uchraydi. Odatda u siydik kanali tashqi teshigini atrofida, kamroq uning boshqa qismlarida joylashadi. O`smanni tashqi ko`rinishi gulli karamga o`xshaydi. Gistologiya qilinganda ko`proq yassi hujayrali rak topiladi.

Kasallikning boshlang`ich belgilariga : uretradan qon ajralishi, suyuqlik chiqishi, peshobni og`riq va qiyinchilik bilan bo`lishi kiradi. Keyinchalik esa yiringli suyuqlik chiqib boshlaydi, jinsiy a`zoda ham o`sma paydo bo`ladi, u asta-sekin siydik va jinsiy a`zoni boshqa to`qimalariga o`sib kiradi. Limfa tugunlari yallig`lanadi, ular ichida ham o`sma hujayralari ko`paya boradi. Kasallikning og`ir holatlarida siyish jarayoni butunlay to`xtab qoladi, o`smanning chirishi natijasida zakarni ayrim joylaridan siydikka darcha ochilishi ham mumkin.

Kasallikning boshlang`ich hollarida uni aniqlash anchagina qiyin. Shuning uchun siydik kanalidan qon tomchigan bemorlarni juda sinchiklab e`tibor bilan tekshirishlik zarur. Bunday holatlarda uretroskopiya va ureterografiya qilingani ma`qul. Siydik kanali bo`ylab shish paydo bo`lganda kasallikni aniqlanishi osonroq bo`lsada, ba`zan o`smanni aniqlash uchun o`sma bor joyini kesib olib tekshirishlikka to`g`ri keladi. Davolash har doim to`la tekis olib borilishi lozim. Buning uchun siydik kanalini kesib tashlashlik kerak bo`lsa, zakarni ham olib tashlashlikka to`g`ri keladi. Amputatsiya qilish operatsiyasidan oldin va undan keyin rentgen nurlarini qo`llashlik kerak bo`lsa, limfa tomirlarini va tugunchalarini qo`shib olib tashlashlik (Dyukeni operatsiyasi) mumkin.

O q i b a t i .

Siydik kanalining xavfsiz o`smalari oqibati uncha yomon emas, ammo ayollarda ham erkaklarda ham siydik kanali rakini oqibati ancha murakkab. Bu bemorlarni faqat 1-4 qismini 5 yil umr ko`rishligini ta`minlash anchagina qiyin. Kasallikning oqibati uni qachon aniqlanganligiga yoki uni yaqin atroflarga bergan metastazlariga bog`liq. Agar metastazlar bor bo`lsa, unda oqibat ancha yomon bo`ladi.

PROSTATA BEZI O`SMALARI.

Prostata bezining xavfsiz o`smalariga uretra oldi bezlarining adenomasi kiradi. Ko`p uchraydigan xavfli o`smalarga esa prostata bezining boshqa o`smalari (sarkoma va boshqalar) kiradi, lekin juda kam uchraydi.

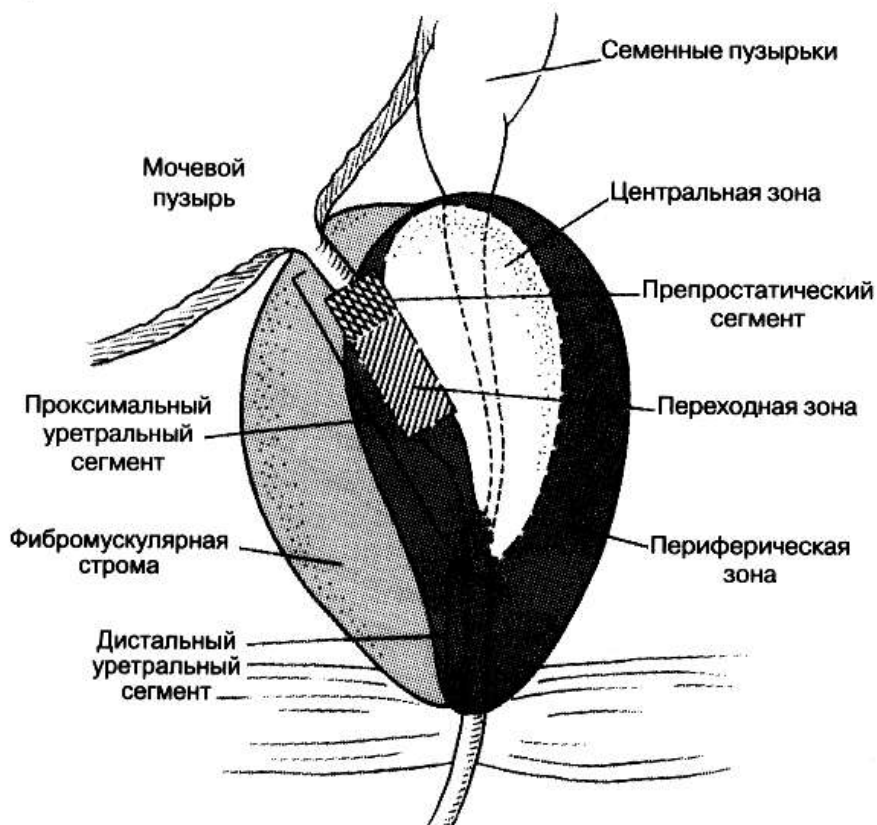
PROSTATA BEZI ADENOMASI.

(Siydik kanali oldi bezlari).

(Kelib chiqishi nuqtai nazaridan bu kasallikni siydik oldi bezlarining adenomasi deb atashlik to`g`ri, ammo odat tusiga kirib qolgan prostata bezining adenomasi degan nom bilan ham ifodalansa noto`g`ri bo`lmaydi –Red.).

Prostata bezining adenomasi yuqori yoshdagi erkaklarda anchagina ko`p tarqalgan kasallikdir. 50 yoshdan yuqoridagi sog`lom erkaklar tekshirilganda, ularning orasida 10-15 % da kasallik aniqlanadi, ammo ularning hammasida ham kasallik belgilari aniqlanavermaydi.

123-rasm. Prostata bezi tuzilishi chizmasi.



Etiologiyasi.

Prostata bezi adenomasini kelib chiqishi haligacha to'liq aniqlangan emas. Bu borada albatta garmonlarning katta ahamiyati bor. Kasallikni ayni qariyalarda uchrashligi (yoshlar orasida bu kasallik juda kam uchraydi) buni guvohidir. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribalardan olingan natija metastazlar ham shuni tasdiqlaydi. Hayvonlarga estragenlar bilan ta'sir qilinganda, ularda prostata adenomasiga o'xshash holatlar yuzaga chiqqan, prostata bezi adenomasini erkaklarda uchraydigan klimaksga taqqoslasa bo'ladi. Moyaklarning vazifasi pasayishi va shu tufayli ayollar jinsiy gormonlarini erkaklarnikiga nisbatan ustun bo'lib ketishligi degan xulosa ham kelib chiqadi.

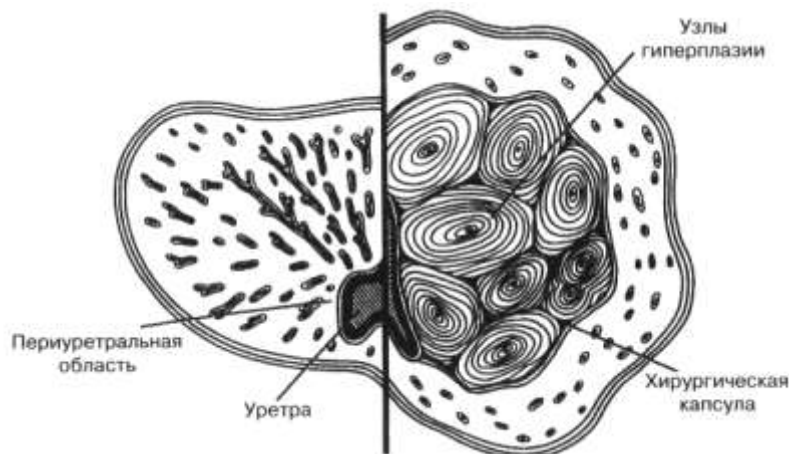
Patogenezi.

Hozirgi zamonda prostata bezi adenomasini kelib chiqishi to'g'risida quyidagi nazariya qabul qilingan. Erkaklar qariganlari sari ular moyaklari vazifasining pasayishi, organizmda erkak jinsiy gormonlar – androgenlarning ozayishiga olib boradi. Organizm ichki sekretsiyasi bezlarining bir-birlari bilan aloqasi o'zgaradi, natijada gipofizni oldingi qismidan ajraladigan gonodotrop gormoni ko'payadi. Bu garmonni ta'siri ostida siydik kanali atrofida bezlar kattalashadi va adenoma paydo bo'ladi. Albatta prostata adenomasining kelib chiqishida, gormonlar muvozanatidan tashqari kichik tos ichidagi vena tomirlarining chigallarida va prostata bezida qonni dimlanib qolishining ham ahamiyati katta.

Kasallik asosan o'tirib ish qiluvchilar orasida ko'proq uchraydi. Tug'ma omillarning ham ahamiyati bor, chunki bir oila a'zolarining ichida kasallikni ko'proq tarqalishligi ma'lum.

Patologik anatomiyasi.

Prostata adenomasi prostata bezi joylashgan siydik kanalining yonidagi (parauretral) bezlaridan o'sgan o'sma ekanligi hozirgi paytda aniqlangan. Siydik kanali atrofidagi bezlar adenomasi o'sib, prostata bezini kattalashtirmaydi, balki uni ezib atrofiyaga olib boradi. Keyinchalik prostata bezi, adenomani qobig'iga aylanib qoladi. Uni, adenomani jarrohlik qobig'i deb ham atashadi. Chunki adenomani operatsiya paytida olib tashlashlik uchun, bu kapsulani teshish kerak bo'ladi. Adenomaning asosan uchta bo'limi bor : bitta o'rta va ikkita yonbosh bo'limlari. Yonbosh bo'limlari uretrani ikki yonida va bo'ynida, o'rta bo'limi esa uni orqasida joylashgan bo'ladi. Bezni og'irligi har xil bir necha grammadan 300-400 gr. va undan ham ko'proq bo'lishi mumkin.



Norma

Havfsiz giperplaziya

124-rasm. Prostata bezi havfsiz giperplaziyasida anatomic o'zgarishlar.

Ko'pincha to'g'ri ichak tomonga (qovuq osti turi) o'sadi. Qovuqni ichiga qarab o'sgan hollarida siyishni buzilishi ko'proq yuzaga chiqsada, paypaslab qaralganda bez uncha kattaga o'xshamaydi.

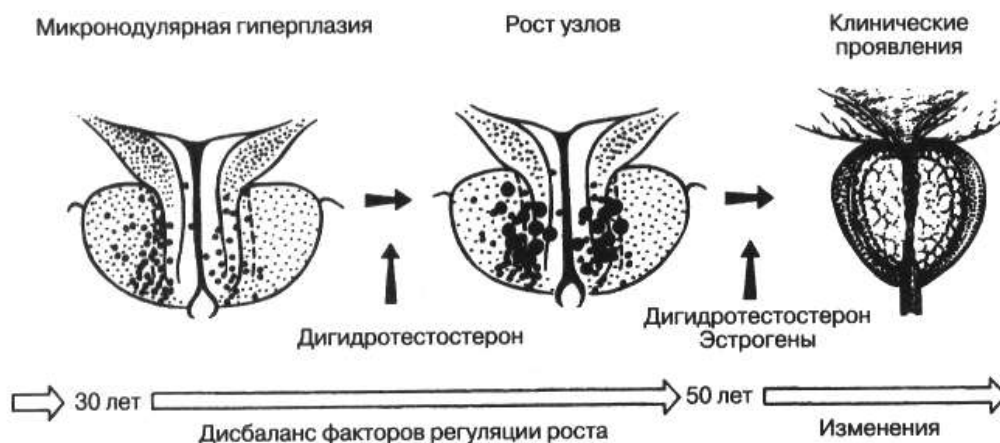
Adenoma mikroskop ostida tekshirilganda asosan, silindrik epiteliy bilan yopilgan bez to'plamlarini, kistalar, mushak va qo'shuvchi to'qimalar tolalari topiladi. Yuqorida aytilgan to'qimalarning qaysi birini oz ko'pligiga qarab bez adenomasi, fibroadenoma, adenomioma, aralash formalar bo'ladi. Ko'proq fibroadenomatoz va adenomatoz turlari uchraydi.

Prostata bezining adenomasi paydo bo'lishi bilanoq, buyrak va siydik yo'llarida sezilarli o'zgarishlar boshlanadi. Prostata bezining o'sishi, siydik kanalining shu qismini uzaytiradi va tuzilishini o'zgartiradi. Qovuqni devori qalinlashadi. G'adirdir bo'lib qoladi. Prostata adenomasi o'sgani sari yuqori siydik yo'llarida va buyraklarda o'zgarishlar tobora ortib boradi. Ba'zan har ikkala tomonning ham jumboqlarini prostata adenomasi ezib qo'yadi. Natijada yuqori siydik yo'llari, keyinchalik buyraklarning ichki bo'shliqlari ham kengayadi. Siyishni qiyinlashganligi tufayli qovuqni ichki bosimi ortadi. Bu esa siydik yo'llaridan va keyinchalik buyraklardan ham siydikni ajratmay qo'yadi. Qovuq juda ham kengayib butunlay qisqara olmaydigan holatga keladi, jumboqlarni uchi ochilib ular orqali qovuqdagi siydik yuqoriga qarab intiladi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Prostata bezi adenomasining belgilari, kasallikni bosqichlariga bog'liq bo'lgan peshobning buzilishi (tezlashishi, qiyinlashishi), hamda buyraklarni vazifasini buzilishi bilan ifodalanadi. Kasallikni klinik kechishini, qovuq va yuqori siydik

yo'llarini, holatini belgilovchi, uch bosqichga: kompensatsiyalashgan, subkompensatsiyalashgan va dekompensatsiyalashgan bosqichlarga bo'linadi.



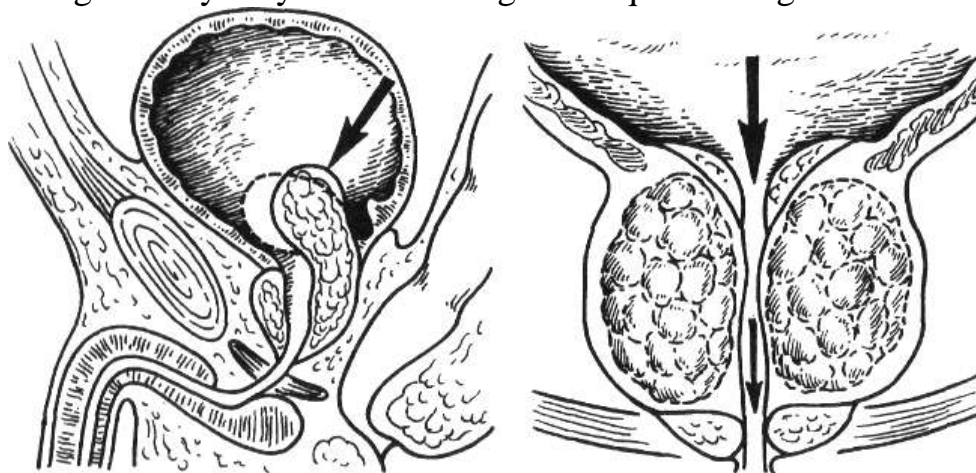
125-rasm. Prostata bezi havfsiz giperplaziyasi rivojlanish jarayoni.

Birinchi kompensatsiyalashgan bosqichiga qovuqni siydikdan butunlay bo'shay olishi, uning devorlarini qalinlashuviga bog'liq bo'lib, bu bahonada, buyrak va yuqori siydik yo'llarining ishi uncha buzilgan emas. (Buyrak yetishmovchiligini latent yoki kompensator bosqichi)ligi xarakterlidir. Bu bosqichda kasallik belgilari quyidagicha : peshobga intilish tezlashadi, ayniqsa kechalari peshob qiyinlashadi va uni vaqti uzayadi. Siydik oqimi sekinlashadi va ingichkalashadi, peshobga borilganda siydik to'g'riga oqmay, oyoqlarga qarab tushadi. Kechasi peshobga yugurishlikni boisi, tos vena tomirlariga qonni yig'ilib qolishi va bezni shishidan kelib chiqadi. Ana shu sababli bemorlar ertalab birinchi marta siyish uchun anchagina qiyinchilik tortadilar. Siydik bemorni ancha vaqt kuchantirib, keyin chiqadi. Kunduzi aksincha bemor yugurib, ishlab harakat qilgani sababli siyish anchagina osonlashadi. Prostata adenomasining birinchi darajasi uchun juda xarakterli belgilardan – buyrakli chiqarish, ya'ni kasal qo'qqisidan shu qadar qattiq siygisi keladiki, unda hatto uzini tutib olishga imkoniyati topa olmaydi va tezda siyishga urinadi. Aks holda siydik o'z-o'zidan oqib ketishi mumkin.

Kasallikning ikkinchi darajasida esa, qovuq yuqori siydik yo'larida buyraklarda dekompensatsiyani (subkompensatsiyani) boshlanishi bilan ifodalanadi. Bu darajani o'ziga xos belgisi qoldiq siydik ya'ni kasal o'zi siygandan keyin chiqmay qolgan siydik. Bu bosqichda qovuqdagi gipotoniya (shalpayishini)ni tarqalishi tufayli endi detruzor, qovuqdagi siydikni to'liq siqib chiqara olmaydi va shu munosabat bilan kundan-kunga qoldiq siydik hajmi tobora ortib boradi (surunkali chala siydik tutilishi). Adenomani qovuqning bo'g'iz qismini ezib turishi, qovuqdagi siydikning ajralishiga to'sqinlik qiladi va uning ichki bosimini ortishiga, yuqori siydik yo'llarini va keyinchalik buyrakni ham kengayishiga olib keladi. Shu munosabat bilan buyrak ishi ham ayniydi. Surunkali buyrak yetishmovchiligini kompensator yoki intermitterlovchi darajasi paydo bo'ladi.

Prostata adenomasining ikkinchi bosqichiga xos eng asosiy belgi, peshobdan keyin qovuqni to'liq bo'shamasligi to'g'risida taassurot. Bora-bora peshob undan kam qiyinlasha boradi, hajmi ozayadi, shunga ko'ra bemor siyishdan qanoatlanmaydi. Bemorning suvga tashnaligi, tez-tez suv ichishi, og'zini qurishi, siydik miqdorining oshishi, unda buyrak vazifasini yanada chuqurroq buzilayotganligidan darak beradi. Qoldiq siydik asta-sekin 1 l ham ortib ketadi.

Kasallikning kuchaya borishi, uning uchinchi bosqichiga, qovuq vazifasini butunlay buzilishiga va buyrak yetishmovchiligini chuqurlashuviga olib boradi.



126-rasm. Prostata bezi konfiguratsiyasini siydik ajratishga ta'siri.

Bu oxirgi darajada, kuchini butunlay yo'qotib, bo'shashib qolgan qovuq muskulaturasi endi siydikni qovuqdan haydashlikka hech qanday iloji qolmaydi. Qovuq juda kengayib ketadi. Shu munosabat bilan faqat siydik haydovchi emas, balki siydikni tutib turuvchi muskullar ham bo'shashib ketadi. Siydik kattalashib ketgan qovuqni va yirilib ketgan ichki sfinkterni to'ldiradi va asta-sekin yuqori siydik yo'llaridan ajralayotgan siydik qovuqqa sig'may, tomchi – tomchi bo'lib siydik kanali uchidan oqib turadigan bo'lib qoladi. Bunday hol paradoksal ishuriya deb ataladi. Ana shu holat kasallikni uchinchi pog'onasining asosiy belgisidir. Yuqori siydik yo'llari va buyraklarni siydik ajratish va uni chiqarish qobiliyatini juda yomonlashib ketganligidan darak beruvchi bu holat yanada kuchayadi. Endilikda buyrak yetishmovchiligiga olib boradi. Qonda azot eritmalari ko'payadi. Bemor o'z vaqtida yaxshilab davolanmasa, u albatta halok bo'ladi.

Prostata adenomasi klinik oqimini har pog'onasining o'ziga xos asorati bo'ladi. Kasallikning birinchi va ikkinchi pog'onalarida siydikni oz-muncha o'zgarib qolishidan tashqari ba'zan o'tkir to'liq siydik tutilishi holatlari ham uchrab turadi. Bunday holatlar ko'proq e'tiborsizlikdan: parxez buzish (ko'pincha spirtli ichimliklar iste'mol qilish) sovqotish, ich qotish, uzoq siydikni chiqarmay tutib yurish hollarida rivojlanadi. Bunday qo'qqis o'tkir siydik tutilishining sababi o'zi kattalashib turgan prostata adenomasining to'qimalarida shish paydo bo'lishi natijasida yoki qovuq atrofidagi qon-tomirlarining kengayishida. Shular tufayli siydik kanali juda ham torayib siydikni butunlay o'tkazmay qo'yadi.

Ayrim hollarda to'xtalgan siydik o'z holicha yurishib ketadi. Ammo ko'pincha bemor siydigi kateter yordamida chiqariladi. Siydik bir ikki marta kateter yordamida chiqarilgandan keyin, ba'zi bemorlarda tabiiy siydik chiqishi o'z holicha qaytatdan tiklanadi. Ko'p bemorlarda bunday hol yuz bermaydi. Shuning uchun ularni ko'pchiligi shoshilinch ravishda operatsiya qilinadi. Agar tabiiy peshob o'z holiga qaytgan taqdirda ham, keyinchalik yana qaytatdan to'xtab qolishi mumkin.

Prostata adenomasida qon siyishlik anchagina ko'p uchrab turadi. Qon asosan qovuqni bo'g'zidagi yo'g'onlashib ketgan vena qon-tomirlaridan chiqadi. Ba'zan qon shu qadar oqadiki, hatto qovuqqa uni ivib qolgan qismlari yig'ilib, qovuqni shishiradi va siydik ajralishini qiyinlashtirib qo'yadi. Bunday holatlarda ham shoshilinch ravishda operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Prostata bezi adenomasi bo'lganda ko'pincha qovuqda tosh ham paydo bo'ladi. Ular son jihatdan yagona va ko'p miqdorda hajmlari har xil, tashqi ko'rinishi ko'pincha yumaloq yoki sal-pal uzunchoqroq, kimyoviy tarkibi urat yoki fosfatlardan tashkil topgan bo'ladi. Toshlar qovuqqa asosan buyraklardan tushgan bo'ladi. Ba'zan esa, prostata adenomasi bo'lganda yoki siydikni bemalol oqib chiqishiga boshqa to'sqinlik bor bo'lganda qovuqni o'zida ham paydo bo'lishi mumkin. Prostata adenomasiga tosh kasalligini qo'shilib qolganligini asosiy belgilaridan biri, siyishga yugurishni kechasi emas, balki kunduzgisining ko'paysishi, ayniqsa bemor ko'proq harakat qilganida yanada ko'payib ketishi misol bo'la oladi. Bunda qovuqda kuchli siydik kanali uchiga yo'naluvchi og'riq paydo bo'ladi, peshob paytida birdaniga siydik to'xtab ham qoladi.

Prostata adenomasining borishi unga yallig'lanish jarayonini qo'shilishi bilan mushkullashishi mumkin. Bu yallig'lanish siydik yo'lini har xil bo'limiga(uretrit, sistit, prostatit, epididimit va epididimorxit) oid bo'lishi mumkin. ammo o'tkir va surunkali pielonefrit alohida o'rin egallaydi, chunki bunga prosta adenomasiga xos bo'lgan pastki siydik yo'llarini torayishi sababli, siydik ajralishini yomonlashuvi emas, balki yuqori siydik yo'llarini ham yomonlashuvi sababchidir. Surunkali pielonefrit asta-sekin nefrosklerozga aylanadi va oqibatda surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib boradi.

T a s h x i s .

Kasallikni aniqlashda bemordan batafsil hol-ahvol so'rashlik katta o'rin egallaydi. Bemorni yaxshilab ko'rishlik, paypaslash va boshqa imkoniyatlarni qo'llashlikni ham katta ahamiyati bor.

Bemorga bir qarash bilanoq, uni ko'tarilib turgan qovug'iga nazar tashlash mumkin. Bunday qovuqni paypaslaganda qov ustidagi yumaloq, qattiq shishmani uchratish mumkin, agar to'qqillatilsa past, to'liq ovoz eshitiladi.

Kasallikni aniqlashda prostata bezini to'g'ri ichak orqali paypaslab ko'rishlik ham katta ahamiyatga ega. Siydik kanali oldi bezlarini prostata bezlaridan 1:1/2; 2; 3 marta kattaligi aniqlanadi. Bezning yuqorisi tekkis bo'limlari orasidagi ariqcha tekkislanib ketgan, chegaralari aniq, unga to'g'ri ichak devori yopishmagan, anchagina qattiq bo'ladi.

Tekshirishning oxirgi nuqtasi asboblari yordamida qovning ustida paypaslanilgan shishma haqiqatdan qovuq yoki boshqa narsa ekanligi aniqlaniladi. Kateter tiqilib siydik chiqarilib yuborilganidan keyin shishma yo'qolib ketsa, demak u qovuq, agar yo'qolmasa demak bo'lak narsa deb tushuniladi. Kateter yordamida siydik kanalini toraygan joyi aniqlanadi. Kateterizatsiya qilayotib uchratgan to'sqinlik torayish bo'lsa, uni darrov yengib o'tib ketish anchagina qiyin, ammo bu to'siqlik kattalashgan adenoma sababli paydo bo'lgan bo'lsa, kateter toraygan joydan deyarli o'taveradi. Qovuqni kateterizatsiya qilish uchun avvalom bor rezinadan yasalgan, uchi o'tkirlashgan (*Timann kateteri*) kateterdan foydanilgani ma'qul.

Prostata adenomasini yonboshdagi qismlarini qovuqni ichiga osilib turgan (parda belgisi) va uni qovuqning orqa qismiga kirib turgan o'rta qismini, sistoskopiya orqali shilliq parda borligi aniqlanadi. Ba'zan esa bu shilliq pardalar yengil qizarganini yoki vena qon-tomirlarini anchagina kengayganini ko'ramiz. Sistoskopiya yordamida qovuqni ichida har xil noteksiliklar - «trabekulalarni» ko'rish mumkin. Ba'zan esa chuqurliklar anchagina keng bo'lib ularning ba'zilarini

«soxta» divertikullarga o'xshatish ham mumkin. Prostata adenomasiga yo'ldosh kasalliklar sifatida, qovuqda tosh yoki har xil o'smalarni topish mumkin. siydik naychalarining jumboqlari adenoma tugunchalari bilan ko'tarilib, anchagina shishib qolgan holatda bo'ladi. Ba'zan prostata adenomasining anchagina shishib ketganligi sababli, naycha jumboqlari umuman ko'rinmay ham ketadi. Kattalashib ketgan prostata adenomasini qoplab turgan shilliq parda yoki boshqa kasalliklar (qonab ketish, o'tkir prostatit, o'tkir epididimit) kelib chiqishi mumkinligini nazarda tutilgani holda hadeb bo'lar-bo'lmasga sistoskopiya qilaverish ham yaramaydi. Sistoskopiyaning faqat eng qattiq zaruriyat tug'ilganda, tashxis qo'yishlik uchun qiyinchilik paydo bo'lganda yoki asosiy kasallikdan bo'lak boshqa bironta qo'shimcha kasallikni boshqa hech qanday yo'li bilan aniqlashga imkoniyat qolmagan taqdirdagina qilish mumkin. Xuddi shu nuqtai nazardan qovuqni kateterizatsiya qilinishiga ham chek qo'yilgani ma'qul. Qoldiq siydikni va sistografiyani qilish uchun esa kateterizatsiya qilmay boshqa ilojini qilish ham mumkin.

Radioizotop hamda rentgen usullari prostata adenomasini tekshirishda alohida o'rin egallaydi. Buyrak va yuqori siydik yo'llarini holatini tekshirish uchun ekskretor urografiya qilish kerak.

Prostata adenomasi bilan kasallangan bemorlarning buyrak va yuqori siydik yo'llarini holati, kasallik bosqichiga bog'liq. Kasallikning 1 - bosqichida ekskretor urogramma odatdagidan o'zgarmagan bo'ladi. 2- bosqichida buyrakning jom va kosachalari, hamda siydik naychasini ozmuncha kengaygani topiladi. 3-bosqichda buyraklar rentgenokonstrast moddalarni yomonroq ajratadi, gidroureteronefroz boshlanadi. Prostata adenomalari kattalashib siydik naychalarini jumboqlarni ezib, siydik ajralishini yomonlashtirganda qovuqni siydikdan bo'shatilganda ham yuqori siydik yo'llaridan siydik yaxshi chiqq olmay to'xtalib qolaveradi. Xuddi shu paytlarda ekskretor urografiya qilinsa, siydik naychalarida o'ziga xos o'zgarishlar-naychalar intramural qismini torayganini hamda yo'qsatavezikal qismini baliq ushlaydigan qarmoq singari egilgan holatini ko'rish mumkin.

Kasallikning keyingi kezlarda buyraklardan ajralgan rentgenokonstrast moddalarni qovuqqa yaxshilab to'ldirib ko'rilganda, qovuqni bo'yin qismida kontrast moddadadan holi, gumbazga o'xshagan ya'ni prostata adenomasi egallagan qismini ko'rish mumkin. Bemor siyib olgandan keyin yana bir rentgen qilinsa, qoldiq siydikni va uning hajmini aniqlash mumkin.

Agar sistogrammada holat aniqlanmasa, unda ko'tariluvchi sistogramma qilish kerak. Buning uchun qovuqqa kateter orqali rentgenokonstrast modda yoki kislorod yuboriladi va rentgen rasmi olinadi. Agar qovuqda tosh, prostata adenomasi yoki boshqa biron o'sma bo'lsa, uni aniqlab ko'rish mumkin. Uretrogramma qilinsa, zakarni bez egallagan joyini uzayganini ko'rish mumkin. Hozirgi paytda bir vaqtning o'zida qovuqqa suyuq kontrast modda hamda kislorod yuborilib rentgen qilinmoqda. Bu bilan qovuqning chegarasi hamda uning ichidagi o'sma yoki toshni aniq ko'rish mumkin.

Ko'pincha prostata adenomasi qilingan sistografiyalarda, siydikni qovuqdan orqaga siydik naychasi tomon yo'nalganini (reflyuks) ko'rish mumkin.

Radioizotop usuli bilan tekshirilganda buyraklarni ishlash qobiliyati qovuqni siydik haydash qobiliyati (radioizotopnaya urofloumetriya), qoldiq siydikni va uning

aniqlash (izotop tsistometriya) mumkin. Qonga izotopni yuborib uni qovuqqa tushguniga qadar qovuqni ustidagi radioaktiv holatini siyishdan oldin va keyin tekshiriladi va uning farqiga ko'ra qovuqdagi qoldiq siydikni hajmi aniqlanadi. Xuddi shunga o'xshash tekshirib qoldiq siydik ultratovush usuli bilan ham aniqlanadi.

Prostata adenomasi bor bemorlar buyraklarini ishlash holati, qonni ivish va ivimaslik qobiliyati va boshqa biokimyoviy ko'rsatkichlar tahlil, tekshirishlar orqali aniqlanadi. Bemorlarning ko'pchiligi katta yoshda bo'lganligi sababli ularni har tomonlama tekshirishlik (elektrokardiografiya, rentgenografiya va boshqalar) katta ahamiyatga ega.

Farqlovchi tashxis.

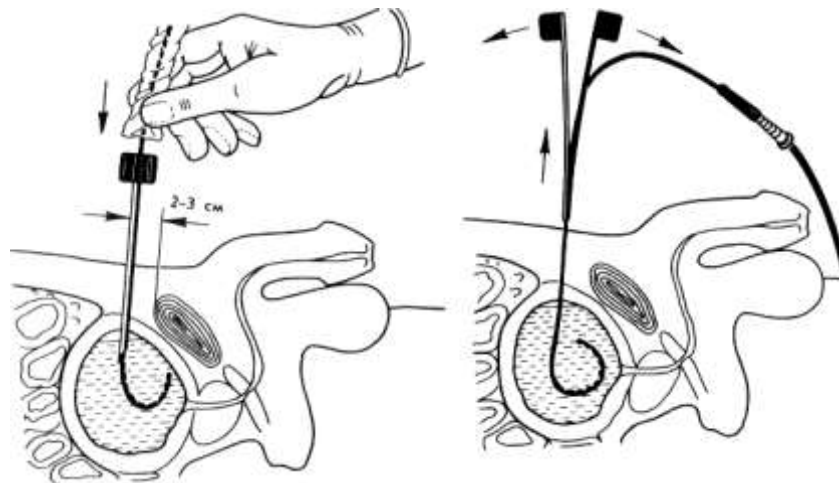
Prostata adenomasining o'ziga xos klinik belgilariga ko'ra, siydik ajralishini o'zgartiradigan ko'pgina kasalliklarga masalan: zakarni torayishi, qovuq bo'g'zi sklerozi, surunkali prostatit, prostata raki, qovuq bo'g'zi raki, qovuq neyrogen disfunktsiyasiga o'xshab ketadi.

Bu kasalliklarni bir-biridan ajratish belgilari bor. prostata raki o'zining qattiqligi, g'adir-budirliigi, suyaklardagi metastazlari bilan farqlanadi. Siydik kanali torayishida tor joydan kateter o'tmaydi va rentgenogrammalarda toraygan joy ko'rinadi. Qovuqni bo'yin qismidagi rak, sistoskop yordamida tekshirilib aniqlanadi. Qovuq bo'yin qismining torayishi (*Marion kasalligi*) qovuqni bo'yin sohasidagi prostata beziga aloqasi bo'lmagan chigallarni borligiga qarab qovuqni neyrogen gipo- yoki atoniyasini esa siydik yo'llarida hech qanday to'siq bo'lmasa ham mustaqil siyishni buzilishi natijasida kattalashib ketgan qovuqni borligiga ko'ra aniqlanadi.

D a v o s i.

Prostata adenomasi bilan og'rigan bemorlarni davolashning birdan bir chorasi operatsiyadir. Gormonlar (ko'pincha erkaklar jinsiy gormonlari, ba'zan ayollar gormonlari) bilan davolash yaxshi natija bermasada, ularni ba'zi sabablarga ko'ra operatsiya qilish mumkin bo'lmagan hollarda ayrim bemorlarda qo'llaniladi. Gormonlar bilan davolash natijasida bez va uning atrofida qattiq chigallar paydo bo'lib, ular operatsiya qilish paytida katta halokat ko'rsatadi va operatsiyaning oqibatini yomonroq bo'lishiga sababchi bo'ladilar.

Operativ davolash radikal va paliativ, keskin va yengillashtiruvchi bo'lishi mumkin. Agar bemor anchagina ulg'aygan bo'lib, u har xil qo'shimcha dardlarga (tarqalgan ateroskleroz, pnevmo- va kardioskleroz, jigar va buyraklarni vazifalari buzilgani va hokazolar) muhtalo bo'lgan bo'lsa, hamda operatsiyadan keyin hosil bo'ladigan jarohatni og'irligini nazarda tutib, bemorni operatsiyaga anchagina sinchiklab tayyorlangani ma'qul.



127-rasm. Troakar tsistostomiya.

Operatsiyadan avvalgi muddatda qon-tomir va yurakni faoliyatini yaxshilovchi, jigar va buyraklarni quvvatlovchi, prostata bezida va buyraklarda yallig'lanish jarayonini davolovchi dori - darmonlardan keng foydanilsa yaxshi bo'ladi.

Buyrak faoliyatini aynishini keyingi (prostata adenomasining 3 darajasida) bosqichlarida bemorlarni keskin operatsiyaga tayyorlashlik uchun eng zarur bo'lgan buyrak yetishmovchiligini yo'qotishning asosiy omillaridan biri qovuqni klassik usulda, ya'ni qorinni pastki qismini kesish yo'li bilan yoki shu yerda qovuqni troakar yordamida teshilib, siydikni bemalol ajralib turishini ta'minlashdan iboratdir. Oradan bir necha hafta yoki oylar o'tishi bilan bemorni holatini bir muncha yaxshilangandan keyin, adenoma olib tashlanadi. Siydik bemalol ajralishi tufayli, siydik yo'llarini holati buyraklar faoliyati bir muncha yaxshilanadi. Bu esa operatsiyani asosiy qismini anchagina qulay vaziyatda bajarishga imkoniyat beradi. Agarda yuqori siydik yo'llaridagi siydik yomon ajralayotganligi, siydik yo'llarini intramural qismini, kattalashib ketgan prostata bezini adenomasini ezib qo'yishligi sababli vujudga kelayotgan bo'lsa, u holatda qovuqni teshib, naycha tikish bilan ahvolini yaxshilash mumkin bo'lmaydi. Bunday holatlarda vaziyatni faqat tezlik bilan operatsiya qilib bezni olib tashlanganidagina o'zgartirish mumkin.

Hozirgi zamon nazariyasiga ko'ra ikki bosqichli adenomektomiyani faqat noiloj holatlardagina qilish tavsiya etiladi. Anesteziologiya va reanimatologiyani yutuqlari, operatsiya mahoratini takomillashuvi, kuchli antibiotiklarni mavjudligi bularning hammasi ko'pchilik bemorlarda shu jumladan qariyalarda ham bir yetapli keskin operatsiya qilinib, qoniqarli natijaga erishish mumkinligini ko'rsatdi. Agar operatsiya o'z vaqtida, ya'ni qovuq hamda yuqori siydik yo'llari, o'z vazifalarini u qadar yo'qotmay turib qilinsa, natija anchagina yaxshi bo'ladi. Shu borada prostata adenomasining birinchi darajasiga oid klassik belgilar mavjud bo'lgan holatlarda, kasallikning ikkinchi darajaga o'tishini kutib o'tirmay, yaxshi holatlarda operatsiya qilingani ma'quldir. Prostata adenomasi oqibatida kelib chiqqan siydik tutilishi yoki qon oqishi kabi hodisalarda ham keskin adenomektomiya qilingani ma'qul, chunki konservativ yo'l bilan yoki asboblardan yordamida qon oqishni to'xtatish yoki siydikni ravon ajralishini ta'minlab bo'lmaydi. Aks holda uretrit, prostatit epididimit, epididimorxit, pielonefrit kabi yallig'lanish jarayonlari vujudga kelishini ehtimoli bor. Albatta bunday holatlarda keskin operatsiya qilishga imkoniyat bo'lmaydi va faqat epitsistostomiya qilib qo'yishgina mumkin xolos. Shunga ko'ra prostata adenomasi tufayli siydigi tutilgan yoki qovug'iga qon lahtagi to'lib qolgan bemorlar

tezlik bilan tekshirilib, agar operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lmasa, biror soat muddatida operatsiya qilinadi.

Maqsadga muvofiq operatsiya prostata adenomasini jarrohlik po'stlog'idan ajratib olib tashlashlikdan iborat. Bu operatsiyani bajarish uchun prostata beziga har xil yo'l bilan borish mumkin; chov orqali va qovuq orqali. Hozirgi zamonda bizni davlatimizda, hamda chet elda asosan qovuq orqali qilinadigan adenomektomiya ko'proq tarqalgan.

Qorinni pastki devori uzunasiga qovuq ustida kesiladi va qovuq ochiladi, shilliq parda hamda bezni jarrohlik po'stlog'i qovuqning bo'g'iz qismida panja yordamida yoriladi va prostata adenomasi aylanma harakat qilib ajratiladi. Bemorning peshoviga kiritilgan ikki panja yordamida prostata bezi yuqoriga, qovuqning ichiga kiritilgan o'ng qo'lni panjalari tomon suriladi. Bu esa operatsiyani borishini osonlashtiradi.

Olib tashlangan adenomani o'rni va yirtilib ketgan siydik kanali qirg'oqlari ketgut bilan tikilib boglanadi, qovuq esa butunlay yoki vaqtincha qo'yiladigan qov naychaga qadar tikilib tashlanadi. Qovuq butunlay tikib tashlangan holatlarda, qovuq ichiga siydik kanali orqali balonli naycha (Fole kateteri) kiritiladi.

Prostata adenomasini davolashning polliativ usullariga transuretral elektrotseksiya hamda epitsistostomiyalar kiradi. Basharti bemor holati radikal adenomektomiya qilishlik uchun yaramaydigan bo'lsa, siydik tutilishi, *paradoksal ishuriya* yoki qovuqda tamponada paydo bo'lgan taqdirda qovuqni ichiga qov orqali o'rnatiladigan rezina naychalar, bemor uchun doimiy, umrbod bo'lishi ham mumkin. Bunday holatlarda eng oson yo'l bilan, ya'ni troakar yordamida naycha qo'yiladi.

Doimiy epitsistostomiya bilan yurishga majbur bo'lgan bu bemorlar hayotini oxirgacha siydik yig'adigan haltacha ko'tarib yurishga majbur bo'ladi. Ularning buyraklarini faoliyati, siydikni qovuq, siydik naychalari orqali yuqoriga urishi, surunkali pielonefritni, nefrozsimon va surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi mushkulliklarni qo'shilish tufayli asta-sekin yomonlasha boradi. Shunga ko'ra transuretral elektrozeksziya prostata bezi adenomasini davolashdagi poliativ usullarni ayni muddaosi desa bo'ladi. Bu operatsiya rezektoskop yordamida bajariladi. Metalldan yasalgan sirtmoqdan yuqori chastotali tok o'tkaziladi va uning yordamida jarroh bezni uretrani ichiga osilib, uni ichki qismini to'sib turgan o'smalarini asta-sekin «randalaydi» kanalni torayib qolgan qismini kengaytiradi, ariqcha hosil qiladi. Kavlash bilan bir qatorda, yarani ostini kuydirib boradi. Bu operatsiya prostata bezi adenomasini butunlay olib tashlashdan anchagina yengil, shu sababdan uni adenomektomiya qilib bo'lmaydigan barcha holatlarda bajarish mumkin.

Transuretral elektrozeksziya operatsiyasidan keyin, prostata bezii adenomasi bilan og'rigan bemorlarda siydik ajralish uzoq vaqtgacha yaxshilanadi. Ba'zan operatsiya takrorlashga to'g'ri keladi.

Prostata bezi adenomasi olib tashlangan bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda kuzatish anchagina murakkab. Operatsiyadan keyingi birinchi soatlarda meditsina xodimlari qovuqdan ajralayotgan siydikni holatiga e'tibor berishlari zarur. Agar siydikni rangi go'shtni so'liga o'xshash bo'lsa, bunday qon ajralish uncha xavfli emas. Ammo siydik rangi anchagina to'q-qizil bo'lsa, shunga ko'ra bemor qon bosimi ham tobora pasaya borsa, tomir urishlar tezlashsa, rangi ro'yi oqarsa, tezlik bilan qon oqishni to'xtatish choralari ko'rilgani ma'qul. Ko'rilgan choralar

yetarlicha yordam bermasa, takroran operatsiya qilishga to'g'ri keladi. Qovuqni yarasi kegaytiriladi va olib tashlangan adenomani qobig'idagi qon oqayotgan tomirlar tikilib boglanadi.

Prostata bezining qovuq orqali olib tashlanganidan keyin 3-4 kun muddatga, siydik kanalini bez bilan birgalikda olib tashlangan qismini tiklash maqsadida, qovuqqa kateter o'rnatiladi. Uretraga hamda qovuqni yarasi orqali qo'yilgan har ikkala kateterlar orqali qovuq yaxshilab yuvilib turiladi. Bu esa qovuqni ichida qonni ivib qolishiga, hamda siydik teshigini ivitmalar to'sib, berkitib qo'yishiga yo'l qo'ymaydi.

Bemorlarni o'rinlaridan turishligi, ularning holatiga qarab belgilanadi. Ko'pincha operatsiyani ertasi kuniga kasal o'rnidan turishi mumkin. Bemorlarni erta aktivlashtirish har xil ko'ngilsiz holatlarni oldini oladi. Bu borada ularga nafas gimnastikasi, aktiv harakatlar tavsiya etilishi kerak. Epitsistostomani berkitish uchun qanday choralar qo'llanilgan bo'lsa, qovuqni yarasini davolashda ham shu usullar ishlatiladi. Operatsiyadan keyingi muddatda antibiotiklardan keng foydalanilgani ma'qul.

Adenomektomiya operatsiyasini, barcha jarrohlik operatsiyalarga xos qiyinchiliklaridan tashqari o'ziga xos ko'ngilsiz hodisalar ham bor, tomirdagi qon ivitmalarini erib ketishi natijasidan kelib chiqadigan ikkilamchi qon ketish, o'tkir epididimit shular jumlasiga kiradi. Bu kasalliklarni oldini olish maqsadida operatsiyadan oldin urug' tizmasini bog'lab yuborish maqsadga muvofiqdir.

Prostata adenomasining oldini olish maqsadida bemorlarga kam o'tirib ko'proq harakatda bo'lishlik, jismoniy mashg'ulotlar, piyoda yurish va boshqalar tavsiya etiladi. O'tkir taomlar, alkogol ichimliklari mutlaqo iste'mol qilinmasligi kerak. Tahorat o'z vaqtida bo'lishi, uxlayotganda qattiqroq ko'rpada, uncha issiq o'ralmasdan yotishlik tavsiya etiladi.

Oqibati.

Bemorlar o'z vaqtida operatsiya qilinsa, prostata adenomasining oqibati qoniqarli bo'ladi. Ba'zi holatlarda operatsiyadan keyin siydik kanalini torayib qolishi, chov suyaklarni yiringlashi, surunkali chaqmazak, qovuq toshlari, siydik tutolmaslik, tuzalmaydigan qovuq yarasi kabi holatlar uchrab turadi. Shunga ko'ra prostata adenomasi tufayli operatsiya bo'lgan bemorlar doimiy ambulatoriya ko'rigida bo'lib turishi ma'qul. Bemor uzoq muddatda konservativ davolansa yoki butunlay davolanmasa, hamda uzoq vaqt qovuq teshigida trubka saqlansa surunkali pielonefrit va surunkali buyrak yetishmovchiligini rivojlanishi ehtimoli bor.

PROSTATA BEZI RAKI

SSSR da prostata bezi raki uncha ko'p tarqalmagan o'smalar qatoriga kiradi va erkaklarda uchraydigan barcha rak kasalliklarning 2-3% tashkil qiladi. Ba'zi mamlakatlarda esa bu kasallik anchagina ko'p tarqalgan, masalan: AQSh da prostata raki erkaklardagi barcha rak kasalligini 12 % tashkil qiladi.

Etiologiyasi.

Prostata bezi rakining etiologiyasi hozirgacha to'liq aniqlanmagan bo'lsada, hozirda kasallik asosida gormonlar muvozanatini ayniganligi ma'lum. Bunday xulosaga ko'pgina tajriba va ilmiy tekshirishlar natijasida erishilgan ba'zi jinsiy gormonlar ta'sirida, hayvonlar prostata bezida rak paydo qilish, prostata bezi rakiga esa ayollar jinsiy gormonlari – estrogenlarni hamda bichish operatsiyasini ijobiy

ta'siri borligi bunga misol bo'la oladi. Rak kasalligini ko'proq qariyalarda uchrashligiga sabab ham ularni organizmda gormonlar muvozanatini buzilishidan deb tushunilsa bo'ladi.

Patologik anatomiyasi.

Hozirgi paytda juda ko'p morfologik tekshirishlar tufayli prostata bezi raki, siydik kanali atrofidagi bezlar adenomasidan emas, balki prostata bezi o'z to'qimasidan rivojlanishligi aniqlangan. Demak, parauretral bezlar adenomasining prostata bezi rakiga hech qanday aloqasi yo'q. Olib tashlangan parauretral bezi adenomasida rak illatlarini topilish holatlari esa, har ikkala dardni barobar uchrayotganini va bu paytgacha aniqlanmagan rakni, adenoma to'qimalariga o'sib kirayotganligidan dalolatidir.

Prostata bezi rakining hajmi har xil: juda kichik tugunchadan to 10 sm va undan ham kattaroq o'sma hajmigacha bo'ladi. Prostata rakining ko'pchilik gistologik formasi adenokarsinomadir. Kamroq skirraz, solid va yassi hujayrali raklar uchraydi.

Mahalliy metastazlar ko'pincha yonbosh limfa tugunchalarida uchraydi. Uzoqdagi metastazlar ayniqsa suyaklarda, umurtqa, dumg'aza, boldir suyagida uchraydi. O'pkalarda va jigarda metastazlar kamroq bo'ladi.

Tasnifi.

Barcha raklarga o'xshab prostata bezi raki ham hozirgi vaqtda xalqaro TNM sistemasiga ko'ra 4-darajaga bo'linadi.

T1 – o'sma bezning ozginagina qismini egallaydi.

T2 – o'sma bezning ko'pgina qismini egallasada uni kattalashtirmaydi hamda tuzilishini o'zgartirmaydi.

T3 – o'sma bezni kattalashtiradi va tuzilishini o'zgartiradi, ammo uni chegarasidan chiqmaydi.

T4 – o'sma atrof to'qima va a'zolarga tomir beradi.

N1 - mahalliy (biqin, chov) limfa tugunchalarini jarohatlaydi. N₀-limfadenografiya qilinib mahalliy limfa tugunchalarida hech qanday o'zgarish topib bo'lmaydi; Nx- limfa tugunchalarini holatini aniqlashga imkoniyat yo'q.

M₀ – uzoqdagi metastazlar klinik va rentgen yordamida topilmaydi.

M1 – suyaklarda metastazlar, M2- tananing boshqa joylaridagi metastazlari.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Prostata bezi raki boshlang'ich paytlarda hech qanday belgilarga ega emas edi. Bunday holatlarda kasallik ko'pincha profilaktik tekshirishlarda yoki boshqa biron sabab bilan to'g'ri ichakni panja bilan ko'rilgan holatlarda qo'qqisdan topilib qolishi mumkin. Kasallikni belgilari anchagina kattalashib qolganda yoki suyaklarga metastaz berib qo'ygan holatlarda yuzaga chiqadi.

Kasallikning birinchi klinik belgilari peshob aynishidan iborat bo'ladi. Tundagi tahoratga yugurishlar, kunduzgidan ko'proq bo'ladi. Bemor qovug'ini siydikdan butunlay bo'shagan deb his qilmaydi, bu esa qovuqda qoldiq siydik borligiga gumon tug'diradi. Siydikning o'tkir tutilishi va qon siyish kabi belgilar kasallikni boshlang'ich kechlarida kam uchraydi. Bu belgilar o'sma anchagina kattalashgan yoki o'sma qovuq bo'g'iz qismiga o'sib kirgan holatlarda uchraydi. Kasallikning boshqa

kamroq uchraydigan belgilariga qabziyat, orqa peshob atrofida, chovda og'riqni paydo bo'lishi kiradi.

Ko'pincha og'riqni birlamchi o'sma emas, balki uni suyaklarga bergan metastazlari keltirib chiqaradi. Shuning uchun bu bemorlar ko'pincha uzoq vaqt radikulit kasalligidan davolanadilar. Bunday og'riqlar albatta birlamchi o'smani atrofga, ayniqsa bel sohasidagi nerv tolalarga o'sib borishi natijasida ham paydo bo'lishi mumkin. ba'zan esa rakning birinchi belgisi sifatida, boldir suyagidagi metastaz tufayli uni qo'qqisdan, o'z-o'zicha sinib ketishi tufayli gavdalanishi mumkin.

Kasallik ancha rivojlangan kezlarda asosiy o'sma siydik naychalarining pastki qismlarini ezib qo'yishi natijasida yuqori siydik yo'llarida ham kasallik nishonalari paydo bo'ladi; buyrak sohasidagi og'riq va buyrak yetishmovchiligini belgilari (umumiy behollik, og'izni qurishi, chanqoqlik, ichiladigan suyuqlik miqdorini haddan tashqari oshuvi) kuzatiladi. Yuqori siydik yo'llaridagi siydik yo'nalishini buzilishiga, o'tkir va surunkali pielonefrit ham qo'shiladi. O'tkir yiringli pielonefrit urosepsisni keltirib chiqaradi, surunkalisi esa buyrak yetishmovchiligini yanada rivojlantiradi. Yuqori siydik yo'llari uncha jarohatlanmasa ham, bemor ozib to'zishdan va rak to'qimalarining zaharidan, metastazrni ta'siridan o'lib ketadi.

T a s h x i s i.

Prostata bezi rakini aniqlashning birinchi bosqichlarida, klinik tekshirish usullarining sifatliiligi, panja yordamida orqa peshob orqali tekshirish va boshqalar alohida ahamiyatga ega. Bunday harakatlar yordamida hatto kasallikni boshlang'ich bosqichlarida ham, prostata bezining bir yoki ikkala tomonidan mayda, yolg'iz, qattiq o'sma tugunchalarini uchratish mumkin. Ba'zan kasallik har tomonlama kattalashgan toshdek qotgan qattiq, chegarasiz, g'adir-budir, har tomonga o'sib borayotgan katta o'sma sifatida aniqlanadi.

Tahlil usullari prostata bezi o'smasining tashxisi uchun yordamchi omil gavdalanadi. Qon tekshirilganda unda ECHT (SOE) ni tezlashgani, kasallikka buyrak yetishmovchiligi qo'shilguday bo'lsa, gipoizostenuriya, giperaztemiya qo'shiladi. Qon zardobidagi ishqoriy fosfataza fermentini aniqlanishi faqat prostata bezining rakiga va ayniqsa uning suyaklarda metastazlarini bor bo'lgan holatlarini aniqlash uchun katta ahamiyati bor.

Sistoskopiya yordamida esa qovuqni bo'g'iz qismida assimetrik deformatsiya borligi o'smani qovuq devorlariga o'sib borayotganligi aniqlanadi.

Rentgenlogik tekshirishlar prostata bezini aniqlashda asosiy usullardan hisoblanadi.

Urotsistografiya yordamida qovuq va siydik kanalini boshlang'ich bo'limiga o'sib kirib kelayotgan prostata bezi rakini soyasini ko'rish mumkin. Bu soya prostata adenomasini bergan soyasiga nisbatan o'zining assimetriyasi va notekiisligi bilan farqlanadi.

Qovuqni osti notekis ko'tarilib turadi. Prostata bezini bunday assemetrik kattalashuvi - «Lakunar» sistogrammada yaqqol ko'zga tashlanadi. Sistogramma hamda tomogrammalar bir vaqtda qilinsa prostata bezining oddiy holatlarida tekshirib, topib bo'lmaydigan assimetrik kattalashganini ham aniqlash mumkin.

Prostata bezi rakida qilingan vazovezikulografiya yordamida urug' pufaklarining o'ziga xos assimetrik kattalashuvlarini va boshqalarni ko'rish mumkin.

Prostata bezi rakida qilingan ekskretor urografiya yuqori siydik yo'llarida assimetriyani borligi qovuqni kengayganligini va tomirlardan birining vazifasini ancha susayganligini aniqlaydi.

Ba'zan bir tomondagi siydik naychasidan siydik yaxshi ajralib turgan holda, ikkinchisi butunlay torayib, berkilib qolganligi va buyrak ishi ham buzilganligi aniqlanadi. Kechikib qilingan ekskretor urogrammalarda siydik naychasidagi to'siq ko'ringani tufayli retrograd sistografiya qilishga hech qanday ehtiyoj qolmaydi.

Limfangioadenografiya boshqa tos va jinsiy a'zolari rak o'smasidagi kabi limfa tugunlarida ham o'ziga xos o'zgarishlarni aniqlaydi. Tos suyaklarini rentgenogrammalarda ham prostata bezi rakini metastazlarga xos o'zgarishlari topiladi.

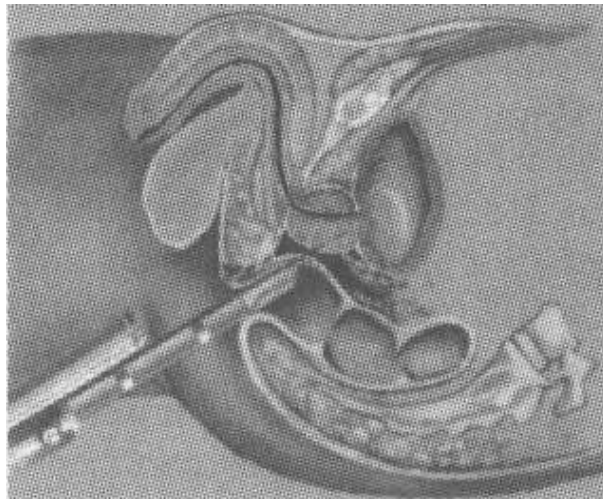
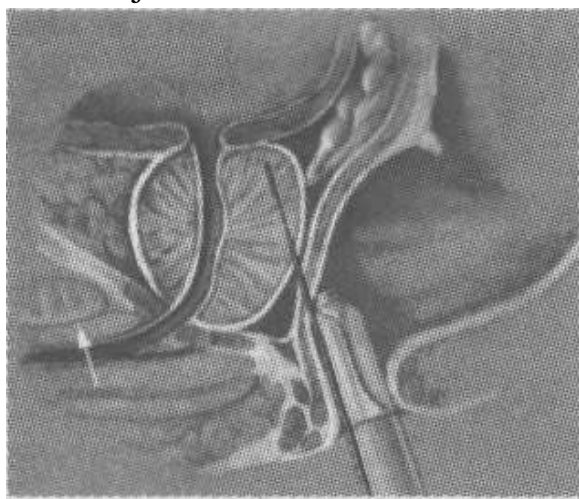
Suyaklarning osteoblastik (suyakni qalinlashuvi) osteoklastik sohalari (suyaklarni ingichkalashuvi), ularni rentgen rasmlarini ko'rinishida, olachipor va marmarsimon tus keltirib chiqaradi.

Rentgen rasmlarda bunday holatlarni ko'rib, boshqa tekshirishlar o'tkazmay ham, ular prostata bezi rak o'smasining metastazlarga xos o'zgarishlari deb aytishga imkon beradi. Oxirgi yillarda prostata bezi rakining metastazlarini aniqlash uchun radioizotop tekshirish usullari ham qo'llanilmoqda.

Prostata bezi rakiga gumon, hujayralarni tekshirish yo'li bilan yorqinlashishi mumkin. Buning uchun prostata bezi shirasi bezni igna bilan teshib tortib olish usuli bilan tekshiriladi. Ammo olingan o'smani rak deb atab bo'lmaydi. Prostata bezi o'smasining rak ekanligiga ishonch hosil qilish uchun eng yaxshisi bezni troakar bilan teshib biopsiya qilish usulidir. Bezni teshib uni to'qimasidan olish uchun maxsus tishlab oluvchi troakar qo'llaniladi.

Bezni teshib biopsiya olish. (Punksionnaya biopsiya) ning ikki usuli bor.

Birinchisi bezni to'g'ri ichak devor orqali bajarish. Oxirgi ma'lumotlarga qaraganda bu usul anchagina murakkab. Ko'p har xil halokatlarga «qon oqish, yiringlab ketish» hatto bemorni o'limiga ham sabab bo'lar ekan. Shuning uchun ikkinchi usulni butni terisi orqali qilinadigan tekshirishlardan foydalanilganligi yaxshiroq. Bezni teshishni, to'g'ri ichakka tiqilgan panjani nazorati ostida bemorni chalqancha tushirib yotqizib, oyoqlarini qoringa tortib mahalliy og'riq qoldirilgan holda bajariladi.



128-rasm. Prostata bezi transrektal biopsiyasi.

Prostata bezi rakining erta tashxisi uchun profilaktik tekshirishlarni ahamiyati katta. Chunki kasallikning boshlang'ich kezzlarida hech qanday klinik belgilari

bo'lmaydi. Bunday profilaktik tekshirishlarni 45 yoshdan yuqori bo'lgan hamma erkaklarda o'tkazilgani ma'qul. Profilaktik tekshirishlar bemorlar prostata bezi to'g'ri ichak orqali tekshirilib, ulardagi rakka mansub bo'lgan o'zgarishlarni aniqlashdan iborat. O'zgarishlar topilgan bemorlarda chuqurroq uroglogik tekshirishlar o'tkaziladi.

Radikulit belgilari topilgan yoki boldir suyaklari singan o'rta va yuqori yoshdagi erkaklarda prostata bezini tekshirib ko'rishlik shart.

F a r q l o v c h i t a s h x i s .

Prostata bazi rakini surunkali prostatit, prostata bezi o'smasi yoki toshi adenomasi va sarkomasi, hamda prostata beziga o'sib kiruvchi qovuq bo'g'izi raki va boshqalar bilan farqlash lozim. Panja bilan aniqlangan klinik tekshirishlarni ba'zi bir natijalari prostata bezi rakining belgilariga o'xshab ketadi. Bunday holatlarni prostata bezining punksiyon biopsiyasi hal qiladi.

Davosi.

Prostata bezi raki, dori-darmonlar bilan davolasa bo'ladigan xavfli o'smalar turkumiga kiradi. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribalar hamda ayrim bemorlarning ahvoli uzoq vaqt kuzatilganidan olingan ma'lumotlarga qaraganda, ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo'lganiga qadar, biror sabab bilan bichib qo'yilgan qari odamlarni prostata bezini kattalashmaganligi aniqlangan. Demak prostata bezini qarilikda kattalashuvi, tuxumlarni ajratadigan androgenlariga bog'liq ekan, degan xulosa bor. Shunga asoslanib prostata bezi hujayralarining o'sishi, patologik rivojlanishi hamda rakka aylanishida ham gormonlarning ahamiyati bor ekan. Bunday ehtimol amalda juda to'g'ri bo'lib chiqdi, chunki XX-asrning 40-yillarida prostata bezi raki tufayli, ikkala tuxumi olib tashlanib, estrogen garmonlar yuborilgan bemorlarda rak kasalini davolashni natijasi juda yaxshi bo'lgan. Gormonlar bilan davolangan bemorlar tez orada o'zlarini yaxshi his qila boshlaganlar. Bunda siyish yaxshilanadi, prostata bezidagi o'sma kichrayib, anchagina yumshayadi, ba'zan esa qo'lga ham ilinmaydigan darajada kichrayib qoladi. Prostata bezi rakini suyak va o'pkalardagi metastazlari ham, gormonlar bilan davolanganda, anchagina kichrayib, ba'zan yo'q bo'lib ham ketadilar.

Oxirgi yillarda juda ko'p yangi sun'iy garmonal dorilar kashf qilingan. Ularning ko'pchiligi prostata bezi rakini davolashda keng qo'llanilmoqda: sinestrol (2%-eritmasidan 3-4 ml kuniga mushak ichiga), dietiletibestrol (3%-eritmasidan 2 ml kuniga, mushak ichiga). Estradurin (40-80 mg 1-2 haftada 1 marta, mushak ichiga) etinilestradiol mikrofolin) (10,001 g 3 mahal ichgani) va boshqalar qo'llaniladi. Bularning ichida fosforillangan estrogen dorilar: xonvan, difastilben yoki shunga o'xshash dorilar fosfestrol (6% eritmasidan 250-500 mg dan kuniga, vena tomiriga) alohida o'rin egallaydi. Bu dorilarni ta'sir qilish printsipti, ularni badanga kirib qon-tomirlar orqali nofaol holatda aylanaverishda, prostata bezi o'sma to'qimasi bor joyiga borib, bu yerda rak to'qimasidan ajralayotgan ishqoriy fosfataza ta'sirida defosforillanadi va o'zidan faol estrogenini ajratib chiqaradi va to'qimaga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Shunga ko'ra estrogen prostata bezi rak to'qimalariga mo'ljallangan va tanlangan ta'sirini ko'rsatadi. Natijada estrogenlarni boshqa a'zo va to'qimalar, ayniqsa jigar, yurak, qon-tomirlari va mushak to'qimalariga o'zining salbiy ta'sirini ko'rsatmaydi. Erkaklarda ko'krak bezini kattalashtirish holati kuzatilmaydi.

Qon zardobidagi erkak va ayollar gormonlarining miqdorini radioimmunologik usullar yordamida aniqlash, gormonlarni tekshirib turishlikni asosiy omilidir.

Prostata bezi rakini gormonlar bilan to'xtamay davolab turish kerak. Buning uchun avval bemorga birdaniga ko'p miqdorda dori beriladi va keyinchalik bu dorilarni qondagi miqdorini, qo'shimcha oz-oz miqdorda o'sha dorilardan berilib, uni miqdori saqlanib turiladi. Estrogenlar bilan davolash, bemorni bichish bilan boshlansa, natija yanada yaxshi bo'ladi.

Ammo bichish operatsiyasini bemorlarning asabiga yomon ta'siri borligini nazarda tutib, oxirgi yillarda tuxumni faqat o'zinigina, ya'ni uni atrof po'stlog'idan shilib ajratib olib tashlash usuli qo'llanilmoqda. Bu operatsiya o'zining oqibati bilan bichish operatsiyasidan qolishmaydi. Bemor esa tuxumlarni ajratadigan gormonlaridan butunlay qutiladi. Shuning bilan bir qatorda bu operatsiya anchagina yengil o'tadi, bemor asabini uncha buzmaydi, chunki ular o'zlarini tuxumlari bor odamlarday his qilaveradilar.

Afsuski prostata bezi rakini gormonlar bilan davolashning imkoniyati ularning ta'sirini asta-sekin paysaib borishligi bilan chegaralanib boradi, chunki odamlarda, to'g'rirog'i prostata bezi rak to'qimasida, gormonlarga nisbatan qarshilik osha borib, dori uncha yaxshi ta'sir qilmaydigan bo'lib qoladi. Oxirgi yillarda prostata bezi rakini davolashda estrogenlarni qo'llanilishidan orttirilgan tajriba, ularni odamlarga faqat ijobiy emas, balki salbiy ta'sirlarini ham borligini ko'rsatdi. Bu esa klinik tajribaga, prostata rakini operatsiya qilish usullarini kiritish kerakligini o'rgatdi. Prostotektomiya operatsiyasini chov orasidan qilish mumkin bo'lsada, uni ko'proq qorin bo'shlig'i orqali bajariladi. Operatsiyani oqibatini yaxshi bo'lishligining asosiy sharti uni ertaroq o'sma hali atrof to'qimalarga tarqalmay va yaqin atrofga metastazlar bermay turgani holda bajarilishida prostata bezi raki boshlang'ich kezlarda hech qanday belgisiz kechishi va sababli, uni erta aniqlanishini qiyinligi tufayli, bugungi kunda radikal operatsiyalarni soni juda oz, bundan tashqari radikal prostatektomiyani bajarish uchun prostata bezini jarrohlik po'stlog'i urug' pufakchalari, qovuqning bo'yin qismi va atrofida to'qimalar limfa tugunlari bilan birgalikda qo'shib olib tashlashlik kerak. Shunga ko'ra bu operatsiya har qanday bemorlarda ham bajarilavermaydi.

Prostata bezi rakida qilinadigan polliativ operatsiyalar turkumiga uni adenomasidagidek, epitsistostomiya hamda elektrozeksziyalar kiradi. O'sma juda kattalashib, siydik yo'lini to'sib qo'ygan kezlarda epitsistostomiya qilinadi. Bunday kasallar umrlarining oxirlarigacha drenaj trubka bilan yurishga majburlar. O'sma qovuq ichiga o'sib, uning hajmini ozaytiradi, uning bo'g'ziga o'sib kirib bemorlarga qattiq azob beradi. Shunga ko'ra oxirgi klinik tajribalarga asoslanib prostata bezi rakida yuz beradigan siydikni o'tkir tutilish holatlarida ham, transuretral elektrozeksziyadan ko'plab foydalanilmoqda. Siydik kanaliga o'sib kirib, uni boshlang'ich yerini va bo'g'zini to'sib oladigan prostata bezi raki o'smalarini, elektrozeksziya yordamida olib tashlab, tabiiy ravishda siydik ajralishini ta'minlash mumkin. Bundan tashqari transuretral elektrozeksziya, prostata bezi raki oqibatida yuz beradigan, siydikni surunkali tutilish holatlarida ham qovuqda qoldiq siydik bo'lmay ammo bemor qiynalib, (uzoqdan-uzoq kuchanib, ingichka oqim bilan) siyayotgan bo'lsa, transuretral elektrozeksziyani qo'llash mumkin. Radikal hamda palliativ operatsiyalarni qo'llashda tinimsiz garmonal davolashni unutmashlik kerak.

Prostata bezi rakini nur bilan davolash, asosan suyaklarga tarqalgan metastazlar bor sohalarni og'rig'ini qoldirish maqsadida qo'llaniladi, chunki prostata bezi raki, rentgen nurlariga ta'sirchanligi yo'q raklar turkumiga kiradi. Oxirgi yillarda ancha kuchliroq nur tarqatuvchi har xil yangi preparatlarni ishlab chiqarilishi, prostata bezi rakini ham nur bilan sezilarli yaxshi davolashga imkoniyatni ko'paytirmoqda. Estrogenlardan boshqa kimyoterapevtik dorilarni, prostata bezi rakiga ta'sirchanligi yo'q.

O q i b a t i.

Operatsiya qilinmagan yoki hech qanday garmonal davolangan prostata bezi raki bor bemorlarda oqibat og'ir. Ularning ko'pchiligi kasallik boshlanganidan bir yilcha muddat o'tmay halok bo'ladi. Gormonlar yordamida davolangan bemorlarning yarmi 3 yil, 1/3 qismi 5 yilgacha yashaydi, eng yaxshi oqibat erta operatsiya qilingan bemorlarda uchraydi. Buning uchun 45 yoshdan yuqori yoshdagi erkaklarni prostata bezlarini tez-tez tekshirib turish lozim.

PROSTATA BEZI SARKOMASI.

Prostata bezi sarkomasi uning rakiga qaraganda ancha kam uchraydi. bu kasallikni bolalarda ko'proq taqalganligi, uni rak kasalligi bilan farqlanadi.

Belgilari prostata bezi rakining belgilariga: peshobning buzilishi, chov orasidagi og'riqlar kiradi.

Tashxisi prostata bezi panja bilan paypaslanganda (prostata bezi kattalashganligi, qattiq va g'adir-budirligi, ba'zi joylarining yumshoqligi) va uni biopsiyasidan olingan ma'lumotlarga asosan qo'yiladi.

D a v o l a s h.

Keskin operatsiya qilish – prostata bezi urug' pufakchalari bilan, toshni to'qimalari va limfa tugunchalari, qovuq bo'g'zi bilan qo'shib olib tashlash, kasallikning eng ertangi bosqichlarida qilingandagina, yaxshi natija beradi. Nur bilan davolash yaxshi yordam bermaydi.

Oqibati umuman yaxshi emas.

URUG' PUFKCHALARI O'SMALARI.

Urug' pufakchalari o'smalari (fibroma, rak, sarkoma) juda kam uchraydi. ko'pincha urug' tizmasiga o'smalar, qo'shni a'zolaridan (prostata bezidan, qovuqdan, to'g'ri ichakdan) o'tgan bo'ladi.

Belgilari asosan prostata bezi rakini belgilariga (chovni orasida, orqa peshobdagi og'riqlar, peshob buzilishi) o'xshab ketadi, *gemospermiya* – kasallikni asosiy belgisi.

Tashxis - urug' pufakchalari orqa peshob orqali paypaslab topilgan belgilarga (uni kattalashuvi, g'adir-budirligi) va vezikulografiyadan olingan ma'lumotlar (urug' pufakchalarini kontrast moddaga yaxshi to'lmasligi) ga qarab qo'yiladi. Agar masala ravshanlashmasa pufaklar orqa peshob orqali teshib biopsiya qilinadi.

Davosi - faqat operatsiya. Urug' pufaklari, prostata bezi, tosh to'qimalari, limfa tugunchalari, kerak bo'lsa qovuqni bo'g'iz qismlari qo'shib olib tashlanadi. Operatsiya chovni orasidan qovuqni ichidan yoki qorindevorini ochish orqali ham bajarilishi mumkin.

Oqibat - kasallik ko'pincha kechikib aniqlanganligi tufayli operatsiyani ham kechikib qilinishi munosabati bilan uncha yaxshi emas.

MOYAK O'SMALARI.

Tuxum o'smalari 20-45 yoshdagi erkaklarda uchraydi. Ular barcha xavfli o'smalarni 2% ni tashkil etadi. Tuxum o'smalarini qariyb barchasi xavfli bo'ladi.

Etiologiyasi.

Tuxumda o'smani paydo bo'lishiga olib boruvchi omillarga kriptorxizm va tuxumlarning har xil jarohatlarini ko'rsatish mumkin. Yorg'oqqa o'z vaqtida tushmagan moyaklarda o'smalar ko'proq uchrashligi aniqlangan. Oxirgi yillarda tuxumlar o'smalarini etiologiyasiga endokrin o'zgarishlarni, jumladan gipofizni, gonodotropin gormonlarni ishlab chiqaruvchi oldingi bo'lagini aloqasi borligi aniqlangan.

Tasnifi.

Moyak o'smalari ikkita katta guruhga bo'linadi: urug' epiteliyasidan paydo bo'luvchi (germinogen) o'smalar va boshqa elementlardan, ko'pchiligini tashkil qiluvchi seminoma, teratoma (teratoblastoma), embrional rak va xorionepiteliomalar kiradi. Eng ko'p (60-70 % bemorlarda) seminoma uchraydi.

Xalqaro tasnifga ko'ra, moyak o'smalarining 4 darajasi belgilangan T1- o'sma moyakni oq po'stlog'idan tashqariga chiqmagan, moyak kattalashtirmagan va tuzilishini o'zgartirmagan, T3- o'sma oq po'stloqqa va moyak ortig'iga tarqalgan, T4- o'sma moyak va uni ortig'idan o'sib, yorg'oq devorlariga va urug' tizimchasiga ham o'sib kirgan va M belgilar boshqa xavfli o'smalardagi singari ifodalanadi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

O'smaning eng ertangi belgisi, uni kattalashtirgani va qattiqlashgani bo'ladi. Avval tuxumda uncha katta bo'lmagan qattiq tuguncha aniqlanadi. Keyincha o'sma tobora kattalashadi va qattiqlashadi, yuqorisi g'adir-budir bo'lib ketadi. Ko'pincha o'sma tufayli, moyak pardalariga suyuqlik yig'ilib moyak pardasini ikkilamchi istisqosi paydo bo'ladi. Yorg'oqqa tushmagan moyak o'smasi qovda (qov kriptorxizm bo'lganda) yoki qorinni pastki qismida qattiq shish paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

Moyakning ba'zi o'smalarida, bemorlarda ikkilamchi jinsiy belgilarga oid o'zgarishlar paydo bo'ladi. Masalan: moyak epiteliomasida bemorlar ko'krak bezlarini kattalashuvi, androgen (leydigoma) larni ishlab chiqaruvchi Leydig hujayralarini germinogen bo'lmagan o'smalarida, o'g'il bolalarni erta balog'atga yetishi kuzatiladi.

Moyakning xavfli o'smalari aortani pastki kovak vena atrofidagi va qorinni pardasi ortidagi limfa tugunchalariga metastazlar beradi. Kattalashib ketgan bu limfa tugunchalarini hatto qorinni yuqorisidan paypaslab ham topish mumkin. ayrim metastazlar o'pkalarda ham uchraydi.

Tashxisi.

Tashxis asosan bemorlar shikoyatiga asoslanib qo'yiladi. Ular moyak kattalashganini yoki qattiqlashganini, g'adir-budur bo'lgani, qattiq shishni paydo bo'lganidan shikoyat qiladilar. O'tuvchi yoriqlik nuri bilan ko'rilganda moyakni pardalarini orasida suyuqlikni yo'qligi aniqlanadi. Urug' tizimchasi yo'g'onlashadi, venalari kengayadi, yorg'oqqa tushmagan moyak o'smalari qovda yoki qorinni ichida paypaslanadi. Tashxis tahlil tekshirishlari natijasi bilan tasdiqlanadi. Ba'zi bir moyak o'smasi bor bemorlarda (asosan xorionepiteliomada) siydikda xorionik gonadotropinni *Ashgeym Sondekning* biologik usuli bilan aniqlanadi. Oxirgi yillarda xorionik

ganodotropinni siydikda aniqlashni yangi, juda sezgir immunologik usuli qo'llanimoqda. Bunday tahlil hayvonlarda ishlatilmaydi.

Kriptorxizmi bor bemorlarni yorg'og'iga tushmagan moyagidan o'sma borligiga shubha tug'ilganda, ular ^{99m}Ts – pertexnetatom bilan izotop ssintigrafiya qilib tekshiriladi. O'sma moyakni testikullar epiteliysini butunlay egallagan hollarda ssintigrafik rasmda o'smani shulasi ko'rinadi xolos. O'sma moyakni hamma joyini egallagan bo'lsa uni tuzilishini butunlay ko'rinmasligi ham mumkin. Yorg'oqqa tushmagan moyak shulasi ultratovush yordamida ham aniqlanishi mumkin.

Moyak metastazlarini aniqlashda rentgen tekshirishlar alohida o'rin egallaydi. Rentgenoskopiya va rentgenografiya yordamida ko'krak qafasini a'zolari tekshirilganda, o'pkalarda, ko'pincha yolg'iz yoki ko'p sonli yumaloq soyalar topiladi. Qorin parda ortidagi metastazlarni aniqlashda ekskretor urografiyaning ahamiyati katta, metastazlar bor bo'lsa, siydik naychasi, tashqariga tomon siljigan bo'ladi. Qorin parda ortidagi hajmi katta metastazlar, naychalarni ezib qo'yishi va buning natijasida ezilgan naychalarni yuqori qismida va jom kosachalarda siydik dimiqishi va ularning hajmlari kattalashib ketishlari mumkin. agar pastki kovak vena atrofidagi limfa tugunchalarida metastazlar borligiga shubha tug'ilsa, venokavagrafiya qilingani ma'qul. Bunday qilinsa pastki kovak venani yaxshi to'lmagani, surilgani va ezilgani, ba'zan esa o'smani, vena ichiga o'sib kirayotgani aniqlanadi. Moyak o'smasini qorin parda ortidagi limfa tugunchalarda metastazlarning bor-yo'qligini aniqroq belgilash uchun limfangiografiya qilinsa yaxshi bo'ladi. Bunda metastazlar bor bo'lsa, limfa tugunchalari kontrastga yaxshi to'lmagan, limfa oqimi esa buzilgan bo'ladi. Oxirgi yillarda izotop limfaskanirlash usuli qo'llanilmoqda. Bu bilan limfa oqimini buzilganligini katta-katta metastazlarda ham izotopni limfa tugunchalariga yaxshi to'lmagani aniqlanadi.

Farqlovchi tashxis.

Moyaklar o'smalarini ularning yallig'lanish jarayoni (moyakni va uning ortig'ini yallig'lanishi yoki sili) bilan farqlash lozim. Paypaslangandan olingan ma'lumotlar uncha aniq bo'lmasligi mumkin. o'smani teshib, undan olingan to'qimalar tekshirilganda aniqroq ma'lumotlar olinadi. Kerak bo'lsa bemor shoshilinch ravishda operatsiya qilinib, stol ustida biopsiya qilinadi. Uning natijasini ko'rib operatsiyani hajmi belgilanadi.

Davolash.

Moyaklar xavfli o'smalari har tomonlama davolashni talab qiladi. Bunga operatsiya qilish, nur hamda kimyoviy moddalardan foydalanish. Oxirgi ikki usul semenomani davolashda ahamiyati katta, chunki bu o'smalarga nur va kimyoviy moddalar yaxshi ta'sir qiladilar. Davlatimizda ishlab chiqarilgan mashhur dori-sarkolizinni seminomani limfa tugunchalaridagi metastazlarini davolashda ishlatilgan. Bunda metastazlar butunlay yo'qolib, bemor sog'ayganligi qayd qilingan. Sarkolizmni 30-50 mg haftada bir mahaldan vena tomirga yuborilib (davolash kursiga hammasi bo'lib 200-300 mg ketadi) turiladi.

Moyak o'smalarining davolashni, birlamchi o'smani nurlashdan yoki venaga sarkolizin yuborishdan boshlangani va undan keyingina operatsiya qilingani ma'qul. Moyak o'smalarini operatsiya qilish hajmi, hozirgi zamon onkologik talablarga ko'ra juda keng bo'lishi kerak. Birlamchi o'sma tufayli, bir tomonlama bichishdan (urug' tizmasini hamma elementlarini olishlik shart) tashqari senminoma bo'lmagan

o'smalarda esa limfa yo'llarida ham operatsiya qilish ularni butunlay shilib (*Shevassyu operatsiyasi*) olib tashlashlik kerak. Bu operatsiyani qorin bo'shlig'i ichidan ya'ni qorin deovrini X-qovurg'asidan toki qov kanalini ichki teshigiga qadar kesib ochib bajariladi.

Qorin pardasi kesilmaydi, ammo uni ichkariga surib, qorin pardasini orqa qismi keng qilib ochiladi va bu yerdagi hamma yog' to'qimalarini limfa tugunchalari bilan birgalikda shilib olib tashlanadi. Operatsiyadan keyin nur bilan davolash yana davom ettiriladi.

Seminomada odatda qorin parda orqasidagi limfa tugunchalari olib tashlanmaydi, chunki bu yerdagi metastazlar nur va dorilar yordamida ham yo'qotib yuborilishi mumkin.

Moyak xavfli o'smasini ayniqsa seminomalarni davolashning oqibati keyingi paytlarda nur va kimyoviy dorilar qo'llanilayotganligi tufayli anchagina yaxshilanmoqda.

Moyakda xavfli o'smalarning paydo bo'lishi va rivojlanishini oldini olishlikning birinchi omili, kriptorxizmni o'z vaqtida davolashdan iborat. Buning uchun moyak o'z vaqtida va o'z o'rniga ya'ni yorg'oqqa tushirilishi, yoki tushurilishini iloji bo'lmasa, tuxum yaxshi rivojlanmagan bo'lsa, ammo ikkinchi moyakni holati yaxshi bo'lsa, uni albatta olib tashlashlik lozim.

O q i b a t i .

Moyak o'smalarini oqibati asosan ularning havfligiga va rivojlanish darajasiga bog'liq. Eng yaxshi oqibat seminomalarda bo'ladi. Boshqa o'smalarda ayniqsa xorionepiteliomalarda oqibat uncha yaxshi emas.

MOYAK ORTIG'I O'SMALARI.

Moyak ortig'i o'smalari kam uchraydi. Ular xavfsiz(adenomatoid o'smalar)yoki xavfli(rak, sarkoma) bo'lishi mumkin.

Belgilari: Moyak ortig'ining dum qismini kattalashuvi va qattiqlashuvi, xavfsiz o'sma bo'lsa yumaloq, 5-6 sm kattalikdagi, qattiq shish sifatida bo'ladi.

Tashxis klinik belgilarga va biopsiyani natijasiga asoslanib qo'yiladi.

Davolash uchun faqat operatsiya qilish kerak. Xavfsiz o'smalarda ortiqni hammasi yoki uni dum qismi, xavfli o'sma bo'lsa, ortiq moyak va uning urug' tizmasi bilan qo'shib olib tashlanadi. Bemor operatsiyadan keyin nur bilan davolanadi. Oqibati o'z vaqtida davolangan bemorlarda uncha yomon emas.

ZAKAR O'SMALARI.

Zakari o'smalari epitelial va epitelial bo'lmaganlarga va ularni har biri esa xavfli va havfsizga bo'linadi. Zakar epitelial o'smalaridan eng ko'pi papilyar raki uchraydi.

XAVFSIZ O'SMALAR.

Zakarning asosiy xavfsiz o'smalariga papillomalar kiradi. Eng ko'p virusli papillomalar (*o'tkir uchli kondilomalar*) uchraydi. Bu shoxli va tukli o'smalar zakarni chekka kertmagining ichki varaqasida, ba'zan zakarni boshchasida paydo bo'ladi. Ularni viruslarga aloqador ekanligi tajriba hayvonlarida (o'smani hujayrasiz suyuqligi bilan emlanganda) tasdiqlangan. Klinik kuzatuvlarning ko'rsatishiga ko'ra bu o'smalar yuqumli va jinsiy yo'l bilan tarqaladi. Zakarning virusli papillomasi tez o'sadi. Ba'zan uzoq vaqt davomida o'sgan papillomalar rakka aylanishi ham mumkin.

Davosi papillomani elektr pichog'i yordamida kesib olib tashlashlikdan iborat.

Zakar xavfli o'smalarini ichida eng ko'p tarqalgani rak hisoblanadi. U Yevropada va Shimoliy Amerikada ham (erkaklardagi hamma rak kasalligini 1%) uchraydi. Ammo Afrika, Lotin Amerikasini ko'pgina davlatlarida hamma onkologik kasalliklar ichida birinchi o'rinlarni egallaydi.

Etiologiyasi.

Zakar rakining etiologiyasida zakar kertmagining ichki pardasi bilan uni boshchasi orasida yig'ilib qolgan va parchalanayotgan smegmani kantserogenlik ta'sirining katta ahamiyati bor.

Zakar rakining patogenezida, zakar kertmagi haltachalarida yig'ilib qolgan yig'indilarni ta'siri bor. Bu smegma qalpoqni tez-tez yallig'lanishiga olib boradi. Shunga ko'ra rak ko'proq kertmakni haltasida rivojlanadi. Ko'pincha rak fimozlar bilan (60-80 % bemorlarda) birgalikda rivojlanishi, yoshligida sunnat qilingan bemorlarda esa juda kam uchrashiligi bunga misol bo'la oladi. Zakarni rak oldi kasalliklariga papilloma, leykoplakiya va eritroplaziyalar kiradi. Zakar raki mikroskopda tekshirilganda, uni har xil darajada muguzlashgan yapaloq hujayralardan tashkil topganligi aniqlanadi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Kasallikning boshlanishida uni belgilari kam bilinadi. O'sma chekka kertmak ostida bemorga hech bilinmay rivojlanadi. Ko'pincha bu yerda yallig'lanish jarayoni boshlangandagina kasallikning birinchi belgilari o'zini bilintirmaydi.

Rakning ikki turini farqlash lozim: ekzofit va endofit. Birinchi turi tashqariga qarab o'sadi. Qo'ziqorin tusida bo'ladi. Ikkinchi chuqur tuguncha yoki yara sifatida o'sadi.

Zakar rakining metastazlari mahalliy (chov-boldir) yonbosh chuqurchasini limfa tugunchalariga beradi. Ammo bu yerda tez-tez yallig'lanish jarayoni bo'lib turganligi tufayli kattalashgan limfa tugunchalarini yarmida rak metastazlari bo'lmaydi.

Xalqaro tasnifiga ko'ra zakar raki 4 darajaga bo'linadi.

T1-singib o'smagan, chegaralangan (2 sm, oz) o'sma, T2 - 2-5 sm. ozgina singib o'sgan o'sma, T3 - 5 sm. katta hajmdagi va pastki qavatlariga singib o'sgan o'sma, T4 - zakarning ko'p qismini rak parchalab tashlagan va atrof to'qimalariga o'sib kirgan. Limfa tugunchalarini jarohatlanganligini quyidagicha tasniflanadi. (N1-bir tomondagi N1-limfa tugunlari siljiydi. N2 -ikkala tomondagi limfa tugunchalar ham siljiydi, N3 - limfa tugunlari siljiydi). Uzoq a'zoldagi metastazlar, rakning boshqa turlaridagi kabi (Mo va M1) bilan ifodalanadi.

Tashxis.

Zakar o'smasining ko'z bilan ko'rib, qo'l bilan paypaslashlikni imkoniyatini bor bo'lishligiga qaramay, uni tashxisi ancha murakkab. Buning boisi, rak zakarning chekka kertmagi ostida uzoq vaqtgacha yashirin o'sishligida.

Zakar raki metastazlarini aniqlash uchun chov limfangiadenografiya qilinib aniqlanadi.

Farqlovchi tashxis.

Chekka kertmak ostida yashirinib o'sayotgan zakar rak o'smasining uzoq vaqtgacha aniqlab bo'lmaydi. Chunki bu yerdagi to'qimalarni tez-tez yallig'lanib turishi tufayli, unga ko'pincha deyarli e'tibor berilmaydi. Undan tashqari uni tashqi ko'rinishini ko'p kasalliklarga o'xshashligi uchun uni faqat biopsiya qilibgina

aniqlashga imkoniyat bor. Bu bilan rakni papillomadan, sildan, sifilis va boshqa kasalliklardan ajratish mumkin. Rakni aniq bilmay turib, ehtiyotkorlik nuqtai nazaridan operatsiya qilish mumkin emas.

Davosi.

Zakar rakining davosi operatsiya va nur yordamida borishi kerak. Operatsiyadan oldin birlamchi o'smaga va yaqin atrofidagi metastazlarga nur berish kerak. Operatsiyaning hajmi, rak darajasiga bog'liq. Rakning birinchi darajasida zakarning boshchasi rezeksiya qilinadi. Ba'zan esa faqat nurni o'zigina beriladi. Rakning ikkinchi darajasida, zakarni sog'lom to'qimalari chegarasidan kesilib tashlanadi va Dyuken operatsiyasi (chov-boldir limfa tugunlarini olib tashlash) qilinadi. Uchinchi darajasida, zakar to'liqligicha va hamma limfa tugunlari bilan olib tashlanadi. Rakning 4-darajasida bemorni faqat dori- darmonlar bilan, nur va kimyoviy preparatlar bilan davolab turiladi.

Davolash natijasi kasallik darajasiga bog'liq. O'rtacha 5 yillik umr 60-70 % bemorlardagina bo'ladi.

Zakar rakining oldini olishda asosiy o'rinni chekka kertmak ostida yig'ilgan smegmani o'z vaqtida tozalab, yo'q qilib turishdan iborat. O'z vaqtida tozalikka rioya qilib, chekka kertmak tagi tozalab yuvilib va yog'lab turilishi lozim. Bu qoidalarga bolalar yoshligidan o'rgatilishi kerak. Bir yoshga to'lmagan bolalarni ham kertmagini uchini kengaytirib qo'yilish kerak. Agar fimoz bo'lib qolsa, u holda bolani ham kattalarni ham chekka kertmagi aylanasi kesib olib tashlanishi kerak.

Oqibati.

Zakar rakining oqibati kasallikni yaxshilab, kompleks ravishda davolansa sog'ayib ketish 60% bemorlarda kuzatiladi va boshqa raklarga qaraganda ancha yaxshi (bemorlarni umri 5 yiliga ko'payadi). Bu esa kasallik qachon aniqlanganliga, metastazlar bor-yo'qligiga bog'liq. Agar metastazlar bor bo'lsa, oqibati ancha yomon bo'ladi.

EPITELIAL BO'LMAGAN XAVFLI O'SMALAR.

Jinsiy a'zoni (zakar) epitelial bo'lmagan xavfli o'smalariga misol qilib, rakdan ko'ra kamroq anchagina ko'p uchraydigan endotelioma, melanoma va sarkomalarni ko'rsatish mumkin. Ularning rakdan farqi, ko'pincha jinsiy organni tana qismida paydo bo'lishida. Bu o'smalar metastazlari mahalliy hamda uzoqlarda bo'lishi mumkin. Ularni faqat biopsiya qilinib aniq hal qilish mumkin.

Davosi asosan jinsiy a'zolari kesib tashlab Dyuken operatsiyasini qilish xolos. Bu o'smalarning ko'pchiligi nurga ancha chidamlidir. Prognozi uncha yaxshi emas.

BOLALAR QOVUG'I VA JINSIY A'ZOLARI O'SMASI.

Bolalar qovuq o'smasi, kattalarnikiga qaraganda o'rtacha 60 marta kamroq, o'g'il bolalarda esa qiz bolalarga qaraganda anchagina ko'p uchraydi. Bu o'smalarning kelib chiqishi, odatda mezenximal to'qimalardan (rabdomiosarkoma, leyomisarkoma va mikrosarkoma) bo'lib, o'zlarini juda ortiqcha havfliligi bilan boshqa o'smalardan ajratib turadi. O'sma juda tez o'sib qovuq devorini qurshaydi, prostata beziga, qovuqni atrofidagi to'qimalarga va qo'shni a'zolarga o'sib kiradi. Metastazlarni kam beradi, bersa ham ba'zan o'pkaga va jigarlarga beradi.

Qovuq xavfsiz o'smalari (gemangiomas, fibromalar, papillomalar, dermoid kistalar) yosh bolalarda kamdan kam havflilik xususiyatini ko'rsatadi. Juda kam

uchrashiligi tufayli, uni tashxisi, asosan qovuqda siydik tutilishi tufayli qilingan rentgenologik tekshiruvlarga ko'ra aniqlanadi.

Moyak o'smalari bolalarda, kattalarga qaraganda 50 marta kam uchraydi. Ko'pincha o'smalar, yorg'oqqa o'z vaqtida tushmagan moyaklarda uchraydi.

Bolalarda prostata bezi o'smasi juda kam uchraydi. Xavfsiz o'smalardan leyomiomani ko'rsatish mumkin. Prostata bezi raki uchramaydi. Xavfli o'smalardan sarkoma, ko'pincha liposarkoma va rabdomiosarkomalar sifatida uchrashishi mumkin. Bu o'smalarning tez ulg'ayishi, hamda sezilarli havfliligi bilan farqlanadi. O'sma odatda qovuq ichiga qarab o'sadi va uni bo'shlig'ini to'ldiradi, ba'zan esa to'g'ri ichakka ham o'sib kiradi. Metastazlar eng avval suyaklarga va o'pkalarga tarqaladi.

XII- BOB.

BUYRAK ARTERIAL GIPERTENZIYASI.

Arterial gipertenziyasi bilan og'riyotgan bemorlarni 30-35% da kasallik buyrak va uning tomirlarini hastaligidan kelib chiqadigan nefrogen gipertenziyasiga aloqadordir.

Nefrogen gipertenziya ikki turga bo'linadi: vazorenal va parenximatoz. Vazorenal gipertenziyaning sabablariga buyrak arteriyasi va uning asosiy shoxlarining bir yoki ikki tomonlama tug'ma yoki orttirilgan hastaliklari kiradi. Parenximatoz gipertenziya esa, ko'proq bir yoki ikki tomonlama piyelonefrit, glomerulonefrit va buyrakning boshqa kasalliklari (buyrak tosh, sil, o'sma, buyrak kistasi, Gidronefroz, buyraklar polikistozi va boshqalar) sababli kelib chiqadi.

ARTERIAL GIPERTENZIYANING VAZORENAL TURI.

Vazorenal arterial gipertenziya, barcha arterial gipertenziya bemorlarning 7% tashkil qiladi.

Etiologiyasi.

Goldblatt 1934 yili itlarda bitta buyrakning arteriyasini toraytirib, ikkinchi buyrakni esa olib tashlab, mustahkam arterial gipertenziya turini keltrib chiqarishga muvofiq bo'ldi. Odamlarda ham har xil sabablarga ko'ra, buyrak arteriyasi toraygan, yoki uning ichiga tromb tiqilganda, ularda arterial bosim oshib ketar ekan.

Arterial gipertaniziyasi bor bemorlarni, arteriyasi toraygan buyragi olib tashlansa yoki bu buyrak tomirida plastik operatsiya qilinib, ichi kengaytirilsa, bemorlarning sog'ayib ketishi, buyrak arteriyasining toraytiruvchi jarohatlar arterial gipertenziyasining sababi ekanligiga isbot bo'la oladi. Arteriyani torayishini eng ko'p (65-70 % bemorlar) uchraydigan sabablardan biri aterosklerozdir. Bunda uchraydigan bo'rtmalar, tomirlar ichini toraytiradi. Buyrak arteriyasining torayishini boshqa sabablarga uni devorlarining fibromuskulyar displaziyasini (20-25%) ko'rsatish mumkin. Displaziyani asosida esa, elastik to'qimani tug'ma kamligi natijasida kelib chiqadigan tomir devorlarining hastaligidir. Keyinchalik muskul to'qimaning o'rnini bosuvchi kompensator gipertrofiya va fibroz to'qimaning proliferatsiyasi ham kelib qo'shiladi. Bunday displatik o'zgarishlar, arteriya devorini biron qatlamini ko'proq medial yoki intima qavatlarini shikastlantiradi. Patologik o'zgarish aylanma, ko'p sonli torayishlarga olib keladi va tomirlarni tuzilishini, tasbehni tuzilishiga o'xshatib qo'yadi.

Yaqin vaqtlargacha nefroptoza, arterial gipertenziyani keltirib chiqaruvchi sabab sifatida qaralgan emas edi.

3-jadval.

Buyrak arterial gipertenziyasi tasnifi.

Buyrak tomirlari turi

To'qima turi

Tug'ma jarohat

Orttirilgan jarohat

1. Buyrak arteriyasi fibromuskulyar displaziyasi.
 2. Buyrak arteriyasi anevrizmasi.
 3. Buyrak arteriyasi gipoplaziyasi.
 4. Aorta rivojlanish anomaliyasi.
 1. Buyrak arteriyasining aterosklerotik torayishi.
 2. Nefroptoz tufayli buyrak arteriyasining torayishi:
 - a) vaqtincha
 - b) organik.
 3. Buyrak arteriyasining trombozi yoki emboliyasi-buyrak infarqti.
 4. Panarterit.
 5. Buyrak jarohati:
 - a) buyrak arteriyasi trombozi.
 - b) buyrak arteriyasi anevrizmasi.
 6. Buyrak arteriyasining tashqaridan ezilishi.
- Piyelonefrit
Glomerulonefrit
Buyrak toshi
Buyrak sili.
Gidronefroz.
Homiladorlik nefropatiyasi.
Kollagenozlar.
Buyrak jarohati tufayli atrofiyasi.
G'ovak buyrak
Buyrak polikistozi.
Buyrak to'qimasining o'smasi yoki kistasi.

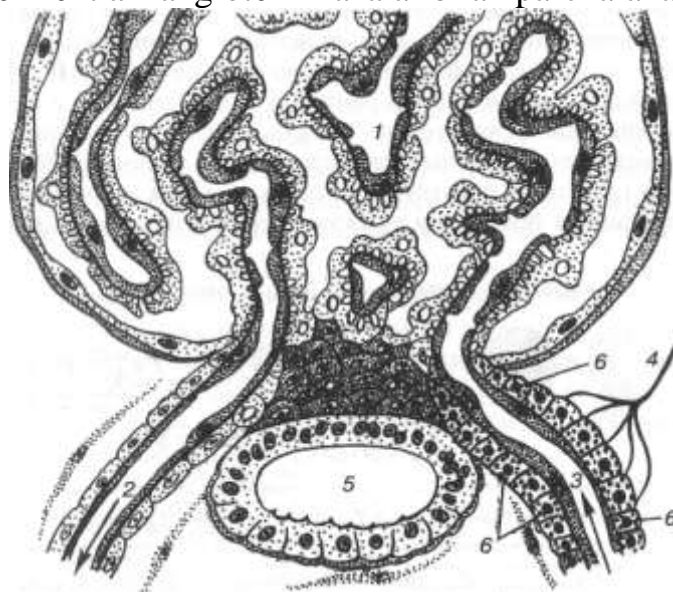
N.I.Pirogov nomli II-MLODMI urologiya klinikasida o'tkazilgan tekshiruvlar, nefroptoz tufayli arteriyasining haddan tashqari tortilishi va aylanishini ham, arteriyani torayishi deb hisoblash kerakligini ko'rsatdi. Nefroptozni bor bemorlarning 6-8% ida buyrak arteriyasini bu turdagi hastaligi uchraydi. Bunday holatlardagi torayishlar vaqtincha bo'ladi. Keyinchalik hosil bo'luvchi buyrak arteriyasining

fibromuskulyar torayishlari esa doimiy bo'ladi. Ortostatik arterial gipertenziya vaqtincha torayishning asosiy belgisidir, chunki u bemor ko'rpaga yotishi bilan yo'q bo'ladi. Agar gipertenziya bemor yotgan holatida ham saqlansa, demak buyrak arteriyasida torayish hosil bo'lgan bo'ladi. Tromboz va emboliya, buyrak arteriyasining toraygan holatlarida arterial gipertenziyaga olib boradi. Ular asosan yurak va gipertenziyani kam uchraydigan sabablariga anevrizmalar va buyrak tomirining tug'ma torayishi, aortani va uning shoxlarini panarteriti, buyrak arteriyasi tashqaridan ezilishi kiradi.

Tiger Shtedt va Bergman 1898 yili o'zlarining tajribalariga asosan ishemiyaga duchor bo'lgan buyraklarda qandaydir, arterial gipertenziyaga olib boruvchi, modda borligini aniqlashgan. Bu modda sog'lom hayvonlarga yuborilganda ularda ham gipertenziya kelib chiqqan. Shunday qilib, olimlar xulosasi quyidagicha: buyrak to'qimasi ishemiya sharotida, toraytiruvchi modda ishlab chiqaradi. Uning nomini esa, *renin* deb nomlashadi. (lotincha *ren* - buyrak).

Patogenezi.

Hozirgi paytda aniqlanganidek buyrak ishemiyasida proteolitik ferment-renin ishlab chiqariladi, bu ferment qondagi α -globulin (gipertenzinogen) bilan qo'shilib jigar orqali ajraladi. Bu ikki moddadan pressor polipeptid hosil bo'lib, *angiotenzin* deb nomlanadi. U ikki xil bo'ladi: angiotenzin I va II, birinchisidan ikkita aminokislota ajralganda ikkinchisi hosil bo'ladi. Hozirgi vaqtda aniqlanganidek, renin va angiotenzin arterial bosimni ko'tarishmaydi. Faqatgina angiotenzin II siquvchi kuchga ega bo'lib, qonda aylanib, arterial gipertenziyaga olib keladi. Angiotenzin maxsus fermentlar- angiotenzinazalar bilan parchalanadi.



129-rasm. Buyrak yukstaglomerulyar kompleksi.

1 – buyrak ko'ptokchasi kapillyarlari; 2 – olib ketuvchi arteriya; 3 – olib keluvchi arteriya; 4 – ligatik nervlar; 5 – nefron distal kanalchasi; 6 - yukstaglomerulyar kompleks hujayralari.

Aniqlanishi bo'yicha renin, buyrakning yukstaglomerulyar apparatining (YuGA) hujayralaridan ishlab chiqariladi. Vazorenal arteriya gipertoniyasi bor bemorlarda, buyrak arteriyasida torayish bor buyraklar, YuGA hujayralari gipertrofiyasi va ularda sekretsiya qiluvchi granularlarning soni ko'payishi, hamda reninning yuqori kuchi (aktivligi) aniqlanadi. Ko'p mutaxassislar fikri bo'yicha

reninni ko'p ishlab chiqarilishi faqatgina ishemiya natijasida emas, balki buyrak tomirlaridagi puls bosimini o'zgarganida ham kelib chiqadi. Buyrak arteriyasini toraygan joyidan keyingi tomirlardagi arterial bosim pasayadi. Bu esa arteriolalar devorlarining tarangligini kamaytiradi, natijada *Macula densa* xemoretseptorlarni (YuGA) bilan organik bog'langan kanalchalar strukturasidagi) qo'zgatadi va renin sekretsiyasini kuchayishiga sabab bo'ladi.

Oxirgi yillarda vazorenal arterial gipertenziya patogenezida natriyni organizmda ushlanib qolishi, ekstratsellyulyar suyuqlikni plazma hajmini hamda buyrak ichki bosimini ko'tarilishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari vazorenal gipertenziyada, angiotenzin aldosteron(ikkilamchi aldosteronizm) sekretsiyasini kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida organizmda natriyni ushlanib qolishiga keltirishi aniqlangan. Natriy ortiq miqdorda bo'lganda, buyrak arteriyasini va arteriollarini devorida cho'kib, u yerda suyuqlikni ushaydi, bu esa tomirlarni shishishiga ular ichini torayishiga va qon oqimiga qarshilik ko'rsatishiga olib keladi. Bunday sharoitda tomirlar devorini katexolaminlar ta'siriga sezuvchanligi oshadi, periferik vazokonstruktsiyasi kuchayadi.

Renin bilan angiotenzinning gipertenziya keltirib chiqarishdagi ahamiyati bilan bir qatorda, sog'lom buyrakni gipertenziasini oldini olish uchun, gipotenziv moddalar («depressor substantsi») ni ishlab chiqarishi mumkinligini aniqladi. Hozirgi paytda esa bu depressor moddalar buyrakning miya qatlamida hosil bo'lishi aniqlangan. Vazorenal arterial gipertenziyaning patogenezida biologik aktiv polipeptidlar – Kininlar (Bradikinni, kallikrein va boshqalar) alohida ahamiyatga ega dirlar. Ular mayda va o'rta arteriolalar devoriga ta'sir etib, ularni kengaytirib, shuning bilan periferik qarshilikni pasaytirishadi.

Bir tomondagi buyrak kasallanganda kuzatiladigan vazorenal arterial gipertenziyani patogenezida asosida qarama-qarshi tomondagi sog'lom buyrakning tomirlaridagi rivojlangan og'ir intraparenxima jarohati bo'lib, kasallangan ammo vazifasi hali ancha saqlangan kezida bo'ladi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Vazorenal arterial gipertenziya har xil yoshga ham mansub, lekin ko'proq (93 % bemorlarda) 50 yoshgacha uchraydi. Gipertenziyaga olib keluvchi buyrak arteriyasining arterosklerotik torayishi ko'proq 40 yoshdan oshmagan erkaklarda uchraydi. Fibromuskulyar torayishi ko'proq o'spirin va o'rta yoshdagi ayollarda uchraydi.

Vazorenal arterial gipertenziyaga xos shikoyatlar yo'q. Gipertenziya aniqlangan paytda shikoyatlar yo'qligi, buning xususiyatlari belgisi hisoblanadi, ya'ni kasallik «to'satdan» har xil profilaktik ko'ruvlarda aniqlanadi. Ko'pincha uchraydigan belgilardan beldagi og'riq, bosh og'rig'i bilan birgalikda ko'pincha nefroptoza kuzatiladi, ayniqsa bemorning vertikal holatida.

Vazorenal arterial gipertenziya uchun birdaniga bosim ortib ketishi, ko'p hollarda (18-30% bemorlarda) diastolik bosimni (110-120 mm. sim. ustuni ham yuqoriligi, gipertonik krizni esa kam uchrashligi xarakterlidir.

T a s h x i s i.

Vazorenal arterial gipertenziyani aniqlash uch bosqichdan iborat. Birinchi bosqich – aortografiya uchun bemorlarni tanlash: kasallikni tarixini bilish, umumklinik usullarni izotop renografiya, skanirovaniye yoki ssintigrafiya va

ekskretor urografiylarni qo'llash. Tekshiruvlarning bu bosqichini poliklinika yoki maxsus bo'lmagan statsionar sharoitida, vrach Shternist oftolmolog, radiolog va rentgenologlar bilan birgalikda o'tkazish mumkin.

1. Vazorenal gipertenziyalik bemorlarning kasallik tarixidan quyidagilarni aniqlash mumkin. Kasallikning oilaviy (merosli) emasligi,

2. Qisqa muddatli gipotenziv davolashni foydasi bo'lmaganligi yoki uni butunlay qo'llanilmaganligi.

Gipertenziyani beldagi o'tkir og'riq, buyrak jarohati yoki buyrakdagi bironta operatsiyadan so'ng paydo bo'lishligi.

Tranzitor bezarar arterial gipertenziyaning qo'qqisidan kuchayishi.

Yuqorida aytilgan, kasallik tarixidan aniqlangan davolash ta'sirida ham o'zgarmaydigan belgilari bor gipertenziyalik bemorlarda maxsus tekshiruvlar o'tkazish kerakligini bildiradi.

TEKSHIRUV USULLARI.

Umumiy klinik tekshiruvlar arterial bosimni o'lchash, diastolik bosimning ko'p oshganini aniqlashga imkoniyat beradi. Arterial bosimni o'lchash bemorning har xil holatida (yotqizilib, tik turgizib) jismoniy ishdan so'ng har ikki qo'lida o'tkazilishi zarur. Gipertenzion nefroptoz bor bemorlarning gipertenziasini 85% da ortostatik gipertenziya uchraydi. Xuddi shu guruhdagi bemorlardagi arterial bosimni holati jismoniy ishdan (30 daqiqa yurish, yoki 15-20 marta o'tirib turish) so'ng aniqlaniladi. Gipertonik kasalligi bor bemorlarda ortostatik gipertenziya bo'lmaydi.

Vazorenal gipertenziyaning boshqa asosiy belgilariga qo'l va oyoqdagi arteriya qon bosimi oshishi va tomir urishlarining assimetriasini ko'rsatish mumkin. Bunday holat panarteritga ham xos belgilardir.

Vazorenal arterial gipertenziyasi bor bemorlarning qariyb yarmida, epigastriya sohasini auskultatsiya qilinganda ko'proq buyrak arteriyasining fibromuskulyar torayishida uchraydigan, sistologik (anevrizmada) va diastolik shovqin eshitiladi. Ko'z tubi tekshirilganda aniqlanadigan angiopastik retinopatiya, vazorenal gipertenziyada boshqa har xil sababli rivojlanadigan arterial gipertenziya ancha ko'p uchraydi.

Buyrak arteriyasining torayishidan kelib chiqadigan arterial gipertenziyasi bor bemorlarning ayrimlarida YuGA hujayralarini eritropoetik mahsulotiga ijobiy ta'siri sababli, qondagi eritrotsit va gemoglobin miqdori ancha yuqori bo'ladi.

Buyraklarning summar ishlash qobiliyati qoniqarli darajada ancha uzoq vaqt saqlanadi, osmatik konsentratsiyalash xususiyati yuqori darajada bo'ladi. Bu klubochkalar filtratsiyasi hajmini va buyrakdagi qon aylanishi kamayishi kanalchalardagi reabsorbtsiyani o'z navbatida kuchayishi bilan tasvirlanadi.

Arteriya toraygan tomondagi buyrakning ishlash holatini bilishda, izotop renografiya qimmatbaho usul hisoblanadi. U hammadan ham buyrak arteriyasining bir tomonlama jarohatida juda foydali bo'lib ikkala tomon renogrammasi assimetriyani ko'rsatadi. Bu usul yordamida kasallarni tanlash mumkin. Vazorenal gipertenziyani aniqlashda, shuningdek dinamik ssintigrafiya va nepryamaya buyrak angiografiyasi katta ahamiyatga egadir. Ular torayishning faqatgina funksional tomonini emas, balki buyrak parenximasidagi funksional o'zgarishlarni hisoblab va kompyuter yordamida sinab beradi.

Vazorenal gipertenziyasi bor bemorlarni ekskretor urografiya yormida tekshirilganda, ular buyraklarini kattaligi, farqini va har birini ishlash qobiliyatini alohida bilishga yordam beradi. Seriyali urografiya usulida esa rentgenokonstrast modda jo'natilgandan so'ng, birinchi daqiqalardayoq arteriyasi toraygan tomondagi buyrakning ish faoliyatini aniqlab beradi. Venaga 60-80 % rentgenokonstrast modda suyuqligi (urotrast) jo'natiladi va 1,3,5,10 va 20 daqiqalarda rasm olinadi. Rasmlardan bir (10 daqiqa) bemorning vertikal holatida olinadi.

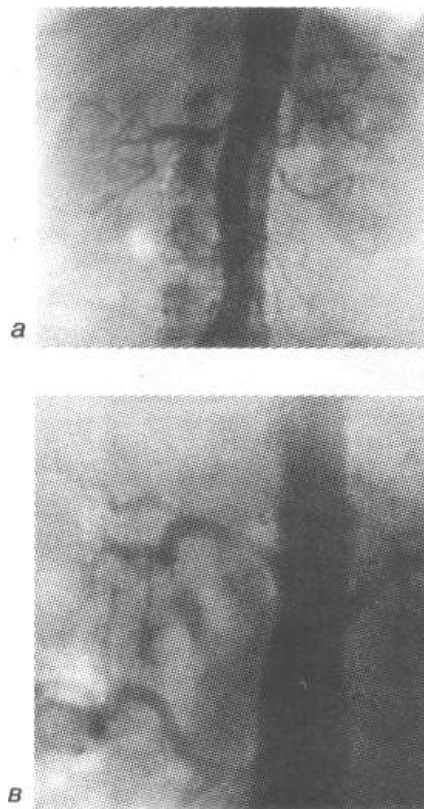
Ekskretor urografiya buyrak arteriyasini torayishiga xos belgilarni aniqlaydi. 1. Buyrak kosacha- jom sistemasidagi rentgenokonstrast moddaning paydo bo'lishining kechishi. 2. Buyrak hajmini 1 sm yoki undan ham ko'proqqa kamayishini, ya'ni buyrakni atrofiyasini ko'rsatadi. 3. Ertangi va mustahkam nefrogramma. 4. Keyingi rasmlarda rentgenokonstrast moddani konsentratsiyasini oshishi. 5. Buyrakni funksiyasini yo'qolishi.

Oxirgi belgisi qo'shimcha retrograd piyelogrammada kosacha-jom sistemasining normal ko'rinishi aniqlansa, buyrak arteriyasining trombozi va emboliyasi haqida o'ylash mumkin. Arteriyasi toraygan buyraklarning filtraitsiyasining kamayishi va reabsorbsiyasining birinchi, uchinchi, to'rtinchi belgilarining patofiziologik asosidir.

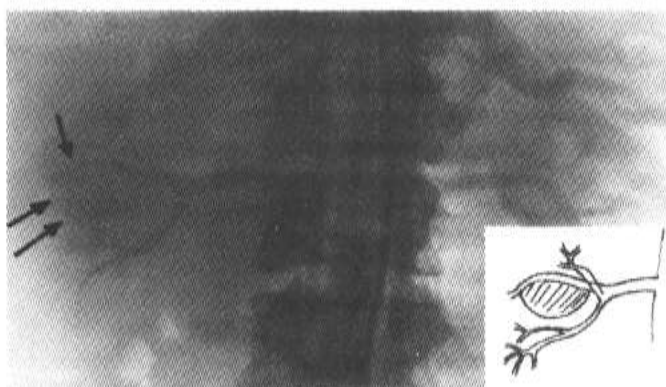
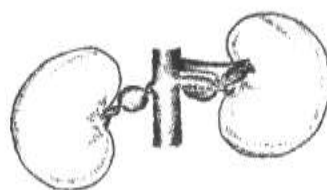
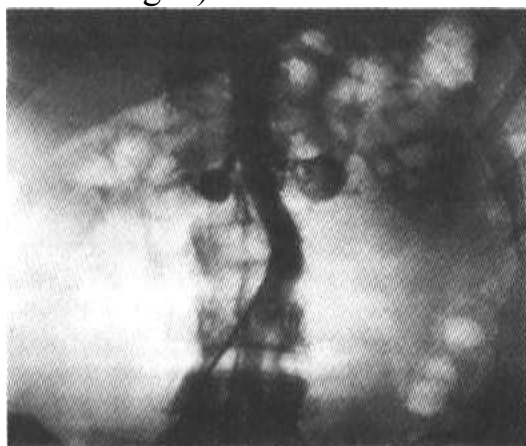
Tekshiruvlarning ikkinchi bosqichi buyrak angiografiyasidan (aortografiya, zaruriyat bo'lsa buyrakning selektiv arterio va venografiyasi ham qilinadi) iborat. Agarda bundan avval bemorga ekskretor urografiya o'tkazilmagan bo'lsa, unda ekskretor urografiya aortografiya fazasi sifatida bajarilaveriladi. Buyrak usti bezi o'smasiga gumon bo'lguday bo'lsa, aortografiyani, pnevmotroperitoneum va tomografiyalar bilan birgalikda o'tkaziladi.

Vazorenal gipertenziyada qilinadigan buyrak angiografiyasi, buyrak arteriyasining har xil jarohatini tashxisidagi yagona usul hisoblanadi, u arteriya torayishining fel-atvorini, joylashgan o'rnini va darajasini bir, yoki ikki tomonlamaligini aniqlaydi. Buyrak arteriyasi torayishining funksional belgilaridan biri deb, tomirning toraygan qismidan keyingi kengayishi hisoblanadi.

Buyrak angiografiyasini bajarish uchun asos sifatida 1. kasallik tarixi, umumklinik tekshirish usullari, izotop renografiya, ekskretor uroografiyalar yordamida topilgan o'zgarishlar. 2. dori-darmonlar yordam bera olmaydigan qator omillar, 50 yoshgacha bo'lgan odamlardagi baland arterial gipertenziya. 3. Ortostatik arterial gipertenziya, asosan nefroptoz hisobiga. 4. gipertenziyasi bor bemorlardagi eritremitiya.



130-rasm. Aortogrammalar. Buyrak tomirlarini stenotik jarohlari. A-o'ng buyrak arteriyasini aterosklenotik torayishi, «Tasbexga» o'xshash holat (nayzalar bilan ko'rsatilgan).



131-rasm. Aortogramma. O'ng buyrak arteriyasini anevrizmasi.

Buyrak arteriografiyasi yordamida quyidagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Arterosklerotik torayish ko`pincha bir tomonlama bo`ladi. Arterosklerotik bo`rtma odatda buyrak arteriyasining proksimal qismini aortaga yaqin joyida joylashadi. Bemorlarni 20 % ga yaqinida ateromatoz ham aortada ham buyrak arteriyasida uchraydi.

Fibromuskulyar torayish bir yoki ikki tomonlama bo`lib, ko`proq o`ng buyrak arteriyasini jarohatlaydi va uning shoxlariga, ayrim paytlarda buyrak ichki tomirlariga ham o`tadi. Torayish asosan arteriyalarni o`rta va distal qismini uchdan bir bo`lagida joylashadi, angiografiya tasbexsimon bo`lib ko`rinadi. Torayishning xususiyatlari va o`ziga xos belgilarini saqlash kerak bo`lib qolsa, buyrakni selektiv arteriografiyasi qo`llaniladi.

Buyrak arteriyasi va uning shoxlarini trombozi yoki emboliyasi, arteriogrammada, qon-tomir xuddi amputatsiya bo`lganday bo`lib ko`rinadi.

Buyrak arteriyasi anevrizmasida buyrak ichida yoki tashqarisida joylashgan tomirda kengayish paydo bo`ladi. (131-rasm). Nefroptozdagi arterial gipertenziyani patogenezi aniqlashda buyrak angiografiyasi alohida o`rin egallaydi. Bunday holatlardagi tekshiruvlarni bemorning vertikal va gorizontal holatlarida o`tkaziladi. Vertikal aortogrammada buyrak arteriyasi keskin cho`zilgan bo`lib, ayrim hollarda buralgan, diametri toraygan bo`ladi. Gemodinamik o`zgarishlarni aniqlash uchun bir paytda selektiv venografiya va flebotonometriya qilinadi. Nefroptoz bor bemorlarda vertikal aortografiya yordamida buyrak arteriyasining fibromuskulyar stenozini aniqlash mumkin. Bu o`zgarishlarni gorizontal holda qilingan angiogrammada aniqlab bo`lmaydi.

Vazorenal gipertenziyasi bor bemorlarning tekshiruvining uchinchi bosqichi buyrak arteriyasidagi o`zgarishlarga, arterial bosim ko`tarilishiga bog`liqligini aniqlashdan iborat. Buning uchun buyraklarni alohida kateterizatsiyalash testi, angiotenzinli sinov yoki renin kuchini aniqlash kabi testlardan foydalanish kerak. Tekshiruvning oxirgi qismi qarama-qarshi buyrakning funksional biopsiyasidan iborat.

Alohida kateterizatsiyalash yordamida o`tkazilgan, funksional buyrak testlari torayishi kuchli darajasida va ayniqsa buyrak gipertenziyasini bir tomonlama bo`lgan holatlarini aniqlashda katta ahamiyatga egadirlar. Ko`proq *Govard va Rappoport sinovi* qo`llaniladi. Govardni ko`rsatish bo`yicha toraygan tomonda sog` tomondagiga nisbatan siydik hajmi 50% kam, natriy konsentratsiyasi esa 15% ga pasaygan bo`ladi. Siydik miqdorini o`lchamaslik uchun Rappoport buyraklardan alohida olingan siydik kreatinin miqdori aniqlanadi, chunki u reabsorbsiya bo`lgan suv miqdoriga to`g`ri mutanosibdir.

Renin faolligi. Buning uchun bemor 4 soat vertikal holda (renin ajratilishini kuchaytirish) bo`lgandan so`ng, periferik vena qoni tekshiriladi yoki bemor ortostatik holda, buyrak venalaridan, kateterizatsiya yordamida, har xil buyrakdan alohida olingan qon tekshiriladi. Plazmadagi renin faolligini torayishi bor tomonida yuqoriroq bo`lishi uni arterial gipertenziyani rivojlanishiga, arteriya torayishini aloqadorligi yuz foiz isbot qiladi.

Angiotenzin miqdori yuqori bo`lgan kimsalar (ya'ni vazorenal gipertenziyasi bor bemorlar) organizmiga ekzogen antiotenzin tushuviga kam sezuvchan, sezuvchansiz yoki bularning hammasini aksincha bo`lishlari ham mumkin. Endogen angiotenzin, miqdori, renin aktivligi darajasiga to`g`ri mutanosib bo`lganligi uchun,

angiotenzinli sinovni gipertenziya torayishiga bog'liqligini isbotlashdagina ishlatish mumkin.

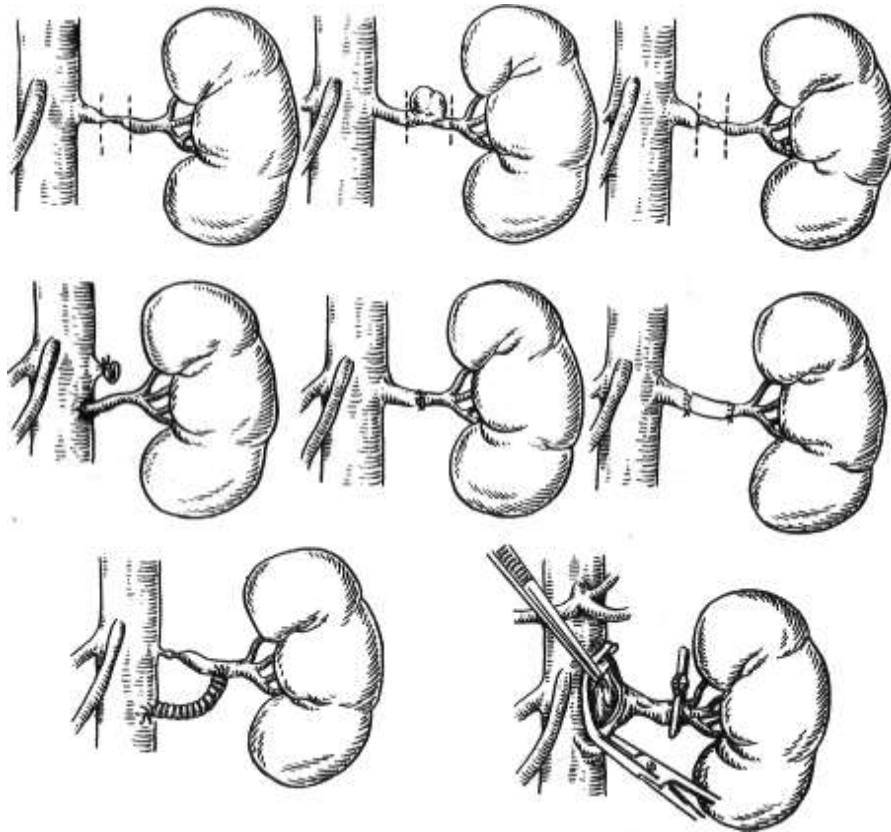
Buyrak biopsiyasi- tashxisi zarur bo'lib, ayrim hollarda davolash usulini va operatsiya turini (buyrakni olib tashlash yoki buyrak arteriyasi plastikasi) aniqlashga yordam beradi. Arteriyasi, toraygan buyrak qarama-qarshi bo'lgan buyrakni arterosklerozi borligini aniqlash uchun odatda teri orqali funksional buyrak biopsiya usuli qo'llaniladi. Jarohatlangan buyrakning biopsiyasini esa tezlik bilan operatsiya paytida qilinadi.

Farqlovchi tashxis.

Vazorenal arterial gipertenziyasi ko'pincha, gipertoniya kasalligi va simptomatik gipertenziyani boshqa har xil turlari (buyrak usti bezi kasalliklari, asosida nefrogen gipertenziyani parenximatoz xili va boshqalarda uchraydigan gipertenziyani belgilari bilan farqlash lozim. Agar bemorlar kasallik tarixida buyraklarida shamollash yoki boshqa har xil patologik o'zgarishlar mavjud bo'lgan bo'lsa, demak bu holda nefrogen gipertenziyani parenximatoz turi rivojlanadi. Gipertenziya, buyrak usti bezining kasalliklari (Feoxramatsitoma, aldosteroma va boshqalar) asosida rivojlangan bo'lsa, unda arterial gipertenziasini krizsimon turi bo'lib, u bilan birga giperglikemiya, glyukozuriya, katexolaminlarning qon va siydikda yuqori miqdori va shuningdek giperkaliemiya, izostenuriya sutkali siydik aldosteronning baland miqdori bo'lishligi ham katta o'rin oladi. Diagnostika aniqlash uchun pnevmoretroperitoneum, tomografiya, buyrak usti bezini arteriografiyasi yordam beradi.

Davolash.

Konservativ davolashning foydasizligi tufayli, buyrak arteriyasidagi jarohat qanday bo'lishligidan qat'iy nazar vazorenal arterial gipertenziyani davolashda eng ko'p yaxshi natijani operatsiya beradi. Operatsiyadan maqsad buyrakda normal magistral qon aylanishni tiklash. Operatsiya oqibati, tomirlar torayishini turi, ularni joylashgan o'rni va torayish darajasi, ularni bir yoki ikki tomonlamaligiga, jarohatlangan hamda shikastlangan buyrak parenximasini hajmiga va uni holatiga bog'liq. (132-rasm).



132-rasm. Buyrak tomirlarida operatsiya. A-buyrak arteriyasini toraygan qismini kesib tashlab uni aortaga ulash, B-buyrak arteriyasini anevrizma bilan olib, bir-birini ulash. V-buyrak arteriyasini toraygan qismini kesib tashlab sun'iy tomir bilan almashtirish. G-aorta hamda buyrak arteriyasini orasida sun'iy tomirdan darcha, D-aorta orqali endarterektomiya.

Agar nefroptoz bor bemorlarda arteriya torayishi vaqtincha bo'lsa, nefropeksiyaning eng fiziologik turi, *Pitel – Lopatkin usulini* bajarishlik tavsiya qilinadi, agar torayish doimiy bo'lsa, u holda nefropeksiya bilan bir qatorda buyrak arteriyasidagi plastik operatsiyani ham birgalikda qilish kerak.

Aterosklerotik torayishda ko'proq qo'llanuvchi usullar:

Aorta orqali endarterektomiya, buyrak arteriyasiga tegmaslik va uning ikkilamchi torayishining oldini olish maqsadida bo'rtmani (tugmani) aorta orqali olib tashlanishdan iborat.

Endarterektomiya va autogen vena yoki sintetik material (dakron, teflon va boshqalar) bilan yamash.

Fibromuskulyar torayish yoki anevrizmada odatda quyidagi usullar ishlatiladi.

Arteriyani kesib tashlab va «uchinchi uchiga» ulash,

Arteriyani kesib tashlab uni chuqur boldir arteriyasidan yoki qorin osti arteriyasidan quvursimon arteriya transplantatni olib, autoplastika qilish.

Bundan tashqari sun'iy materialdan transplantatsiya yordamida aorta bilan buyrak arteriyasi o'rtasida qo'shimcha anastomoz barpo qilish mumkin.

Chap buyrak arteriyasi jarohatlangan ayrim hollarda splenorenal arterial anastomoz ham qilinadi. Ayrim hollarda buyrak arteriyasining biron shoxining torayishi yoki berkilishida buyrak rezeksiya qilinadi.

Qon-tomirlar jarohati (torayish, anevrizma) buyrak parenximasini ichida joylashgan yoki boshqa texnik qiyinchiliklarda, masalan: oddiy yo'l bilan rekonstruktiv operatsiya qilish juda qiyin va iloji yo'q bo'lgan lyumbatik yara ichida, chuqurlikda joylashgan buyrakni rekonstruktiv operatsiya qilib bo'lmaydi. Bunday holatlarda oxirgi yillarda operatsiya ekstrakoporal sharoitda bajarilmoqda; buyrak tanadan ajratib olinadi (buyrak tomirlari kesiladi, siydik naychasi esa kesilmaydi) va maxsus operatsion suppaga qo'yiladi, buyrak arteriyasi va venasiga quvur (trubka) o'rnatilib, sovutilgan maxsus suyuqliklar bilan yuvib turiladi va zarur bo'lgan operatsiya, kesib olingan buyrakda bajariladi. Operatsiya tugaganidan so'ng buyrakni yonbosh chuqurligiga joylab uning tomirlari yonbosh qon-tomirlari bilan ulanadi: buyrak arteriyasini ichki yonbosh arteriya bilan umumiy venani yonbosh venasi bilan ulanadi. (buyrak aurotransplantatsiyasi).

Agar plastik operatsiya qilishni iloji bo'lmasa, unda buyrakni olib tashlashlikka to'g'ri keladi. Bunga asoslar:

buyrak infarkti, vazifasini keskin buzilishi;

buyrak arteriyasi shoxlarining ko'pchiligini torayish jarohati;

buyrak arteriyasining torayishi bilan bir qatorda pielonefrit yoki buyrak atrofiyasini uchrashi;

ilgari bajarilgan arteriya plastikasi yoki buyrakda qilingan rezeksiyani befoydaligi, kattaroq plastikani o'rinsizligi yoki bemor holatining og'irligi bilan bog'liq bo'lgan boshqa sharoitlar;

buyrakni gipoplaziyasi.

Buyrak arteriyasi ikki tomonlama toraygan bo'lsa yoki qarama-qarshi buyrakda arteroskleroz bor bo'lsa, kasal buyrakni olib tashlash mumkin emas.

Vazorenal gipertenziyasi bor bemorlarni operatsiyadan oldingi davrda tayyorgarlik sifatida bemorlarga uxlatuvchi va qon-tomirlarni kengaytiruvchi dorilarni berish mumkin. Operatsiya arafasida kuchli gipotenziv (rauvolfiya moddalari, ismelin, izobarin, dopegit va boshqalar) dorilarni ishlatib bo'lmaydi, chunki ular bemor organizmida yig'ilib narkozning operatsiya va operatsiyadan so'nggi paytdagi gemodinamikasiga qattiq ta'sir ko'rsatadi.

Vazorenal sababli operatsiya bo'lgan bemorlarni operatsiyadan so'ng kuzatib borishlikni o'ziga xos xususiyatlari bor. Bulardan biri anuriya kelib chiqishlik imkoniyati. Bunday holat plastik operatsiya yoki nefrektomiya qilinganidan so'ng, arterial bosimni normallasuvi, ko'ptoklardagi filtratsion bosimni esa keskin tushib ketishi natijasida kelib chiqadi. Bu ko'ngilsizlikning oldini olish uchun organizmning yetarli qon bosimi darajasini, ya'ni 120-80 mm simob ust. kam bo'lmagan bosimni ushlab turishlik zarurdir. Boshqa xavf xatarlardan ikkilamchi qon ketish bo'lishi mumkin. Anuriya boshlanganini sezmay qolmaslik uchun kuchli antibiotikterapiya, drenaj quvurlarini o'z vaqtida (3 sutkada) olish, operatsiyadan so'ng 7 kun davomida bemorni o'rnidan turishligiga ruxsat bermaslik va boshqa choralarni ko'rishlik zarur.

Operatsiyadan so'ng 65-70% bemorlarda arterial bosim normallasadi, 15-20 % bemorlarda sezilarli kamayadi.

Muvaffaqiyatli o'tkazilgan operatsiyadan so'nggi konservativ davo ham yaxshi natija beradi. Gipertenziya qanchalik kam vaqt davom etgan bo'lsa, operatsiyaning foydasi shunchalik mustahkam bo'ladi. O'z vaqtida qilingan operatsiya bemorlarning reabilitatsiyasi va hayot bilan mehnatga tezroq qaytishlikni garovidir. Vazorenal

gipertenziya tufayli operatsiya bo'lgan bemorlar albatta dispanser hisobida bo'lishlari lozim.

O q i b a t i.

Operatsiya tufayli yo'qolmagan vazorenal arterial gipertenziyani prognozi ayanchlidir. Bemorlarni ko'pchiligida konservativ davolar befoyda, chunki qon bosimi faqat qisqa vaqtgagina pasayadi. O'lim gipertenziya tufayli yuzaga chiqqan o'zgarishlardan (yurak- qon-tomir yetishmovchiligi, miyaga qon quyilish, yurak infarkti va boshqalar) va buyraklarni surunkali yetishmovchiligidan kelib chiqadi. Buyraklarning surunkali yetishmovchiligi, buyrak arteriyasi toraygan tomondagi buyrakning (yoki ikki tomonlama jarohatda-buyraklarning) kichrayishi va qarama-qarshi buyrakning arteriosklerozi (bir tomonlama jarohat) tufayli yuzaga kelib chiqadi.

NEFROGEN ARTERIAL GIPERTENZIYANING PARENXIMATOZ TURI.

Ushbu bobning bu qismida biz glomerulonefritlarda uchrovchi arterial gipertenziyaga to'xtamaymiz, chunki u terapevtik kasalliklarga mansub, biz buyrak parenximasini urologik kasalliklarida, ko'proq uchraydigan surunkali pielonefrit natijasida yuzaga keladigan arterial gipertenziyaga to'xtalib o'tamiz.

Etiologiyasi.

Arterial gipertenziyaning parenximatoz turining ko'pchilik sababi, surunkali pielonefritdir. Bir tomonlama surunkali pielonefrit u bemorlarning 35-37% uchraydi. Ikki tomonlama – 43%. Pielonefrit boshqa kasalliklarda ham, siydik tosh kasalligi, buyrak polikistozi va boshqalarda ham arterial gipertenziyani keltirib chiqaruvchi sabablaridan biri hisoblanadi.

Patogenezi.

Surunkali pielonefritda oraliq to'qimalardagi sklerotik o'zgarishlarni kuchayishi va qon-tomirlarni sklerozi natijasida, buyraklarning ichki qon aylanishi o'zgarib, buyrak ishemiyasi kelib chiqadi. Bu esa arterial qon bosimini oshishiga olib keladi. Arterial qon bosimining oshishini parenximatoz turining patogenezida vazorenal gipertenziyani mexanizmning ayrim qismlarigina o'rin olgan. Xususan, pielonefrit bilan jarohatlangan yoki nefrogen gipertenziya natijasida olib tashlangan buyraklarda, YuGA hujayralari gipertenziasini va reninni aktivligini ko'tarilgani aniqlangan. Hozirgi bor fikrlardan buyrakning ishemiyasini paydo bo'lishligida va buni natijasida yuzaga chiquvchi gipertenziya, gemodinamik muvozanatni buzilishi bilan bog'liq bo'lib, ozayib qolgan ammo ishlayotgan parenxiamga qon kelishni yetishmovchiligi natijasida rivojlanadigan degan fikr hozirda ham bor. Kasallikni ancha kechikib ketgan va og'ir hollarida kam hatto buyrak tirishib, kichraygan bo'lsada, gipertenziyani bo'lmasligi mumkin, chunki bunday kasalliklar proporsional qon oqimini kamayishi bilan davom etishi mumkin.

Pielonefrit rivojlangan sari, arterial gipertenziya patogeneziga boshqa faktorlar ham, xususan natriyni balansini buzilishi qo'shiladi.

Natriyni organizmda ko'p miqdorda tutilib qolganida ham, arterial bosimni mustahkam ravishda ko'tarilishi aniqlangan. Shuning uchun, organizmdan natriyni chiqib ketishi hollarida rivojlanuvchi pielonefritda, buyrak gipertenziya bo'lmasligi mumkin.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Surunkali pielonefrit natijasida yuzaga chiqadigan arterial qon bosimining ko'tarilish belgilari, pielonefrit va baland arterial bosim belgilaridan iboratdir. Shunga ko'ra surunkali pielonefriti bor bemorlari 30% da arterial gipertenziya yagona belgi sifatida bo'ladi, u ham bo'lsa ko'pchilik holatlarda qo'qqisdan topilib qolishi mumkin. Kasallik ko'proq ayollarda, yoshlarda, uchraydi. Kasallik tarixidan gipertenziyani buyrak shamollashidan so'ng kelib chiqqanini aniqlash mumkin. Boshlanish paytlarda gipertenziyaning kechishi bir tartibda o'zgaruvchan o'tkaziladigan davolarda yaxshi tuzaluvchan bo'ladi. Kasallik rivojlangan sari, gipertenziya mustahkamlashib, diastolik bosim baland qolib, konservativ davodan tuzalmaydigan bo'lib boradi. Ayrim bemorlar chanqoqlik, peshona sohasidagi og'riqqa shikoyat qilishadi, subfebril tana harorati, poliuriya o'rin oladi.

T a s h x i s i.

Tashxis arterial gipertenziyani topish, pielonefritni (ko'pincha latent ravishda o'tadigan) aniqlash va ular orasidagi etiologik bog'liqni aniqlashda bu muammolarni yechish ancha og'ir masala, chunki hozirgi vaqtgacha, surunkali pielonefritda arterial gipertenziyani buyrakka bog'liqligini isbotlovchi aniq tekshiruv usuli yo'qdir. Shunga qaramasdan, pielonefrit bo'lganda nefrogen arteril gipertenziyani kelib chiqishini quyidagi belgilari bor. Ko'pincha bemorlarda oilaviy gipertonik anamnez bo'ladi. Konservativ davoning foydasini yo'qligi, tez rivojlanishi, 1/3 bemorlarda gipertenziyaning qo'qqisdan boshlanishi va tez rivojlanishi, 1/5 da yomon sifatidagi kechishi va ko'z tubini jarohati misol bo'la oladi. Agar pielonefrit davolanganda arterial bosim pasaysa, demak pielonefrit va gipertenziya o'zaro bog'liq bo'ladi.

Govard va Rapaport tekshiruvi, shuningdek angiotenzinli tekshiruvlar alohida ahamiyatga egadirlar.

Arterial gipertenziyaga olib kelgan pielonefritda, jarohatlangan tomondan haydalayotgan siydikda natriy va kreatinin eritmasi kamayadi.

Farqlovchi tashxis.

Nefrogen artekrial gipertenziyaning parenximatoz turini farqlovchi tashxisi, gipertoniya kasalligi, simptomatik arterial gipertenziyaning har xil turlari, shuningdek vazorenal turi bilan o'tkaziladi. Tashxis xuddi vazorenal gipertenziyada qilingan tekshiruvlarga asoslangan bo'ladi.

D a v o s i.

Agar arterial gipertenziyaning sababi bir tomonlama surunkali pielonefrit bo'lib va qarama-qarshi buyrakning faoliyati o'zgarmagan bo'lsa, unda yagona davo usuli nefrektomiya bo'ladi. Pielonefrit va gipertenziyaning etiologik bog'liqligini har doim ham aniqlab bo'lmasigi tufayli, pielonefritning bosh jarayonlarida nefrektomiya qilishlikka qaror qilish qiyin. Pielonefritdan so'ng, buyrakning bir tomonlama bujmayishida, arterial gipertenziyaning parenximatoz turida faqat nefrektomiya ko'rsatilgan. Operatsiyadan so'ng arterial gipertenziyaning mustahkam normallasishi 60-65% bemorlarda kuzatiladi, uning bilinarli pasayishi, shuningdek bosimni gipotenziv moddalar qo'llanilgandagi pasayishi operatsiya bo'lganlarning 20% qayd etiladi.

Ikki tomonlama pielonefrit natijasida kelib chiqqan arterial gipertenziyaning davosi hozirgacha hal bo'lmagan masaladir. Pielonefrit bor buyrakning qon aylanishini yaxshilash maqsadida chavridan, ingichka ichak bo'lagi va boshqalar

yordamida buyrakning chekka qon-tomirlarini holatini yaxshilash usuli yetarlicha foyda keltiradi. Kasallikning og'ir va kechikib ketgan hollarida ikki tomonlama nefrektomiya va kelgusida buyrakni qayta ulash ko'rsatilgan. Har bir kasallanishda gipotenziv terapiya, pielonefritni davolash bilan birgalikda olib borish zarur.

BUYRAKNING BOSHQA KASALLIKLARIDAGI ARTERIAL GIPERTENZIYASI.

Siydik tosh kasalligidagi arterial gipertenziya sabablari:

1. Pielonefrit; 2. Reflektor mexanizmlar; 3. Siydik oqib chiqishining buzilishi va uning fornikal apparati orqali reabsorbsiyasi.

Toshlarning o'z vaqtida olib tashlanishi va pielonefritni yaxshilab davolashlik gipertenziyani butunlay yo'q qilishlikni garovidir. Buyrak tuberkulyozidagi gipertenziya ko'proq uning kechki bosqichlarida kuzatiladi.

Buning sabablari buyrak ishemiyasi va siydik naychalaridan siydik oqib chiqishining buzilishidir. Keng miqdordagi destruksiyalik, bir tomonlama tuberkulyozdagi nefrogen gipertenziyada nefrektomiya qilish kerak. Agar gipertenziya siydik yo'llari buzilishi natijasida rivojlangan bo'lsa, plastik operatsiya qilish zarur.

Buyraklar polikistozi bor bemorlarning 80-90% da arterial gipertenziya bo'ladi. Buning sabablari bir yoki ikki tomonlama pielonefrit, shuningdek kistalar bilan buyrakning ichki va tashqi arterial tomirlarning ezilishi va gemodinamika buzilishi. Bu holda gipertenziyaning patogenetik davosini qon-tomirlari atrofidagi kistalarni ignipuktura va kesib olib tashlash operatsiyasidan iborat.

Gidronefroz bo'lganda bemorlarni 20% arterial gipertenziyani borligi qayd etiladi.

Uning rivojlanishida quyidagilar katta ahamiyatga ega: 1. buyrak to'qimasi ishemiyasi; 2. siydik yo'llari tuzilishi; Siydik oqishini osonlashtiruvchi plastik operatsiya ko'p hollarda arterial gipertenzিয়adan ham xolos etadi. Bir tomonlama gidronefrozining og'ir hollarida gipertenziya ham bor bo'lsa, nefrektomiya qilingani ma'qul.

Buyrak o'smasi va uning kistasida gipertenziyaning kelib chiqishida, bu ikkala kasallik uchun umumiy sababalar bor:

buyrak arteriyasi o'sma yoki kista bilan ezilishi;

o'sma yoki kistaga tegib, ezilib turgan buyrak parenximasini, kamqonligi;

buyrak siljishi natijasidagi buyrak arteriyasining torayishi va buralib qolishi.

Bundan tashqari, buyrak o'smasida gipertenziya, arteriovenoz darchalari tufayli ham bo'ladi. Gipertenziya buyrak o'smasi bor bemorlarning 10%, buyrak kistasi bor bemorlarning 20% uchraydi. Nefrektomiya qilinganidan so'ng gipertenziya qoidagidek yo'qoladi.

Ayrim hollarda qorin orqasi fibroz o'zgarishlarni ham birlamchi (*Ormond kasalligi*), ham ikkilamchilari (para-yoki perinefrit, turli davolashlar oqibatida) arterial gipertenziyaga sabab bo'ladilar.

O q i b a t i.

Nefrogen arterial gipertenziyaning parenximatoz turida, xuddi vazorenal turidagidek, kasallikning oqibati asosan o'z vaqtida o'tkazilgan etiotrop va patogenetik sabablarga asoslangan davoga bog'liqdir. Agar bir tomonlama buyrak

kasalligi arterial gipertenziyaga olib kelgan bo'lsa, unda qarama-qarshi buyrak qon-tomirida o'zgarishlar rivojlanmay turib operatsiya qilinsa, kasallikning oqibati nisbatan yaxshi bo'ladi. Bo'lmasa kuchayuvchi arterial gipertenziya va buyrak yetishmovchiligi natijasida kasallik oqibati ayanchli bo'ladi. Ikki tomonlama buyrak jarohatida oqibat doimo yomon.

XIII- BOB.

BUYRAK VENA GIPERTENZIYASI.

Buyrakdagi vena gemodinamikasini tariflovchi asosiy omillarga, buyrakka arterial qon kelib, buyrakdan esa vena qoni yurakka tomon oqishini ko'rsatish mumkin.

Buyrak asosiy venasining torayishi tufayli, qon oqimi buzilishi, *buyrak vena gipertenziyaga* olib boradi. Nefroptoza buyrak venasi trombozida, buyrak venasining chandiqli torayishida, buyrak venasining retroaortal joylashgan hollarida, buyrak qon bosimining ko'tarilish mexanizmi, yuqorida ko'rsatilganidek bo'ladi.

Arteriovenoz (tug'ma yoki hayotda orttirilgan) kabi buyrak qon-tomirlari jarohatlarida, buyrak vena qon-tomirida bosimning oshishi, patologik arteriovenoz aloqa hisobiga ham bo'ladi. Buni boshqacha qilib fistulali buyrak vena gipertenziyasi yoki ikkilamchi «arterial» mahalliy sababga ko'ra yuzaga chiqqan buyrak vena gipertenziyasi ham deyiladi.

Arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlarning buyragida vena bosimining ko'tarilishida, butunlay boshqa mexanizmlar o'rin egallaydi. Buyrak arteriyasidagi qonning yuqori bosimi, simpatika - adrenal sistemasining yuqori tonusiga, buyrak po'stloq qavatining vazokonstruksiyasiga va buyrak medulyar qon oqishining kuchayishiga olib keladi. Ko'p miqdordagi arterial qon oqimini qabul qilishning ta'minlovchi venalar turi, ko'p tomonli arteriovenoz shuntlar bilan bajariladi. Buyrakdan tashqari arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlarning ikkala buyragidagi vena gipertenziyasi patogenezi shunday, nefrogen gipertenziyasi bor bo'lgan bemorlarda, zararlangan buyrakka nisbatan qarama-qarshi buyrakda ham shunday o'zgarishlar bo'ladi.

Buyrak qonini bir qismini qisqa yoy venasi orqali yoki uni tupchasimon yulga buoilishi, qon oqimiga glomerulyar qon-tomir turiga nisbatan ancha kam qarshilik ko'rsatadi. Bu buyrak uchun (kompensator) moslashuv ma'nosiga ega, chunki bu bilan arterial buzuvchi oqimdan saqlaydi. Gipertenziyaning bu turi ikkilamchi "arterial sistemali sababga ko'ra buyrak vena gipertenziyasi" deb ataladi. Buyrakdagi patologik jarayon ko'pincha a'zo ichidagi murakkab qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Bunda kasallikdan oldin yoki kasallik davrida kelib chiqqan mahalliy va umumiy sabablarga ko'ra, buyrak vena gipertenziyasini aralash turlari rivojlanishi mumkin.

Buyrakdagi vena gipertenziyasining eng ko'p uchraydigan sabablaridan buyrak venasining qisilishidir. Bu turli xil alohida patologik holatlardan hisoblangan belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

BUYRAK VENASINING TORAYISHI.

Urug' tizimchasi venasining varikoz kengayishi.

Buyrak vena gipertenziyasining klinik belgilaridan biri - urug' tizmasi venalarining kengayishi (*varikotsele*)dir. Kasallik yorg'oqning bir tomonini kattalashishi, uchi tomonda noqulay sezgi, tuxum va chov sohasida tortishib og'rish, jinsiy qo'zg'alish va jismoniy mehnat paytida og'riq kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Yorg'oqning kasallangan tomoni paypaslab ko'rilganda urug' tizmasi venalarining tuguncha-tuguncha bo'lib kengaygani aniqlanadi. Vaqt o'tishi bilan tuxum tarangligi, o'lchamlari o'zgaradi, ba'zan tuxum kichiklashib boradi. Ko'pincha bemorlar farzandsiz bo'lishadi. Spermaning urug'lantirish xususiyatining susayishi, kasallik darajasiga bog'liq emas.

Ko'pincha kasallik chap tomonda rivojlanadi. Buning sababi chap tuxum venasi o'ng tuxum venasidan farqli o'laroq, o'z qonini chap buyrak venasiga quyadi. Chap buyrak gemodinamikasining buzilishi, chap tuxum venasidagi qon oqimida o'z aksini topadi. O'ng tuxum venasi o'ng buyrak venasiga anamal qo'shilgan hollarda (10%) va o'ng buyrak vena qon aylanishi buzilganda, o'ng tomonlama varikotseleli kelib chiqishiga sabab boladi. Eng kam uchraydigan anomaliyalardan biri, o'ng tuxum venasini ikki tomonlama varikotselega olib keladi.

Buyrak venasidagi yuqori bosim tuxum venalarining yetishmasligiga olib keladi va qon teskari oqib buyrak venasidan tuxum venasi shingil chigali va tashqi urug' venasi orqali umumiy yonbosh venasiga quyiladi.

Varikotsele bilan kasallangan bemorlarda ko'pincha chap buyrak venasi qisilishi, yuqori tutqich arteriyasi (uning aortadan o'tkir burchak bilan ajralgan) va aorta o'zagidagi siqilishi hisobiga bo'ladi, buni arterial aortomezenterial pinset deb ataladi. Burchak kattaligi bemorning holatiga qarab o'zgaradi: yotgan holatda (klinostaz) burchak katta bo'ladi va buyrak venasidan qon oqishi buzilmaydi, tik turgan holatda (ortostaz) esa burchak kichrayadi, bu buyrak venasi qisilishiga olib keladi. Ortostazda vena oqimi o'zgaradi va yo'nalishi buyrak venasidan pastga tuxum venasidan shingil chigaliga qaragan bo'ladi. Klinostazda yo'nalish odatdagiday tuxum venasidan buyrak venasigacha bo'ladi. Tik turgandagi shingil chigalining to'lishi, bemor yotgan holatida yo'qoladi (*orostatik varikotsele*).

Buyrak venasining organik stenozida, ya'ni buyrak venasi atrofidagi yog' to'qimalarining chandiqli jarayoni hisobiga (jarohat tufayli) nefroptozda, doiraviy buyrak venasida, turg'un vena gipertenziyasi kelib chiqadi.

Buyrak tuxum vena reflyuksi bemor holatiga bog'liq bo'lmaydi, tizim qanotining kengaygan venalarining to'lib turishi, bemorning tik turgan holatidan yotgan holatiga o'tganida o'zgarmaydi. Torayishning bunday turidagi varikotseleda, siydikda oqsil, qon bo'lishi kuzatiladi, buyrak vena havzasida aylanish jarayoni buzilishining og'irligi bilan tushuntiriladi.

Buyrak venasi stenozini hisobiga kelib chiqqan shingil chigalining varikozi ko'pincha yoshlikdan rivojlanadi, hech bo'lmaganda bemor kasallikning ko'p yillardan buyon borligini aytadi. Venalar kengayishi doimiy o'qchayib borish xususiyatiga ega.

Buyrak qon-tomirlarida arteriovenoz darcha bo'lganidagi buyrak o'smasida jarohat asoratida arteriovenoz darchalar) varikotsele, qisqa muddat ichida rivojlanadi. Bu holda venalar kengayishi siydikda oqsil, qon bo'lishi, arterial gipertenziya bilan

birgalikda kuzatiladi, ba'zan esa varikotsele bo'lgan tomonda bel sohasida og'riq bo'ladi. Shingil chigalining varikoz kengayishi klinostazda ham saqlanib qoladi.

Ayollarda varikotselega o'xshash ovariko-varikotsele urug'don chigali venalarning varikozi rivojlanishi mumkin. Bu hayz ko'rish buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Varikotselening tasnifi shingil chigalining kengayishi va tuxumning trofikasining o'zgarishiga asoslanadi.

1. Davr-vena varikozi, bemor tik turganda, kuchanganda, faqat paypaslab aniqlanadi.

Davr-venalar kengayishi ko'z bilan aniqlanadi, lekin tuxum o'lchamlari va qattiq yumshoqligi o'zgarmaydi.

Davr-shingil chigali venalari ancha kengaygan, tuxum yumshoq va o'lchamlari kichraygan bo'ladi.

Tashxis.

Varikotsele bo'yicha bemor tekshirayotganda, quyidagi savollarga javob topish kerak: 1. Buyrak venasidan qon oqishi holatini baholash.

2. Buyrak venasining stenotik shikastlanishini va uning sababini aniqlash (buyrak venalari anomaliyasi yoki arteriya shoxlari anomaliyasi, qaysiki buyrak venalarini ezishi mumkinligi).

3. Buyrak-tuxum vena qon aynlashining buzilish xususiyatlarini aniqlash (buyrak venasidan tuxum venasiga qonning teskari oqishi doimiy yoki faqat turganda).

4. Tuxum venasining hamma qismining rasmini olish (bitta yoki bir nechta vena o'zagi, ularning qo'shilish joyi).

5. Chap buyrak va chap son venalaridagi bosimni ortostaz va klinostazda taqqoslab o'lchab ko'rish.

Bemorlarni tekshirish ularni ko'rishdan boshlanadi. Urug' tizmachasi venalari kengayganligining bor yo'qligi aniqlanadi. Varikotseleni xarakteri, ya'ni bemorning gorizontal holatida shingil chigali venasining to'lib turishini, tik turgandagi holatiga taqqoslab ko'riladi. Bu borada «Ivanisevich» usuli ancha ko'rgazmalidir: bemor yotgan holatida qov kanalining tashqi atrofida urug' tizimchasi qov suyagiga barmoq bilan qisiladi va bemor tik o'rnidan turg'azib turgan holatida ham, tomirlar bosib turilaversa, yorg'oqdagi venallar qonga to'lmaydi. Agar bosim to'xtalsa, shu paytning o'zidayoq shingil chigali qonga to'ladi «og'irlashadi».

Bunday bemorlarni ko'riboq shu yerda buyrak gipertenziyasi taxmin qilinadi, gipertenziyani turg'un yoki o'tib ketuvchiligi, shikastlangan tomondagi tuxum atrofiyasining bor yo'qligi yoki bo'lsa vaqtincha ekanligi, yana uning darajasi aniqladi. Belgilar evolyutsiyasini aniqlash tashxis uchun katta ahamiyatga ega, ya'ni uni tana holatiga bog'liqligi yoki bog'liq bo'lmagani holda, ortostatik varikotseleni doimiy o'tishi yoki varikotsele gematuriya bilan birga bo'lsa, buyrakdagi patologik arteriovenoz darcha yoki buyrak venasidagi to'siq, stenotik shikastlanish asosida ekanligi to'g'risida taxmin qilish mumkin. Bunday holatlarda ahvol qonni tuxum venasi orqali yurishi bilan yengillashmaydi. Buyrakdagi baland vena qon bosimi fornikslarga «tashlanadi». Ba'zan esa belgilarning bunday birgalikda kelishida-bemorlarda varikotsele rivojlanishi bilan gematuriya to'xtashligi aniqlangan.

Tahlil o'tkazilgan tekshirishlarga quyidagilar kiradi: siydikni Nechiporenko-Almeyda usuli bilan tekshirish oqsilning kundalik ekskretsiyasini aniqlash, siydik va qonni immunoximik tekshirish. Bu ko'rsatkichlar (protenuriya miqdori va xarakterini buyrak vena gemodinamikasining buzilishini xarakterlasada) kasalikni aniqlash uchungina emas, balki oqsil ekskretsiyasi dinamikasini, uroptoteinogrammaning o'zgarishi bo'yicha, qo'llanilgan davoning natijasini baholaydi.

Varikotsele bilan kasallangan bemorlarning buyrak arteriyalari kam tekshiriladi.

Buyrak arteriografiyasini o'tkazishlik uchun mavjud ko'rsatmalar quyidagilar: 1. Hayot davomida orttirilgan varikotsele, 2. Bemorning yoshi 30 dan katta bo'lsa, 3. Varikotsele va qonning bir paytda bo'lishi. Bu hollarda arteriografiya bilan buyrak o'smalari va buyrakdagi patologik arteriovenoz fistulani bor-yo'qligi aniqlanadi. Venografik tekshirishda asosiy tashxis ahamiyatga egadir.

Selektiv, obsturatsiyasiz buyrak venografiyasi yordamida, buyrak venasida qon aylanishining buzilish holati, moyak venasining anatomik xususiyatlari va boshqalar aniqlanadi.

Birinchi surat bemor tik turgan holida, ikkinchisi yotgan holida olinadi. Buyrak venasining organik stenotik shikastlanganida (aylanma, buyrak venasi, chandiqli to'silishi ortostaz-va klinostazda qilingan suratlarda, buyrak venasida va kollaterallar asosan bir xildir. Buyrak venasidan qon oqishini qiyinlashtiruvchi to'siq, tana holatini o'zgarishi bilan yo'qolmaydi(154-ram).



133- rasm. Buyrak venogrammasi. Varikotsele va qon ketish belgilari mavjud bo'lgan bemorlardagi buyrak venasini o'zgarmaydigan to'sig'i).

Buyrak venasining ortostatik stenozida (arterial aorta-mezenterial) «pinset») bemorlar tik turgan holatidagi suratda, buyrak venasining hamma qismi rentgenokonstrast modda bilan to'ladi (quyi reflyuks) yotgan holda esa, venaning prekaval qismi yaxshi kontrastlanadi, moyak venasi esa umuman ko'rinmaydi, yoki yuqori qismigina to'ladi (qisqa reflyuks) (133-rasm).

Moyak venasining hamma qismi tekshiriladi, surat ortostazda qilinadi. Moyak venasining anatomik tipi, vena o'zining soni(bitta, ikkiga bo'lingan, hatto uchga bo'lingan) uzoqlarning qo'shilishi (bir-biri bilan past yoki yuqori qo'shilishi, har qaysi vena o'zagining buyrak venasiga alohida quyilish) qo'shni venalar bilan aloqasining xarakteri (siydik nayi venasi qorin pardasi orqasidagi yog' to'qimalari

buyrakni po'stlog'i, pastki kovak vena) aniqlanadi. Olingan ma'lumotlar jarrohning operatsiya paytidagi ishini aniqlaydi, qo'shimcha venalar topib bog'lashni osonlashtiradi.

Venoz bosim, orto va klinostazda buyrak, pastki kovak va son venalarida o'lchanadi. Olingan bosimlarni taqqoslash, qanday operatsiya qilishni ko'rsatuvchi asosiy ko'rsatkichdir.

Davolash.

Qon oqimni patologik arteriovenoz shuntlanishi hisobiga kelib chiqqan varikotsele, buyrakning jiddiy shikastlanganligining (o'smalar, arteriovenoz fistulalar) belgisidir. Bunday hollarda albatta, bemorni varikotseledan xalos etish emas, balki asosiy kasallikni davolash kerak.

Buyrak venasining stenozi hisobiga bo'lgan varikotseleda, operativ davolash tavsiya etiladi. Operatsiya qanchalik tez, o'z vaqtida bajarilsa, moyak faoliyati shuncha saqlanib qoladi yoki shikastlangan moyak tezroq amallashiga najot bo'ladi.

Invanisevich operatsiyasi – chap moyak venasini bog'lash va kesishdir.

Bu buyrak venasidan qonni jinsiy chigaliga teskari oqishni uzadi, varikotseleni yo'qotadi. Lekin Ivanisevich operatsiyasida varikotsele yo'qolgani bilan buyrak venasidan qon oqishning qiyinligi hisobiga, kompensator rivojlangan aylanma renokaval darcha buziladi. Buni saqlash maqsadida, kesilgan moyak venasining proksimal uchini, umumiy yonbosh venasining biqiniga implantatsiya qilish taklif qilingan (proksimal testikuloiliokal vena anastomoz) yoki katta teri osti son venasining o'rtasidan kesib proksimal qismi bilan moyak venasining qismi ulanadi. (proksimal testikulosafen vena anastomoz).

Buyrak venasi stenozi bilan bog'liq bo'lgan varikotseleda bunday operatsiya qilishni aniqlashda rentgenovenotonomiy tekshirishning ahamiyati katta. Agar moyak venasi ikkita yoki bir nechta ingichka o'zaklardan iborat bo'lgan bo'lsa, Ivanisevich operatsiyasi bajariladi. Moyak venasida keng va ortostazda buyrak-son vena gradienti mavjud bo'lsa, ya'ni tik turganda buyrak venasidagi bosim, son venasidagi bosimdan yuqori bo'lsa venoz anastomoz qilinadi.

BOLALARDAGI VARIKOTSELE.

Urug' tizimchasi venalarining varikoz kengayishi, odatda 10 yoshdan katta bolalarda uchraydi va 17 yoshgacha bo'lgan o'smirlarning 12,4% ida uchraydi. Ko'pincha varikotsele 14-15 yoshli bolalarda uchraydi.

Jismoniy va jinsiy tez rivojlanayotgan bolalarda, jinsiy a'zolarga ortostatik yuqori qon oqimi hisobiga, shingil chigalida gidrostatik bosim ortadi va varikotsele kelib chiqadi.

Varikotseleni taxshislarida doimiy profilaktik ko'riklar o'tkazish ayniqsa jinsiy a'zolari ko'rib borish katta ahamiyatga ega.

Birinchi darajadagi varikotselesi bo'lgan bemorlarning 10%, vaqt o'tishi bilan ularning o'sishini to'xtatishi yoki sekinlashuvi va vena devorlari tonusini qisman saqlanishi tufayli, kasallik belgilari ozmuncha yo'qola boradi. Vena oqimi qiyinlashuvi, moyak rivojlanishiga to'sqinlik ko'rsatadi. Vaqt o'tishi bilan morfologik o'zgarishlar qo'shni tuxumda ham paydo bo'lishi mumkin. Moyakda venoz qonning to'xtalib qolishi hisobiga, arteriospazma vujudga keladi va keyinchalik mayda introorgan arteriya va arteriollar obliteratsiyaga uchraydi, bu esa o'z navbatida organni ishemiyasiga va redutsirlangan qon aylanishiga o'tadi.

Arteriyalar spazmi va venoz qon to'lishi kontrlatel moyakda ham kuzatiladi. Qon-tomiridagi bunday o'zgarishlar umumiy spermatogenezini buzilishiga olib keladi, bu patologik va harakatlanmaydigan spermatozoidlar sonining ko'payishiga olib keladi. Varikotseleni davolashni pubertal davri tugallanmay turib o'tkazilgani maqsadga muvofiqdir. Bolalarda varikotselening 2-davrida, hali moyak trofikasi buzilmay turib operatsiya qilish tavsiya etiladi.

BUYRAKLARDAN QON KETISH.

Buyraklardagi vena gipertenziyasini boshqa ko'rinishlaridan biri buyrakdan qon ketishi bo'lishi mumkin.

Ko'pincha buyraklardan qon ketish vena bilan buyrak jomchasi o'rtasidagi yupqa devorining yorilishi hisobiga bo'ladi. (Fornikal qon ketish). Bu jomcha ichidagi bosimning ko'tarilishi hisobiga (tosh, gidronefroz) yoki buyrakda yuqori vena bosim bo'lganda ya'ni fornikslarning ikkala tomonida, bosimni turlicha bo'lganida yuz beradi.

Angiografik tekshirish davriga qadar buyrak jomchasini rentgenologik tekshirish (urografiya, piyelografiya) faqat uni ichkari tomonidan o'tkaziladigan tekshirishlarga xolos edi, shuning uchun klinitsist forniksning yorilgan joyini izlash bilan kifoyalana edi. Lekin uning sababi jomcha ichidagi bosim ko'tarilishi, papillit yoki o'sma bo'lsa, noma'lum bo'lib qolaverar edi. Angiografiya, buyrak butini qarama-qarshi tomonidan, buyrak vena gipertenziyasini keltirib chiqargan sabablar mexanizmini o'rganishga imkon beradi. Bu tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, buyrak vena gipertenziyasi; «o'zgarmagan» buyrakdan qon ketishining real sababi bo'lar ekan. Hozirgi davrda «aniq buyrak» gematuriyasi guruhidan, ya'ni sababi aniqlanmagan tafovut qilinadi.

1. *Buyrak venasining stenozi.* Hayot davomida orttirilganlari- buyraklarning patologik siljishi hisobiga, jarohat, buyrak qon-tomirlari atrofidagi yog' to'qimalari chandiqla aylanishi tufayli, piyelornefritda, retroeritoneal fibrozda, tug'ma sabablar-qon-tomir anomaliyalari (venoz ham arterial) bu hollarda, buyrak venasidan qonni qaytib oqib ketishi qiyinlashadi (retroaortal yoki aylanma buyrak venasi buyrak venasining aorta bilan qisilishi, yuqori tutkich arteriyasi bilan fibroz chandiqlar-artriofibroz aylanma qisilishi, venaning anomal arterial qon-tomir bilan ezilishi, arterial anevrizma).

2. Tug'ma yoki hayot davomida orttirilgan arteriovenoz buyrak oqmalari.

3. Arterial gipertenziya; bunda ikkala buyrakda vena gipertenziyasi bo'lishi mumkin. (buyrakdan tashqari sabablarga ko'ra) yoki qarama-qarshi tomondagi buyrakda (bir tomonlama shikastlangan nefrogen gipertenziyada) gematuriya kuzatilgan vena gipertenziyasi bo'ladi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Siydikdagi qon hajmi turlicha bo'ladi: ko'z bilan arang aniqlanganidan to anchagina sezilarli bo'lishigacha. Siydik qon davom etishi ham bir necha oygacha bo'lishi mumkin. Ko'pincha siydik qon og'riqsiz va peshobga daxlsiz bo'ladi. Shuning uchun, ba'zan uni qisqa vaqt davom etishligi tufayli qonni qaysi tomonidagi buyrakdan ketayotganligini aniqlab ham ulgurmaydilar. Ayrim hollarda erkaklarda varikotsele paydo bo'lsa, ayollarda mensturatsiya siklining buzilishi kuzatiladi.

Buyragida arteriovenoz fistula hisobiga gematuriya bo'lgan bemorlarda, fistulali qon aylanishi sababli, qon bosimi ko'tarilishi mumkin, bunda buyrak parenximasining arterial qon bilan ta'minlashi buziladi. Qon bosimi yuqori bo'lgan bemorlarda siydik qondan oldin, arterial bosimning ko'tarilishi kuzatiladi. Siydik qon to'xtashi, qon bosimining me'yorga kelish yoki kamayishi bilan ifodalanadi.

Ko'pchilik mualliflarning kuzatishi shuni ko'rsatadiki, vaqt o'tishi bilan «essensial» qon siyish o'z-o'zidan to'xtaydi. Buyrakdagi vena qonning dimlanishi hisobiga paydo bo'lgan qon siyish, kollaterallarning rivojlanib, vena gipertenziyasini pasaytirishi, hisobiga yo'qoladi.

Arterial gipertenziyadagi qon siyishning to'xtash mexanizmi esa ancha boshqachadir. Bu bemorlar buyragida arteriokslerotik o'zgarishlar bo'lganligi tufayli, buyrakni arterial qon bilan ta'minlanishi susayadi. Shu munosabat bilan buyrak vena gipertenziyasini kelib chiqishi uchun sharoit qolmaydi va natijada qon siyish holatlariga o'rin qolmaydi.

Buyrakda fistulali qon aylanish bo'lsa, qon siyish to'xtamaydi davom etadi.

Tashxis.

Bemorning kasallik tarixi surishtirilayotganda uni sil bilan og'rigan bemorlar bilan aloqador bo'lganligi, tonzilit bilan og'rib turishligi yuzida shishlar paydo bo'lishligi (glomerulonefrit), bemorda va uning qarindoshlarida qon oqishga moyillik (qon kasalliklari), jigar hastaliklari, buyrakdan qon ketishining jismoniy mehnat bilan bog'liqligi, bel va qorin sohasiga jarohat olinganligi (jarohatdan so'ng bo'ladigan buyrak venasining deformatsiyasi yoki arteriovenoz oqma), baland arterial qon bosimining borligi, arterial qon bosimining ko'tarilishi bilan buyrakdan qon ketishining aloqadorligi va bosimni o'z xoliga qaytishi, siydik qonni to'xtashi (arterial gipertenziyada qon siyish) qon ketayotganda bel sohasidagi og'riqning bor yo'qligi (buyrak o'smalari, buyrak jomchasidagi toshlar, suvbuyrak, buyrakning qaysi biridan qon ketayotganligini aniqlash), hayzning buzilishi (ikkala buyrakdan venoz qoni oqimining buzilishi) kabi holatlar to'la to'kis aniqlanishi lozim.

Bemor tekshirilayotganda, uning gavda tuzilishiga, teri qavatiga, tomoq bezlarini va oyoqlardagi vena qon-tomirlarining holatiga, hamda shishning borligiga ahamiyat beriladi. Qon ketayotgan tomonini (bu klinik yoki sistoskopiyada aniqlanadi), uning holatini (doimiy yoki jismoniy mehnatga, arterial qon bosimining ko'tarilishiga aloqasi) aniqlash juda ham muhimdir. Orto- va klinostazda o'ng va chap shingil tuguni holati aniqlanadi. Agar bemorda varikotsele bo'lsa (buyrak vena gipertenziyasi) varikotsele paydo bo'lishi bilan siydik qon o'rtasidagi bog'liqlik borligi o'rganiladi. Tik turgan va yotgan holda buyraklar paypaslab ko'riladi. Bu bilan buyraklar paypaslanganligi, buyraklar kattalashganligi (o'sma, polikistoz, suvbuyrak) aniqlanadi. Arterial qon bosim orto-va klinostozda o'rganiladi. Qon-tomir shovqinlarini aniqlash uchun bel va qorin sohalari eshitilib ko'riladi (stenoz, arteriovenoz, fistula).

Tahlilxonadagi tekshirishlar olingan ma'lumotlarga qaraganda bir necha bosqichda bajariladi. Avval qon va siydiklar umumiy tekshiriladi. Siydik qon bo'layotgan vaqtda tekshirilgan siydikda oqsil miqdori ko'payadi, silindrlar, leykotsitlar esa tuberkulez, pielonefrit, glomerulonefrit, buyrakdan vena qonining oqishini qiyinlashuvi bo'lganda kuzatiladi.

Qon tekshirilganda undagi eritrotsitlar, trombositlar soniga, qon ivishiga ketgan vaqtga, protrombin inteksiga, ECHT (SOE) va boshqa ko'rsatkichlarga ahamiyat beriladi. Oqsil ajralishi aniqlanadi, siydik va qonda immunoximik tekshirishlari (selektiv protenuriya, glomerulonefritla to'pchalar tuzilishlarining shikastlanishiga xarakterlidir) o'tkaziladi.

Keyinchalik boshqa tahliliy tekshirishlar qo'llashlik (bakterioskopiya siydikdan sil mikobakteriyasini aniqlash uchun bakteriologik tekshirish, qon koagulogrammasini baholash, tromboelastografiya) ham mumkin.

Obzor va ekskretor (infuzon) urografiya buyraklar katta-kichikligini, assimetriyasini (o'smalar, buyrakning mujmayib qolishi) toshlarning bor yo'qligi buyraklardagi ohaklashgan to'qimalar, buyrak so'rg'ichlarining holatini (spetsefik papillit) siydik naychalarining holatini (siydik naychasi venasining varikozida – «tishli», «fistonchatiy» siydik naychasi) bemorlar tik turgan holatida buyraklarining pastlashi va ularning buralishini aniqlashga yordam beradi.

Sistoskopiya.

Agar sistoskopiya gematuriya paytida qilinmagan bo'lsa, ekskretor urografiya keyin qilingani maqsadga muvofiqdir. Chunki bu davrga qadr vrach ancha ma'lumotlarga ega bo'ladi. Bu ma'lumotlar sistoskop orqali qovuqni ko'rgandan keyin olingan ma'lumotlarni to'ldiradi (yuqori siydik yo'llariga tushgan toshlar, qovuqdagi papilyar o'sma, uning shilliq qavatidagi spetsefik o'zgarishlar).

Buyraklar statik ssintigrafiyasi, buyraklarda o'smalar borligiga gumon qilinganda yoki ularni aniq yo'q deb aytishga imkoniyat beradigan tekshirish usulidir.

Buyraklarni ultratovushli skanerlash usuli buyraklardagi o'smalar va buyraklar polikistozli o'zgarishlarini aniqlashdagi navbatdagi etapdir.

Shunday qilib angiografiyaga qilinguncha bir qator qo'shimcha farqlovchi tashxis tekshirishlar bajariladi. Siydik toshni, qovuqdagi papilyar o'smani, suvbuyrakni, buyraklar polikistozini, koptokchalarni shikastlarini (glomerulonefrit) sil kasalini, buyrak o'smasi yoki kistasini aniqlash mumkin.

Angiografik tekshirishlar yordamida esa quyidagi savollarga javob topish kerak. Buyrak o'smasi, arteriovenoz darcha (seriyali aorto va arteriografiya), buyrak venalarining stenotik shikastlari (buyrak venografiyasi)ni aniqlash lozim.

Aortografiya yoki selektiv buyrak arteriografiyasi yordamida buyrak arteriyalarining ko'p sonliligini, ularning joylashuvini noto'g'riligi aniqlanadi. Bu hollarda buyrak venasi qisilgan bo'lishi ham mumkin. Buyrak arteriyasining anevrizmasini (venani bosib turuvchi-venastenozi) buyrak o'smalariga xos bo'lgan patologik qon aylanishni, muddatidan ilgari bo'luvchi nefrografik fazani yoki venogrammani, qon siyish sababi bo'lishi, (fistulali vena gipertenziyasiga olib boruvchi qon oqimini patologik shuntlanishi) aniqlab beradi.

Bemor tanasi gorizontal va vertikal holatida qilingan suratlarda buyrakning patologik siljishi (buyrakning buralib qolishi, arterial o'zakning tortilishi va buralib qolishi) vena qonining turib qolish belgilari (davomli venoz faza, kollaterallar bo'ylab oqim) aniqlanadi.

Selektiv buyrak arteriografiyasi, qorin aortografiyasini ko'rsatmalariga aniqlik kiritadi.

SELEKTIV BUYRAK VENOGRAFIYASI.

Agar buyrak venasi tekshirilganiga qadar buyrakdan qon oqish sabablari (urolitiaz, polikistoz, glomerulonefrit, arteriovenoz darcha, sil, buyrak kistalari) aniqlanmagan bo'lsa, buyrak venasining stenotik shikastlanishini taxmin qilish mumkin. Bunday holatlarda kasallik tarixi va kasallikning klinik kechishi yaxshilab ko'rib chiqiladi, bular asosida stenozning bor-yo'qligi emas, balki uning sababi ham taxmin qilinadi. O'ng tomonlama belgilarda – buyrakning patologik jilishi bilan bog'liq bo'lgan vena stenoz – (ortostatik stenoz), jilmaydigan nefroptozda (doimiy stenoz) yoki vena taxmin qilinadi. Chap tomonlama belgilarda yosh bemorlarda qon siydikning sababi retroartal yoki aylanma buyrak venasi mavjud bo'lishi mumkin, katta yoshdagi bemorlarda esa, venaning organik stenoz sabab bo'ladi. Qon siydik va varikotsele bir paytda uchrasa anomal aylanma buyrak venasi (yosh bemorlarda) to'g'risida taxmin qilinadi. Kasallik tarixida jarohatlanish bo'lsa-stenozning sababi, jarohatdan keyingi venoz pedunkulit bo'ladi. Oyoqlarida va tanasining boshqa joylarida tug'ma vena o'zgarishlari, vena anomaliyasi to'g'risida o'ylash mumkin. Masalan: buyrak venasining ekstrakaval quyilishi.

Suratlar bemorning tik turgan va yotgan hollarida qilinadi. Agar chap buyrak venasining pastki kovak venaga odatdagi va pastroqdagi qo'yilgan joyida (retroaortal vena) topilmasa, vena ekstrakoval quyilishi mavjud deb taxmin qilish va uni umumiy yonbosh venasini quyilish joyidan yoki chap yonbosh venasining hamma qismidan izlash kerak.

Agar o'tkazilgan tekshirishlar natijasiz bo'lsa, veriyali buyrak arteriografiyasini qilish maqsadga muvofiqdir. Bu bilan odatdan tashqari joylashgan buyrak venasining tuzilishini aniqlash mumkin bo'ladi. Buyrak venasining ajralish joyi, uning soni, yo'nalishi vena o'zaklarining tuzilishi, rentgenokonstrast modda bilan to'lishining bir xildaligi, asosiy o'zakka nisbatan oqimning yo'nalishi tananing gorizontal va vertikal holatida aniqlanadi. Buyrak ichidagi venalar holati (varikoz) baholanadi. Agar arteriovenoz «kelishmovchilik» taxmin qilinsa, buyrak arteriogrammasi bilan venogramma bir-biriga solishtirib ko'riladi.

Buyrak venasining ortostatik stenozida (nefroptoz) klinostazda qilingan suratda buyrak venasining deformatsiyasi yo'qoladi. Turg'un stenozda (nefroptoz, arteriofibroz «aylana» venalar anomaliyasi, arteriovenoz, «kelishmovchiligi» buyrak venasining bir necha arteriyalari orasida qisilish yoki uning ekskrakov al quyilishi va boshqalar) na ortoztazda va na klinostazda buyrak venasining deformatsiyasi o'zgarmaydi. Buyrak venalarida va pastki kovak venasida qon bosimini o'lchash bilan, buyrak qon tomilarini tekshirishi yakunlanadi.

Venotometriya paytida arterial bosim sistemasi kuzatilib o'tiladi. Buyrak qon siyish bo'lgan bemorlarni tekshirishda tashxislash etaplari ko'rsatilgan tartibda o'tkazilsa, ko'pincha kasallik sababini aniqlash mumkin bo'ladi.

D a v o l a s h.

Buyrak vena gipertenziyasi hisobiga bo'lgan buyrak qon ketishlarida yaxshi o'ylab konservativ usulni qo'llashlik maqsadga muvofiqdir.

Yuqorida ko'rsatilganidek buyrak vena gipertenziyasining ba'zi turlarida (dimlanish turi, arterial gipertenziyada bo'ladigan buyrak vena gipertenziyasi) keyinchalik yuqori venoz bosimning pasayishi va o'z-o'zidan fornikal qon ketishning to'xtashi mumkin. Konservativ davoga quyidagilar kiradi: me'yor bilan harakatlanish,

qon to'xtatuvchi dorilarni tavsiya etish, (E aminokapron kislotasining 5% eritmasidan 100-200 ml, 3-4 fibronogenni eritmada vena ichiga vikasolni 5% eritmasini bir kunda 5 mldan 3 mahal mushak orasiga va boshqalar.

Qon qo'yish arterial gipertenziyada qon bosimni pasaytiruvchi moddalarni yuborish. Ba'zan buyrak jomchasini ichiga 0,5-2% kumush nitrat eritmasini efedrinni (1 ml 5% eritma) adrenalinni (1:1000 eritmasidan 1-2 ml yuborish foyda beradi.

Agar konservativ davo foyda bermasa yoki vaqtincha yordam bersa, ya'ni qon ketish to'xtamasa yoki tez-tez qaytarilib tursa, jarrohlik usulini qo'llash kerak bo'ladi. Nefroptoza –nefropeksiya qilinadi. Agar vena devorlarida qaytmas o'zgarishlar bo'lsa, birinchi navbatda qon-tomirlaridagi o'zgarishlarni to'g'rilab, so'ngra esa nefropeksiya qilinadi. Buyrak bo'g'zidagi chandiqli o'zgarishlar, buyrak venasini deformatsiya qilayotgan bo'lsa, vena chandiqlardan ajratiladi (venoliz).

Buyrak dimlagichli buyrakni dekompressiya qilish usulidan biri proksimal testikulosafen venoz darchasini yasash operatsiyasi yaxshi natija beradi. Buyrak po'stlog'ini archish ham qon ketishini to'xtatishi mumkin, bu buyrak ichidagi yuqori bosimni pasaytiradi. Buyrakdagi arteriovenoz darcha tufayli bo'lgan vena gipertenziasida qon ketsa buyrakni rezeksiyasi bajariladi. Lekin har doim ham bu operatsiya yordam beravermaydi. Tekshirishlarda ba'zan arteriovenoz shuntlanish, buyrakni aniq bir joyida topilgan bo'lishiga qaramay, bu kasallikning tug'ma turlarida arteriovenoz fistulalar parenximada ko'plab tarqalgan bo'ladi. Bunday hollarda buyrakni qismi kesib tashlanganidan keyin ham qon ketish qaytalanaveradi va keyinchalik buyrakni olib tashlashga to'g'ri keladi.

Buyrak vena gipertenziasini hisobiga bo'lgan qon ketishlarda buyrakni olib tashlash operatsiyasini bajarish noilajlik operatsiyasi hisoblanadi.

Bu operatsiya kamdan-kam qo'llaniladigan barcha davolar naf bermaganada va bemorning hayoti xavf ostida qolganda qilinadi. Lekin bu hollarda ham buyrakni olib tashlashda aniqlangan qon-tomir shikastlarini ekstrokorporal korreksiyalari va keyinchalik buyrak autotransplantatsiyasini hisobga olib ish yuritiladi.

Proteinuriya.

Buyrakda yuqori venoz qon bosimi bo'lganda siydikda oqsil uchraydi. Venoz gipertenziyada protenuriyaning bo'lishi kam o'rganilgan.

Buyraklardagi yuqori venoz bosim nefronlardagi proksimal segmentida reabsorbtion mexanizmga shikastlovchi ta'sir etadi. Vena gipertenziasida juda yuqori bo'lganda, glomerulalarni bazal membranasi tuzulishi yaxlitligining buzilishiga qaratilgan.

Protenuriya darajasi buyraklarda vena qon aylanishini buzilishi darajasini ko'rsatadi. Kunlik siydikdagi oqsilning miqdori, fiziologik protenuriyada (100 mg % kuniga) oshishi, buyrak vena gemodinamikasining yomonlashganini ko'rsatadi. Buyrak sili, glomerulonefrit, tubulopatiya va boshqalar inkor etilganda, buyrak qon-tomirlari tekshirish talab qilinadi.

Shunday qilib buyrakdagi gipertenziasida, nisbatan ko'p hollarda varikotsele, gematuriya, protenuriya kabi klinik ko'rishlar asosida yotadi.

Tashxisning ajralmas qismi bo'lib, shikastlangan yoki qarama qarshi kontrateral buyrakda vena gipertenziasida borligi yoki yo'qligini aniqlab, kasallikni kelib chiqishiga aniqlik kiritadi va davolash usulini aniqlashga yordam beradi

XIV –BOB.

QOVUQNI NEYROGEN DISFUNKSIYASI.

Peshob har tomonlama takomillashgan jarayon bo'lib, u bir-biriga bog'liq bo'lgan va bir paytning o'zida kechadigan, ikki harakatni ifodalaydi: detruzorni qisqarishi, qovuqning ichki va tashqi qisqichlarini bo'shashuvidan iborat. Qovuqni neyrogen disfuksiyasi bor bemorlarda, markaziy va tashqi asablarni boshqarish imkoniyatini buzilish natijasida detruzorni qisqarishi va qisqichlar bo'shashining koordinatsiyasi o'zgaradi.

Etiologiyasi.

Qovuqni vazifasi buzilishi ko'proq orqa miya o'smalarida umurtqa pog'anasining birlamchi o'smalarida yoki unda jalalar bo'lganda rivojlanadi. Bundan tashqari qovuqni tashqi denervatsiyasi tufayli uning vazifasi buzilishi, tos a'zolarida bajarilgan har xil jarrohlik operatsiyalaridan keyin, hamda kasallikni davolash uchun nurlar qo'llanilganidan keyin va boshqa hollarda rivojlanish mumkin.

Qovuq vazifasining buzilishi, bosh miya jarohatlari, miyada qon aylanishining buzilishi, kabi hollarda markaziy asab noto'g'ri rivojlanishi (umurtqa pogansining bel va dumg'aza qismlarini orasidagi bekilmagan darchalar bel miya churrasi (mielodieplaziya) sabali ham sodir bo'ladi. Parkinson kasalligi, bel miyasining yuqumli kasalliklari (mielit, poliomielit, meningit, entsefalomielit, tarqoq skleroz, zaxm va asab sistemasining silie, pernitsioz kamqonligida (funikulyar mieloz) diabet, hamda Adisson kasalligi tufayli yuz beradigan asab sistemasining tashqi va ichki muhitdan zaharlanishi va har xil zaharlanishlardan keyin, tarkibida mishyak bor moddalar og'ir metall tuzlari, alkogol, ruhiy kasallilarni davolovchi dorilarni uzoq ishlatilishi, bel, miya anesteziyasining noto'g'ri o'tkazilishi va boshqalar tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Bolalardagi qovuq disfunktsiyasi sabablariga, yuqoriga aytilgan holatlardan tashqari, bel, miyasini tug'ma kasalliklari, mielodisplaziya va *spina bifida* kiradi. Bu kasalliklarning belgilari, siydik va orqa peshobni ushlanmasligidan iborat. Innervatsiyaning buzilishi bilanoq kasallik «dardi bedavo» nusxasida davom etadi. Siydik pufagining funksiyasining birlamchi yo'qolishi, uning anatomik tuzilishining buzilishiga olib keladi, tuzalishning buzilishida katta funksional o'zgarishlar kelib chiqadi, ular keyinchalik pastki va yuqori siydik yo'llarini chuqur qaytmas morfologik o'zgarishlarga olib keladi.

Patogenezi.

Qovuqning neyrogen buzilishi, qovuq o'zini yoki uning detruzoridagi o'zgarishlar bilan, ularni tonusini qisqargan holatida yoki sfinkterlarning berkitish apparatida, siydikni ushlanish yoki ushlanmasligi sifatida ifodalanadi.

Siyishning neyrogen buzilishi holati har xil sabablardangina emas, balki siyish jarayoni boshqaruvi buzilishidagi asab o'rni va uning ta'siri holatiga bog'liq. Asab boshqaruvining buzilishi, siyish jarayonining shartli refleksi zanjirining har bir pog'anasida masalan, bosh miyada, o'tkazish yo'llarida, siyishning bel (SII –SIV) markazida, tashqi va intramural asab o'tkazish yo'llari va gangliylarida paydo bo'lishi mumkin. agar jarohat bosh miyaning peshona qismida, markaziy atrofidagi bo'lakchalarida ya'ni siyishning qobiq markazida (qon aylanishni, jarohat, o'sma) joylashgan bo'lsa bu holda boshqaruvsiz, bechaqiriq siyish kelib chiqadi. Orqa miyaning siyish jarayoninining bel markazlarini yuqorisida to'la ko'ndalang-

jarohatida nusxa siyishni reflektor turdagi buzilishi kelib chiqadi. Bunday holatlarda siyish jarayoniga siydik bilan qovuq devorchalarini cho'zilishiga javoban chaqiriqni yo'qligi va qovuqni reflektor qisqarishlarini bo'lmasligi bilan ifodalanadi. Bu ikkala siyish jarayonining bunday buzilishi siyish refleksining qobiq qismini yo'q bo'lishidan deb tushunilsa ham bo'ladi. Bunda refleks shartsiz bo'lib qoladi. Siyish bel markazi (SII – SIV) ni yoki ekstramedulyar asab to'siqlarini va gangliyalarini to'la jarohatlanganida, avtonom qovuq kelib chiqadi. Bu holda qovuq o'ziga qisqarishga qodir bo'lmaydi, chunki shartsiz refleks zanjiri buzilgan bo'ladi.

Yuqorida qayd etilgan siyishning neyrogen buzilishlarining turlari, ularni chetki turlari hisoblanadi. Kundalik tajribada ko'proq o'tkinchi turlari uchraydi.

Qovuqdagi yallig'lanish jarayoni shuni trofikasini buzilishidan kelib chiqqanligi uchun rivojlanishi juda ham avjli, hatto tezkorlik bilan borib yara bo'lishiga ham olib keladi. Bu sharoitda yiringli shamollash kelib chiqib, u qovuqning devorlariga o'tib, uning atrofidagi to'qimalarga tarqaladi. Surunkali shamollash detruzor muskullarning qo'shuvchi to'qima bilan sekin-asta almashuvi, siydik naychasi jumbog'ini qisqarish xususiyatlarini buzadi, natijada qovuq-siydik naycha jom reflyuksiga olib boradi. Bu esa keyinchalik, rivojlantiruvchi gidroureteronefroz keltirib chiqaradi. Bunda bemorning ishlash faoliyati juda ham sustlashadi.

Siyish paytida siydik avval pastga emas balki yuqoriga siydik naychalari bo'ylab jomga borib undan so'ng oz-oz miqdorda tashqariga chiqadi, ya'ni ikkiga bo'lib siyish paydo bo'ladi. Natijada qovuqda qo'pol morfologik o'zgarishlar, uning hajmini kamayishi kabi holat kelib chiqadi. Shu bilan bir qatorda yuqori siydik yo'llarining kengayishi kuchaya boradi. Ayrim hollarda siydik pufagi kateterizatsiya qilinib, 1,5-2 litrgacha turib qolgan sidik chiqarilishi mumkin. Bu holat ko'pincha qovuqni atoniyasi deb o'ylansa ham, aslida qovuq hajmi atiga 80-100 mlni tashkil qiladi xolos.

Belgilari va klinik kechishi.

Asab sistemasining jarohatini joylashishiga qarab siydik pufagining shikastlanishi ham har xil bo'ladi. Shunga ko'ra «neyrogen» turlari ham reflektor, giporeflektor, areflektor va sklerotik turlariga bo'linadi.

Reflektor qovuq uchun uni detruzorini kuchli normal yoki past qisqarish qobiliyatiga, uning hajmini mo'tadil bo'lishligi bilan xarakterlidir. Bu turdagi o'zgarishlar ko'proq bel miyaning yuqori qismida va uncha og'ir bo'lmagan jarohatlarda kuzatiladi.

Giporeflektor qovuqning siyish refleksi odatda uni siydik bilan normadan yuqori hajmda to'ldirilgandagina paydo bo'ladi. Siydik pufagining ichki bosimi esa har –xil bo'lishi mumkin, ammo qoldiq siydikning hajmi doimo ko'p bo'ladi. Bu turdagi o'zgarishlar bel miyaning o'rta sakral qismi jarohatlanganda kelib chiqadi. Siydik pufagining ichki bosimi past, detruzorni kuchi sust, siyish refleksi sekinlashgan bo'ladi. Qovuqning yaxshiroq bo'shatilishi, qorin bo'shlig'ining oldingi devorining pastki qismi bosilgandagina bo'lishi mumkin. Qovuqning bo'yiga, ba'zan qovuqni siydikka to'layotgani ham sezilishi mumkin, ammo ko'pincha bu sezgi ba'zan sust yoki umuman yo'q bo'lishi ham mumkin. Shuning uchun qoldiq siydik hisobiga qovuqda qolgan siydikning miqdori tez orada oshadi va siydik pufagining cho'zilishini tezlatadi, bu esa detruzorda bo'layotgan atrofiyani yanada kuchaytiradi.

Giperreflektor qovuq uchun ham undagi oz hajmdagi (200 ml) siydik yig'ilganda, siyish refleksini paydo bo'lishi xarakterlidir. Detruzorni tarangligi har xil bo'ladi. Qoldiq siydikni bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Bu bo'yin turdagi neyrogen buzilishlar ko'pincha orqa miyani va ko'krak qismini jarohatlarida uchraydi. Bel miyaning sakral qismidagi jarohatida to'xtatib bo'lmaydigan bel miya siyish refleksi paydo bo'ladi. Qovuqning sezgirliги sustlashadi, yoki butunlay yo'q bo'lib ketadi. Ayrim hollarda qovuq ichki bosimining qo'qqis ko'tarilishi tufayli o'z-o'ziga bo'shalishi mumkin. Detruzorning besabab qisqarish hollari, shuningdek gipogastriy sohasi perkussiya qilinganda va bemor joyidan qo'zg'altirilganda takrorlanishi mumkin. Giperreflektor qovuqdagi qoldiq siydikning bo'lmasligi, jarohatni qorin nervlarini yuqorisida joylashganida kuzatish mumkin.

Bel miya shokining o'tkir fazasida areflektor qovuq yuzaga chiqadi va siyish refleksini yo'qligi tufayli siydikning to'la tutilishi paydo bo'ladi. Qovuqni o'zini bo'shash xususiyati faqatgina siyish refleksini qayta tiklangandagina paydo bo'ladi.

Sklerotik qovuq eng og'ir va qayta tiklanmaydigan jarohat bo'lib, ko'proq neyrogen qovuqni uzoq, haddan tashqari kengayishi, uning tez-tez shamorllashi va undagi degenerativ o'zgarishlarni natijasidir.

Bunday hollarda qovuq hajmi kichkina bo'lib qoladi va uning devorlarining cho'zilish xususiyati esa yo'qolib ketadi, siyish refleksi tamomila yo'q bo'ladi.

Shunday qilib, qovuqning neyrogen disfunktsiyasining asosiy belgisi peshob buzilishi hisoblanadi. Bunday holatlar tufayli siyish butunlay to'xtab, qovuqni o'ta darajada to'lishi tufayli paradoksal ishuriyaga yoki siyish boshqarilmas turini paydo bo'lishiga olib boradi.

Areflektor va giporeflektor qovuqli bemorlarda ko'rib va paypaslab haddan tashqari kengayib ketgan siydik pufagini aniqlash mumkin. Uning hajmi ayrim paytlarda 1-2 l gacha bo'ladi. Qo'shilgan infeksiya esa sistit, pielonefrit va urosepsisga olib boradi. Ko'pincha siydik to'silishi va surunkali shamollash natijasida siydik tosh kasalligi ham kelib chiqadi. Basharti tosh hisobiga siydik yo'llari to'silib, qovuq to'lib ketganda ham bel miya jarohati bor bemorlarda hech qanday sub'ektiv belgilar bo'lmaydi, chunki ularda sezishlik buzilgan, shuning uchun bu belgilarni aniqlash ham noqulay ham qiyin. Shuning uchun bunday bemorlar e'tibor bilan faqatgina ularning pastki emas, balki yuqori siydik yo'llarini ham tekshirishlik lozim.

T a s h x i s.

Siydik pufagining disfunktsiyasining turi va darajasi to'g'risida fikr yuritishlikning birinchi davrida, umurtqa poganasi va bel miyaning jarohatining vaqtining hamda qovuqning markaziy va periferik inervatsiyasining buzilish chegarasini aniqlash uchun qattiq harakat qilingani ma'qul. Bemor bilan ohista suhbat o'tkazilsa, siydik pufagining disfunktsiyasini bir turini boshqasiga o'tganini bilish mumkin, davolashning aynan tekshiruv paytida zarur bo'lgan yo'lini aniqlash muhim bo'ladi. Tahliliy tekshiruvlar buyrakning ish faoliyatini aniqlaydi, nevrologik tekshirishlar markaziy va periferik inervatsiyaning buzilish darajasini va chuqurligini bilib beradi. Undan so'ng rentgenologik, radioizotop va asboblar yordamida tekshiruvlar o'tkaziladi.

Obzor rentgenografiya qilinganda, suyaklardagi o'zgarishlr va siydik yo'llaridagi toshlariga o'xshash gumonli soyalarni borligi aniqlanadi. Orqa miyasi

jarohatlangan bemorlarda buyrak va siydik pufagi sohasida og'riq bo'lmasligi tufayli siydik tosh kasalligini vaqtida aniqlash uchun yarim yilda bir marotaba obzor rentgenografiya qilish zarur. Ekskretor urografiya yordamida buyrakning ish faoliyati siydik yo'llaridagi toshlariga o'xshash gumonli soyalarga munosabatini bilib olish mumkin. Agar uni o'tkazishni iloji bo'lmasa, radioizotop renografiya yoki dinamik ssintigrafiyalardan foydalanish kerak. Izotop-metodlar qo'llanilganda shuningdek qoldiq siydik hajmini ham aniqlash mumkin.

Detruzor va qovuq berkitish apparatining holatini bilishlik uchun, uni to'ldirishdagi qilinadigan sistomanometriya va uretrani ichki bosimning profilinni aniqlash usullari qo'llaniladi. Siyishning neyrogen buzilishini reflektor yoki giporeflektor turini aniqlashlikning yagona usuli sistomonometriya, sistografiya bilan bir vaqtda qo'llanilganda, qovuq-siydik naycha refleksini mavjudligini aniqlasa bo'ladi.

Siydik oqimi hajmini va tezligini o'lchash (uroflometriya) yordamida, detruzorning qisqarish xususiyati va uretrani ichki qarshiligini baholash mumkin. Siyishning neyrogen buzilishida bu tezlik sustlashadi. Uretra ichki bosimi proili aniqlansa, detruzor va tashqi sfinkterlar faoliyatining kelishmovchiligini tashqi sfikter gipertenziyasini bilib olish mumkin. Bu belgilar davolashning operativ taktikasini hal qiluvchi belgilar hisoblanadi.

Sistografiya va rentgenotelevedeniye yordamida agar siydik pufagiga rentgenokonstrast modda sekin jo'natilsa, uning haqiqiy hajmi aniq belgilanadi va passiv hamda aktiv qovuq-siydik naycha-jomcha reflyuksi aniqlanadi.

Bir paytda o'tkazilgan elektrosistometriya detruzorning qisqarish faoliyati to'g'risida ma'lumot beradi.

Uroflometriya yordamida siydik oqimining tezligini o'lchab, detruzorni qisqarish faoliyati va uretrani qarshiligini ham aniqlasa bo'ladi. qovuqning neyrogen disfunktsiyasida bu tezlik sustlashgan bo'ladi. Detruzor qisqarish faoliyatini aniqlash uchun, qovuq ichak orqali stimulyatsiyasini qo'llash mumkin. detruzorning qo'zg'alish qobiliyati saqlangan bo'lsa, elektr impulsga javoban, qovuqning ichki bosimi ko'tariladi.

Sistoskopiya yordamida qoldiq siydik, qovuq hajmi, uning shilimshiq pardasini va muskul devori holati va boshqa qo'shimcha o'zgarishlar aniqlanadi.

Farqlovchi tashxis.

Farqlovchi tashxisni qovuq falajiga olib keluvchi kasalliklar bilan o'tkazish kerak; prostata adenomasi va raki, qovuq bo'ynining torayishi (***Marion kasalligi***) Siydik kanali torayishlari, qovuq bo'yin qismiga joylashgan o'sma. E'tibor bilan yig'ilgan kasallik tarixi, rentgenologik, sistoskopik, sistometrik va urofloumetrik tekshiruvlar qovuq disfunktsiyasini yuqorida qayd etilgan kasalliklardan ajratishda yordam beradi.

Davolash.

Qovuq urug'ining disfunktsiyasi bor bemorlarni, davolashning eng asosiy maqsadi, siydikning bimalol ajralishini-ta'minlash, qovuq hajmini saqlab qolish, shamollash jarayonini yo'q qilish, tosh hosil bo'lishini oldini olish, siydik to'xtalib qolgan hollarda birinchi 5-6 kun mobaynida, qovuqni bo'shatish maqsadida, uni ikki qo'l bilan ezib ko'rish usulidan foydalanish mumkin. oldindan qorinning pastki qismini, orqasidan esa, ichak orqali. Ammo siydik yo'llariga yallig'lanish qo'shilganidan

so'ng, siydik ikki qo'l yordamida siqib chiqarish man etiladi. Endilikda siydik chiqarish uchun qovuqqa bir tariqa vaqti-vaqti bilan (1 sutkada 2-3 marotaba) kateter qo'yishda aseptik qoidalarga yaxshi rioya qilish, bu maqsadda ingichka, elastik materialdan tayyorlangan kateterlarni ishlatilishi kerak.

Siydikni o'z vaqtida chiqarish, qovuqni esa antiseptik suyuqliklar bilan yuvib turishlik uchun doimiy kateter-Monro sistemasi qo'llansa bo'ladi. Uning tuzilishi quyidagicha: Tomchigining yon devoriga, uchiga ignali rezina o'rnatilgan naycha (havo darcha) kirgiziladi.

Qovuqqa o'rnatilgan kateterni siydik to'playdigan holatiga borguncha ulangan naychani pastga tushirmasdan, uning o'rta qismini (bu joyga yoysimon shisha trubka o'rnatiladi) siydik pufagidan yuqoriroq satxida qilib, shtativga qotirilib qo'yiladi. Sistema sozlanganidan so'ng undagi minutiga 60 tomchi tezligida jo'natilgan suyuqlik sistemasining eng pastki qismi qovuq satxi bo'lgani uchun avvalom bor qovuqni to'lg'azadi. Qovuq fiziologik hajmigacha to'lgandan so'ng, suyuqlik siydik to'playdigan haltaga olib boruvchi naychani to'ldira boshlaydi. Suyuqlik satxi yoysimon shisha trubkadan o'tib, siydik yig'adigan haltani tez to'la bo'shanishi kuzatiladi. Suyuqlik qovuqdan to'la chiqib ketganidan so'ng, sistema havo bilan to'ladi, bu havo siydik pufagiga suyuqlik tomchilari bilan kelib qoladi. (havo darchasini borligi hisobiga) va bu yerdan u suyuqlik bilan birga chiqib ketadi. Siydik pufagi bo'shashi zahotiyuq, u yana suyuqlik bilan to'lishni boshlaydi va avtomatik ravishda qayd etilgan harakatlar qaytariladi.

Bu sistemaning afzalligi shundaki, siydik pufagi doimiy tomchilab to'ladi va me'yorida to'lganda hamda siydik pufagi bosimi yetarli darajada bo'lganda ravon bo'shaladi. Bu hol fiziologik sharoitlarga yaqin bo'lib siydik pufagining qisqarib qolishini oldini oladi, yoki yo'q qiladi.

Agar bel miya jarohatida qovuq yoki siydik kanali shikastlangan bo'lsa, unda siydik tutilishining birinchi kunidayuq epitsistostomiya qilish zarur. Epitsistostomani borligi yomon bitadigan oqma hosil bo'lish ehtimolini paydo qiladi, uning bitishi juda qiyin bo'lib, siydik pufagi faoliyatining tiklanishi sustlashadi va qovuq siydik naycha-jom reflyuksi kelib chiqadi.

Sistostomiyadan so'ng infeksiya bilan kurashish kerak: aseptika qoidalariga rioya qilish, ko'p suyuqlik ichish, antibakterial dorilar qabul qilish antibiotikogrammaga asoslanib) siydik hajmini yetarlicha bo'lishini ta'minlash, yaralarni oldini olish, shuningdek fizioterapiya davolash jismoniy tarbiya ham o'tkazish zarur. Qayd etilgan davolash yo'llarining asosiy maqsadi, patogenetik davo qo'llaguncha va siyish tiklanguncha siydik pufagining to'lishi va to'plash xususiyatini saqlab qolish. Patogenetik davolashlarga siydik pufagining reinnervatsiyasi, enterovezikopeksiya, siydik pufagining transrektal elektrostimulyatsiyasi va siydik pufagining renervatsiyalar kiradi.

Siydik pufagining reinnervatsiyasi ajratilgan va demukozatsiyalangan ingichka ichak bo'lagi bilan qilinishi mumkin. Ayrim hollarda siyishning tiklanishi siydik pufagining transrektal elektrostimulyatsiyasi yordamida bo'lish mumkin.

Siydik pufagining radio to'lqini stimulyatsiyasini yuqori chastotalik tok generatori va qorinning to'g'ri mushagini aponevrozi ostiga implantatsiya qilingan, detruzorg kiritilgan platina elektrodli qabul qilish uskunasi bilan o'tkaziladi.

Detruzorda yuqori chastota, o'zgaradi va u fiziologik bo'lib, siydik pufagi muskullarini qo'zg'altiradi va uni qisqartiradi.

Operatsiya texnikasi.

Qabul qilish uskunasi uchun pastki o'rta kesim yordamida siydik pufagi ajratiladi va elektrodlar o'rnatiladi. Aponevrozni qorinning to'g'ri mushaklaridan chapdan va o'ngga ajratib, qorinning to'g'ri mushagi orasi ochadi va tayyorlangan ushbu joyga qabul qilish uskunasi o'rnatiladi. Bu uskuna qorinning to'g'ri mushagiga qotiriladi va mushak qavat-qavat qilib ketgut bilan tikiladi.

Qovuq atrofida drenajlar o'rnatiladi va ularning atrofida yara tikiladi. Drenajlarni turish vaqti odatda 4-6 kun va u operatsiyaning shikastlanganligiga va yara chiqindilarining miqdoriga bog'liq.

Bemor o'zi siyayotgani sababli operatsiyadan so'ng, siydik pufagining o'z vaqtida bo'shalishini tekshirilib turish kerak. Buning uchun vaqti-vaqti bilan siydik pufagini kateterizatsiya qilinadi (kuniga 2-3 marotabadan) yoki siydik pufagiga 8-10 kunga doimiy kateter qo'yiladi.

Yara bitgandan so'ng radioto'lqinli stimulyatsiyani quyidagi elektr parametrlarda o'tkaziladi: kuchlanish 10-15 Vt, chastota 20 Gts, impuls uzoqligi 6m-s. Stimulyatsiyani 30 s kuniga 3-4 marotaba o'tkazilishi, siyish tiklanishiga olib keladi.

Siydik pufagining radioto'lqinli stimulyatsiyasi va siyishning tiklanganligi tufayli siydik yo'llaridagi shamollash buyrak yetishmovchiligi kamayadi va qovuq-siydik naycha reflyuksi hosil bo'lishini oldi olinadi.

Ayrim hollarda, sfinkterimetriya va uretra profilini o'lchash asosida aniqlangan sfinkter qarshiligining kuchayib ketganida, siyishning tiklanishi uchun transuretral sfinkterotomiya yoki trinsuretral siydik pufagi bo'yni rezeksiya qilinadi. Bu chegarlar radio to'lqinli stimulyatsiya bilan birgalikda yaxshi natijaga olib keladi.

Oqibat.

Oqibat kasallikning turi va davriga shuningdek, siydik pufagining disfunktsiyasining davosi o'z vaqtida o'tkazilishi va to'g'ri tanlashini, hamda patogenetik asoslanishiga bog'liq.

SISTALGIYA.

Sistalgia asosan ayollarda uchraydigan kasallikdir. Bu kasallik tez-tez va og'riqli siyish bilan ifodalanadi. Siydikda (leykotsituriya, eritrotsituriya) hamda sistoskopiya qilinganda qovuqda hech qanday yallig'lanish belgilari topilmasa ham bemorlarda tez-tez va og'riqli siyish bilan ifodalanadi.

Sistalgiyaning kelib chiqishi to'g'risida nazariyalar ko'p bo'lsa, ulardan uchtasi infeksiya, garmonal, asab kasalliklari to'g'risidagi nazariya ancha ko'p tarqalgan.

Birlamchi patologik jarayon (sistit, tuxumdonlarning garmonal vazifasini buzilishi, vegetotomir o'zgarishlari, kichik tos a'zolarini yallig'lanishi tufayli rivojlangan nevril) vegetativ nerv sistemasii interoretseptorlari orqali qo'zg'atadi. Bu esa o'z navbatida kapillyarlar va siydik pufagining retseptor apparatlarining javob reaksiyasini keltirib chiqaradi. Qon-tomirlarning o'zgarishlari avvalo, vazokonstriksiya, keyin esa vazodilatatsiya va qonning mahalliy to'planishi bilan ifodalanadi. Tuxumdonlarning garmonal funksiyasining buzilishi, sovqotish kabi

omillar qayta-qayta ta'sir etib, siydik pufagining devorlarida trofik o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Bu o'zgarishlar siydik pufagining mexanoretseptorlariga ta'sir etib, sistalgiyaga olib boradi. Shunday qilib, infeksiya, garmonal buzilishlar va asabga ta'sirlar, retseptor apparatda o'zgarishlarni paydo qiladi. Keyinchalik siydik pufagining asab mushaklarida ham o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bu siyishning o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar tez-tez og'riqli siyishdan shikoyat qiladilar. Xuddi qovuqda siydik qolib ketganday bo'ladi. Lekin siydik tekshirilganda va qovuq sistoskopiya qilinganda hech qanday o'zgarishlar topilmaydi. Ayrim hollarda sistoskopiya Lyeto uchburchagidan yengil qizarish kuzatiladi, shilliq qavatining yumshashi va qon-tomirlarining aniqligi yo'qoladi. Shunday o'zgarishlar sog'lom ayollarda ham, siydik va buyrak kasalliklari bilan og'riydigan, ammo hech qanday shikoyati yo'q ayollarda ham uchraydi.

Sistalgiyani davolash, uning patogenetik yo'nalishiga bog'liq. Garmonal buzilishlar orqali kelib chiqqan sistalgiya, gormonlar balansini normallashtirish bilan davolanib ketadi. Sistalgiyaning neyrogen xarakterda ekanligi nazarda tutilgani holda, asosiy patogenetik davo nerv mushak apparatiga ta'sir qilishga yo'naltilgani ma'qul.

Keyingi paytlarda sistalgiyani davolashda sinusoidal modullangan tok qo'llanilmoqda. Bu toklar «Amplipuls 3m» va maxsus ishlab chiqarilgan elektrodlar orqali olinadi. Bu elektrodning biri qinga, ikkinchi qovuq sohasiga qo'yiladi. Tokning kuchi 7-30 mA 30 minut da muolaja qilinadi. Davolash kursi 15 kunlik muolajani tashkil etadi. Uzoq vaqt davom etgan sistalgiyalarda, ikki yarim hollarda uch kurs davolanadi.

Yana boshqa davolash usullari ham bor. (Presakral navokain blokadi, 0,5 % li 5-10 ml novokain eritmasini venaga yuborish, 1-2 % li 100-150 ml novokain eritmasini qovuq atrofi to'qimalariga yuborish, refleksoterapiya va boshqalar).

E N U R E Z.

Enurez deb uyqudagi behos, kutilmaganda siyish (enuresis nocturia)ni aytiladi. Zamonaviy statistika natijalariga ko'ra, enurez 6-8% bolalarda uchraydi.

Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda enurez fiziologik hisoblanadi, undan kattalarida esa, kasallik hisobida yuradi. O'g'il bolalarda enurez qizlarga qaraganda ko'proq uchraydi.

Enurezning kelib chiqishi to'g'risida nazariyalar juda ko'p, ammo ularning ichida, kasallikning sabablarini to'g'ri tushuntiruvchisi, shartli reflektor nazariyadir. Sog' odamlarning bosh miya qobig'ida, uyqu vaqtida ham siyish uchun chaqiriqni qabul qilish xususiyatini saqlaydi, bu esa odamni uyg'onishiga olib keladi. (I.P.Pavlov bo'yicha qorovullik punkti). Ushbu "qorovullik" punkti bolalarda 1,5-2 yoshdan ishlashni boshlaydi, lekin ko'p somatik va asab kasalliklarida, uning hosil bo'lishi kechikadi, yoki bosh miya qobig'idan paydo bo'lgan qorovullik nuqtasi o'ta tormozlangan bo'ladi.

Kechqurungi siydik ushlamasligining ikki turi bor: birlamchi (tug'ilganidan boshlab siyishga chaqiriq bo'lganda shartli refleksi uyg'onishini yo'qligi) va ikkilamchi (biron bir kasallik natijasida ishlab chiqarilgan refleksi to'xtalishi).

Bosh miya qobig'ini disfunktsiyasi natijasida rivojlangan enurezi bor bemorlarning ruhiy holati tekshirilganda, ularning ko'pchiligida xotiraning sustlanish,

umumiy rivojlanishning orqada qolishi, dudug'lanib gapirish tez charchash hollari uchraydi.

Hozirgi zamon nazariyalariga ko'ra boshqa sabablar ichida, siydik tanosil a'zolarining mahalliy patologik o'zgarishlari (fimoz, balapopostit va shunga o'xshashlar) va boshqa somatik kasalliklar (tonzillit, adenoid, ichak qurtlari va shunga o'xshashlar)ni ham ahamiyati bor, ya'ni enurez urologiyadan ko'ra ko'proq nevrologik kasalliklar hisobiga kiradi. Bu kasallik chegarasidagi kasallik bo'lganligi uchun uni faqatgina pediatri va nevropatologlar emas, balki urologlar ham og'ir dardni aniqlash va davolash usullarini bilishlari zarur.

Tungi siydik ushlamaslikning tashxisida urologik tekshiruv usullari katta ahamiyatga ega. Sistoskopiya qilinganda ayrim hollarda siydik pufagining ichki sfinkterining ochilib turishi aniqlanadi, bunda sistoskopiya osongina siydik pufagidan uretraning orqa qismiga kiradi va hatto urug' do'ngchasi ko'rinadi. (*Shramm-Alekseev belgisi*) va siydik pufagi pastki chegarasi pastga bo'rtib qoladi (*til belgisi*). Ilgari o'ylanganiday, enurezda bu belgilar unchalik ko'p uchramaydi, ammo bularning aniqlanishi kechqurungi siydik ushlamaslik tashxisini tasdiqlanishiga yordam beradi.

Agar kechqurungi siydik ushlamaslik, markaziy asab sistemasining organik jarohati natijasida kelib chiqqan bo'lsa, (shamollash va shikastlanish, umurtqa pog'onasining bel-dumg'aza qismini rivojlanishining ayrim nuqsonlarida) unda bemorlarda shunga xos belgilar: mushaklar tarangligi, pay reflekslarining o'zgarishi, mushaklarning alohida qismlari atrofiyasi, sezuvchanligining buzilishi, vegetativ o'zgarishlar paydo bo'ladi. Dardning bu turida umurtqaning bel-dumg'aza qismini rentgenografiya qilish zarur, chunki bel-dumg'aza umurtqa pog'onasini rivojlanishini ayrim nuqsonlari bo'lishi ham mumkin.

Tungi siydik ushlamaslikning davolash usullarini ikkiga bo'lish mumkin: dorilar yoki maxsus uskunalari yordamida.

Ayrim hollarda bemorga kunning ikkinchi yarmida suyuqlik ichishni chegaralash tavsiya etiladi, lekin buning faqat o'zi yaxshi natijaga olib kelishi qiyin. Dorilardan detruzorning yuqori qo'zg'aluvchanligini pasaytirish uchun har kuni uyqudan oldin 0,01 g dan belladonna ekstrakti yoki 0,005 g dan atropin sulfat qabul qilinadi. Davolanish bir necha oy davom etadi. Ayrim hollarda yotishdan oldin uxlatuvchi dorilar ishlatiladi: 0,25g dan barbital – natriy (medinal) yoki 0,05 g dan fenobarbital (lyuminal). Ta'sirchan bemorlarda bir nechta psixoterapiya seansidan so'ng, kechqurungi siydik ushlamaslik o'tib ketadi. Ko'pincha gipnoz yordamida yaxshi natijalarga erishiladi, ayrim hollarda gipnoz bilan birgalikda, siydik pufagiga kumush nitratning 0,25 dan 1 % gacha kontsentratsiyasidagi aralashmasini instilyatsiyasi qo'llaniladi.

Patologik hollar (fimoz, tanzilit, adenoid, qurtlar va boshqalar) natijasida kelib chiqqan tungi siydik ushlamaslikni davolashda asosiy kasallikning yo'nalishiga qaratilgani ma'qul.

Siydik pufagi atrofini novokain bilan blokadasini yordamida ham yaxshi natijalarga erishish mumkin. 0,5-2 % novokain eritmasining 10-50 ml miqdori bilan qorinni pastki qismini terisini, novokain bilan blokada («limon qobig'i» sifatida) qilinadi, berkituvchi teshik orqali ikki tomonga novokain jo'natib, yoki qovuq atrofiga 0,5% novokain eritmasidan 100 ml jo'natib qovuqni anesteziyasi

qo'llaniladi. Har kuni siydik pufak atrofiga 0,5 % novokain eritmasidan 100 ml jo'natib, siydik pufagi anesteziyasi qo'llaniladi. har kuni qovuqni ichiga 3% novokain eritmasidan 15-20 mldan instilyatsiya qilish 15-20 kun davomida qo'llanilsa yaxshi foyda beradi.

Tungi siydik ushlamaslikni maxsus uskunalar yordamida davolashda, uyquda bilmagan holda siydikni birinchi qismi chiqishidayoq bemorni tez uyg'otadigan B.I.Laskov tavsiya etgan uskuna, yangi shartli refleks aloqasi hosil bo'lishiga olib keladi. Uskuna tarmoqqa ulanuvchi elektr oqimi transformatoridan iborat bo'lib, latta yo'rgak bilan ajratilgan va maxsus belboqqa o'rnatilgan ikki kontaktdan iborat. Bu belbog' bolani siydik kanalini tashqi teshigiga elektrni yaqinlashtirib boglanadi.

Siydikning birinchi qismidayoq kontaktlar orasidagi lattani namlaydi va natijada tarmoq ulanadi. Bunda past kuchli ishlatilganida bemorda hali paydo bo'lmagan yoki yo'qotilgan siygisi kelganda uyg'onuvchi shartli reflektor ishlab chiqaradi.

Enurezi bor bemorlarning 70% ga yaqinini sinusoidal yoki diadinamik oqimlar yordamida qovuqning teri orqali elektrostimulyatsiyasi qilish yo'li bilan davolashsa (har kuni yoki kunora o'tkaziladigan 20 seansli 1-2 kurs) bunda ayrim hollarda enurezga yo'ldosh bo'lgan to'g'ri ichak sifinkterlari innervatsiyasi sustligidan kelib chiqqan ahlal ushlamaslik ham yo'qolishi mumkin.

Bolalarni yoshligidan to'g'ri tarbiyalash, ularning jismoniy to'g'ri rivojlanishi, enurezning oldini olishlikning garovidir. Tungi siydik ushlamaslikni oldini olishda tarbiya muhim ahamiyatga egadir. Bunda ko'rpaga siyib qo'yishdan o'zini tutish shartli reflektor xususiyati va faqat tashqariga siyish odati tarbiyalanishi lozim. Ota-onalar ogohlantirishlari kerakki, bolalarni kechasi uyqusida noto'g'ri to'sishlik ularda noto'g'ri tuyg'u hosil qiladi. Ya'ni teskari natijaga, uyquda bilmagan holda siyish odatini rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Bemor o'z vaqtida davolansa oqibati yaxshi bo'ladi.

XV-BOB.

O'TKIR BUYRAK YETISHMOVCHILIGI.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BYE) deganda har xil ichki yoki tashqi omillarni ta'sirida buyrak yoki har ikkala buyraklarni ham sekretor va ekskretor vazifalarini birdaniga buzilishi tushuniladi.

O'BYE ni klinik kechishi gomeostazni qay darajada buzilganligi, modda almashuvi natijasida qon tarkibida to'planayotgan achchiq chuchuk muvozanatini va boshqalarning o'zgarishiga bog'liq. O'BYE ning eng asosiy belgisi oligoanuriya ya'ni siydikni oz miqdorda ajralishi yoki butunlay ajralmasligidir.

O'BYE sodir bo'lgan bemorlarni ko'pchiligida, buyrak to'qimalaridagi o'zgarishlarning barchasi qaytadan o'z holiga qaytadigan o'zgarishlar bo'ladi. Demak, bunday bemorlar ahvoli qanchalik og'ir bo'lmasin, ular butunlay sog'ayib ketishlari mumkin Ammo 5-6 % bemorlarda nefronlarni ko'p qismini qirilib ketishligi, buyrakdagi o'zgarishlarning qaytadan tiklanishiga imkoniyat bermaydi.

Etiologiyasi.

O'BYE ning keltirib chiqaruvchi sabablar to'rt asosiy turga bo'linadi.

O'BYEni keltirib chiqaruvchi buyrakkacha bo'lgan sabablarga (qon ketish, jarohat, operatsiya) ko'ra qon bosimining pasayib ketish holatlari kiradi. Katta qon aylanishidagi bunday buzilishlar, buyraklar to'qimalarida qon aylanishini ham pasaytiradi. Shu tufayli buyrak ichki mexanizmlari, koptokchalardagi siydik ajratish jarayonini kerakli holda ushlab qololmaydigan holatga uchraydi. Buyrak ichki qon aylanishining bunday buzilishiga javoban birinchi bo'lib kapilyarlarni qisqarishi va qobiqning kam qonligi rivoj topadi va natija ajralayotgan siydik hajmi ozayadi (oliguriya). Shok hamda kollaps holatida to'qimalardagi katabolik jarayonlar kuchayishi va buyraklarni suyuqlik ajratish imkoniyatlarini pasayishi, qondagi azotni ko'paytira boshlaydi. Shuni ham aytish kerakki, kam qonlik jarayonini boshlang'ich bosqichlarida (birinchi 2 soat) buyrak to'qimalarida hali hech qanday morfologik o'zgarishlar bo'lmaydi.

Bemorlarga gruppasi kelishmagan qon quyilganda (gemolitik shok), ezilish (mioliz) sindromida, elektrdan jarohatlanganda, katta hajmdagi qon quyishlarda, qon-tomirlarining ichida eritrotsitlarning parchalanishiga olib boruvchi (septik abortlar) bakterial shokda ham O'BYE kelib chiqishi mumkin. bunday holatlarda O'BYE ning sababi sifatida faqat qon bosimining pasayishigina emas, balki to'qimalarni ko'p miqdorda parchalanishi tufayli ajralayotgan zaharli moddalarni, hamda tomirlarni ichida hosil bo'lgan ivitmalarining ham katta ta'siri bor.

Bemorlardagi to'xtovsiz davom etuvchi qayd qilishlar va ich ketishlar tufayli, hamda uzoq vaqt bo'lar-bo'lmasga hadeb siydik haydochi dorilarni qo'llayverish tufayli suyuqlik hamda elektrolitlarni ortiqcha yuqolishi hisobiga qon plazmasi ozayadi. Natijada qon aylanishida ishtirok etuvchi qon miqdori ham kamayadi. Plazma hajmini hamda koptokchalardagi subklinik ajralishining kamayishi tufayli O'BYE kelib chiqadi. Chunki organizmda suyuqlik kamayishi plazmaning osmotik bosimini orttiradi. Shu munosabat bilan koptokchalarda suyuqlikning ajralishi kamayadi. Qon-tomirlarining devorlarini katexolaminlar bilan birgalikda taranglatib turuvchi asosiy elektrolitlar natriy va kaliylarni kamayib ketishi, tomirlarni kengayib ketishiga va kollapsni uzoq vaqt davom etishiga olib boradi. Natijada o'z vaqtida

yo'qotilgan suyuqlik hamda elektrolitlar qayta quyilmasa, qon aylanishini noto'g'ri borishi davom etaveradi va buyrak to'qimalardagi vaqtincha o'zgarishlar doimiy tus oladi. Ko'p holatlarda, masalan: ichak tutilishi, peritonit, homiladorlarda yuz beradigan zaharlanishlar tufayli yuzaga chiqadigan arterial qon bosimni pasayib ketishi, hamda suyuqlikni va elektrolitlarni tarkibini keskin kamayish holatlari ham O'BYE keltirib chiqaruvchi omillarda bo'lishi mumkin.

Yuqorida qayd qilingan buyrakkagacha bo'lgan O'BYE keltirib chiqaruvchi barcha etiologik omillar, buyraklarda qon aylanishining buzilishi, unda kamqonlik keltirib chiqarishi va kislorod yetishmovchiligiga olib borish yo'li bilan o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Buyrakning o'zidagi O'BYE ni keltirib chiqaruvchi omillarga, odamlarni har xil nefrotoksik moddalar bilan zaharlanishlarida yuzaga chiqadigan buyrak to'qimalarini jarohatlari kiradi. Masalan: kishilar simob (sulema) uran, kadmiy, xrom, fosfor, mis, etilenglikol tuzlari, sirka kislotasi, zamburug'lar har xil dorilar bilan zaharlanganlari yuqorida ko'rsatilgan zaharli moddalar o'zlarining to'g'ridan-to'g'ri buyrak to'qimalariga ta'sirlarini ko'rsatadi, chunki buyraklarni siydik ajratuvchi to'qimalari uchun zaharli hisoblangan og'ir metallar tuzlarini ko'pchiligi, buyrak kanalchalarni epiteliyasida nekrotik o'zgarishlarni keltirib chiqarish va keyinchalik ularni ba'zan parchalab ham yuborish qobiliyatiga egadirlar.

Buyrak to'qimalariga ko'pchilik dorilarni zaharli ta'siri, ularni o'ziga xos xususiyatiga ba'zi hollarda ularni adashib ko'p miqdorda yuborilishida va ayniqsa odamlardagi bu dorilarga nisbatan sezgirlikning baland bo'lishi katta o'rin egallaydi. Bundan tashqari bemorlar suyuqlikni kam iste'mol qilib, sulfanilamidlarni ko'p qabul qilsalar, bu dorilar buyrak ko'ptokchalarida kristallga aylanib qolib, ularni ichini to'sib qo'yadi. Yoki kanalchalarning yuqori qismlari zamburug'lar bilan zaharlansa, ularni pastki qismlari jarohatlanishi mumkin.

O'BYE kasalligini keltirib chiqaruvchi buyrakdan keyingi omillarga yuqori siydik yo'llarini to'sib qo'yuvchi toshlar yoki siydik naychalarini ezib qo'yuvchi o'smalar sabab bo'lishi mumkin. O'BYE odatda har ikkala siydik naychalari yoki yolg'iz buyrak naychasi berkilib qolsagina rivojlanadi.

O'BYE kasalligini *arenal turi* buyraklar qattiq jarohati tufayli ezilib ketsa, yoki yolg'iz buyrak ishlamay qolsa, agar qattiq zarurat tufayli yoki qo'qqisdan olib tashlansa, yuzaga chiqadi. Bunday holatlar hayriyatki kamdan-kam uchraydi. odatda ular og'ir operatsiyalar paytida, ko'pincha noilojlikdan qo'llanilgan chora sifatida gavdalanadi.

Patogenezi.

O'BYE ni keltirib chiqaruvchi sabablarni haddan tashqari ko'pchiligi, kasallikning ko'p sababli ekanligidan va uni yuzaga chiqishida har xil patogenetik mexanizmlarni borligidan darak beradi.

Buyrakkacha bo'lgan O'BYE ni asosiy sababi, buyraklarda kislorod kamligi hisoblanadi. Shok paytida buyrak kislorodni ancha kam, (buyraklardan chiqayotgan qonni tekshirishlariga ko'ra, odatdagiga qaraganda o'rtacha 50% -yaqin) iste'mol qiladi.

Odatda, buyrakka borgan qonning 90 % uni qobiq qismiga va faqat 10% gina uni miya qismiga boradi. Qon keltiruvchi arteriyalarda jarohat arteriya qon bosimining pasayishi (operatsiya, qon ketish, zaharlanish, bakteriemiya va boshqalar)

tufayli qon ko'ptoklarga bormay qobiq bilan miya orasiga ya'ni yukstamedulyar zonaga kiradi xolos. Chunki arteriovenoz shunt, ya'ni arteriya va vena qon-tomirlari orasida darcha (*trüeta darchasi*) hosil bo'lib qoladi.

Buning natijasida buyrak qobiq qismida qon va kislorod yetishmaydi, ba'zi ayrim kuzatishlar ko'rsatishiga ko'ra, buyrak qabul qismini halokatiga, bu yerdagi qon bosimining birdaniga pasayish holatlari sabab bo'larkan.

Buyrak qabul qismida qon aylanishning sustlashishi yoki butunlay to'xtab qolishi, O'BYE ni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablardan hisoblanadi. Shunga ko'ra bu qavatdagi to'g'ri qon-tomirlarda qon ko'payib ketadi, chunki qon quyuqlashib, uning ivish qobiliyati ortib ketadi. Natijada boshqa qavatlarda hali qon yaxshi yurishmay, mayda qon-tomirdagi bosimlarni muvozanati buzilsa, buyrakdagi qon yaxshi aylanmay qo'yadi. Natijada oraliq to'qimalarda qon to'planib qolib, buyrakdan ajralmay qo'yadi. Bunga javoban, buyrakning kanalchalaridagi bosim ortishi natijasida, ko'ptokchalardagi suyuqlik ajratish jarayoni 50-60 % pasayadi. Qonning tiqilib qolishi va qo'shni vena tomirlariga teshib o'tib ketishi natijasida, anoksiyaga juda ham sezgir bo'lgan qinchalar epiteliasini va hatto ularning bazal membranasini nekrobioz holatiga olib boradi. Buning natijasida kanalchalar eipteliyasini nekrobiozidan tashqari tubuloreksis, ya'ni kanalchalarni devorini uzilib ketishi holatlari ham yuz berishi mumkin.

Bunday holatlar tufayli kelib chiqqan anuriya faqat kanalchalarga epitelial to'qimalarni silindrni gemin va boshqalarni tiqilib qolishligidagina emas, balki filtratni butunlay qayta surilib ketishligi yoki uning oraliq to'qimalarga o'tib ketishligidan kelib chiqishi mumkin.

Keyingi filtrat limfa va vena qon-tomirlari orqali buyrak to'qimalaridan qayta so'rilib ketadi. Ammo, 30% O'BYE dagi kanalchalarni yuqorida aytilganday buzilishi ommaviy bo'ladi. Ko'pincha 8-9% nefronlar umuman buzilmaydi. Shuning uchun buyraklar sutkasiga 300g siydik ajratib turishi tufayli anuriya emas, balki oliguriya holati to'g'risida gapirilgani ma'qul.

O'BYE ni patogenezdagi yuqorida qayd qilingan sabablar, buyraklarni ishlash qobiliyati orasidagi o'zgarishlardan (oligoanuriya) ko'ra, uning to'qimalarida borayotgan morfologik o'zgarishlar orasidagi farqni sabablari bilan tushuntirish mumkin. Kislorod yetishmovchiligi oqibatida kanalchalar hujayralarida yuz berayotgan juda yuzaki o'zgarishlar ham buyrak ishini ancha chuqur o'zgarishlarga olib boradi.

Buyrak tufayli yuzaga chiqqan O'BYE ni ba'zi patogenetik sabablariga oldindan sensabilizatsiya bo'lib qolgan allergologik komponentlarning ham ta'siri bor. Bu sensabilizatsiya uzoq vaqtgacha saqlanib turadi. Buyrak yetishmovchiligining og'irligini va prognozini belgilashda jigarning holatini ham nazarda tutish lozim, chunki jigar ishining buzilishi, buyrak yetishmovchiligining borligi bunda asosiy ahamiyatga ega bo'ladi. Toksiko- allergologik reaksiyalarda a'zolarning jarohatlanish darajasi har xil bo'ladi. Homilador ayollardagi nefropatyalarni klinik holatida asosiy o'rinni autoallergiya egallagan holatlarida, buyrak epiteliasinr jarohatlari oson tiklanadigan va uncha og'ir bo'lmaydi. Shu paytning o'zida jigardagi o'zgarishlar juda og'ir va hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Septik abortlar tufayli yuzaga chiqadigan O'BYE uchun ham allergologik reaksiyalarning ahamiyati katta. Bu reaksiyalarning darajasi juda o'zgaruvchan bo'lib, kanalchalar epiteliasidagi

sitoplazmalardagi morfologik o'zgarishlardan tortib, to buyrak qobig'idagi nekrozgacha borishi mumkin. Bu o'zgarishlarning og'irligi darajasi organizmdagi mikroblar chiqargan endotoksinlariga qarshi paydo bo'lgan sensibilizatsiyaning darajasiga bog'liq.

Kortikal nekroz bo'lganda ultramikroskop yordamida tekshirilgan buyraklarda barcha ko'ptok kanalchalarini fibroingendan tashkil topgan gomogen eozinofillar to'ldirib, to'sib qo'yganligi aniqlangan. Shunga o'xshash tromblar o'pka, qora taloq va jigar kapillyarlarida ham topilgan. Bu o'zgarishlarning barchasi allergik jarayonga xos o'zgarishlardir.

Siydik yo'llarini berkilib qolishi tufayli vujudga kelgan O'BYE dagi buyraklarda yuz beradigan jarayonlarni kelib chiqishi butunlay boshqacha.

Siydik oqimining buzilishi birin ketin yuz beradigan reflyukslarga olib boradi va oqibatda pielovenoz reflyuksi kelib chiqadi. Agar to'qimalarni orasida yig'ilib qolgan suyuqlik ajralishi uchun yaxshi bo'lmasa, ammo ko'ptokchalar arteriolalari, hamda kanalchalar kapillyarlarini sezilarli darajada ezilmaganligi, siydik yo'llaridagi to'siq olib tashlanishi va siydikni tabiiy ajratilishining tiklanishi bilanoq yoki pielo- yoki neropielotomiya qilinishi bilanoq, buyrakni vazifasi tiklanib ketadi.

Siydik yo'llaridagi to'siqlarga buyrak yallig'lanishi ham qo'shilsa, oraliq to'qimalardagi o'zgarishlar, buyrak ishini tiklanib ketishligiga ancha zarar ko'rsatadi. Agar to'siq 6-8 kundan ko'p davom etsa, buyrak to'qimalaridagi shish ko'payadi va kanalchalar eipteliysida, O'BYE ni shok paytida yuzaga chiqadigan o'zgarishlarga o'xshash nerobiotik o'zgarishlar vujudga keladi.

Buyraklar organizmdagi gomeostazni, ya'ni hujayralar orasidagi suyuqlik hajmi miqdorini osmolyarligini pH doimiyligini belgilab turuvchi va azot almashuvi natijasida yig'ilib turadigan har xil qoldiqlarni ajratib chiqaruvchi asosiy a'zo bo'lganligi tufayli, bu a'zolar vazifasining o'tkir buzilishidan birinchi bo'lib, organizmning hujayralar oraligidagi sektoriga putur yetadi. Hujayralar ichki muhitida esa ularga bo'lgan bosim tobora ortib borayotganligi tufayli bu yerda katabolik jarayon kuchaya boradi. To'qimalar oqsili, yog'i, uglevodlari yemirila boradi, ancha ko'p miqdorda, suyuqlik, azot qoldiqlari va elektrolitlari ajrala boradi. Suyuqlik organizmda hujayralarning orasi orqali, ya'ni teri va o'pkalar orqali ajrala boradi. Ichaklar orqali chiqadigan suyuqlik esa qayta qilish hamda ich ketish orqali boradi.

Elektrolitlarning yig'ilib borishi va suvni ko'plab hosil bo'lishi hujayralar oraligida gipergidratatsiya holatini keltirib chiqaradi. Natriy va xlor miqdori ko'paytirib yuboradi. Aminokislotalardan ammiakning ajralishi tufayli jigarda uni mochevinaga aylanishi kuchayadi va uni qon zardobida to'planish hajmi sutkasiga 16,7 mmolni tashkil qilishi mumkin. Bikorbanat natriy, metabolizm jarayonida hosil bo'luvchi lipidlar hamda oqsillarni sulfat va fosfatlari bilan boglanish qobiliyatiga ega. Shunga ko'ra bikorbanatni miqdorini pasaya borishi atsidozni orttirib yuboradi. Hujayralarning katabolizmi ko'p miqdorda kaliyni ajratadi. Bu esa atsidozni sharoitida yurakni muskullariga zaharlovchi ta'sir ko'rsatib, ularni bir ritmda qisqarish qobiliyatiga putur yetkazadi va uni to'xtab qolishiga ham olib borishi mumkin. Bu holat O'BYE ni oligurik darajasida bemorlarning halokatini asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Qon zardobida fosfatlar miqdorini ortib borishi giperkaltsemiyaga olib boradi. Bu esa nerv to'qimalarini reaktivligiga ta'sir ko'rsatadi.

O'BYE ni birinchi fazasidagi buyrak vazifasini o'tkir blokadasini, boshqa organ va sistemalarni, birinchi qatorda oshqozon va ichaklarni shilliq pardasidagi bezlarni ishlashini tezlashuvi bilan kompensatsiyalanib turadi.

Shu bilan bir qatorda oshqozon va ichaklar shirasini tarkibida bemorlar 3-4 gr quruq mochevina ajratadi. Ularning bir qismi teri orqali ajraladi.

Ammo organizmning kompensator imkoniyati cheksiz emas. Bemor ahvolidagi tez orada og'irlashuvi va chora tadbirlar, tezlik bilan yaxshi ko'rilmasa, o'limni ko'p uchrashligi bunga misol bo'la oladi.

Patologik anatomsisi.

O'BYE bo'lgan bemorlar buyraklari tekshirilganda ularning anchagina kattalashgani, fibroz qavatini taranglashgani va uni oson ajralishi qayd qilinadi. Buyrak ko'rinishi och-kulrang, og'irligi 300-400 g. Qobiq qavatini odatdagi puchaygan, och-sariq rangli. Piramidalar esa to'q qip - qizil rangli. Qobiq va miya qatlamlari orasida ayniqsa qizil rangli chegara ko'rinadi. Ularning shilliq pardasida qon ivitmalari mavjud.

O'BYE ni sababi siydik yo'llarida to'g'on paydo bo'lishi tufayli bo'lgan holatlarda, kosa-jomchalaridagi o'zgarishlar anchagina keskin bo'lishi mumkin. pielektoziya, gidrokalinoz, shilliq pardalarga qon quyilishlar.

Gistologik tekshirishlar o'tkazilganda buyrak to'qimasini ba'zi qismidagi nefronlar o'zgarmagan, ba'zan esa o'zgargan bo'ladi. Ayniqsa, kanalchalarning boshlang'ich qismlaridagi epiteliylarni yalpayishi va kengayishi juda ko'zga ko'ringan o'zgarishlarni tashkil qiladi. Hamma joyda ham nekrobiotik o'zgarishlar mavjud emas. Shu bilan bir qatorda, kanalchalarni proksimal qismini epiteliysi har vaqt gidropik o'zgarishlarga ega. Bu yerdagi zernist silindrlar qizg'ich rangga ega bo'ladi. Kanalchalar epiteliysini nekrozi faqat buyrak qobiqlarini ikki tomonlama nekrozida yuz beradi. O'BYEga shok tufayli yuzaga chiqqan taqdirda, faqat kanalchalar sistemasidagi epiteliyni segmentar nekrozinigina emas, balki asosiy membranani ham parchalanganligini ko'zga tashlanadi. Kanalchalar nekrozlashgan epitelsi deskvomatsiyaga uchraydi, hujayralar detritsini zernistaya massasiga aylanadi va kanalchalarni ichini to'sib qo'yadi.

Gistologik tekshirishlar, fosfat va suksindegidrogenoz aktivlikni anchagina susayganligini aniqlaydi. O'BYE paytida buyrak to'qimalari uchun shish perivaskulyar gistiotsitlar va hujayra to'qimalarini infiltratlari xarakterlidir.

Anuriyaning 5-6 - kunida buyrak to'qimalaridan biopsiya olib tekshirilganda, nefronlarni ayrim qismlarida kanalchalar epiteliyasida regeneratsiya borayotganligi aniqlanadi. Epiteliyni butunlay tiklanishi, kasallik o'rtacha yo'nalishga borganda, 14-20 kunda vujudga chiqadi. Bu esa poliruiya vaziyatiga to'g'ri keladi. Bazalnaya membrana parchalanib ketgan holatlarda epiteliyani o'z holatiga qaytishi kechikadi.

Siydik yo'llarida to'siq bo'lgan holatlarda patologik o'zgarishlar uncha ko'rinarli emas, kanalchalar apparatini gidropik o'zgarishlari hamda oraliq to'qimalarining shishi kuzatiladi.

Belgilari va klinik kechishi.

O'BYE ni yetakchi belgilari oliguriya bo'lib, bunda juda tez vaqt ichida qon zardobida biokimyoviy o'zgarishlar sodir bo'lib, bemor ahvoli yomonlashadi. Etiologik omillar ko'pligi tufayli, O'BYE klinik kechishi boshlang'ich belgilarini ajratish imkonini beradi, ammo 2-3 kundan so'ng o'tkir uremiyani klassik belgilari,

kasallik alomatlarini bir biriga o'xshash qilib yuboradi. O'BYE borishida to'rta asosiy bosqichi: boshlang'ich, oligoanuriya, diuretik va sog'ayish bosqichlari farqlanadi.

O'BYE boshlang'ich bosqichi, etiologik omillarni (shok, sepsis, zaharlanish va boshqalar) ta'sir qilish paytiga to'g'ri keladi va ularning klinik belgilarini takrorlaydi. Shok faqat bir necha soat davom etishi mumkin va bemorni mutaxassis nefrolog ko'rguncha kollaps belgilari yo'q bo'lib ketishi mumkin. Ammo kasallikni birinchi kunidayoq siydik miqdori ozaya borishi va oliguriyani anuriyaga aylanishi mumkin. Bir vaqtning o'zida suyuqlik organizmda to'planishi, azotning qondagi miqdorining oshishi kasallikni 2 sutkasidayoq 16-20 mmol/l ga yetishi mumkin.

Oligoanuriya kasallikning asosiy bosqichi xuddi shu paytda bemorlar organizmlarida gemostazning eng og'ir o'zgarishlari boradi va eng ko'p o'lim uchraydi. Siydik qovuqqa hech to'planmaydi yoki uning hajmi sutkasiga 200-300 mldan oshmaydi. Uning solishtirish og'irligi juda past (1003-1008), osmolyarligi esa 250-360 mosmol-l bo'ladi. Siydik cho'kmasida buyrakdagi og'ir nekrobiotik o'zgarishlar tufayli juda ko'p leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar topiladi. Kasallikning bu bosqichida proteinuriya ko'p bo'ladi.

Giperazotemiya tez rivojlanadi va kasallik 5-6 kuniga borib, mochevinani miqdori, 32-50 mmol u-l, kreatinin 500-900 mkmol/l ni tashkil qiladi. To'qimalardagi kaliyni qon-tomirlarga o'tishi munosabati bilan giperkalsemiyani miqdori 6-8 mmol/l oshadi. Bu esa juda og'ir talofat hisoblanadi. Shu bilan bir qatorda qon zardobida fosfor (4-5 mmol/l gacha) va magniyning (2-3 mmol/l gacha) hajmi ortadi. Giperkalsemiya tezgirlikni pasaytiradi, parasteziyaga tog'ay reflekslarining pasayishiga olib boradi.

Elektrokardiografiya qilinganda T-tishlarining siimetrik va baland bo'lishi, ORS kompleksining kengayishi, S-T oralig'ining izoelektrik chiziqlardan pastga siljigani, R-tishining yalpayishi yoki butunlay yo'q bo'lib ketish holatlari topiladi. Giperkalsemiyaning zaharli ta'siri kasallikni 3-5 kuni ro'yobga chiqadi. Metabolik atsidoz va giperkalsemiya juda aniq ko'rinadi.

Suyuqlikning ortib ketishi nerv hujayralarini shishirib yuboradi. Bu hol bemorlarda behollik, uyqusirashlik, tez-tez qayt qilishlik va delirioz holatlarga sabab bo'ladi. Kislota ishqor muvozanati holati bikorbonatlarni kamayishi tufayli ochiq tomonga o'zgaradi va qonni pHi pasayadi. Qonda fosfatlar, sulfatlar va organik kislotalar ushlanib qoladi.

Hozirgi paytda tashxisni yaxshilanishi, davolash tadbirlarini o'z vaqtida o'tkazilishi tufayli O'BYE ning hamma klinik belgilari ham rivojlanavermaydi. Ammo ovqat hazm qilish a'zolarining belgilari: og'izni qurishi, stomatitlar, to'xtamay qayt qilishlar, ishtahaning yo'qligi kabi belgilari sodir bo'laveradi. Qabziyat kasallikning boshlanish kunlarida ichaklar ishini sustlashuvi natijasida yuz berib, keyinchalik ich surilishi mumkin. Chunki azot moddasining ichaklardan ajralishi uremik gastroenterokolitni kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Sharoitni kelib chiqishi ham shu sababdan sodir bo'ladi.

Nafas olish a'zolari tomonidan gipergidratatsiya munosabati bilan o'pka to'qimalaridagi alveolyar kapillyarlarni o'tkazish xususiyatini ortib ketishi tufayli, interstetal to'qimalarda suyuqlikni ortishi, o'pkalarda o'tkir shish paydo bo'lgani uchun, bemorni nafasi qisadigan bo'lib qoladi.

Gipervolemiya kaliy miqdorini ortishi bilan zaharlanish va tranzistor arterial gipertenziya tufayli yurak-tomirlar sistemasining ishlashi qiyinlashadi.

Vena qon bosimni ayniqsa o'pka arteriya sistemasidagi qon bosimni ko'tarilish mumkin. Oligoanuriya boshlanishi bilanoq, buyrak tomirlari torayadi, natijada bemorlar bel sohasida qattiq og'riq seza boshlaydi.

Qondagi leykotsitlar soni ayniqsa sepsis bo'lganda, juda ko'payishi mumkin va asosiy kasallik yo'qolishi bilan ozayib yana o'z holiga qaytadi. Eritropoez tezda buzilib, qon juda kamayib ketadi.

Diuretik bosqich ikki etapda boradi:

Ertangi diuretik fazasi. Kasallikni 10-14 kuni diurez ko'paya boradi va 4-5 kuni ichida siydikni miqdori 2-4 l ga yetib ketadi. Siydikning solishtirma og'irligi past va tarkibida mochevina hamda kreatinin miqdori kam, natriy, kaliy va boshqalar elektrolitlarni miqdori o'zgarmagan bo'ladi. Buyraklarning konsentratsiyalanish imkoniyati yana 2-3 hafta past holda qoladi. Poliuriya stadiyasi birinchi haftaning oxirlariga borib, giperazotemiya yo'qoladi va suv elektrolit tengligi tiklanadi. Eritropoezni tez tiklanishi tufayli qonsizlik uzoq davom etadi.

Tuzalish stadiyasi – ko'pincha bir necha oylarga va yillarga cho'zilib ketadi. Uning cho'zilishi O'BYE klinik kechivuni va oqibatlarini og'irligiga bog'liq. Ko'p bemorlarda 3-6 oydan keyin buyraklarning konsentratsiyasi faoliyati tiklanadi va bemor butunlay sog'ayadi.

T a s h x i s .

Tashxisda asosiy o'rinni kasallikning tarixi egallaydi. Bunda bemordan uning hol-ahvolidan tashqari, uning yurish-turishi, yegan ovqati va ichgan ichimliklari, ayniqsa bilib – bilmay zaharli dorilar, yomon ichimliklar, har xil dori-darmonlarni iste'mol qilganligi haqidagi ma'lumotlarni surishtirish lozim.

Anuriya bor bo'lgan holatlarda uning etiologiyasini o'zgartirish lozim. Kasallik tarixidan kasallikning o'tkir boshlanganligini aniqlash mumkin. Tashxisdan maqsad kasallik boshlanishida siydik yo'llarida to'sqinlik bor-yo'qligi haqidagi ma'lumotlar aniqlanishida, buning uchun siydik yo'llariga kateter tikiladi va ba'zan retrograd urografiya qilinadi. Ko'krak qafasini rentgenografiya qilib, o'pkalarning holati sinab ko'riladi. Qon tekshirilib unda mochevina, peratenin, azot, elektrolitlarning holati aniqlanadi va bunga ko'ra O'BYE ni darajasi, qolaversa davolash imkoniyatlari belgilaniladi.

D a v o s i .

O'BYE ning boshlang'ich bosqichlarida hamma hatti- harakat asosiy kasallikni davolashga qaratilgan bo'lishi lozim. Agar shok bo'lsa tez orada qon bosimi ko'tarilishi lozim. Agar qon ko'proq miqdorda yo'qolgan bo'lsa, tezlik bilan uni o'rnini tiklash kerak va qon-tomirlari tonusini tiklash maqsadida 250-500 ml poliglyukin, 300 ml gemodezlarni vena tomiriga yuborish kerak.

Agar bemor nefrotoksik zaharlar bilan zaharlangan bo'lsa, u holda zaharli moddalarni tanadan tezroq chiqarish choralari (oshqozon va ichaklarni yuvish) ko'rilishi lozim. Buning uchun har xil antibiotlar qo'llaniladi. ayniqsa og'ir metal tuzlari bilan zaharlanganda universal antidot- unitiol qo'llaniladi. Oxirgi yillarda katta muvaffaqiyat bilan aktivlashtirilgan ko'mir yordamida gemosorbtsiya usuli qo'llanilmoqda. Bunda bemor qoni maxsus sorbent orqali o'tkazilib, tozalanadi.

Dietilenglikol bilan zaharlangan bemorlarga tezlik bilan birinchi 3-6 soat ichida degidrogenezni bog'lash uchun, etil spirtini 5% eritmasidan 2-3 l yuborish kerak. Bunday qilinganda zaharlovchi modda etil spirtini gidrolizida ishtirok etganligi munosabati bilan dietilenglikolni gidrolizida qatnashmaydi. Dietilenglikol esa toza holda organizm uchun xavfli emas va buyraklar orqali osongina ajralib ketadi.

Ba'zi erituvchi atseton, uglerod tetraxlorid, dixlofos va boshqa moddalarni tarkibidagi yuqori molekulyar spirtlar (etilenglikol) bilan zaharlangan taqdirda, birinchi kuniyoq zaharni organizmdan chiqarib yuborish maqsadida gemosorbsiya yoki gemodializ o'tkazilgani ma'qul.

Kasalxonadan tashqarida qilingan abort va sepsislar tufayli rivojlangan tomirlar ichidagi qonni gemolizi hamda noto'g'ri qon qo'yishlik «sindrom razdalivanie» holatlarida geptoglobun «ushlog'ich» yordamida o'tkazilgan gemosorbsiyalar juda yaxshi natijalar bermoqda. Bu usul yordamida qon zardobidagi bo'sh bilirubin hajmini juda tez pasaytirish va bu bilan qondagi bog'langan biliruvinni ko'tarilib ketishi natijasidagi og'ir oqibatlarni jumladan O'BYE ning kelib chiqishini, oldini olish mumkin. Spetsifik zardoblar va antibiotiklarni o'z vaqtida yuborishlik, anaerob sepsisni davolashda katta o'rinni egallaydi. Bu borada O'BYE ni keltirib chiqargan sabablarini, ya'ni sepsisni yo'qotishlik maqsadida bachadonni qaytadan tozalashlik, agar ahvol og'ir bo'lsa, uni olib tashlash choralari ko'rilishi kerak.

O'BYE ning qanday sabablar tufayli kelib chiqqaniga qaramay tezlik bilan osmotik diuretiklar (300ml 20% - manitolni, 500 ml 20% glyukoza eritmasini insulini bilan)ni 4-8 % gidrokorbonat natriyni atsedozni korreksiyalash uchun yuborish kerak. Tomirga yuboriladigan eritmalarni gomeostaz holatiga qarab belgilash lozim.

Siydik yo'llarini to'silib qolishi tufayli O'BYE paydo bo'lgan hollarda tezlik bilan qilinishi kerak.

Kasallikning oligoanuriya stadiyasida qilinadigan davolashdagi suyuqlik yo'qolishini, elektrolitlarni metabolizmini va kilota ishqor muvozanatini nazarda tutilgani holda olib borilishi lozim. Oligoanuriyani birinchi kundan boshlab oshqozon va ichaklarni zond yordamida yuvib turilishi lozim. Zondni ko'pincha 1-2 kunlik muddatga o'rnatiladi. Oxirgi yillarda anuriyani birinchi kunlaridayoq katta hajmda siydik haydovchi, furasemid va laziks kabi dorilardan 200-400 mg/sut. Miqdorida yuboriladi. Bu dorilar yaxshi ta'sir qilsa, ularni qo'llashlik davom etishi mumkin. Anabolik gormonlarni yuborish juda erta boshlanishi lozim. Testosteron propionatdan sutkasiga 100 mg, metandrostenol (nerabol) dan kuniga 0,005 gr 3 mahal yuboriladi. Bu gormonlar oqsil ketabolizmini pasaytiradi va kanallar epiteliyasini regeneratsiya bo'lishiga yordam ko'rsatadi.

Kaliy bilan zaharlanishni pasaytirish va organizmni quvvatini saqlash maqsadida 20% glyukoza (500,0 gacha) eritmasidan insulin (4 gr quruq glyukoza miqdoriga 1 Ed insulin) qo'shib va kuniga 30-50 ml 10 % glyukanat kaltsiy eritmasidan yuborib turilishi kerak. Agar qo'llanilgan dori- darmonlar foyda bermasa va anuriya 5-6 kunigacha davom etaversa, bemorning ahvoli kun-sayin og'irlashib borsa, giperazotemiya (33-50 mmol/l mochevina) giperkalsemiya (6-7 mmol/l va atsidoz kuchaysa, gemodializ qo'llash masalasini hal qilish kerak.

«Sun'iy buyrak apparati» SBA ni ishlatish yo'li bilan o'tkaziladigan gemodializ, qon tarkibidagi elektrolitlarni va metaboliz tufayli hosil bo'lgan moddalarni chala o'tkazuvchi parda orqali, maxsus tayyorlangan ajratuvchi suyuqlikka o'tkazilib

yuborishdan iborat. Bu suyuqlik tarkibida har qanday suyuqliklardagi elektrolitlar buzilishini tenglovchi elektrolitlar tarkibi, mavjud. Osmotik duiffuziya tufayli, qon tarkibidagi azot metabolizm moddasi mochevina, kreatinin, mochevina kislotasi va boshqa o'rta molekularli moddalar ham suyuqlikka o'tadi. Ultrafiltratsiya yordamida 1 soat gemodializ jarayonida qondan 2-4 ortiqcha suyuqlikni ajratish mumkin. Ba'zi kislotalarda gemodializ borish mumkin. Buning uchun sarbent solingan kolonnani ekstrakorporal qon aylanish sistemasiga qo'shib qo'yiladi.

Odatda, gemodializ o'tkazilgandan keyin bemor ahvoli ancha yaxshilanadi, giperazotemiya pasayadi, gemodializ bir necha marta toki buyrakni azot ajratish qobiliyati to'la to'kis tiklangunga qadar o'tkazilishi mumkin.

Dializlar orasida o'tkaziladigan qo'shimcha davolash choralarini organizmning quvvatini ta'minlash va katabolik jarayonini tezligini pasaytirish uchun vena qon-tomiriga kuniga 500,0 ml gacha 10-20% glyukoza eritmasini insulin bilan, metabolik atsidozni tenglash maqsadida natriy laktatini 5% eritmasidan yoki natriy gidrokarbonat, anabolik gormonlardan metandrosteron (nerobol) (0,005 dan kuniga 3 mahal) yuborilib turilishi kerak. Ammo anuriya bosqichining boshlang'ich paytlarida testosteron propionat eritmasidan 100-150 mg mushakka yuborilgani yaxshi bo'ladi.

Anemiyani davolash uchun temir moddalardan berish, qon va aminokislotalar eritmasidan quyib turishlik kerak.

Diuretik bosqichida, suyuqlik elektrolitlarining yo'qotilish darajasini aniqlab turishlik va ular kamchiligini o'z vaqtida biokimyoviy yordamida tenglab turishlik ma'qul.

Atsidoz paytda yo'qotilgan kaliy miqdorini kuniga 2-5 g toza kaliy hisobida, kaliy xloridni yuborilgani ma'qul, chunki uni achchiqlanib turishining ta'siri bor. Buyrakdan ajralayotgan suyuqlik hajmi yetarli bo'lgan holatlarda oqsillarni kamaytirish maqsadga muvofiq emas. Bu paytda bemor kuchli oson xazm bo'ladigan va har xil ovqatlar bilan ta'minlab turilishi kerak. O'BYE oqibatida har xil yallig'lanish jarayoni (pnevmoniya, pielonefrit, tonzillit va boshqalar) mavjud bo'lganligi tufayli bemorga har xil antibiotiklardan toki u statsionardan chiqib ketmaguncha, yetarli darajada yuborilib turilishi darkor. Anuriya paytida yuboriladigan antibiotiklarning hajmi ularni buyraklar orqali ajralishi bo'lganligi tufayli odatdagidan 1-4 hajmga kamroq bo'lish kerak.

O q i b a t i.

O'BYE prognozi kasallik kechishining og'irligiga, ichki a'zolarning, asosan jigarning jarohatlangan darajasiga bog'liqdir. Albatta buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqargan asosiy kasallik oqibati katta rol o'ynaydi. Ammo O'BYE og'ir holatlaridagi buyrak vazifasini to'la tokis tiklanishi, barcha sabablar nazarda tutilgani holda bemor statsionardan chiqib ketganidan keyingina 6 oydan 2 yil muddatga cho'zilishi mumkin. Demak bemorlarning to'la-tukis sog'ayishi va rehabilitatsiya qilinishi hammadada har xil va buyrak, jigar apparatlarini qay darajada buzilganligiga bog'liq. Shunga ko'ra 70% bemorlar ish qobiliyati faqat 6 oy muddatdan keyin tiklanadi. Boshqa bemorlarni 10% o'zlarini eski ishini o'zgartirishga va 20% vaqtincha ishlash qobiliyatini butunlay yo'qotishga majbur bo'ladi.

XVI – BOB.

SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGI

Surunkali buyrak yetishmovchiligi (O'BYE deb, buyraklarni yoki tug'ma yagona buyrakning anatomik yoki funksional rivojlanib boruvchi surunkali kasalligining asorati deb tushuniladi.

Bu og'ir patologik holat bo'lib, buyraklarning gemostazni saqlashdagi vazifasini to'la, yoki qisman buzilishi bilan ifodalanadi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBYE) ni davolash uchun, maxsus davolash usullari kerak bo'ladi.

Etiologiyasi.

SBYE ning boshlanishidan toki uning oxirgi bosqichiga qadar rivojlanishiga, buyrak va siydik yo'llarini davolab bo'lmaydigan surunkali kasalliklari sabab bo'lishi mumkin.

BUYRAKLAR KOPTOKCHALARI APPARATINING BIRLAMCHI SHIKASTLANISHI (GLOMERULONEFRIT, GLOMERULOSKLEROZ).

Kanalchalarning birlamchi shikastlanishi (surunkali giperkoltsemiya, tug'ma oksaluriya, *Fankoni sindromi* va uning variantlari, og'ir metallar qo'rg'oshin, kadmiy, simob, uran va boshqalar bilan zaharlanish).

Qon tomir kasalliklari (buyrak arteriyalarining ikki tomonlama berkilib qolishi, arterial gipertenziya, ikki tomonlama nefroskleroz).

Ikki tomonlama buyrak va siydik naychalarining nuqsonlari (buyrak va siydik naychalarini neyromuskulyar displaziyasi).

Surunkali interetinal nefrit va uning infeksiya ekvivalenti pielonefrit ba'zi hollarda buyrak va siydik yo'llarining sili.

Buyrak va siydik yo'llarining obstruktiv kasalliklari (toshlar, o'smalar, qorin orqasini fibrozi) va pastki (siydik qopchasining bo'yin qismidagi va siydik kanalining tug'ma nuqsonlari, siydik kanalining qisilib qolishi, xavfli o'smasi, prostata bezi adenomasi va xavfli o'smasi, qovuq xavfli o'smasi), siydik yo'llariga surunkali pielonefritning qo'shilishi.

Sistemali kollagenoz hastaliklar (sklerodermiya, tugunchali periarteriit, tarqalib ketgan volchanka).

Modda almashuvi sababli kelib chiqqan buyrak kasalliklari (amiloidoz, oksaluriya va oksaloz, podegra, siydik kislotali nefropatiya) bilan birlamchi giperparatireoidizm, fenatsetin miqdorini surunkali oshirish, sarkoidoz).

Shuni ta'kidlash lozimki, nefroskleroz nozologik tashxisida igna orqali va operatsion biopsiya qilinganda ham ancha qiyinchiliklarga to'g'ri kelinadi. Shuning uchun ba'zi gemodializ bilan davolanayotgan bemorlarda buyrakning bujmayib qolishi sababi aniqlanmay qoladi.

Buyrak yetishmovchiliga nefronning turli bo'limlaridagi shikastlanishlar sabab bo'lishi mumkin. Koptokchalarning birlamchi shikastlanishda siydik miqdori kamayadi, buyraklarni konsentratsiyalash vazfisi saqlanib qolgan holda proteinuriya, eritrotsituriya kuchayadi. Kanalchalarni epiteliysini jarohatlangani sari konsentratsiyalash xususiyati yomonlashib boradi.

Buyrak parenximasi qisman yoki butunlay olib tashlanganda (nefroektomiya, buyrak rezeksiyasi) uning qolgan qismi kompensator kattalashuvga uchrasada, lekin birorta nefron qayta hosil bo'lmaydi. Bunga bitta buyrak olib tashlangandan keyin,

ikkinchi buyrakni 1 soat davomida anchagina kattaygani misol bo'la oladi. Qolgan yolg'iz buyrak plazma oqimini va filtratsiyani avvalgi holatiga nisbatan 80% ga yetkazishi mumkin.

Patogenezi.

SBYE patogenezi, O'BYE patogenezidan murakkabroqdir, chunki organizmda bo'ladigan o'zgarishlar ko'p tomonlama xarakterga ega, chunki u barcha sistema va organlarga ta'sir ko'rsatadi. Kasallik asta-sekin kuchayib, oxirgi bosqichga boradi va buyrakning kompensator imkoniyatlarini zabt etadi. Qondagi azod qoldiqlari, pigmentlar ayrim hollarda elektrolitlarni miqdori kuchayib ketadi, a'zoni endokrin vazifasi buziladi. Buyraklarning suyuqlik ajratish vazifasi saqlansa ham, ba'zi hollarda kuchaysa ham, qondagi oqsil qoldiqlarni radikallari (mochevina, siydik kislotasi, aminokislotalar, kreatinin, guanidin, fosfat, sulfatlar) ko'payadi, ko'p hollarda qon bosimi ko'tariladi, bunga qondagi reninning ko'payishi sababdir va oxirgi surunkali uremiya kelib chiqadi.

Buyraklar parenximatoz shikastlanganda, shikastlangan nefronlar kasallikning boshlanishidan kompensator gipertrofiyaga uchraydi.

Klinik kuzatishlar va hayvonlarda o'tkazilgan eksperimental tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, buyrak yetishmovchiligining asosida ishlab turgan nefronlarning hajmining kamayib ketishi va qolgan nefronlarni esa giperplaziyasi, ularga yuklangan vazifaning juda ko'payib ketishida ekan. Bu konsepsiya "***intaklangan nefronlar gipotezasi***" nomini oldi. So'nggi tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, SBYE da hamma nefronlar ozmi-ko'pmi shikastlanar ekan.

Koptoklarni filtratsiyasiga qarab ishlab turgan nefronlarning miqdori haqida mulohaza yuritish mumkin. Nefronlarning ishi buzilishini boshlang'ich bosqichlariga, proksimal kanalchalarda protsesslar (oqsillarni, qandlarni, aminokislotalarni, elektrolitlarni qayta so'rilishi) va shu bilan bog'liq bo'lgan modda almashuvining buzilishi (oqsil va suv tuz) kiradi. Buning natijasida, amonokislotalar buyraklar orqali chiqarib yuborilganligi sababli oqsil sintezi buziladi va glyukozuriya, atsidoz kelib chiqadi. Kalsiyni ichaklardan rezorbsiyasining o'zgarishi gipokalsemiyaga olib boradi. Fosfatlarning qonda saqlanib qolishi esa o'z navbatida suyak to'qimalarida og'ir o'zgarishlar, ikkilamchi giperporatireodizmiga, qalqonsimon oldi bezining giperplaziyasiga olib boradi. Patologik protsessning oxirgi bosqichlarida yumshoq to'qimalarda, qon-tomir devorlarida, teri osti yog' to'qimasida, ko'zning shilliq pardasi kalsifikatlar hosil bo'lishi mumkin.

Terining sarg'ish-yer rangiga kirishiga sabab, qonda ba'zi pigmentlarni (uroxrom) saqlanib qolishidir. Vodorod va organik kislotalar ionlarining sekretsiyasi buzilishiga sabab osmotik diurezda bikorbanatlarning yo'qolishidir. Uremiyada turg'un metallik atsedozning sababi ham ana shundadir. Buyraklarning shikastlanishi va nefronlarning fibroz o'zgarishi, mitoxondrial fermentlar sekretsiyasini buzadi, qaysiki normal plazma ta'sirida eritropoetin ishlab chiqaradi. Bu SBYE dagi kamqonlikka olib keladi.

Patologik anatomiyasi.

Buyraklardagi patomorfologik o'zgarishlar asosiy kasallikka ko'ra har xil bo'ladi. Lekin har qaysi holda ham nefronlarning o'lishi kuzatiladi. Urologik kasalliklar ichida ko'proq surunkali pielonefrit SBYE ga olib boradi. Unda quyidagi

o'zgarishlar bo'ladi. Buyrak kanalchalarining epiteliysini atrofiyasi ularning ichini kengayib kolloid modda bilan to'lishi kuzatiladi. Koptokchalar po'stlog'i qalinlashadi, ko'pchilik koptokchalar qalinlashadi.

Pielonefritning oxirgi bosqichlarida buyrakning mikroskopik ko'rinishi qalqonsimon bez tuzilishini eslatadi. SBYE ning bu bosqichidagi o'zgarishlar, tuzalmas deb hisoblanadi. Keyinchalik, limfositlar bilan infiltratsiyalangan po'stloq qavati, yuqalashib boradi.

Kolloid modda bilan to'lgan kanalchalar bo'shab qoladi. Miya qavatida mahsulotli yallig'lanish amaliy bo'lib, piramidalarda qo'shuvchi to'qimali chegara hosil bo'ladi. Sekin asta buyrakning po'stlog'i o'ladi, koptokchalar yo'qoladi. Buyrak parenximasining progressiv atrofiyasida, katta va kichik buyrak arteriyalarining shikastlanishi ahamiyatga ega. Arteriolalar sklerozi odatda shilliq va interstitsional o'zgarishlar kompleksidan tashkil topadi.

T A S N I F I.

SBYE oqimi to'rt davrda kechadi.

1) SBYE latent davri ob'ektiv belgilarini ozligi bilan tasvirlanadi. Uni faqat ko'p tomonlama klinik tekshirishlar o'tkazilgandagina aniqlanishi mumkin. Odatda koptokchalar filtratsiya 50-60 ml-min ga kamayadi. Kanallar ekskretsiyasi geparin klirensi proteinuriya, dizaminoatsidriya kuzatiladi.

2) Kompensatsiyalangan SBYE, buyraklar ishini ancha kamayganida kuzatiladi, lekin qondagi mochevina va kreatinin ko'paymaydi. Diurez kanalchalarini reabsorbsiyasini kamayishi hisobiga, 2-2,5 lga ko'payadi.

To'pchalardagi filtratsiya 20-40 ml minutga kamaydi. Siydikni osmolyarligi turg'un pasayadi. Natriy urezni ko'payishi hisobiga elektrolitlarni siljishi kuzatilishi mumkin.

3) Intermittirlovchi SBYE – to'pchalarni filtratsiyani va kanalchalardagi reabsorbsiyani yana ham susayishi bilan tasvirlanadi, vaqti-vaqti bilan giperazotemiya kuzatiladi. Mochevina 13-16 mmol/l va kreatinin 350-400 mkmol/l atrofida qoladi. To'pchalardagi filtratsiya 25 ml-mindan pasayib ketadi. SBYE ni bu davriga bemorning ahvolini goh yaxshilanib, goh yomonlashib qolishi bilan xarakterilidir. SBYE ning avj olishi pielonefrit, glomerulonefrit huruji toifasidagi boshqa kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Suv- elektrolit muvozanatini, kislota- ishqor holati buzilishini kuzatilishi mumkin. Kerakli davolar qo'llanilmasa kasallikning navbatdagi davriga o'tib qolishi mumkin.

4) Terminal SBYE - kerakli muolajalar qilinmasa (gemodializ, buyrak o'tkazish) yaxshilanmaydi. Bu davr klinik kechinmasiga ko'ra 4 davrga bo'linadi.

DAVOSI

I.

Suyuqlik ajratish xususiyatini sonlangan sutkalik siydik miqdori (ko'k) (klineris keskin 10-15 ml/min gacha pasaygan. Giperzotemiya 16-25 mmol/l mochevina hisobida ko'paya borish xususiyatiga ega. Mo'tadil chuchuklik. Suv elektrolitlar buzilmagan.

Gemodializ, buyrakni qayta o'tkazish.

II.A

Oligoanuriya (diurez 300 ml kam siydikni osmolyarligi 300-350 mol/l) suyuqlik ushlanib qolgan, giperazotemiya, atsidoz, yurak-qon-tomirlar va boshqa a'zolarida tiklanuvchi o'zgarishlar. Arterial baland bosim. Qon aylanishni II-darajali yetishmovchiligi.

Gemodializ buyrakni qayta o'tkazish.

II.B 2

II-A davrdagi o'zgarishlarga o'xshashi, ammo yurak yetishmovchiligi og'irroq, kichik doirada qon aylanish ancha buzilgan. Arterial baland bosim.

Gemodializ yoki peritoneal dializ.

III.

Og'ir uremiya, giperzetomiya 66 mmol/l va undan yuqori. Dekompensatsiyalashgan atsidoz va dielektrolitemiya. Yurak yetishmovchiligining og'ir turi, yurak astmasi, anasarka, jigar distrofiyasi.

Peritoneal dializ, gemosorbtsiya.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Buyrak ishining buzilishi ko'p tomonlama va har xil bo'ladi. SBYE klinik belgilari esa kasallik davriga, tanadagi boshqa kasalliklarga, retikuloendotelial sistemasining shikastlanish darajasiga, arterial bosimning ko'tarilishiga, yurak- tomir sistemasining buzilishiga, markaziy nerv sistemasining ahvoliga va boshqalarga bog'liqdir. SBYE latent davrida kasallikning klinik belgilari uncha aniq bo'lmasligi yoki umumiy bo'lmasligi mumkin bo'lsa, kompensatsiyalangan davrida esa, bemorlarda behollik, ishtahaning susayishi, bosh og'rig'i, yuzning va oyoq-qo'llarning shishi kuzatiladi. Bemor birinchi bor ko'rilgandayoq uni holsizligi, asabi chegaralanganligi, asab reaksiyasining susayishi e'tiborni jalb qiladi. Intermittik bosqichida kasallikni yuqoridagi hamma belgilari yanada avj oladi.

SBYE ning belgilari, uni keltirib chiqargan sabab bilan aniqlanadi, lekin SBYE ning turiga qaramay, ayrim a'zolarida o'ziga xos o'zgarishlar yuz beraveradi. Teri qatlamining och-sariq rangda bo'lishi, organizmda uroxrom moddasi to'planib qolishi bilan bog'liqdir. Teri qurishqoq va o'zini elastikligini yo'qotgan bo'ladi. Teri bezlarining qurib qolishi va yog'li degeneratsiyasi tufayli, terlash kamayadi. Odatda surunkali uremiya bor bemorlarda, ularning terisida, tirnoqlarning tatalangan izi qoladi, chunki teri qattiq qichiydi, ayniqsa kechki vaqtlarda kuchayadi. Agar tanada shish bo'lmasa, teri osti yog' to'qimasi va muskullarning atrofiyalashganini kuzatish mumkin. Kasallikning meyoriga yetib qolgan davrida, gemorragik diatezni (turli joylarga qon quyilishlar, burundan, oshqozon va ichakdan qon kelishi) kuzatish mumkin. Suv- elektrolit muvozanatini buzilishiga qarab teri osti yog' to'qimalarining shishi turlicha bo'ladi. 15-20% bemorlarda uchraydigan surunkali glomerulonefritni nefrotoksik sindromida shishlarning hosil bo'lishi va suyuqlikning organizmda tutilishi kuzatiladi.

Nafas olish a'zolarini SBYE da shikastlainshi, yurakning chap qorinchasi yetishmovchiligi va tanada suyuqliknig tutilishiga bog'liqdir. Rentgenogrammadagi o'zgarishlar "suvli o'pka" tipida bo'ladi. O'pka ildizida har xil kattalikda yumaloq dog'lar ko'rinadi. O'pka rasmi kuchayadi, bazida o'pkaning chekkalarida katta-katta, bulutsimon shishilar kuzatiladi. Kasallikning oxirgi davrlarida plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planadi, buni perkussiya, auskultatsiya yo'li bilan oson aniqlash mumkin.

Alveolalarda, kapilyarlarda paydo bo'lgan dimlanish hisobiga suyuqlik, ularni tashqarisiga chiqadi, bu esa tez orada zotiljamga olib boradi. Bemorlarning infeksiyaga qarshiligi susaygan bo'lganligi uchun, bronxopnevmoniyaning belgisi-haroratni ko'tarilishi mumkin. Dizlektrolitemiya va atsidoz, ko'pincha SBYE ning oxirgi bosqichini og'irlashtiradi, nafas olish qiyinlashadi, bu esa bemorning ahvolini murakkablashtiradi. Yurak -tomir sistemasining SBYE da shikastlanishi, arterial gipertenziyaning darajasiga bog'liq. Arterial gipertenziya SBYE ning asosiy belgilaridan bo'lib, uning sababi buyrakdagi yujstaglomerulyar apparatining vazifasi kuchayishi va reninni ko'p ishlab chiqarilishini oqibatidir. Uzoq og'ir nefrogen arterial gipertenziya-da yurak mushaklarining gipertrofiyasi va distrofiyasi kuzatiladi. Kuchayib boruvchi yurak yetishmasligi, kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi, nafas yetishmasligi, yurakning tez urishi va kechalari yurak astmasini xuruji bilan ifodalanadi. Keyinchalik katta qon aylanish doirasining yetishmasligi qo'shiladi, jigarning kattalashishi tananing u yer, bu yerida va oyoq qo'llarda shishlar paydo bo'lishi va nixoyat bo'shliqlarda suv to'planishi yuzaga chiqadi. Agar buyrakning suv ajratish vazifasi saqlangan bo'lsa, natriyning tutilishi bo'lmasa, arterial gipertenziya uncha baland bo'lmasa, yuqorida aytilgan yurak yetishmasligi uzoq vaqt rivojlanmasligi mumkin. Kasallikning klinik rejimi giperazotemiya, umumiy gipergidratatsiya tufayli, "quruq" perikarditni oqibati sifatida rivojlangan suvli perikarditda ancha og'ir bo'ladi. Oshqozon-ichak yo'li SBYE ning yordam kompensator kompleksiga ancha oldin qo'shiladi. Kasallikning muvozanatlashgan davrida oshqozon va ichak devorlaridan azot metabolizmini mahsulotlari chiqqa boshlaydi. Shuning uchun uremik zaharlanishni o'sishi bilan, oshqozon va ichakning faoliyatini buzilishi kuzatiladi. Ammiak, mochevina va kreatinning doimiy ajralib turish, ko'ngil aynishiga, qusishga, ishtahaning yo'qolishiga sabab bo'ladi. Bemorlar og'iz bo'shlig'ida bemaza ta'mni sezishadi.

Surunkali uremiyaning oqibatida yarali stomatik rivojlanadi. Tilni so'rg'ichlari kattalanadi, rangi sarg'ish - jigarrang tusini oladi. Og'izni doimiy qurib yurishi parotit kasalligini chiqishiga sabab bo'ladi. Uremik gastroenterokolit ishtahasizlik, ichaklarining dam bo'lishi va har xil og'riqlar bilan kuzatiladi. Ichaklardagi o'zgarishlar petexial toshmalardan, to gemorrogik yaralar hosil bo'lishiga qadar olib boradi. Bu yaralar oshqozonda, 12 barmoqli ichakda, ingichka ichakning oxirgi qismlarida, ko'r ichakda ham uchraydi. Bazi hollarda bu a'zoldan qon ketish hollari ham bo'lishi mumkin.

Ayrim bemorlarda ichaklar yaxshi ishlamasligi tufayli, qorin dam bo'ladi, qattiq og'riqlar paydo bo'ladi, psevdoperitonit kuzatilishi mumkin. Bu belgilar qorin bo'shlig'ida suyuqlikning ko'payishi va qorin pardasini, azot metabolizmini zaharli mahsulotlari bilan qitiqlanishiga bog'liqdir.

SBYE da suyak ayrim apparatidagi o'zgarishlar, kalsiy va fosfor almashuvining buzilishi bilan bog'liqdir. D vitaminni tanaga o'zlashtirilishini qiyinlashuvi gipokaltsemiyani rivojlanishiga sabab bo'ladi, chunki bunga kalsiyning ichakdagi rezorbsiyasining buzilganligi to'sqinlik qiladi. Kalsiyning ko'p yo'qotilishi va gipokalsemiya, qon plazmasida fosforning ko'payishiga, va buning oqibatida giperparatireodizmi keltirib chiqaradi. Paratireoid gormoni ko'p ishlab chiqarilishi, kalsiyni suyakdan ko'plab ajralishiga va kalsiy tuzlarining yumshoq to'qimalarga, buyraklar, o'pka, bo'g'imlar, qon-tomirlar, yurakning o'tkazuvchi apparatiga,

to'planishiga olib keladi. Suyaklarning shikastlanishi, fibroz, osteitlar sifatida bo'ladi. Buni yagona belgisi, suyaklardagi og'riqlardir. Rentgenologik tekshirishda osteoporoz va oeteofibrozi aniqlanadi.

Asab-ruhiy holati. Surunkali uremiyaning ko'p ko'rinishlari, masalan: hiqildoq tutilishi, past harorat, mushaklarning tortilishi, psevdotetaniyaning kelib chiqishi, boshqaruvining buzilishi bilan bog'liqdir. Ruhiy o'zgarishlar SBYE ning so'nggi davrida kuzatiladi. Buning kelib chiqishiga arterial gipertenziya, suv - elektrolit balansining buzilishi va miyaning shishishi sabab bo'ladi.

Siydik sistemasi. SBYE ning siydik sistemasi tomondan ko'rinishi asosiy kasallik bilan belgilanadi va shuning uchun u turli tuman bo'lishi mumkin.

Qon sistemasi. SBYE bilan hastalangan bemorlarda kamqonlik kuzatiladi (gemogloblin 4-6 g-l eritrotsitlar $1,8 \times 10^{12}$ - $2,5 \times 10^{12}/l$). Buyraklarda hosil bo'ladigan glyukoprotendning asosiy turi bo'lgan eritropoetning ahamiyati katta. SBYE gi bor va kamqon bo'lgan bemorlarni qonini zardobida eritropoetin kam bo'ladi. Boshqa sabablarga ko'ra paydo bo'lgan kamqonlikda eritropoetin ko'p bo'ladi. SBYE tufayli kamqon bo'lgan bemorlarni suyak miyasi tekshirilganda, eritropoetin to'qimani giperplaziyasi bo'lmaydi. Qilingan barcha davolar yaxshi foyda bermaydi, qon zardobida mochevina miqdorini ko'payishi natijasida kamqonlik yana ham kuchayadi, davolash qiyinlashadi, qon qo'yish esa gemogloblin va eritrotsitlar miqdorini faqat qisqa vaqtgagina ko'taradi. SBYE gida qilingan koagulogrammani, gipokoagulyatsiya tomonga o'zgarishligi aniqlanadi. Ivishga qarshi sistemasi ko'payishining sababi, mochevina va boshqa azot shlaklarini, geparinning ta'sirini yo'qotish jarayoniga ta'siri va qonda fibrinoliz aktivatorlari yig'ilishida deb tushuniladi.

SBYE gida kislotali metabolitlarni so'rilishi, natriy bikorbonatni yo'qotilishi, vodorod ionlarini tutilishi, ishqoriy rezerv miqdorini susayishiga olib keladi. 65% SBYE bo'lgan bemorlarda metobalik atsidoz kuzatiladi.

T A S H X I S.

Bemorlar poliklinikada birinchi marta kurilganidayoq buyrak yetishmasligining belgilovchi shikoyatlarni aytmassliklari mumkin. Ular o'zlarida shunday hastalik borligini hayoliga ham keltirishmaydi. Ko'pincha bu bemorlar yosh bo'lishi munosabati bilan ular organizmi tananing surunkali uremiyaga chidamli bo'ladi, yordamchi kuchlar esa qon zardobidagi mochevina 16-20 mmol-g bo'lganda ham, ish faoliyatini yo'qotmaydi saqlab qoladi va ko'rinishga majbur qilmaydi. SBYE ni o'z vaqtida aniqlashda, har xil surunkali buyrak kasalligi bor bemorlarni ro'yxatga olish va ularni nazorat qilib turishga yordam beradi. Kamqonlik, terisini och-sariq rangi, ozg'inligi, teri va mushaklarning bo'shligi, markaziy asab sistemasidagi o'zgarishlar, vrachga kasallikni vaqtida aniqlashga yordam beradi. Bemor holatini aniqlash uchun quyidagi savollarga javob topish kerak: SBYE ning qaysi davri? Agar bu SBYE ning terminal davri bo'lsa, uning kechishi qanday? SBYE ning sababi nima va uning asoratlari qanday?

SBYE ning tashxisi tahlil tekshirishlar, asbob uskunalar rentgenizotop tekshirishlardan so'ng tasdiqlanadi. Qonni biokimyoviy tekshirishlar, buyraklarning, azot ajratish vazifasini, elektrolitning buzilishini, kislota -ishqor holatini aniqlaydi. Siydik yo'llarini obzor rentgenogrammasi buyraklarning hajmi kichayganligini,

tomografiya esa buyraklarni chegaralarini aniqlaydi. Ekskretor urografiyaning SBYE ning birinchi davrida qilish mumkin xolos, chunki rentgenokonstrast moddani jarohatlangan buyraklar orqali chiqarilishi qiyinlashadi.

Radioizotop tekshirish usullari ancha aniq usul bo'lib, aynisa SBYE ning boshlanishi davrlarini aniqlashda yordam beradi. Bu usul buyrak bir tomonlama zararlanganda, uning funksional holatini aniqlash bilan birga, qarama - qarshi buyrakning ishi buzilishini dastlabki belgilarini aniqlaydi, bu esa SBYE ning aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Kasallikning oxirgi davrlarida, pielonefrit bilan glomerulonefrit o'rtasida farqlovchi tashxis qilish, har doim ham oson emas. Kasallikning uzoq kechishi, vaqti- vaqti bilan piuriya kuzatilishi va yallig'lanishning boshqa belgilari- pielonefrit foydasiga hal bo'ladi. CBE ning birlamchi sababini aniqlashda buyrakning punktsion biopsiyasi xulosasi yana ham aniqlik kiritadi.

Yuqorida ko'rsatilgan tekshirish rejalariga asoslanib kasallik tashxisini qo'yish, SBYE ning davrini, klinik kechishini, kasallik asoratlarini va shu bilan birga davoyo'llarini aniqlash mumkin.

DAVOLASH.

SBYE ning davolash ishlariga, asosiy kasallikni davolash bilan birga rejim, parhez, suv elektrolit buzilishlariga ta'sir etish, atsidoz, yurak yetishmasligi qon bosimini ko'tarilishi va boshqa ichki azolarni buzilishini davolash kiradi.

Yengil xizmat qilish, ehtiyotkorlik choralari kasallik oqibatiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Azotemiya uncha ko'p bo'lmaganda quyidagi, oqsil moddasi oz (1 kunda 20-25 g oqsil), tarkibida yog'lar va qand moddalarini ko'proq ushlagan taomlar istemol qilinsa yaxshi bo'ladi. Yog'lar - sariq yog' (1 kunda 100 g), to'ng'iz yog'i sifatida, uglevodlardan - ezilgan kartoshka foydalidir. Qondagi azot qoldiqlari normal bo'lganda umumiy nefrologik parhez qo'llaniladi; bir kunda 60-70 g oqsil va yog'lar, uglevodlar esa cheklanmaydi (2500 kkal 1 kunda) Tuzsiz nefrologik parhezni (stol №7 a), giperazotemiyasi va qon bosimi baland bemorlarga tavsiya etiladi.

Buyraklarning suv chiqarish vazifasi saqlangan bo'lsa ko'p suyuqlik istemol qilinsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Qon plazmasini ishqorlash uchun va yo'qotilgan natriyni o'rnini bosish uchun 5% natriy gidrokarbonat qo'yish kerak (500 ml gacha va 5% -20% glyukoza eritmasi (300-500 ml) to'xtamay qusganda esa -3% natriy xlor eritmasi (200-300 ml) quyish kerak.

Plazmaning onkotik bosimi pasayishi tufayli shishlar paydo bo'lganda, glyukozaning 20% eritmasi- dekstran bilan insulin (har 4 g quruq glyukoza hisobiga 1 ED insulin) eritmalari qo'llaniladi.

Gipokaltsiemiya kalsiy glyukonat (10% eritmasidan 50 ml gacha muskul orasiga) jo'natiladi.

SBYE ga xarakterli bo'lgan katabolik hodisalarni susaytirish uchun anabolik gormonlar 1 kuniga 100 mg hisobida tavsiya etiladi: 5% testosteron propionat, metandrostenolon Enerobol kuniga 3 mahal, metilandrostandrol 0,025 g li tabletkasidan kuniga 4 mahal. 0,005 g. Davolashni 20 kun davom ettirib, so'ngra 10 kun tanaffus beriladi, so'ngra yana qayta 20 kunlik davoyo'ri tavsiya etiladi. Katabolizmning susayishi, giperazotemiyani kamayishi yoki uning ko'payishining to'xtashi bilan ifodalanadi. Giperazotemiya bilan kurashishda keyingi paytlarda *Sunax Sedymus* shimligidan tayyorlangan dorilar-skpolamin (SSSR) (0,5 g dan 4

mahal ichishga) lespenefril (frantsiya) (10 ml dan kunda 2 mahal vena ichiga, yoki 10 ml dan 3 mahal ichgani) keng qo'llanilmoqda.

Siydik ajralishini ko'paytirish uchun 1S-2i% glyukoza insulin bilan va mannitoldan (500 ml dan) vena ichiga tomchilab yuboriladi. Furasemid guruhidagi siydik haydovchilarni ham qo'llash mumkin. Ularni 100-200 mg atrofida, bemorning shaxsiy sezgirligiga qarab borishlik tavsiya etiladi.

Nefrotik sindrom aktivlashgan hollarida kortikostereidlarni uzoq vaqt davomida qo'llashlik kerak. Giperazetemiya baland bo'lgan hollarda oshqozon va ichaklarni natriy gidrokarbonatni 2% -eritmasi bilan yuvish foydalidir. Chunki bu azot qoldiqlari chiqarilib yuborishiga, gostrit belgilarni kamayishiga, ko'ngil ainishini va qusishni to'xtashiga olib keladi. Bu och qoringa, ovqat iste'molidan oldin, kunda I mahaldan o'tkaziladi. SBYE ning konservativ davolash usullarini, buyraklarning suv ajratish vazifasi saqlangan bo'lib, uremik zaharlanish belgilari va giperazotemiya uncha ko'p bo'lmagan, mochevina 32 mmol dan oshmagan hollarda qo'llash mumkin.

SBYE ning kechki bosqichlarida konservativ davolash odatda kam foyda, beradi, shuning uchun dializ usullarini qo'llash va buyrak transplantatsiyasidan foydalanishlik zaruriyati tug'iladi.

PERITONEAL DIALIZ

Peritoneal dializ usulining qo'llanilishi asosida qorin pardaning tabiiy yarim o'tkazuvchilik membrana xususiyatidan foydalanishlik yotadi, chunki bu membrana orqali organizm, qorin bo'shlig'iga, azot qoldiqlarini, elektrolitlarini, suvni chiqarib turadi, dializlovchi suyuqlik tarkibini to'g'ri tuzib, qorin bo'shlig'ini yuvishlik bilan, azot qoldiqlarini chiqarib, tashlash elektrolit tengligini normallashtirish va dializlovchi suyuqlikning giperosmolyarligi tufayli, ortiqcha suyuqlikni ham chiqarib tashlashlik mumkin.

Peritoneal dializni keksayib, holsizlanib qolgan bemorlarda o'tkazilishi maqsadga muvofiq, chunki ularda gemodializ o'tkazishlikni iloji yo'q.

Ba'zi klinikalarda peritoneal dializ, bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun, jumladan buyrakni ko'chirib o'tkazish operatsiyasidan oldingi qisqa davrlarda qo'llaniladi. Hozirgi davrda peritoneal dializ uchun doimiy fistula qorin devoriga *Zaretskiy ignasi* yordamida teshiladi va bu igna orqali ko'pgina teshiklari bo'lgan kateter kirgiziladi, hamda igna olib tashlangandan keyin kateter qorin devoriga mahkamlanadi. Odatda fraksion dializ usuli qo'llaniladi.

GEMODIALIZ.

Hozirgi davrda, SBYE kasalligi bor bemorlar "sun'iy buyrak" apparati yordamida gemodializ qilinib davolanmoqda. Bemorlar, vaqti-vaqti bilan bu apparatga ulanib turiladilar.

Ko'proq vaqt davomida gemodializ o'tkazishlik uchun, arteriya va vena tomirlarida, doimiy va ishonchli kirish yo'li bo'lishi kerak. Arteriya va venani doimiy birlashtirish g'oyasi *Alvalla* (1948) taalluqlidir. Bunday birlashtirishning eng qulay usulini *Skribker* (1960) taklif qilgan. Bu usul bilan, tirsak arteriyasini tirsak venalaridan biri bilan o'ziga xos tuzilishga ega bo'lgan teflonoplastik protez – arteriovenoz shunti ulanadi. Gemodializdan oldin, shuntning oxirgi uchlari bir-biridan ajratilib, gemodializatorga ulanadi.

Hozirgi vaqtda sun'iy materiallardan tayyorlangan turli xil arterisvenoz shuntlarni modirikatsiyalarini ko'l yoki oyoqlarda qo'llash tajribasi to'plangan. Shuni ham ta'kidlash lozimki, bemorning tirsagida qon aylanib turuvchi trubkalarining mazjudligi ularni asabiga ta'sir qiladi va uning faoliyatini cheklaydi. Bu trubkalar uchlarini to'satdan ajralib ketishi tufayli kuchli qon ketishiga olib kelishi mumkin bu esa bemor hayotini xavf ostida qoldirishi mumkin va yana boshqa yomon asoratlardan biri, junting ichini tiqilib qolish ehtimoli va uning atrofidagi to'qimalaro`yiring yallig'lanishdadir. Teri ostida qilingan arteriovensz shunt esa bu kamchiliklardan holi.

Buning uchun uni 4-5 sm masofada to'qimalardan ajratiladi. Arteriya tomirni ham shuncha masofada ajratiladi. Qon-tomir qisqichlari yordamida qon-tomirlar qisiladi. Ular o'rtasida darcha qo'yish uchun bir biriga yaqinlashtiriladi. Arteriya va vena qon-tomirlarini yon devorlari 1 sm uzunlikda ochiladi, undan so'ng yonma-yon qilib darcha qo'yiladi. Qon-tomirlar avval orqa devori, so'ngra esa oldingi devorlari tikiladi. Tomir choki qo'yilsa, venada pulsatsiya va kuchlanish paydo bo'ladi. Ikki uch haftadan so'ng yuzaki vena qon-tomirlari kengayadi. Bu venalar SBA (AIP) ga qon olish uchun va qonni bemorga qaytarish uchun ishlatiladi.

Apparatga qon olish uchun eng kengaygan vena tomirlari tanlab olinadi, bu vena distal yo'nalishda alohida igna bilan teshiladi, chunki qarshi kelayotgan qon oqimi aparatining ishlashini taminlaydi. Dializdan qaytgan qon shu tirsakning biror venasiga qayta quyiladi. Lekin punksiya proksimal yo'nalishda bo'lishi kerak. Gemodializ o'tkazish uchun klinik kechishning I va II davrlari eng qulaydir. Bunda biokimyoviy ko'rsatkichlar quyidagicha bo'ladi: to'pchalar filtratsiyasining kamayishi 5 ml/min dan kam, giperazotemiya 20-40 mmol/l mochevinaga, 800-1000 mkmol/l kreatinin, metabolik atsidoz, bikarbonatining kamayishi 15 mmol/l dan kam. Nefrologik belgilaridan mushaklarning tortilishini e'tiborga olish kerak. Gemodializ o'tkazish uchun yana boshqa zarur ko'rsatmalardan gastroenterokolit belgilari, ich ketish, anoreksiyadir. SBYE gi bo'lgan bemorlarni davolashni O'BYE kasalligining boshlanish davrida, giperazotemiya bo'lgan davrda boshlash kerak. Tananing doimiy zaharlanishi ichki azolarning distrofiyasigina emas, balki o'sib boruvchi yurak yetishmovchiligiga olib keladi. Gemodializ o'tkazish uchun bo'lgan qarshiliklarga, yurak astmasi, katta va kichik qon aylanish sistemasidagi yetishmaslik, anasarka, septik holatlar, gemorragik diatez, umumiy ateroskleroz kiradi.

Gemodializni statsionarda, ambulatoriya sharoitida va uyda o'tkazish kerak.

Gemodializ o'tkazish uchun kovak tolali g'altak dializatorlar yoki plastinkali dializatorlarni ishlatilishi mumkin. Bemorning ahvoliga qarab turli hajmdagi dializatorlar qo'llanishi mumkin. SBYE gi bo'lgan bemorlarni davolashda ishlatiladigan dializlovchi eritmani tarkibidagi elektrolitlardan (natriy xlorid 630 g, kaliy xlorid-30 g, kaltsiy xlorid 30 g, magniy xlorid 10 g, gidrokarbonat yoki natriy atsetat 260 g, glyukoza -180 g) kiradi. Bular 100 l dializlovchi eritmada eritiladi. Lekin bemor plazmasining elektrolit tarkibiga qarab dializlovchi eritmada ayrim elektrolitlarni o'zgartirish mumkin.

Gemodializ seansi 5-6 soat davom etadi. Uni bir haftada 2-3 marta takrorlash mumkin. Uremik zaharlanishni tezlik bilan kuchayishi, gemodializni shunchalik tez-tez o'tkazishlikka ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Gemodializ usulini qo'llab SBYE gi bo'lgan bemorlarning umrini bir necha yilga uzaytirish mumkin. Gemodializ

paytida har xil asoratlar bo'lishi mumkin. Ular buyrak yetishmasligi bilan va ko'p marotaba gemodializ o'tkazilishi bilan bog'liq bo'lgan, o'sib boruvchi kamqonlik, qon bosimining balandligi hisobiga miya qon aylanishining buzilishi kabi hollar sabab bo'lishi mumkin. Yurak - qon-tomir yetishmovchiligining eng havflisi quruq va suvli perikarditlardir. Qo'llanib boruvchi suvli perikarditlar, yurak oldi sumkasining dimlanib qolishi hisobiga, yurakni to'xtalshiga ham olib kelishi mumkin. Infeksion asoratlarga, sepsis, pnevmoniya, shunt atrofining yiringlashi, nefrotik stomatit, parotitlar kiradi. Bu asoratlar keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibakterial dorilarni kuchli dozasi bilan davolaniladi.

Periferik neyropatiya SBYE ga xos asorat. U ko'p marotaba qayta o'tkazilgan gemodializ davomida kuchayishi mumkin. Buning belgilariga oyoq sholi, mushaklar atrofiyasi va boshqalar kiradi. Bunday bemorlarga buyrak transplantatsiyasi bilan yordam berishgina mumkin xolos. Asab buzilishlari oneyroid- deliroizi va delirioz-amentiv hollar, psixomotor qo'zg'alishlar, uremik zaharlanish, dielektrolitemiya bilan bog'liqdir. Bularni gemodializ bilangina yo'qotish mumkin.

Gemodializ bilan davolanganda bemorlarda osteodistrofiya va suyak fibrozi kelib chiqadi. Bu kasalliklarni davolash ancha qiyin. Buyrak transplantatsiyasi qilingandagina bu belgilarning kamayishiga va yo'qolishiga umid qilish mumkin.

Hozirgi davrda gemodializ bilan davolanayotgan SBYE gi bo'lgan bemorlarni soni ko'paymoqda ambulatoriya sharoitida davolanayotganlarni ham, xuddi shu apparatlar bilan o'z uyini sharoitida gemodializ qilish mumkin. Bu apparatni bemorga «sun'iy buyrak» apparati bilan ishlash kursini o'tgan bemorning biron qarindoshlari o'ylab qo'yishlari mumkin.

BUYRAKNI KO'CHIRIB O'TKAZISH.

Buyrak ko'chirib o'tkazish operatsiyasini SSSR da birinchi bo'lib, qo'rg'oshin dixloridi (sulema) bilan zaharlangan va shu tufayli o'tkir buyrak yetishmasligiga uchragan 26 yoshli ayolda, 1933-yilda *Yu.Yu. Varinov* bajardi. Bu operatsiya, kortikosteroidlarni tirik organizmdagi immunologik reaksiyani susaytirish qobiliyatini borligi aniqlanganidan keyingina, klinika sharoitlarida bajarila boshladi. 1961 yili 6-merkaptopurin analogi bo'lgan azatioprin(imuran)ni, immunologik reaksiyasini susaytiruvchilik ta'siri borligi aniqlanganidan so'ng, immunodepressiya sohasida ancha yuksalish paydo bo'ldi.

Buyrak ko'chirib o'tkazishning natijalarini yaxshilashning yana bir yo'li buyrak beruvchi va buyrakni o'tkaziladigan shaxslarni to'g'ri tanlashdadir. Tanlangan juftlarning to'qimalari bir-birlariga moyilligi yaqin bo'lsa, buyrak ko'chirib o'tkazish operatsiyasi natijalari yaxshi bo'ladi. Eng yaxshi natijalar bir tuxum-dan rivojlangan egizaklardan buyrak olinib o'tkazilganida bo'ladi, chunki ularda bir xil genetik omillari mavjuddir. Buyrak beruvchi shaxslarni tanlashda, eritrotsitar va leykotsitar sistemani antigenlari qo'llaniladi. Leykotsitar antigenlar sistemasida 40 ga yaqin kuchli va kuchsiz antigenlarni borligi aniqlangan.

Buyrak ko'chirib o'tkazish operatsiyasini natijasi, ayniqsa olingan buyrakni ishining tiklanishida, buyrakni konservatsiyalash usulini ahamiyati katta. Birinchi bu borada buyrak beruvchi shaxslardan olingan buyragini tezlik bilan olinishini va shu bilan birlamchi issiqlik ishemiya vaqtini qisqartirilishini taminlashdadir. Shundan so'ng, buyrakni tezlik bilan turli eritmalar yordamida perfuziya qilishga kirishiladi.

Konservatsiyani perfuziya qiluvchi apparatlar yordamida o'tkazish mumkin. Bunda konservatsiyalash vaqti 24 soatgacha cho'zildi. Bu apparatlarda alohida kimyoviy tarkibli perfuzion suyuqlik qo'llaniladi va undagi natriy, kaliy, albuminlar miqdori hisobga olinadi.

Buyrakning ko'chirib o'tkazish operatsiyaga bo'lgan ko'rsatmalar gemodializdagiga o'xshab, surunkali pielonefrit, surunkali glomerulonefrit, buyrak toshlari, buyraklar polikistozi, gidronefroz, buyrakni yo'q bo'lish holatlari, tug'ma nuqsonlar va bazi boshqa kasalliklar oqibatida kelib chiqqan SBYE ning oxirgi klinik kechishning I va II A) davridir. Bemorning ahvoli juda ham og'ir bo'lsa, unda oshqozon yara kasalligi, ruxiy kasalliklar, endokrin kasalliklari mavjud bo'lsa bu operatsiyani o'tkazish mumkin bo'lmaydi. Bemor organizmida aktiv infeksiyon kasallik bo'lsa, bu operatsiyani o'tkazish umuman mumkin emas.

SBYE bor bemorlarda buyrakni azot chiqarish vazifasi saqlangan, suv elektrolit muvozanati va yurak tomir sistemasi uncha buzilmagan bo'lsa, buyrak olib o'tkazish operatsiyasini bajarishlik uchun eng qulay sharoit mavjud desa bo'ladi. Shuning uchun bu operatsiyasini, SBYE ning oxirgi bosqichining birinchi kunlarida o'tkazishlik madsadga muvofiqdir.

Buyrak beruvchi shaxslar, bemorning yaqin qarindosh- urug'lari (akasi, opasi, otasi, onasi) bo'lishlari mumkin. Hozirgi paytlarda o'liklardan olingan buyraklarni o'tkazish tajribasi keng rivojlanmoqda, chunki o'likdan, yoki tirik odamlardan olib o'tkazilgan buyrak olib o'tkazish operatsiyalarning natijalari bir birlaridan farq qilmas ekan. Buning uchun asosan, og'ir miya jaroxatlaridan xalok bo'lgan shaxslarni buyraklarini olishlik tavsiya etiladi. Bunday bemorlarni haqiqatdan o'lganliklariga to'la ishonch hosil qilishlik uchun, ulardagi arefleksiya, nafas olmaslik, ko'z qorachig'ini reflekslarini yo'qolgani kabi klinik belgilarni, hamda yurak faoliyatini to'xtaganligini (elektrokardiogrammada, to'g'ri chiziqni bo'lishi) miya faoliyatini yo'qligini (elektroentsefalografiya yordamida)24 -28 soat davomida kuzatib va shundagina to'la ishonch hosil qilinadi.

Operatsiyaga tayyorgarlik.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda umumiy chegaralardan tashqari, ularda surunkali gemodializ o'tkazilib turiladi, bemordagi hamma yallig'lanish jarayonlari bartaraf qilinadi, operatsiya arafasida esa ularga 30 mg prednizalon va 200 mg imuran yuboriladi.

Operatsiyami bajarish usuli. O'tkazish uchun olingan buyrak, bemorning chov chuqurchasiga, chov qon-tomirlarini yoniga o'rnatiladi va uni arteriya qon-tomirini uchi, bemorning ichki chov arteriyasini uchiga ulanadi. Xuddi shu tarzda venalar ham ulanadi. Agar o'tkazish uchun olinayotgan buyrakni arteriya qon-tomiri bir nechta bo'lsa, u holda buyrakni, aorta devorini bir qismi bilan kesib olinib, undan quvur yasaladi va bu quvurning uchi *N. A. Lopatkin usuli* bo'yicha, ichki chov arteriyasiga ulanadi. Xuddi shu tariqa kalta buyrak venasi ham pastki kovak vena hisobiga uzaytiriladi.

Siydik naychasi uchi esa, siydik pufagining yuqori yonbosh devoriga ulanadi. Buning uchun siydik naychasi buyrak jomchasidan 12-15 sm masofada kesib olinishi lozim, chunki shu masofagacha jom arteriyasi, siydik naychasini qon bilan ta'minlab turadi. Operatsiyadan keyingi davrda buyrak o'tkazilgan bemorlar ahvoli ancha og'ir kechadi. Alohida dori darmonlar va kuchli antibakterial, yurak-qon-tomir,

dezintoksikatsion, simptomatik davolanmasa bo'lmaydi. Bemorlar o'zlarining 1 kg tana og'irligi hisobiga 2 mg imuron va 1 mg prednizalon olishlari kerak. Operatsiyadan keyingi eng jiddiy holat ajralish holati, operatsiyani uchinchi kuni bo'ladi. Ajralish reaksiyasi bo'lganda tana harorati ko'tariladi, bezgak tutadi, ko'chirib o'tkazilgan buyrak ajratayotgan siydik miqdori kamayadi, qon zardobidagi kreatininni va mochevinani miqdori ko'payadi. Ajralish reaksiyasi boshlanganda, prednizoloni miqdorini (1000 mg/kun) va imuranni (4 mg/kun) ko'paytirish lozim.

Infeksiya rivojlanishini oldini olish uchun operatsiya paytida o'rnatilgan drenaj trubkalar 24 soat davomida olib tashlashlik kerak.

Bemorlarga, ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklar sigmamitsin, tetraolean, geramitsin, gentamitsin tavsiya etiladi.

Ko'chirib o'tkazilgan buyrak faoliyatini doimiy nazorat qilib turishlik uchun bu buyrakning kunlik chiqargan siydik miqdori, siydik va qon tarkibidagi kreatinin va mochevina, kreatinini klirensini va boshqalar ko'rsatkichlar aniqlanadi. Radioizotop tekshirish usullari qo'llaniladi.

Murdaning buyragi muvaffaqiyat bilan ko'chirib o'tkazilgandan keyin, transplantatning ishlash faoliyati 20-40 kundan so'ng butunlay tiklanadi va bemorlar yengil jismoniy va aqliy mehnat qilishlari mumkin. Oparatsiyadan keyingi fursatda, ko'p vaqt o'tib, ko'chirib o'tkazilgan buyrakda har xil kasalliklar surunkali pielonefrit: siydik tosh kasalligi "qaytalanma " glomerulonefrit kelib chiqishi mumkin.

OQIBATI.

Surunkali buyrak yetishmovchiligining oqibati, asosan uning davriga bog'liq u kasallikning latent va kompensatsiyalangan davrda kerakli davo o'tkazilsa, oqibati yaxshi bo'ladi. SBYE ning intermittir davrida esa bemor butunlay sog'ayib ketishligiga ishonch kam, lekin kerakli davolar qo'llanilsa, bemorning hayoti ancha uzayishi mumkin. Bunday bemorlar dispanser kuzatuvga muhtojdirlar. Ular cheklangan mehnat faoliyatini ancha vaqtgacha saqlab qoladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining oxirgi davridagi bemorlar uchun oqibat yaqin vaqtlargacha umidsiz hisoblanar edi, lekin sun'iy buyrak apparatlarini takomillashuvi, surunkali gemodializi tadbiq qilinishi, buyrak yetishmovchiligini boshlanish davrlarida davoning vaqtida boshlanishi, bunday bemorlar umrini 10 - 12 yilga uzaytirishga imkoniyat tug'dirmoqda. Buyrak ko'chirib o'tkazish operatsiyasini qo'llash esa, ular hayotini uzoq vaqtlarga uzaytirishga imkoniyat bermoqda.

XVII-BOB

SIYDIK AYIRUV VA JINSIY A'ZOLARNING SHIKASTLANISHI.

Buyraklar shikastlanishi. Buyraklar shikastlanishi boshqa a'zolar bilan birgalikda (ko`pincha qorin bo`shlig`i, kam hollarda ko`krak qafasi) yoki alohida bo`lishi mumkin. Buyraklarning ochiq yoki yopiq shikastlanishi xillari bo`ladi.

Buyraklarning yopiq shikastlanishi. Tinchlik vaqtida ko`pincha buyrakning yopiq (teri osti) shikastlanishlari uchraydi. Buyrakning yopiq shikastlanishi murakkab va ko`p omillarga: zarbaning kuchi va yo`nalishiga, uning turish joyiga, buyrakning anatomik holatiga, uning fizik xususiyatlariga, mushaklarning rivojlanishiga, teri osti qatlamining yog`i va paranefral kletchatkasiga, ichaklarning to`lish darajasiga va boshqalarga bog`liq. Buyrakning yopiq shikastlanishlari ko`pincha zarbaning to`g`ri kelib urilishi sababli: bel sohasining lat eyishi, qattiq narsaga yiqilishi, bosilishida paydo bo`ladi. Bu hollarda zarbaning kuchi darhol va juda tez, buyrak va uning atrofidagi a'zolari chayqab, qorinning oldingi devor mushaklari va diafragmani qisqarishiga olib keladi. Bu omillarning birga bo`lgan harakati buyrak siljishiga va uning shikastlanishiga olib keladi.

Agar buyrakda patologik o`zgarishlar bo`lsa (gidronefroz, pionefroz, chanoq distopiyasi va boshqalar) hattoki kuchsizroq zarba bo`lsa ham a'zoning shikastlanishiga olib keladi. Buyrakning o`z o`zidan yorilib ketishi mumkin deyish shubhalidir. Bunday vaqtlarda hamma vaqt sezilmagan yengil zarba patologik

o`zgargan a'zoning shikastlanishiga sabab bo`ladi.

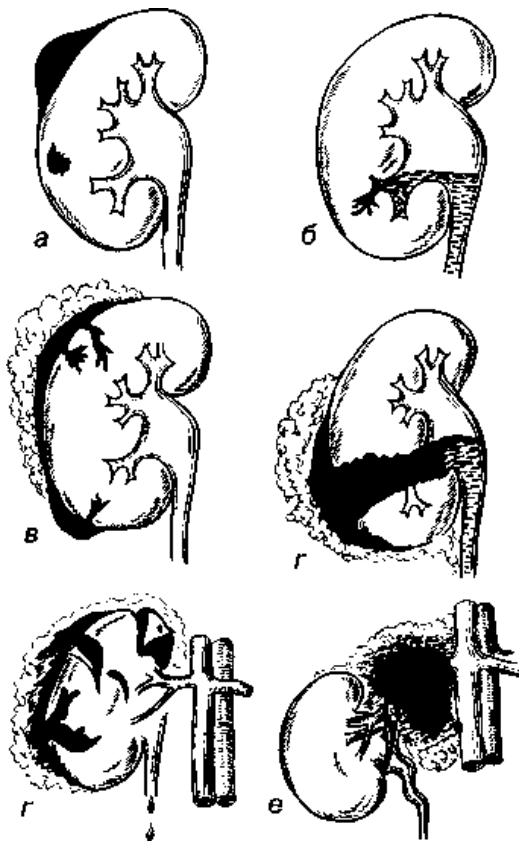
Buyrakning alohida shikastlanishlariga, ularning asboblari bilan tekshirayotgan vaqtdagi shikastlanishlar kiradi: kateterni buyrak jomiga tez yuborayotganda, buyrak ichidagi bosimni majburiy oshirganda, buyrak igna bilan teshib biopsiya qilganda paranefral blokada vaqtida.

Klassifikatsiyasi. Buyrakning yopiq shikastlanishlarini o`ziga xos xillari bo`ladi: a'zoga bir oz qon quyilishdan tortib, uning butunlay majaqlanib ketishi

Tushuntirish matni.

Birinchi guruhdagi shikastlanishlarga buyrak atrofidagi yog` kletchatkasi va fibroz pardasining yorilishlari kiradi. Parenximaning miya qismida juda mayda yorilishlar uchrashi mumkin. Paranefral kletchatkada ko`pincha qonning imbibitsiyasiga o`xshagan gematoma topiladi.

Ikkinchi guruhdagilarga buyrak jomi va kosachalari shikastlanmay, parenximani parda tagida yorilishi kiradi. Odatda katta



135-rasm. Buyrakning har xil turdagi yopiq shikastlanishlarining tasviri. A-birinchi guruh; B-ikkinchi guruh; V-uchinchi guruh; G-To`rtinchi guruh.

subkapsulyar gematoma bo'ladi. Parenximaning yorilgan joylari yaqinida, ko'p qon quyilishlar va mikroinfarktlar namoyon bo'lishi mumkin.

Buyrakning ikkinchi guruhdagi shikastlanishlari ancha og'ir bo'ladi. Ular buyrakning fibroz pardasi va parenximasining yorilishi bo'lib, buyrak jomi kosachasiga ham tarqalgan bo'ladi. Bunday ko'p shikastlanish paranefral yog' kletchatkada qon quyilishiga va undan so'ng siydikning to'planishiga (urogematomaning hosil bo'lishiga) hamda gematuriyaning uzluksiz bo'lishiga olib keladi. Bu shikastlanishlar ko'p qon oqishiga va ko'pincha jafo chekkan kishilar o'limga olib kelishi mumkin. Alohida o'rinni egallaydigan yana bitta yopiq shikastlanishlardan biri buyrakning lat yeyishi. Bunday turdagi shikastlanishda buyrak to'qimalarida ko'rinarli darajada yorilishlar bo'lmay, ammo buyrak parenximasida ko'p qon quyilishlar, mikroinfarktlar bo'lib, ular kelajakda chandiqlar bilan o'rin almashib, bemorlarning buyragini bujmayib qolishiga va nefrogen arterial gipertenziyani rivojlanishiga sabab bo'ladi. Birinchi uch turdagi shikastlanishlarning hammasida ko'pincha buyrak lat yeyishi uchraydi. Juda kam hollarda buyrakning butunlay majaqlanishi va buyrakning qon-tomirlari oyog'idan uzilib ketishi mumkin.

Buyrakning shikastlanish guruhlarga bo'linishi ularning hamma shikastlanish turlarini o'z ichiga ololmaydi. Ularning birdan-biriga o'tadigan shakllari va ko'rsatilgan turdagi shikastlanishlarini bir-biri bilan birga bo'lishlari kuzatiladi.

Alomati va klinik kechishi. Buyrak shikastlanishiga uch xil klinik alomatlar xos: bel sohasidagi og'riqlar, shu tomonning shishib qolishi, gematuriya.

Bel sohasidagi og'riqlar buyrak atrofidagi to'qimalarning shikastlanishi, fibroz pardasining tortilishi, qorin parda orasidagi gematomaning parietal qorin pardasini bosishi, siydik yo'lini qonning ivigan qismi bilan to'silib qolishi, buyrak oldi kletchatkasida qonning yoki qon-siydikning yig'ilishi natijasida paydo bo'ladi. Og'riqlar simillagan yoki o'tkir, sanchiqsimon bo'lishi mumkin. Keyinchalik urogematoma asta-sekin so'rilib ketadi. Buyrak shikastlanishining o'ziga xos alomatlaridan biri gematuriya bo'lib hisoblanadi. Uning davom etishi har xil bo'lishi mumkin; odatda 4-5 kungacha, buyrakning shikastlanish darajasiga qarab ba'zi hollarda 2-3 haftagacha va undan ko'proq bo'lishi mumkin.

Ba'zida tromblarning yiringlab erib ketishi yoki buyrak infarktlarining zo'rlik bilan tortib olishi sababli kechki (ikkilamchi) gematuriya kuzatilishi mumkin.

Klinik alomatlar ko'pincha buyrakning shikastlanish darajasiga bog'liq bo'ladi. Shikastlanishning shakllarida (lat yeyish, fibroz pardasi yorilishi) bemorning umumiy ahvoli o'rtacha bo'lib, qon-tomir urishi va uning bosimi odatdagidek bo'ladi. Agar bel sohasida mahalliy og'riqlar, shilingan joylar, bel sohasida teri osti qon quyilishi, shu joyning shishib ketishi, mikro yoki makrogematuriyalar bo'lsa, buyrak shikastlanishining tashxisini qo'yishda qiyinchilik bo'lmaydi.

Buyrakning subkapsulyar shikastlanishida kuchli og'riqlar, ba'zida buyrak sanchig'iga o'xshab, gematuriya bo'lib, lekin buyrak oldi gematomalari bo'lmay, bemorning umumiy ahvoli o'rtacha bo'ladi. Bunda buyrakning alohida shikastlanishi yoki boshqa ichki a'zolar bilan birgalikda shikastlanishlarini hamma vaqt aniqlash mumkin bo'lavermaydi. Qorin pardasining qitqlanish alomatlari shikastlanishning ikkala turlarida ham kuzatilishi mumkin.

Buyrakning ikki davrli yorilishlari juda jiddiy, xafvli bo'lib, 12-15 klinik jarayonning tinch kunida katta subkapsulyar gematomaning yorilgan vaqtida paydo bo'lib, ko'pincha bel sohasida kuchli og'riq va kollaps holatlar bilan kuzatiladi.

Buyrak parenximasining chuqur shikastlangan alomatlari quyidagilar deb hisoblanadi: bemorning umumiy og'ir ahvoli, bel sohasidagi og'riqlarning pastga qarab tarqalishi, shok, qisqa muddatda paydo bo'lgan kamqonlik, gematuriya, qonning iviganlari, qorin pardasi orqasidagi urogematomaning ko'payishi, uning yonbosh va chov sohalariga tarqalishining mumkinligi, qorinning oldingi devor mushaklarini taranglashishi.

Buyrak qon-tomir oyoqchasi shikastlanganda, tezlikda qon kamayib va arteriya bosimi pasayib, tomir urishi tezlashib, shokning og'ir shakli kuzatiladi. Gematuriya bo'lmaydi.

Paranefral blokada yoki buyrakning biopsiyasida, buyrak oldi gematomaning kattalashishi, bel sohasining shishib ketishi va gematuriya, buyrakning shikastlangan alomatlaridan bo'lib hisoblanadi. Buyrak jomining kateterizatsiyasi natijasida buyrak shikastlansa, siydikda qonning aralashmasi har xil darajada bo'ladi. Buyrak jomi kosachasiga rentgenokonstrast modda, tekshirayotgan vaqtda, oshiqcha bosim bilan yuborilsa, buyrak yorilib ketishi sababli kuchli og'riqlar paydo bo'lib («tajribali» yoki yatrogen, buyrak sanchig'i), bir necha soatdan keyin juda kuchli bezgak qaltirog'i tutib, tana harorati ko'tarilib, makro va mikrogematuriyalar bo'ladi.

Tashxisi. Buyrakning shikastlangan tashxisini bemorning shikoyati, anamnezi va klinik belgilariga asoslanib qo'yiladi : shikastlanishning darajasini aniqlash batafsil urologik tekshirishlarni talab qiladi.

Sistokopiya va xromosistokopiya paytida, ba'zida siydik yo'li teshigidan qonning chiqishi, indigokarminning chiqmay qolishi bilan qaysi tomonda shikastlanish bor ekanligi va siydik oqimining buzilish darajasi aniqlanadi. Bundan tashqari xromosistokopiya boshqa tomondagi buyrakning ish faoliyati borligini aniqlaydi, chunki bu shikastlangan buyrakni olib tashlash masalasini hal qilishda katta ahamiyatga ega.

Buyrakning shikastlangan tashxisini tasdiqlaydigan asosiy usullardan biri rentgenologik tekshirish bo'lib, siydik yo'llarini umumiy rentgenografiya qilishdan boshlanadi. Umumiy rentgenografiya suyaklarda shikastlanishning bor yoki yo'qligini, umurtqa pog'onasining shikastlangan tomonga qiyshayib qolishini, qorin pardasi orti bo'shlig'ida gematomaning borligi, bel mushaklarining tashqi ko'rinishlarini noaniqligi yoki yo'qligiga qarab aniqlashga imkon beradi.

Buyrakning yopiq shikastlangan tashxisini eng ko'p natija beradigan usuli ekskretor urografiya bo'lib hisoblanadi. Uning yordamida qaysi tomonda shikastlanish borligi, shikastlangan buyrakning ish faoliyati va uning anatomik holati, shikastlanish darajasi boshqa tomonda buyrakning borligi va uning ish faoliyati haqida ma'lumot olinadi. Buyrak jomi kosachalarining rentgenokonstrast moddalar bilan oz va kech to'lishi, fibroz pardasi tagida va buyrakdan tashqari uning oqib yig'ilishi, buyrak jomi va kosachalarining qiyshayishi, shikastlangan a'zoning rentgenologik alomatlari bo'lib hisoblanadi. Buyrak og'ir bo'lib shikastlansa qoidaga binoan uning ish faoliyati to'xtaydi.

Lekin ekskretor urografiya buyrak ish faoliyatining bo'lmasligi jafoda chekkan kishining nes - shok holatida ekanligi, buyrakning qon-tomir ko'ptokchalarida

bosimning filtratsiyasidan pastligi sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun ekskretor urografiya sistologik arteriya bosimini barqaror qilgandan keyin hech bo'lmasa 80 mm simob ustunidan past darajada bo'lmagan vaqtda bajarish kerak.

Oxirgi yillarda buyrakning yopiq shikastlanish tashxisini aniqlashda buyrakning angiografiyasi qo'llanilmoqda (arterio va venografiya). Bu murakkab usulni ishlatishga ko'rsatma qat'iy individual bo'lishi kerak, uni qo'llash cheklangan bo'lib, faqat buyrak tomirlari o'tkazuvchanligi buzilganda yoki arteriovenoz fistulasiga shubha bo'lganda bajarish zarur. Radioizotop va ultratovush tekshirish usullari buyrakning shikastlanishida muhim ahamiyatga ega. Izotop rentgenografiya buyrakning ish faoliyatini nazorat qiladi; agar shikastlangan buyrakning ish faoliyati saqlansa, unda skanirovaniya yoki ssintigrafiya shikastlangan buyrakning o'rnini ko'rsatib berishi mumkin. Buyrak yorilganda uning bir bo'lagi uzilsa, ssinti- yoki skanogramma shikastlangan a'zoning tegishli joyida nuqson borligini aniqlaydi. Buyrakdagi alohida o'zgarishlarni ham ultratovush aniqlaydi, uning yordamida buyrak oldi urogematomasini topish mumkin.

Buyrakning shikastlangan tashxisida retrograd pielografiya juda kam ishlatiladi, lekin bu usulni qo'llashda aseptika va antiseptikaning ma'lum qoidalariga rioya qilinib, og'riqlar yo'qotilsa, tezlik bilan tashxisni aniqlash mumkin. Lekin uni oxirgi navbatda, qachonki boshqa tekshirish usullari foyda bermagan vaqtda qo'llash kerak.

Buyrakning shikastlanish xususiyatlarini aniqlash uchun har xil tashxis usullarni qo'llab, ozroq shikast beradiganidan boshlab (ekskretor urografiya, radioizotop va ultratovush skanirovaniyasi), ko'proq shikast beradiganlar bilan tugallash kerak. (buyrak angiografiyasi, retrograd pielografiya). Agar bularning birortasida ham buyrakning shikastlanish xususiyatini va darajasini aniqlash imkoni bo'lmasa, diagnostik laparotomiya qilish zarur.

Farqlovchi tashxis. Buyrak shikastlanishini, qorin bo'shlig'idagi a'zolarning shikastlanishidan ajratish zarur (jigar, qora taloq, ichak tomirlarining tutqichi). Bu a'zolarning shikastlangan klinik ko'rinishida birinchi rejada «o'tkir qorin»ning alomatlari yaqqol ko'rinib, ya'ni qorinning oldingi devorlari mushaklari tarang tortishib, qorin devorini paypaslaganda og'riqlar va uning qitiqlangan alomatlari paydo bo'ladi. Qorin bo'shlig'ining yonbosh bo'limlarida erkin suyuqlikning borligi aniqlanadi. Buyrakdan boshqa a'zolar alohida shikastlanganida gematuriya bo'lmaydi. Radioizotop va ultratovush tekshirish usullari buyrakning shikastlanishini aniqlashga imkon beradi.

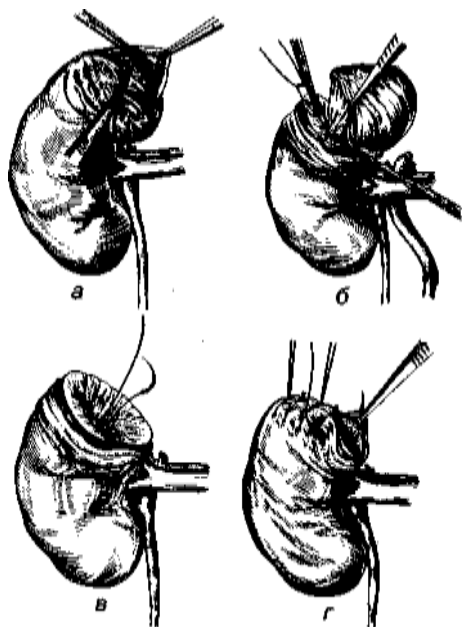
Buyrak va qorin bo'shlig'idagi a'zolari birgalikda shikastlangan bo'lsa tashxis juda qiyin bo'ladi. Urologik tekshirish bilan buyrakning shikastlanganligi aniqlanadi. Qorin bo'shlig'idagi a'zolarning shikastlanishning klinik belgilari bo'lsa, operatsiya qilish zarurligi shart bo'lib, laparotomiya va qorin bo'shlig'idagi a'zolari reviziya qilishdan boshlanadi.

Davosi. Buyrakning alohida yopiq shikastlanishlarini konservativ davosi faqat bemorning umumiy ahvoli yengil yoki o'rtacha bo'lsa, uzluksiz gematuriya va ichki qon oqish alomatlari, gematoma va siydik infiltratsiyalarining belgilari bo'lmasa bajariladi. Konservativ davolashning maqsadi bemorlarni 10-15 kun davomida tinch holatda yotishi, og'riqlar va qonni to'xtatadigan hamda bakteriyalarga qarshi dori-darmonlar qabul qilishidan iborat. Davolash shifoxona sharoitida bemor shifokorning

doimo nazoratida bo'lib, zarurati bo'lganda darhol operatsiya qilish imkoni bo'lishi kerak. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, shikastlangan tomonning bel sohasida og'riqlar va gematuriyaning yo'q bo'lishi, buyrak ish faoliyatining yaxshiligi, bemor tinch yotganida va yurgan vaqtlarida siydikning cho'kmasida eritrotsitlarning yo'q bo'lishi, bemor klinik tuzalib ketdi deyishga imkon bo'ladi. Lekin bunday hollarda shifoxonada davolashni to'xtatgandan keyin 2 hafta davomida uyda shifokor nazoratida turish qoidasiga rioya qilish kerak.

Buyrakning shikastlanishida tezlik bilan operatsiya qilish uchun quyidagilar ko'rsatma bo'ladi: buyrak va qorin bo'shlig'idagi a'zolarning shikastlanishlarini birgalikda bo'lishi; ichki qon oqish belgilarining ko'payishi; buyrak oldi gematomalarning (urogematomalarning) tez kattalashib borishi, tez va uzoq davom etgan gematuriya natijasida bemorning umumiy ahvolidan og'irlashishi, buyrak yoki atrofdagi o'tkir yallig'lanishning zo'rayishi va giperazotemiyaning ko'payishi. Bemorlarni faqat shok holatidan chiqargandan keyin operatsiya qilish kerak, agar buni qilish mumkin bo'lmasa, shikastlangan bemorning ahvoli og'irlashib borsa, bu vaqtda shokka qarshi faol ravishda davolashni davom ettirib, operatsiya qilish kerak. A'zoni saqlab qoladigan operatsiya yoki nefrektomiya qilinadi.

A'zoni saqlab qoladigan operatsiyalarga quyidagilar ko'rsatma bo'ladi: buyrakning birorta chekka bo'g'inlari uzilib va yorilishi, bitta alohida bo'lgan yoriqlar, fibroz pardasining yorilishi, yagona buyrakning shikastlanishi, buyrakning bittasi shikastlangan bo'lib, ikkinchisi esa patologik o'zgargan bo'lsa yoki bir vaqtda ikkala buyrak shikastlangan bo'lsa. Ko'pincha a'zolari saqlab qoladigan operatsiyalardan buyrak yarasini tikish va buyrakni rezeksiya qilish bo'lib hisoblanadi.



136-rasm. Buyrak rezeksiyasi. a – fibroz kapsulani ajratish, b – buyrak yuqori segmentini kesish, v – qon tomirlarni bog'lash, g – parenxima va fibroz kapsulani tikish;

Buyrakning alohida yorilgan joylari, hattoki buyrak jomigacha yetgan bo'lsa ham, ularni egilgan va yumaloq ignalar yordamida tikiladi. Yara chekkasidan 1-2 sm qoldirilib igna sanchilib, fibroz pardasini chokka olib, ignani buyrakning parenximasi orqali o'tkazib, yorilgan joyning tagini ham qo'shib olib, zarurati bo'lgan vaqtda buyrak jomining shilliq pardasigacha yetkazib, lekin uni qo'shib olmay tikiladi. Choklar oralig'i bir-biridan bir santimetr masofada qo'yiladi. Tugunlar shunday tortilib bog'lanishi kerakki, yaralarni bir-biriga faqat tegib turishi kifoya.

Buyraklarning yuqori yoki pastki bo'g'inlari shikastlanganida, uni skalpel bilan buyrak yo'nalishiga qarab ponasimon rezeksiya qilish mumkin. Hosil bo'lgan nuqsonni choklar bilan berkitilib, ularni bog'laganda yaraning chekkalarini bir-biriga tekkuncha yaqinlashtiriladi. Buyrak majaqlanib, uni qon-tomiri oyoqchasidan uzilganida nefrektomiya bajariladi. Buyrakni ajratib siydik yo'li boglanib kesilganidan keyin buyrakning qon-tomir oyoqchasiga

Fyodorov qisqichi qo'yiladi va qisqich tagidan bog'lab, undan keyin qisqich ustidan oyoqcha kesilib, buyrak olib tashlanadi. Buyrak oyoqchasini chultog'i tiqilib va yana bitta ketgut ipi bilan boglanib, qisqich olib tashlanadi.



137-rasm. Nefrektomiya.

Agar operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi (qora taloq, ichakning tutqich tomirlari, jigar) buyrakning shikastlanishi topilsa (qorin pardasi orti gematomasi orqali) bu vaqtda qorin parietal pardasi ko'tarilayotgan va pastga tushayotgan yo'g'on ichak yonidan yorib (nefrektomiya, buyrak rezektsiyasi, buyrakning yorilgan joyini tikish) operatsiya qilinadi. Lekin yarani bunday hollarda qorin pardasidan tashqari bel sohasi orqali drenaj qilinib, qorin bo'shlig'iga infeksiya tushib qolmasligi uchun orqa parietal qorin pardasining kesilgan joyini butunlay drenajga qadar berkitilib tikiladi.

Operatsiyadan keyingi davri. Nefrektomiyani keyingi birinchi soatlarida bemorlar belida yotishni davom ettiradi, bu vaqtda qorin bo'shlig'idagi a'zolar orqaga surilib, olib tashlangan buyrak joyini ozaytirishga imkon beradi. Birinchi kecha-kunduz diurez 500-700 ml gacha pasayishi mumkin. Shu sababli siydik chiqishini sunchiklab nazorat qilib turish kerak. Sellofan-doka yoki rezina doka tamponlarni operatsiyaning 2-3 kunlarida yaradan oqish bo'lmasa olib tashlanadi. Bemorlar nefrektomiyadan keyin bir kundan bir necha kungacha o'rnidan jilmay yotishlari kerak. Bemorlarning o'rnida yotish tartibi bemorning umumiy ahvoriga va operatsiyadan keyingi davrida gemotransfuziya va boshqa infuzion dori-darmonlarni o'tkazishga bog'liq. 3-11, 17-29, 25-27 operatsiyadan keyingi kunlarida qon oqishlar bo'lishi mumkinligi hisobga olinib, buyrakdagi rezeksiya qilingan yoki yorilgan joylari tikilgan bemorlar o'rnida yotish tartibida 2-3 haftagacha davom etadi. Agar shikastlangan buyrakning taqdiri tezlikda maxsus urologik tekshirishlar axborotsiz hal qilinadigan bo'lsa, boshqa buyrakning borligini tasdiqlash uchun, uni qorin bo'shlig'i orqali paypaslab ko'rish kerak. Uning ish faoliyatini aniqlash uchun operatsion stolda quyidagi tekshirishlarni qilish kerak. Shikastlangan va olib tashlanadigan buyrakning siydik yo'llarini bosib, venaga indigokarmin suyuqligi yuborilib, qovuqqa esa kateter qo'yiladi. Qovuqda rangning ko'rinishi boshqa tomondagi buyrakning ish faoliyatining saqlanganligining guvohi bo'ladi.

Shikastlangandan keyingi 9-27 kunlari qon oqishining paydo bo'lishi operatsiya qilish uchun ko'rsatma bo'ladi, yorilgan joyni tikish, buyrakni dekapsulyatsiya va drenaj qilish. Faqat buyrakning keng shikastlanishi nefrektomiyaga ko'rsatma bo'lib, agar yagona buyrak to'la majaqlanmagan bo'lsa, albatta a'zoni saqlab qoladigan operatsiya qilish kerak.

Asboblardan muolaja qilayotgan vaqtda buyrak shikastlangan bo'lsa, avval konservativ usuli bilan davolanadi. Buyrak parenximasi siydik yo'li kateteri bilan teshilib qolsa (pielografiya vaqtida rentgenokonstrast moddani buyrak parenximasiga yoki buyrak oldi kletchatkasiga oqib to'planishi bilan aniqlanadi), o'rinda yotish

tartibi jiddiy bo'lib, bel sohasiga sovuq qo'yilib, qonni to'xtatadigan va bakteriyalarga qarshi dori-darmonlar berilishi tayinlanadi.

Agar tezda gematoma, urogematoma yoki intensiv gematuriya bo'lib bemorni umumiy holatini og'irlashtirsa lyumbotomiya va buyrakni reviziya qilish uchun ko'rsatma bo'ladi.

BUYRAK OCHIQ SHIKASTLANISHLARI.

Harbiy holatlarda ko'proq o'q bilan otilgan jarohatlar, tinch vaqtlarda esa sanchilgan va kesilgan buyrakni ochiq shikastlanishlari kuzatiladi. Bunda tashqi jarohat odatda tor qirg'oqlari tekis bo'lib o'q bilan otilgan jarohatga o'xshab tananing boshqa joylarida bo'lmay, jarohat faqat bel sohasida uchraydi.

Buyrakni o'q bilan otilgan jarohatlari alohida va boshqa a'zolar bilan qo'shilgan holda qorin bo'shlig'idagi a'zolarning shikastlanishi ko'krak qafasi yoki umurtqalari, shikastlanishi darajasiga qarab, buyrak oldi yog' kletchatkasi, buyrak po'stloq moddasi, buyrakning miya moddasi, buyrak jomi va yirik qon-tomirlari shikastlanishlari bo'lishi mumkin. ko'pincha bu xil shikastlanishlarni bir-biri bilan qo'shilgan jarohatlari kuzatiladi.

Buyrakni har qanday shikastlanishi parenximani nekrozi infarkt xili bilan kuzatiladi, qon-tomirlarni shikastlanishiga bog'liq bo'ladi, qancha yirik qon-tomir shikastlansa infarkt ham shuncha kengroq bo'ladi. Buyrakning bu joylarida keyinchalik fibroz to'qimalari rivojlanib, buyrak atrofiyasiga olib keladi. Hosil bo'lgan chandiqlar buyrak naychalarini va kosachalarini bosib gidrokalikoz yoki gidronefrozni keltirib chiqarishi mumkin. Buyrakni o'q bilan otilgan og'ir jarohatlarida parenximani ko'p qismini o'lishi muqarrar bo'ladi. Infeksiyani qo'shilishi buyrak parenximasida alohida bo'lgan yiringli o'choqlarni, pienefrozni, apostematoz pielonefritlarni hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Alomatlari va klinik kechishi.

Ko'p hollarda buyrakni jarohatlanishida bemorning umumiy holati og'ir bo'lib shok holatining belgilari bilan kuzatiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari, ko'krak qafasi yoki umurtqalar bilan qo'shilgan shikastlanishlarda bu a'zolarning shikastlanish alomatlari buyrakni jarohatlangan alomatlarini yashirib niqoblab qo'yishi mumkin (peritoneal alomatlar, gemotoraks, paralichlar).

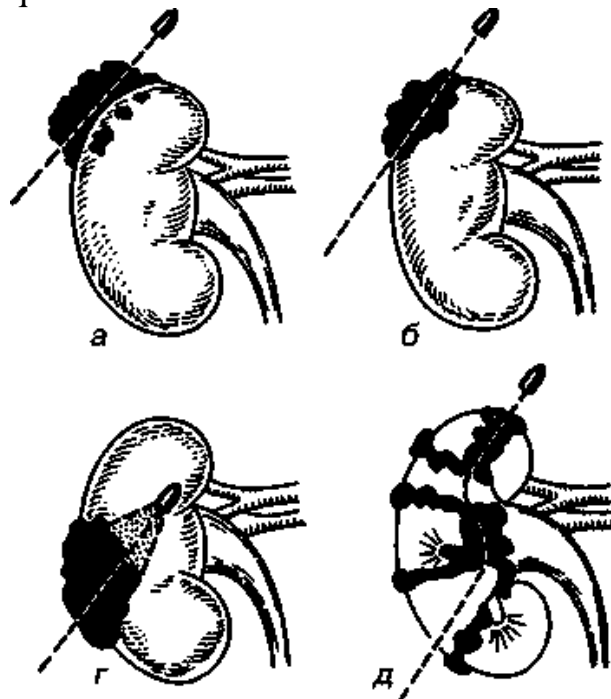
Buyrak jarohatlanishing asosiy belgilaridan bo'lib, gematuriya va jarohatga siydikni chiqib turishi bo'lib hisoblanadi. 80-90% hollarda gematuriya kuzatiladi. Uning jadalligi har xil: qon ketishi, qon lahtaklari bilan, qon lahtaklari siydik nayi va qovuqni bilinar bilinmas yoki to'ldirib tushishi. Eng kuchli gematuriya buyrak majaqlanganda hamda uning katta qon-tomirlari jarohatlanganda kuzatiladi. Buyrak oyog'ining qon-tomirlari yoki siydik nayi hamda buyrakka tegib o'tib, kosachalari shikastlanmasa gematuriya kuzatilmasligi mumkin.

Agar gematuriya kuchsiz bo'lsa, bunda ichki qon ketish belgilari kuzatiladi. Bu esa shikastlangan buyrakdan qorin orti pardasi bo'shlig'iga, qorin va plevral bo'shliqlariga qonni ko'p ketishiga bog'liq. Agar qorin orti pardasi bo'shlig'iga qon ketish kuzatilsa qovurg'a ostida yoki bel sohasida xamir konsistensiyasiga o'xshash tezda o'sayotgan o'sma (urogematoma) paydo bo'ladi. Agar siydik va qon bir vaqtida shikastlangan qorin yoki plevral bo'shliqqa quyilsa, tezlik bilan peritonit yoki gemotoraks rivojlanadi.

Jarohatdan siydikni oqib chiqishi buyrak jarohatlanishining muhim belgilaridan bo'ladi, lekin gematuriyaga qaraganda kamroq hollarda kuzatilib, kechroq paydo bo'ladi. Indigokarminni venadan yuborganda bu belgini aniqlash osonroq bo'ladi, chunki buyrak ish faoliyati saqlangan bo'lsa, jarohatdan oqib chiqayotgan siydik ko'k rangda bo'ladi. Siydikni

ko'k rangga bo'yalmasligi, buyrak jarohati yo'q deb aytish imkonini bermaydi (buyrak ish faoliyati kuchli darajada buzilganda).

Buyrak jarohatini boshqa a'zolar bilan birga jarohatlanganligini aniqlash masalasi jarohat kanalini yo'nalishi muhim ahamiyatga ega, lekin buni faqat teshib o'tgan jarohlarda aniqlash mumkin.



138-rasm. Buyrakni o'q bilan otilgan tasviri.

A-buyrakni yog' pardasini jarohati; B-buyrakka tegib o'tish jarohati; V-buyrakni teshib o'tgan jarohati; G-buyrak ko'r jarohati; D-Buyrak majaqlangan jarohati.

Tashxisi. Gematuriya, jarohatdan siydikni oqishi, jarohat kanalining yo'nalishi, buyrakning ochiq shikastlanishi ekanligini tasdiqlaydi. Tashxis maxsus tekshirishlar yordamida aniqlanadi: ekskretor urografiya, radioizotop va buyrakni ultratovush skanirovaniyasi. Bu tekshirishlar shikastlangan buyrakning anatomik funksional ish faoliyatini, hamda kontralateral buyrak borligi va uning ish faoliyati aniqlanishi, , agar shikastlangan buyrakni olib tashlash zarurati bo'lib qolsa katta ahamiyatga ega.

Davosi. Ochiq shikastlangan buyrak hamma vaqt tezlik bilan operatsiya qilishni talab qiladi, qanday hajmda operatsiya bo'lishi buyrak reviziya qilingandan so'ng aniqlanadi. Buyrak majaqlanganda, parenximani ko'p jarohatlarida, buyrak jomi va kosachalarini teshilganida yoki buyrak darvozasi hamda buyrak qon-tomirlar oyog'i jarohatlanganda nefrektomiya qilinadi.

Buyrakning bironta bo'g'ini majaqlanib yoki uzilib ketsa, unda rezeksiya qilinadi. Buyrak urinish natijasida jarohatlansa, uning kapsulasi yoki buyrak to'qimasining tepa qismi nuqson bo'lib shikastlanadi, agar yorilgan joy chuqur bo'lmasa ular tikilib, albatta qorin orti bo'shlig'iga naycha drenaj qo'yiladi.

Ko'p hollarda a'zoni saqlab qoladigan operatsiya bajarilayotgan vaqtda buyrakni pielo – yoki nefropielostomiya qilish zaruriyati paydo bo'ladi.

Natijasi. Shikastlangan buyrakning asosiy asoratlaridan surunkali pielonefrit, buyrak toshlari, paranefritning sklerozi, gidronefroz, nefrogen arterial gipertenziya bo'lishi mumkin.

Shikastlanishning asoratlari ko'p oylardan keyin ko'rinishi mumkin. Paranebral yog' to'qimasida gematoma, ko'pincha urogematoma, buyrak va uning pardasida mayda va katta yorilishlar, buyrak to'qimalarida og'ir surunkali pielonefrit va paranefritning sklerozini rivojlantiradigan chandiqlar asoratlarini qoldiradi.

Shikastlangandan keyin gidronefroz siydik yo'lini chandiqlar bilan torayishi va qiyyashishi hamda gematoma bilan bosilishi natijasida paydo bo'ladi.

Buyrak shikastlangandan keyin toshning paydo bo'lishiga buyrak jomi va kosachalarida ivigan qon va parenximaning o'lgan to'qimalari sababchi bo'ladi. Shu tufayli siydikning qisilib chiqishi paydo bo'ladi.

Shikastlangandan keyin bemorlarning siydigida ko'p vaqt davomida patologik elementlar: oqsil, silindrlar, eritrotsitlar va boshqalarning topilishi, infektsiyaning qo'shilishi va pielonefritning rivojlanishini ko'rsatadi. Bular pielonefritning sog'ayishiga salbiy ta'sir qilib, ko'pincha chandiqlarning hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Ular oxirida buyrakning bujmayishiga olib keladi. Buyrakning bujmayishi yoki skleroz bo'layotgan paranefriti tufayli, buyrakning bosilishi va ishemiyasi sababli, ko'pincha nefrogen arterial gipertenziya rivojlanadi.

Buyrakning shikastlanishi natijasida qorin pardasi orti bo'shlig'ida fibroz to'qimalari (qorin pardasi orti fibrozi) paydo bo'lib, ular buyrak va siydik yo'lini, hamda yuqori siydik yo'llarining bo'shsh faoliyatini buzadi. Buyrak qon-tomirlarining shikastlanishi natijasida buyrak arteriyasi yoki venasining anevrizmlari paydo bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, buyrak shikastlanganidan keyingi natijasi uning vaqtida qilingan davosi, bemorning hayotiga nisbatan yaxshi, lekin to'la sog'ayib ketishiga nisbatan qiyinroq bo'ladi.

SIYDIK YO'LINING SHIKASTLANISHI.

Siydik yo'lining shikastlanishi juda kam uchraydi, chunki u o'zining elastikligi va harakatchanligi sababli zarba vaqtida osonlik bilan boshqa tomonga surilishi mumkin.

Ko'pincha siydik yo'li va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlarini birga bo'lishi siydik yo'lining shikastlanish tashxisini qiyinlashtiradi, chunki qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish alomatlari, ularning belgilarini ikkinchi darajali qilib qo'yadi. Mushaklarning taranglashishi, qusish va qorin bo'shlig'i a'zolarining umumiy shikastlanish alomatlari va siydik yo'li shikastlanishi kam uchraganligi sababli, shifokorlarda shubha tug'ilmaydi. Faqat bir necha kundan keyin shikastlanishning belgilari-siydikning to'planishi, hamda uning infiltratsiyasi paydo bo'lgandan keyin shubha tug'iladi.

Siydik yo'lini shikastlantiradigan asosiy guruhlar: siydik yo'llarining kateterizatsiyasi vaqtida, toshlarni olib tashlashda, akusher va ginekolog operatsiyalarida, yo'g'on ichak, aortada, yonbosh sohasidagi qon-tomirlar, hattoki churra operatsiyasi va appendektomiya paytida bo'lishi mumkin.

Bu shikastlanishlar operatsiya vaqtida hamma vaqt aniqlanmasdan, ular o'zlarini bir necha kundan keyin bildiradi

Gematuriya, bel sohasidagi og'riqlar, tana haroratining ko'tarilishi siydik yo'lining shikastlangan alomatlari bo'lib hisoblanadi. Qorin parda orti yog' to'qimasining siydik infiltratsiyasi, bel sohasida shish va uni paypaslaganda og'riqni

keltirib chiqaradi. Erkaklarda siydikni pastga qarab to'planishi moyak haltachasida, ayollarda esa jinsiy lablarda shishlarning paydo bo'lishiga olib keladi.

Ko'rsatilgan alomatlarining kech yuz berishi, siydik yo'lining shikastlanish tashxisining qiyinligini isbotlaydi. Xromosistioskopiya vaqtida shikastlangan siydik yo'lining teshigidan qonning oqib chiqmasligi, yaralangan siydik yo'lidan kateterni o'tkazish mumkin bo'lmasligi, ekskretor urografiya yoki retrograd uretropielografiya vaqtida rentgenokontrast moddani siydik yo'li oldi bo'shlig'iga quyilishi, siydik yo'lining shikastlanganligiga xosdir.

Radioizotop skanirovaniya yoki ssintigrafiya o'z vaqtida ba'zan bir oz kech qolib va buyrakda radionuklid moddalarning bir tekisda tarqalishini aniqlaydi.

Ginekologik yoki xirurgik operatsiyalar vaqtida aniqlanmay qolgan siydik yo'lining jarohatlanishi, operatsiyaning xiliga qarab, siydik yo'li-qin oqma yarasini, peritonitni yoki chanoq yog' to'qimasi va qorin pardasi orti bo'shlig'ining flegmonasiga olib keladi.

Siydik yo'li shikastlanishining davosi faqat operatsiyadir. Agar siydik yo'lining shikastlanishi o'z vaqtida darhol aniqlansa, uning butunligini tiklash uchun harakat qilish kerak. U to'liqsiz shikastlanganida, avval kateter o'tkazib, siydik yo'lining nuqsoni ketgut bilan tikiladi. Agar u to'la shikastlansa, kateter o'tkazib, siydik yo'llarining oxirlari bir-biriga qo'yib tikiladi.

Agar siydik yo'lining shikastlanishi kech aniqlansa, qorin pardani tashqari kesish yo'li bilan (yaralanish joyiga qarab bel yoki yonbosh sohasidan) qorin pardasi orti bo'shlig'ining kletchatkasini va kichik chanoqni keng yorib, unga quyilgan siydikning oqishi uchun sharoit yaratish kerak.

Qorin pardasi orti bo'shlig'i, hamma hollarda buyrak bilan birgalikda drenaj qilinishi kerak. Agar o'z vaqtida siydikning oqishiga sharoit va drenaj qilinmasa, siydik yo'li atrofida siydik flegmonasi rivojlanadi. Yallig'langan infiltrat siydik yo'lini bosib, buyrakdan siydikning oqib chiqishini buzadi. Qo'shilgan infeksiya o'tkir yoki surunkali pielonefritning, pionefrozning rivojlanishiga olib keladi. Agar siydik yo'lining shikastlanganligi kech aniqlansa, uning tiklanishi ikkinchi davrda bo'ladi.

Siydik yo'lini tiklash uchun quyidagi plastik operatsiyalar qilinadi: Shikastlangan siydik yo'lining oxirgi tomonlarini tikish, siydik yo'lining distal bo'limi shikastlanganida, qovuqning yangi joyiga siydik yo'lini ko'chirib tikish – ureterotsistoanostomonoz, siydik yo'lining nuqsoni ancha ko'p bo'lsa, uning pastki bo'limini qovuqning devoridan olingan lahtak bilan almashtiriladi - Boari operatsiyasi. Siydik yo'lining o'rta va yuqori bo'limlaridagi nuqsonni alohida qilib olingan (siydik yo'lini intestinal plastinkasi) ingichka ichakning ichak tutqichi yoki yasama silikon bilan almashtirish mumkin. Siydik yo'lining chanoq va bel soha bo'limlaridagi keng nuqsonlarini, buyrakning autotransplantatsiyasini qo'llash mumkin; buyrakni yonbosh chuqurchaga ko'chirish, buyrak qon-tomirlarini yonbosh sohasidagi qon-tomirlari bilan anastomoz va siydik yo'lini buyrak jomigacha yaqin bo'lgan qismini yoki agar siydik yo'lini qovuqqa yaqin joyi saqlangan bo'lsa, ularni qovuq bilan qo'yish kerak.

Siydik yo'lining ochiq shikastlanishlari o'q, pichoq va boshqa sabablar natijasida hamda yatrogen (siydik yo'li bog'langanda yoki kesib tashlanganda) bo'lishi mumkin, bular operatsiya vaqtida aniqlanib, shubha tug'ilsa, venaga

indigokarmin yuborilib, uni yaradan chiqishini kutish kerak. Ko'chma rentgenoapparat yordami bilan operatsiya vaqtida ekskretor urografiya qilish mumkin.

Siydik yo'lining ochiq ekzogen shikastlanish alomatlari birinchi kunlari bo'lmasligi sababli, bir necha vaqt o'tgandan keyin ham ularni aniqlash juda qiyin, undan tashqari qoidaga binoan, bir vaqtda ichki qorin bo'shlig'i a'zolarining yaralanishi bo'lib, ularning belgilari birinchi o'rinda ko'rinib ular operatsiya qilishni talab etadi. Faqat qorin bo'shlig'ini operatsiya paytida tekshirayotgan vaqtda, ba'zida siydik yo'lining shikastlanganligini aniqlash mumkin. To'g'ri tashxis yaradan siydikni chiqib turishi ko'rinib tursa qo'yiladi. Lekin bu alomat ko'pincha yaralangandan bir necha kun o'tgandan keyin ko'rinadi. Ba'zida uni kechroq aniqlashadi, chunki qon aralashgan siydikni bog'larga shimirishi sababli, uni qon yoki qonli yiring deb bilishadi.

Maxsus urologik tekshirishlar to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradi. Ko'r (slepoe) yaralanishda rentgen surat yot qismning borligini, uning turgan joyini aniqlashga yordam beradi. Ekskretor urografiya yot jismning siydik yo'lga bo'lgan nisbatini aniqlashga yordam beradi.

Shikastlangan tomonda buyrakning ish faoliyati yo'q bo'lsa, siydik yo'lga kateter yuborib, surati olinadi. Fistulografiya siydik quyilgan xususiyatlarini va ularni siydik yo'li bilan bog'liqligini aniqlashga imkon beradi. Odatda siydik yo'li yaralanganligining tashxisi kechroq bo'lganligi sababli, buyrakning holatini ekskretor urografiya, radioizotop usul va retrograd pielografiyalar yordamida aniqlash mumkin. Shikastlanish o'z vaqtida aniqlanib, buyrakning ish faoliyati qoniqarli bo'lsa, a'zoni saqlaydigan operatsiya – siydik yo'lining oxirgi qismlari bir-biri bilan qo'shib tikiladi. Buyrakning ish faoliyati saqlanib va siydik infiltratsiyasi yo'qotilgan bo'lsa, kechroq bo'lsa ham plastik operatsiyalarni qilish mumkin. Birinchi davrda buyrakdan siydikni pielo-yoki nefropielostomiya yo'li bilan chiqarib, ikkilamchi davrda esa siydik yo'lini tiklaydigan plastik operatsiya bajariladi.

SIYDIK YO'LINING TORAYISHI.

Siydik yo'lining torayishlari tug'ma va yashash davrida paydo bo'ladi. Yorib ochishlarining ma'lumotlariga qaraganda tug'ma torayishlar bolalarda 0,6% uchraydi. Asosan ular buyrak jomi – siydik yo'li sohasida joylashib, gidronefroz yoki siydik yo'li-qovuq birlashmasining sababi bo'lib, siydik yo'lining kengayib, cho'zilib va egri –bugri (megaureter) bo'lishiga olib keladi.

Qoidaga binoan, tug'ma siydik yo'lining torayishi bir tomonlama bo'ladi. Tug'ma torayishlar siydik yo'li va qon tomirlarini bir-biri bilan anomaliya kesilishi tufayli bo'ladi.

Yashash davrida paydo bo'lgan siydik yo'lining torayishlari shikastlanishidan, nurdan va yallig'lanishlaridan kelib chiqishi mumkin. Siydik yo'lining shikastlanishidan kelib chiqqan torayishning sababi chandiqlarning paydo bo'lishidir. Ko'pincha siydik yo'lining chandiqlar bilan torayishiga ayollar jinsiy a'zolari raki yoki to'g'ri ichakning rakini nur bilan davolash sabab bo'ladi. Siydik yo'li to'g'ridan-to'g'ri 700 R me'yoridan kam bo'lmagan radiatsiya bilan nurlanganda, bu nur rak to'qimalarini o'ldirib, keyinchalik chandiqlanishiga va torayishiga olib keladi.

Nurlar bilan davolash ta'sirida chanoqning tagidagi yog' to'qima fibrozga aylanib, bu qattiq chandiqlangan infiltrat ikki siydik yo'lga ham o'tadi.

Pastki siydik yo'lining yallig'lanib chandiqlangan torayishlari o'ziga xos bo'lmagan torayishlar siydik yo'li va siydik yo'li kletchatkalarining har xil yallig'lanish kasalliklari tufayli paydo bo'ladi. Ko'pincha siydik yo'llari toshlarining uzoq vaqt turib qolishi natijasida uning devorida chandiqlik paydo bo'ladi.

Siydik yo'lining o'ziga xos yallig'lanish torayishining eng ko'p sabablaridan sil kasali bo'lib, u ko'pincha siydik yo'lining pastki qismini egallaydi. Boshqa sabablaridan brutsellyoz bo'lishi mumkin, u siydik yo'llarining klinik ko'rinishida sil kasali va shistosomozga o'xshab, siydik yo'llarining pastki bo'limlarida yaralarni va chandiqlarni (bilgartsioz) chaqiradi. Bilgartsiozning qo'zg'atuvchisi qon-tomirlarda tuxumlarini qo'yadi.

Siydik yo'llarining torayishlari o'zini klinik ko'rinishida bel sohasidagi og'riqlarni ba'zida simillagan, ba'zida buyrak sanchig'iga o'xshagan bo'ladi. Gidronefrotik transformatsiya rivojlangan vaqtida buyrakni paypaslashga moyassar bo'linadi. Siydik yo'llarining torayishlari qoidaga binoan piuriyalar bilan kuzatilib, pielonefritning alomati bo'ladi, siydik yo'li bir yo'la bitib ketgandan keyin piuriyaning chiqishi to'xtaydi. Siydik yo'lining torayishi tashxisida rentgenologik tekshirishlar (ekskretor urografiya, retrograd uretropielografiya, antegrad pielografiya) muhim ahamiyatga ega. Siydik yo'li chandiqlanib torayishini konservativ davolashning kelajagi natijasiz deb hisoblanadi. Bu kasallik operatsiya qilish uchun haqiqiy ko'rsatma hisoblanib, operatsiyaning xili buyrak va siydik yo'llarining anatomik va ish faoliyatlariga bog'liq bo'ladi. Buyrak parenximasi yetarli darajada saqlangan bo'lsa, a'zoni saqlab qoladigan operatsiyalar qilinadi. Ularning keng tarqalganlaridan quyidagilar bo'lib hisoblanadi: siydik yo'lining o'rta bo'limida uncha katta bo'lmagan torayish bo'lsa, oxirini oxiriga qo'yib anastomoz qilinadi; siydik yo'li distal qismining torayishida uretrostsistoanostomoz; siydik yo'lining pastki bo'g'ini (uning torayishi 5-10 sm bo'lganda) qovuq lahtagi bilan almashtirish Boari operatsiyasi; siydik yo'lining ko'p qismi zararlanganida ingichka ichak yoki yasama silikonlar bilan almashtirish; buyrakning autotransplantatsiyasi bajariladi.

QOVUQNING SHIKASTLANISHI.

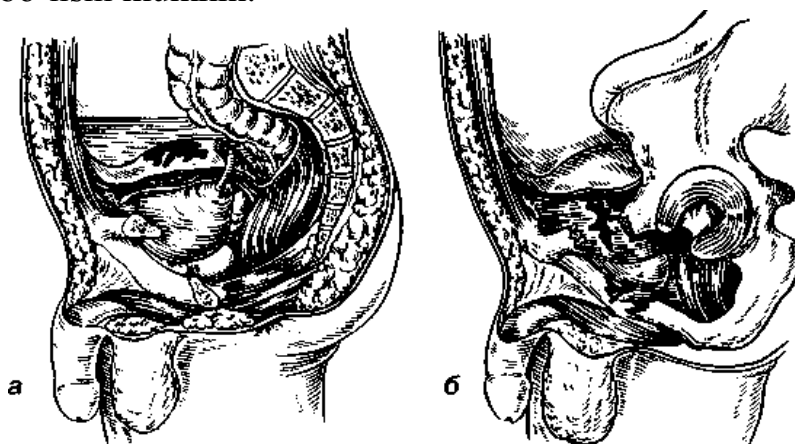
Qovuqning shikastlanishi ochiq va yopiq xillari bo'ladi. Ular ichki va qorin pardasidan tashqarisidagilarga bo'linadi. (121-rasm).

QOVUQNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI (YORILISHLARI)

Ichki a'zolarining shikastlanishlari orasida qovuqning yorilishlari 5-12 % tashkil qiladi. Ko'pincha ular asosan chanoq suyaklarining sinishida uchraydi. Bu vaqtda qoidaga binoan qovuqning qorin pardasidan tashqari yorilishlari bo'ladi.

Qorin pardasining tashqarisida bo'lgan qovuqning yorilishlari chanoq suyaklarining sinishida paydo bo'lib, suyak bo'laklari bilan yaralanishi yoki chanoq devorlariga qovuqni mustahkamlab turgan paylarning tortilishi natijasida bo'ladi. Ko'pincha yorilish bitta bo'lib, lekin ular ikkita va undan ham ko'p bo'lishi mumkin. Chanoq suyaklari singanda ko'pincha qovuqni va siydik chiqarish kanalining orqa bo'limini shikastlanishlari bilan birga bo'ladi. Yorilishning kattaligi

har xil bo'lishi mumkin: shikastlanish kichkina, oddiy ko'z bilan ko'rinishi qiyin bo'lgandan tortib, keng yaragacha va qovuqning siydik chiqarish kanalidan uzilib ketishiga qadar bo'lishi mumkin.



139-rasm. Qovuqning shikastlanish tasviri.

A-qorinning ichki bo'shlig'ida yorilish;

B-qorin bo'shlig'idan tashqari bo'lgan yorilish;

Shikastlanishning chuqurligi, qovuq devorining tashqi varag'ini yuqori qismidan tortib yoki uning shilliq pardasi uzilib (teshib utmagan shikastlanish) hamda qovuqning hamma devorini teshib uning bo'shlig'iga ham kirishi mumkin.

Chanoq suyaklari shikastlanmasdan, qovuqning shikastlanishi negizida, to'lib turgan qovuqning gidrostatik bosimning oshishiga asoslangan. bu vaqtda qovuq yorilishining paydo bo'lishida faqat zarbaning katta kuchi muhim ahamiyatga ega bo'lmay, uning tezligiga, birdaniga bo'lgan ta'siriga va qovuqning to'lish darajasiga bog'liq. Bunday shikastlanishlar zarba bo'lganda, chayqalganda va hattoki birdaniga mushaklarning taranglashganida, ayniqsa alkogol kayfi holatida, qachonki qorinning oldingi devori o'zini himoya qiladigan taranglashishining susayishida va qovuq haddan tashqari to'lgan vaqtda paydo bo'ladi.

Chanoq suyaklarining sinishiga bog'liq bo'lmagan qovuqning yorilishlari ko'pincha qorin bo'shlig'i ichida bo'lib, qorin pardasi bilan yopilgan qovuqning yuqori qismida joylashadi.

Ba'zi holatlar shunday muhim ma'lumotga egaki, to'lib turgan qovuqning yuqori qismi suyak himoyasiga ega bo'lmaganligi sababli, oldingi qorin devori orqali bo'lgan zarbaning kuchi osonlikcha unga ta'sir qiladi.

Qovuqning katta hajmdagi yorilishi birdaniga qorin bo'shlig'i va qorin bo'shlig'ining tashqarisida bo'lgan, uning qismlarini o'z ichiga olishi mumkin. Ba'zida qovuq yorilishining ikki davrli bo'ladi, ya'ni hamma qavatidan teshib o'tmagan shikastlanishi bir necha soat yoki bir necha kundan keyin qovuqning to'lib ketishi, tashqi qo'shimcha zarba yoki ehtiyotsizlik bilan metall kateter orqali muolaja bo'lganligi sababli bo'lishi mumkin. Qovuqning har qanday yorilishida yaradan qon oqishi paydo bo'lib, ular qisqa uzoq vaqt davomida bo'lishi mumkin. yorilishning joyiga va darajasiga qarab, qon qovuq bo'shlig'iga, qovuq oldi kletchatkaga yoki qorin bo'shlig'iga quyilishi mumkin.

Qovuqning teshib o'tgan kichikroq yorilishlarida, yara qonning ivigani yoki qorin bo'shlig'i ichidagi yorilishlarida ichak yog'i bilan berkitilib qolishi hamda yaraning chekkalari yopishib qolishi natijasida yara yopilib qolishi mumkin. Bunday

yopilishlar ko'pincha, vaqtincha va mustahkam bo'lmay, jiddiy tashxisini qiyinlashtirishi mumkin.

Biroz miqdorda toza siydik qorin bo'shlig'iga tushib qolsa, qorin pardasini qitiqlangan alomatlari, ayniqsa og'ir shikastlanishlarning birga kuzatilganda bo'lmasligi mumkin.

Qovuqdan siydik chiqarish kanalining uzilib ketishi, shikastlanishning og'ir va murakkab xili bo'lib hisoblanadi. bu shikastlanish chanoq suyaklarining sinishida, suyak bo'laklari qovuq bo'ynini kesib o'tishi yoki qarama-qarshi yo'nalishidagi kuchlar ta'sirida paylarning tortilishi natijasida paydo bo'ladi. Ichki sfinkterni qovuq bilan birga yuqoriga qarab siljishi sababli qovuqda siydik ushlanib qoladi. Siydik vaqti-vaqti bilan ajralib chiqib, kichkina chanoqning to'qimalariga tarqaladi. Bu esa shikastlanishning og'ir asoratlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Alomatlari va klinik kechishi.

Og'riq qorinning pastki qismi va qov ustida bo'lishi, qovuqning qorin pardasining tashqi tomonidan bo'lgan yorilishlarning ko'p uchraydigan alomatlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Ba'zida og'riqlar oraliqqa, to'g'ri ichakka, olatga qarab tarqalib, kuchanganda kuchayadi. Boshqa muhim alomatlaridan siyishning (mustaqil siya olmaslik, tez-tez va qiyinchilik bilan oz miqdorda siyish yoki unumsiz kuchanish, biroz miqdorda siydikning chiqishini kuzatilishi, ba'zida bir necha siydik tomchilari qon bilan bo'yalgan bo'lib, yoki sof qonning chiqishi bilan kuzatiladi). biroz siyishga harakat qilinganda oraliqda yoki qorinning pastki qismida og'riqlarning paydo bo'lishi, tez-tez bo'ladigan belgilardan hisoblanadi-bemor o'zining to'qimalariga siyadi.

Hamma siydik a'zolarining va qovuqning shikastlanish belgilariga gematuriyaga xos bo'ladi. Qovuqning shikastlanishida terminal gematuriya eng ko'p kuzatiladi. lekin qovuqning yorilishida doimo kuzatilgan gematuriya total gematuriya bo'lishi mumkin. Oldingi qorin devorini paypaslaganda, qovuq ustida taranglanish borligini aniqlash mumkin. To'qqillatgan vaqtda qov ustida o'tmas tovushni yonbosh sohalarga taraqalishi, qovuq oldi va qovuq atrofidagi yog' to'qimalarida siydik va qonning yig'ilishi tufayli infiltrat hosil bo'lganini bildiradi. Bunday o'tmas tovush qovuqning bo'shagan faktida ham yo'qolmaydi. Shikastlanishning birinchi soatlarida qov ustida o'tmas tovushning bo'lmasligi mumkin. U faqat chanoq yog' to'qimasida ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilganda paydo bo'ladi. Barmoq bilan to'g'ri ichak orqali tekshirganda, qovuq oldi yog' to'qimasida og'riqni va qattiq zichlangan joyning borligi aniqlanadi.

Siydikning o'tkir tutilishi, unumsiz kuchanishlarda vaqti-vaqti bilan siydik chiqarish kanalining tashqi teshigidan oz miqdorda qonning chiqishi, undan so'ng siydikning quyilishi va qovuq atrofidagi to'qimalarda siydik infiltratsiya alomatlarining ko'rinishi, qovuqning bo'ynidan uzilib ketganligini bildiradi.

Qovuqni qorin bo'shlig'i ichida yorilganligini tasdiqlaydigan eng birinchi alomatlaridan biri qorinda og'riqni doimo bo'lishidir. Ba'zi bir bemorlarda og'riqlar avvalo qorinning pastki qismida joylashib, keyinroq tarqalish xususiyatiga ega bo'ladi, boshqalarda esa darhol qorin bo'ylab seziladi. Qorin ichidagi yorilishlarda ko'pincha og'riq natijasida shok rivojlanadi.

Qovuqning qorin ichida va tashqarisida yorilishlarining boshqa alomatlaridan siyishning buzilishi bo'lib hisoblanadi: tez-tez unumsiz kuchanishlardan keyin oz

miqdorda qon bilan aralash siydik yoki sof qonning chiqishi. Siydikning asosiy qismi yorilgan joy orqali qorin bo'shlig'iga tushadi. Ba'zida mustaqil siyish saqlanadi yoki qovuqning yorilgan joyi yopilishi yana paydo bo'ladi, lekin siydikning oqimi sust bo'lib, odatdagi bosimi bo'lmaydi.

Qovuqning qorin ichida yorilgan alomatlaridan birinchisi va ko'p uchraydigani terminal yoki total gematuriya bo'lib, lekin siydik to'xtab qolganda, u faqat qovuqni kateterizatsiya qilganda aniqlanadi. Qorin devorini to'qqillatib va paypaslaganda bemor qorinning pastki qismida og'riq sezadi. Ko'pincha birinchi daqiqalarda oldingi qorin devorini taranglashgani, qorin pardasining qitiqlanganligi, kechroq esa peritonitning rivojlanganligi aniqlanadi.

Paypaslab va to'qqillatganda qovuqning chegarasi ko'rinmaydi. Qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik (siydik, ekssudat) yig'ilsa, qorinning nishob joylarida to'qqillatganda o'tmas ovozlar aniqlanadi. Barmoq bilan to'g'ri ichak orqali tekshirganda, qovuq-to'g'ri ichak burmasining tekis bo'lib qolganligi aniqlanadi.

Tashxisi. Bemor so'rayotgan vaqtda shikastlanishni qanday sodir bo'lganini aniqlash kerak. Alkogol kayfi holatidagi zarba-qorin ichida bo'lgan qovuqning yorilishi uchun, chanoqning shikastlanishida esa qorindan tashqari bo'lgan qovuqning yorilishiga xos anamnez bo'lib hisoblanadi. Qorinning pastki qismida terining tindalanishi, qov ustida to'qqillatganda aniq chegarasi bo'lmagan keng o'tmas tovush, shu sohani paypaslaganda birdaniga og'riqning bo'lishi, oldingi qorin devorining mushaklarini taranglanishi qorin pardasi qitiqlanishining boshqa alomatlari, siyishni buzilishi, gematuriya, qovuqning shikastlanishiga shubha uyg'otish kerak. Ayniqsa chanoq suyaklarining singanligi aniqlansa, bu shubhaning tasdiqlanganligi bo'ladi. Qovuqning kateterizatsiyasi tashxisining asosiy usullaridan biri bo'lib hisoblanadi. Qovuq yorilganda kateter orqali siydik tushmaydi yoki kuchsiz oqim bilan qon aralash oqadi. Qovuqni qorin bo'shlig'i ichida bo'lgan yorilishlarida qovuqqa kateter yuborishi bilan siydik chiqmaydi, uning ichkariga yuborganda kateterning tumshug'i qovuqni yarasi orqali qorin bo'shlig'iga tushsa, birdaniga qovuq hajmidan ko'p bo'lgan suyuqlik (bir necha litrgacha) ajralib chiqadi. Chiqarilgan suyuqlik siydik va ekssudat aralashmasi bo'lib, ko'p miqdorda 10-20 g/l gacha oqsildan tashkil topgan bo'ladi. Bu alomatni odatda shikastlanishdan 12 soat o'tgandan keyin aniqlanadi.

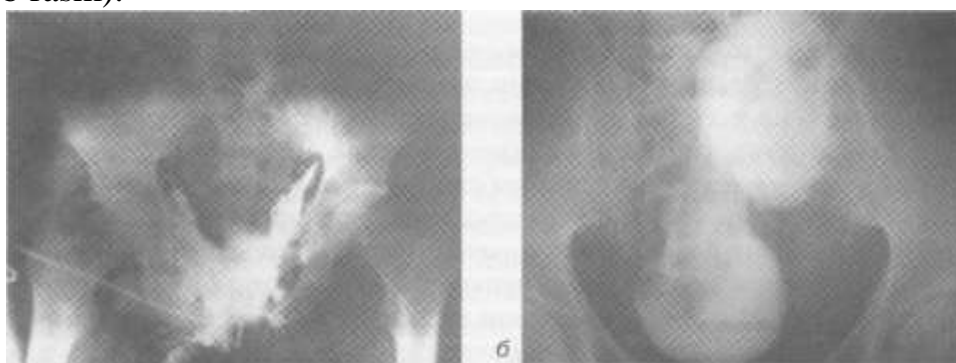
Qovuqning yangi teshib o'tgan yorilishlarida, ko'pincha qovuqning suyuqlik bilan to'ldirib bo'lmasligi va unda qonning oqishi davom etayotganligi sababli, yetarli darajada tiniqlikni hosil qilaolmasligi tufayli sistoskopiya qilish imkoni bo'lmaydi. Bundan tashqari sistoskopiya vaqtida infeksiyaning kirishi hamda teshib o'tmagan yorilishlarni teshilish xavfi bo'lishi sababli chanoq suyaklarining sinishi bemorni ahvolini yomonlashtirib qo'yishi mumkin.

Qovuqning yorilgan tashxisida ekskretor urografiyaning tushayotgan sistografiya bilan birga qo'llaniladi. Lekin bu usul ko'pincha qovuqni yetarli darajada ko'rsata olmaydi. Bundan tashqari shikastlanish shoki tufayli buyrak ish faoliyatining susayishi va arterial qon bosimini filtratsiyadan past bo'lishi uni qo'llash uchun noqulay bo'ladi.

Eng sodda va ishonchli rentgenologik tashxis usullardan retrograd sistografiya. Rentgenokonstrast moddani qovuqning tashqarisiga, qorin bo'shlig'iga yoki chanoq kletchatkasiga oqib tushishi, qovuqning yorilishini guvohi bo'ladi. Ba'zida

sistogramma qovuq devorining shikastlangan joyini aniqlashga imkon beradi. Qovuq devorining nuqsonini katta-kichikligi va uning turgan joyiga, rentgenokonstrast moddani quyilishiga qarab, ular har xil shaklda bo'ladi. qorin pardasidan tashqarida bo'lgan shikastlanishda, agar nuqson qovuqning bo'yin sohasida bo'lsa, rentgenogrammada rentgenokonstrast modda oldida va yon tomonlarida yo'lga o'xshab, har xil kenglikda – «nur alomati» bo'lib ko'rinadi. Qovuq devorining oldida va orqasida yorilishlar o'rni bo'lsa, yonbosh suyakning qanotlarigacha juda ko'p rentgenokonstrast suyuqlig'ini quyilgani ko'rinadi. Agar yon devorlaridan biri shikastlansa, quyilish shu tomonda aniqlanadi (69-rasm).

Qorin bo'shlig'ining ichidagi shikastlanishlarida rentgenokonstrast moddani qorin bo'shlig'ining yonbosh kanallariga quyilishi, tashqi tomoni do'mboq ichki qismi jimjima yo'lga o'xshab, yoki qovuq-to'g'ri ichak chuqurchasi to'lganida, qovuqning ustki qismida quyilish xuddi bir butun yo'lga o'xshab o'ziga xos bo'ladi. (140- b rasm).



140-rasm. Qovuqning yorilishlaridagi sistogrammalar.

A-Qovuqning qorin pardasidan tashqaridagi yorilishi, rentgenokonstrast moddaning qovuqdan tashqariga quyilishi; B-qorin bo'shlig'i ichidagi qovuqning yorilishi, qovuq ustida rentgenokonstrast moddaning quyilishi.

Qovuqning tashqi tomoniga rentgenokonstrast suyuqligini quyilishi uchun, uni ko'p (350-400ml) miqdorda yuborish kerak. Rentgenogrammalarni ikki tasvirda qilinadi. Qovuqni orqa devorining nuqsonidan oqib chiqqan va uning ko'lankasiga berkingan rentgenokonstrast suyuqlikni qovuqdan kateter orqali chiqargandan keyin, rentgenogrammada aniqlash mumkin. qovuq devorining mayda va berkilib turgan shikastlanishlarini aniqlash uchun «kechiktirilgan» sistografiyani bajarish kerak. Qovuqqa rentgenokonstrast moddani 30-40 daqiqa yuborgandan keyin surati olinsa, unda rentgenokonstrast suyuqligini mayda yoki «berkilgan» nuqsonlarga kirishi orqali aniqlanadi.

Qovuq bo'ynidan uzilganida, retrograd uretrografiya rentgenokonstrast moddani siydik chiqarish kanalining tashqi chegarasiga va uning ichki teshigi sohasigacha oqib borgani aniqlanadi.

Farqlovchi tashxisi.

Qovuqning qorin pardasidan tashqari shikastlanishi, ko'pincha siydik chiqarish kanalining orqa bo'limi shikastlanishining klinik ko'rinishiga o'xshaydi. Bu xildagi shikastlanishlarni aniqlash uchun uretrotsistografiya yordami kerak bo'ladi. Bu esa siydik chiqarish kanalini yoki qovuqning butunligini aniqlashga imkon beradi. Qovuqning qorin bo'shlig'i ichidagi shikastlanishi, ko'pincha qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlarini eslatadi: jigar, qora taloq, yo'g'on yoki ingichka

ichaklarning ichaktutqich qon-tomirlarini, bu shikastlanishlar qorinda shiddatli og'riqlar, ichki qon oqish belgilari va qorin pardasining qitiqlangan alomatlari bilan kuzatiladi. Lekin ko'rsatilgan a'zolar shikastlangan bo'lsa -yu qovuqning yorilishiga xos siyishning buzilishi va gematuriya bo'lmaydi. Sistografiyada qovuqning shikastlangan rentgenologik belgilarining yo'q bo'lishi, qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini, yana ham ishonch bilan tashxis qo'yishga imkon beradi.

Davosi.

Qovuqning teshilmagan shikastlanishi konservativ yo'li bilan davolanadi. Agar mustaqil siyishi saqlansa, qovuqni kateterizatsiya qilish uchun zarurat bo'lmaydi. Siyish to'xtab qolsa, qovuqqa doimiy kateter o'rnatiladi. qovuq teshilganida davosi faqat operatsiya usuli bo'lib hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi qovuq devorining butunligini va siydikning chiqishini tiklash.

Qorin bo'shlig'i ichida shikastlanish bo'lsa, laparotomiya qilinib, qorin bo'shlig'i sinchiklab quritilib ko'riladi. Qovuqni yarasi ikki qavat qilib tikiladi. Erkaklarda qovuqdan siydikni ajratish usulidan ishonchlisi epitsistostomiya bo'lib hisoblanadi.

Ayollarda qovuqni berk qilib tikib, uretra orqali unga siydikni chiqishi uchun rezina nayini qo'yiladi. Agar peritonit bo'lsa operatsiyani oxirida qorin bo'shlig'iga rezina yoki xlorvinil naylari qo'yilib, u orqali antibiotiklar yuboriladi va boshqa maxsus davolash o'tkaziladi. Peritonit bo'lmasa qorin bo'shlig'i berk qilib tikiladi. peritonitning oldini olish maqsadida operatsiyani juda erta qilish kerak.

Qorin pardasidan tashqarida bo'lgan yorilishda, qov ustida ekstraperitoneal usul bilan qovuq ochilib tekshiriladi, topilgan nuqsonlar tiqilib, albatta epitsistostomiya yo'li bilan drenaj qo'yiladi. siydikni qovuqdan chiqib atrofga to'planmasligi uchun qovuq oldi bo'shlig'i yoki quymich-to'g'ri-ichak bo'shlig'iga naycha qo'yiladi. Ba'zi hollarda kichik chanoqqa qov ustidagi yara orqali nay qo'yilib, undagi suyuqlikni faol ravishda so'rib turishga yo'l qo'yiladi.

Qovuqning yorilishi chanoq suyaklarini sinishi bilan birga bo'lganida davolash tadbirlari bir nechta bo'lib, ular osteomielit va oqma yaralarning oldini oladigan bo'lishlari kerak.

Agar qovuqning bo'yni operatsiya vaqtida uzilib ketsa, qovuqqa nay qo'yib, qovuq bilan siydik chiqarish kanalini tutashtirib yo'lini tiklash kerak. Operatsiya vaqtida siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa shishiriladigan balonli kateter o'rnatilib, uni bir oz tortib qovuq uretraga tikiladi. Bunday operatsiyadan keyin chanoq kletchatkasiga berkitilgan teshik orqali nay qo'yilishi kerak.

Qovuqning qorin pardasidan tashqari teshilib yorilishida operatsiya ertaroq, birinchi soatlarida qilinishi zarur. Operatsiya kech bo'lsa jiddiy asoratlar rivojlanib o'limga olib keladi. Qovuq oldi to'qimasini yupqa devorli ko'p va oson shikastlanadigan venalar teshib o'tgan u osonlikcha nekrozga uchrab, yiringlab va erib ketib shikastlanishdan keyin ko'p vena trombozlarini kuchaytiradi. natijada chanoq urogematomasi chanoq flegmonasiga aylanadi. Chanoq suyaklarining sinishi ko'pincha osteomiolitni rivojlantiradi.

QOVUQNING OCHIQ SHIKASTLANISHI.

Qovuqning ochiq shikastlanishlari ko'pincha o'q bilan otilgan, sanchilgan yoki kesilgan xillari bo'ladi. Ularning orasidan oxirgisi operatsiya vaqtida bevosita

qovuqning kesilgan yaralari bo'lib qolishi mumkin. (churra va ginekologik operatsiyalar, lapartomiyalar).

Qovuqning pichoq, hayvonlar shoxi ta'sirida qorinning oldingi devori, oraliq va qin orqali yoki boshqa sababdan chanoq suyaklarining ochiq shikastlanishida ularning bo'laklari sanchilganda qovuq yaralangan bo'lishi mumkin.

Otilganda qovuqda teshib o'tgan yoki ko'r yaralar bo'ladi. O'q yoki metall parchasi qovuqda to'xtab qolib, kelajakda toshning yadrosini tashkil qilishi mumkin. Teshib o'tgan yarada metall atrofidagi to'qimalarda to'xtab qoladi. Qovuqning ochiq shikastlanishlari ichki va qorin pardasidan tashqarisidagilarga bo'linadi. Qovuqning alohida yaralanishi juda kam uchraydi. Ko'pincha birdaniga qo'shni a'zolar ham shikastlanadi: qorin bo'shlig'i ichida ingichka ichak, qorin pardasidan tashqaridagilarga chanoq suyaklari, to'g'ri ichak kiradi. Qovuqning shikastlanishida juda kam jinsiy a'zolar, katta qon-tomirlari va siydik shikastlanishlari uchraydi. Qovuq devorining shikastlanishi ko'pincha snaryadning shakliga va katta – kichikligiga bog'liq bo'ladi: Qovuq devori o'q, pichoq bilan yaralanganda uni yarasi kichik va chekkalari tekis bo'ladi, metall bo'laklari bilan yaralanganda yaraning shakli noto'g'ri, chekkalari majaqlangan bo'ladi.

Qovuqning o'q bilan otilgan yarasida, siydikning oqib tarqalishi xuddi qovuqning yopiq shikastlanishiga o'xshaydi, lekin siydik-jinsiy diafragmmasining bir vaqtida yaralanishida, siydik oraliq to'qimalariga hamda ishiorektal chuqurchasiga, moyak haltachasi va olatning teri ostiga tarqaladi. O'q va metall parchasi bilan yaralanganida yaraning ichiga kiyimlarning lahtagi va tuproq bilan anaerob infeksiyalar kirib, yaradarning ahvolini og'irlashtiradi.

Alomati va klinik kechishi.

Qovuqning ochiq yaralangan alomatlari ko'pincha uning teri osti yaralanishiga o'xshaydi. Ichak, umurtqa poganasi yoki katta qon-tomirlar bilan birgalikda yaralanishlarda bemor shok holatida bo'lib, og'riqlar qorinning pastki qismida seziladi. Gematuriya va siyishga tez-tez kuchanishlar bo'ladi: unumsiz yoki oz miqdorda siydikning ajralib chiqishi kuzatiladi.

Yaradan siydikning ajralib chiqishi shubhasiz qovuqning ochiq shikastlanish belgisi hisoblanadi. Bu belgi yaralanishdan keyin qovuq siydik bilan to'lsa, qorin pardasidan tashqarida joylashgan vaqtda bo'ladi. Aks holda siydik qorin bo'shlig'iga o'tadi. Ba'zida siydikning yara orqali chiqmasligi, yara devorlarining yopishib qolganida, qovuqda bosim ko'tarilsa yaradan siydik chiqishi yana qaytariladi.

Qovuqning ochiq shikastlanishlari ichki a'zolar yaralanishlari, chanoq fassiyalarini bir butunligining buzilishi, yaralayotgan snaryad bilan infeksiyani birga kirishi sababli yopiq shikastlanishga qaraganda ancha og'irroq bo'ladi.

To'g'ri ichak ham yaralanganda, siydikka ahlat qo'shilib chiqadi, siydik chiqarish kanalidan ichak gazlari ham chiqib tez-tez og'riqli defekatsiya bo'ladi, orqa teshik orqali qon aralash siydik ham ajralib chiqishi mumkin.

Chanoq suyaklarining shikastlanishi qovuqning o'q bilan otilgan yarasi bilan birga bo'lsa, osteomielitning rivojlanishiga olib kelib, yara davrini og'irlashtiradi.

Qovuq qorin bo'shlig'ida ochilsa paritonit, qorin pardasidan tashqarisida ochilsa, chanoqning siydikning flegmona va urosepsis alomatlari ustunlik qiladi.

Tashxisi. Qovuqning ochiq shikastlanishini aniqlash, yaraning joylanishiga va yara kanalining yo'nalishiga, gematuriya va unumsiz siyish istaklarining borligiga

hamda yonbosh-chov sohasi (qorin pardasidan tashqari yaralanganda) yoki qorinning yonbosh kanallarini (qorin bo'shlig'ida yaralanganda) to'qqillatganda ularda o'tmas ovozning bo'lishiga asoslangan yaradan siydikning oqishi eng muhim, lekin ko'pincha kech bo'lgan alomatlaridan biri bo'lib hisoblanadi.

To'g'ri ichak orqali qovuqni qorin bo'shlig'ida yaralanishi tekshirilganda to'g'ri ichak-qovuq qorin pardasini o'tish joyini osilib turganini aniqlashga imkon beradi.

Retrograd sistografiya qovuqning yopiq shikastlanishida katta ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirishlar o'tkazishga imkon bo'lmasa, qovuqqa bo'yalgansuyuqlik yuborilsa, yaradan uning oqib chiqishi, qovuqning yaralangan tashxisini tasdiqlaydi.

Davosi. Qovuqning ochiq va yopiq shikastlanishlari tezlik bilan operatsiya qilishni talab qiladi. Operatsiyaning asosi bir xil. Agar qovuqning qorin pardasidan tashqari bo'lgan qismining yarasidan siydik bemalol oqib chiqsa va to'qimalarda siydik infiltratsiyasining belgilari bo'lmasa, teshikni tikib va epitsistostomiya qo'yish bilan kifoyalanish mumkin. Agar chanoq kletchatkasi siydik yoki yiring bilan infiltratsiyalansa, uni yopilgan teshik orqali yoki boshqa usul bilan nay qo'yish kerak. Agar to'g'ri ichak ham yaralansa, najasning chiqishi tabiiysiga qarama-qarshi yo'lni hosil qilish bilan ta'minlanadi.

Qovuq qorin bo'shlig'iga ochilsa, laparotomiya qilinib, qorin bo'shlig'idagi a'zolar tekshirilib, qovuq yarasi va qorin bo'shlig'i tikilib epitsistostoma qoldiriladi. (agar peritonit rivojlansa, qorin bo'shlig'ida naychalar qoldiriladi).

Natijasi. Agar qovuqning har turdagi shikastlanishlar sababli operatsiyalar o'z vaqtida qilinsa hamda qovuq va chanoq kletchatkasiga to'g'ri nay qo'yilsa, operatsiyadan keyingi natijasi qoniqarli bo'lib, hayotini yaxshi va sog'lom bo'lishiga yordam beradi.

SIYDIK CHIQRISH KANALINING SHIKASTLANISHI.

Siydik chiqarish kanalining shikastlanishi soni bo'yicha siydik va jinsiy a'zolarining shikastlanishlari orasida birinchi o'rinni egallaydi. Erkaklarda ular ayollarga qaraganda ancha ko'p kuzatiladi. Uretraning ochiq va yopiq shikastlanishi xillari bo'ladi.

SIYDIK CHIQRISH KANALINING YOPIQ SHIKASTLANISHI.

Siydik chiqarish kanalining yopiq shikastlanishi, uretraga tashqi kuchlarning ta'siri natijasida hamda chanoq suyaklarining sinishi tufayli bo'ladi. Birinchisida oraliqda yuzaki joylashgan uretraning bulboz qismini shikastlanishida paydo bo'ladi. Odatda oraliq bilan qandaydir qattiq jismga yiqilganda yoki oraliqqa zarba bo'lganda vujudga keladi. Qov suyaklariga mahkamlangan siydik chiqarish kanalining bulboz qismi, shikastlantirayotgan jism orasida eziladi. Uretraning osilib turgan bo'limining yorilishi juda kam uchraydi, chunki uning harakatchanligi tufayli zarba berayotgan jismdan siljib ketadi.

Chanoq suyaklari singanda uretraning orqa qismi, ko'pincha uning pardasimon, kam hollarda esa prostata bo'limlari shikastlanadi. Chanoq suyaklarining sinishi va uning bo'laklarini siljishi tufayli hamda uretrani chanoq devoriga yopishgan joylar orasining kengayganligi natijasida, siydik chiqarish kanali yoriladi. Ba'zi bir holatlarda faqat suyak bo'laklarining siljishi natijasida siydik chiqarish kanalining yorilishi mumkin.

Siydik chiqarish kanalining bevosita shikastlanishi hamda chanoqning sinishida-uretra devorining bitta qavatini biroz yorilishidan tortib, kanalining bir yo'la ko'ndalangiga uzulishi har xil darajada bo'lishi mumkin. Shikastlanishni ikki xil yorilishiga ajratish mumkin: agar yorilish hamma qavatlarida, qisman yoki teshib o'tmagan, siydik chiqarish kanalining ma'lum bo'limida hamma qavatlari yirtilib, uning ichki qismi uretra atrofidagi to'qimalar bilan quyilish yo'li bo'lsa, teshib o'tgan yoki to'la yorilish deb ataladi. Shikastlanishning ikkinchi xilida siydik uretra atrofidagi to'qimalarga quyilib, ularni siydik infiltratsiyasiga olib keladi. Siydik chiqarish kanali teshilmagan bo'lmasa hamma qavati yorilmagan bo'ladi. Yorilishida bunday bo'lmaganligi uchun uning natijasi tuzikroq bo'ladi.

Siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limini yorilishida, uning atrofidagi to'qimalarning shikastlanishi odatda ko'p bo'lmaydi, faqat chanoq tubining pastida joylashgan to'qimalar talofatga uchraydi. Uretradan tashqariga siydik quyilsa oraliq moyak va sonning teri osti kletchatkasini infiltratsiya qilib, ba'zida qoringa ham tarqaladi.

Chanoq suyaklarining sinishi natijasida siydik chiqarish kanalining orqa bo'limini yorilishida siydik keng quyilib, ular hamma chanoq, qorin orti bo'shlig'i va qorin pardasi tagidagi kletchatkasni, oraliq kletchatkasini, moyak haltachasini, sonni va qorin devorini o'z ichiga oladi. Bu esa juda og'ir asoratlarning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. (hammadan avval chanoq flegmonasini).

Siydik chiqarish kanalini asboblardan bilan shikastlanishi maxsus guruhlarini tashkil qilib bular *soxta yo'llar* deb ataladi.

Soxta yo'l-siydik chiqarish kanalining devori mexanik shikastlanishi natijasida parauretral bo'shlig'ida qo'shimcha yo'l hosil bo'ladi. Odatda soxta yo'llar, uretraning anatomik qisqargan yoki to'silgan joylaridan asboblarni o'tkazayotgan vaqtda qarshilikka duch kelganligi sababli soxta yo'llar paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu joylardan asboblarni qo'pol va majburiy o'tkazgan vaqtda soxta yo'llar paydo bo'ladi. Ko'pincha ular piyozsimon, pardasimon va ba'zida prostata bo'limlarida bo'ladi. Og'riqlar oraliqda va orqa yo'l sohasida sezilishi uretrorragiya va qiyinchilik bilan siyish, hattoki uning to'xtab qolishi, soxta yo'llarning belgilari bo'lib hisoblanadi. Ba'zi hollarda o'z o'zidan bitib ketadi, lekin yaqqol ko'ringan qon oqish yoki siyishning buzilishi tezkorlik bilan operatsiya qilishni talab qiladi. Qonning oqishini to'xtatish, siydik infiltratsiyasini oldini olish maqsadida parauretral bo'shlig'iga nay qo'yilib, siydik epitsistostomiya yo'li bilan tashqariga oqiziladi.

Ayollarda uretraning shikastlanishi ancha kam uchraydi, asosan u asoratli tug'ishlar vaqtida paydo bo'ladi.

Alomati va klinik kechishi. Siydik chiqarish kanalining shikastlanishiga uchta alomat xosdir: uretrorragiya, siydikni to'xtab qolishi va oraliq gematomasi (urogematoma).

Uretraning to'liq va qisman yorilishlarida qonning oqishi mumkin. U odatda siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limining yorilishida juda yaqqol ko'rinadi. Bunda qon siyish uretrani atrofiga chiqadi. Bunda uretradan qon siyish vaqtidan tashqari vaqtda chiqadi (uretrorragiya).

Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limining yorilishida qonning oqishi *initsial gematuriya* shaklida bo'lib, qon bemorning siyishiga uringan vaqtida chiqadi. Ko'pincha shunday urinish, faqat oz miqdorda qonni siydiksiz oqishiga olib keladi.

Siydik chiqarish kanalining yorilishida qonning oqib chiqmasligi, yirtilgan kanalda to'qimalarning siljishi, yoki uning o'tkazuvchanligini buzilishi yoki qon oqishning qisqa muddatda bo'lishi natijasida kelib chiqadi.

Uretraning yorilishida siydikning to'xtab qolishi uning interstitsial yoki parautetral gematoma bilan bosilishi yoki siydik chiqarish kanalining ichini qonning ivigani bilan to'silishi va yirtilgan uretraning uchlarini siljishi va ayrilib ketishi natijasida bo'lishi mumkin. Ba'zi vaqtlarda siydikning to'xtashi darhol shikastlanishdan keyin boshqa hollarda kechroq rivojlanib, bir necha soat yoki kundan parauretral to'qimalarda patologik o'zgarishlar asta-sekin ko'payib, uretraning bosilishi natijasida paydo bo'ladi. Siyishning to'xtashi to'la va qisman bo'lishi mumkin. Oxirida bemor siyish vaqtida qiynaladi, siydik bo'linib-bo'linib ingichka bo'lib chiqadi. Ba'zi vaqtlarda siydikning to'xtashi vaqti-vaqti bilan bo'lib, siyishga urinish siydikning chiqishi bilan tugallanadi. Uretraning devori qisman yorilganda ba'zan uretraning siyishga uringan paytda birdaniga uretra va oraliqda paydo bo'lishi tufayli bemor siyishni reflektor ravishda to'xtatadi.

Siydik chiqarish kanalining devori to'liq yorilganda parauretral to'qimalarga qon qo'yilib oraliqda gematoma paydo bo'ladi. Uretraning markaziy qismidan siyish vaqtida siydikni gematomaga quyilishi, urogematomaga aylantiradi, uning mexanik yo'l bilan bosilishi hamda siydikning ta'siri to'qimalarni buzishga imkon yaratadi. Infeksiyani qo'shilishi flegmona va urosepsisga olib keladi. Uretraning shikastlanishi shunday asoratlarga olib kelsa natijasi yaxshi bo'lmaydi.

Siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limi shikastlanganida, gematoma moyak va qov sohalarida bo'ladi.

Terining qizarishi, infiltrat ustida ko'kimtir-to'q qizil dogni bo'lishi, to'qimalarni ancha shishib ketishi paypaslaganda flyuktuatsiya va keskin og'riqlar, bemorning umumiy ahvolidan og'ir bo'lishi «siydik» flegmona va sepsisning rivojlanganliining guvohi bo'ladi. Bunday asoratlar shikastlanishdan 18-24 soat o'tgandan keyin rivojlanadi.

Tashxis. Ko'p hollarda siydik chiqarish kanalining shikastlanishlarini aniqlashda qiyinchiliklar bo'lmaydi. Shikastlanish holatining xususiyati, siydik chiqarish kanalidan qonning oqishi, siydikni to'xtab qolishi, qovuqning cho'zilishi va oraliqdagi gematoma to'g'ri tashxis qo'iyishga imkon beradi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda, prostata bezi sohasida xamirga o'xshash qavariqni topilishi va uni barmoq bilan bosganda, tashqi siydik chiqarish teshigidan qonni chiqishi siydik chiqarish kanalining orqa bo'limida shikastlanishning borligi aniqlashga imkon beradi. Bu masalani yechishda siydik chiqarish kanaliga kateterni yuborish maqsadga muvofiq bo'lmaydi. Bu esa shikastlangan joyga zarba berish va infeksiya kirishiga sabab bo'lishi mumkin, undan tashqari kateterizatsiya orqali faqat shikastlangan joyni aniqlash mumkin, lekin uning darajasini aniqlab bo'lmaydi. Retrograd uretrotografiya rentgentkontrast moddani uretra atrofidagi to'qimalarga o'tishini aniqlab, siydik chiqarish kanalining shikastlangan darajasini, uning joylashgan o'rnini to'g'ri aniqlashga va uning qovuqning qorin pardasidan tashqari shikastlanishidan ajratishga imkon beradigan birdan-bir usul bo'lib hisoblanadi. (123-rasm.)

Quyilishning katta kichikligi uning darajasini, kengligini va shikastlanishning turgan joyini aniqlashga imkon beradi.



141-rasm. Uretrogramma. Siydik chiqarish kanalining yorilishi.

Rentgenkontrast moddani siydik chiqarish kanalidan uretro atrofidagi to'qimalarga quyilishi.

Davosi. Uretraning yorilishi chanoq suyaklarining sinishi bilan birga bo'lgan vaqtdagi davosi, uning chanoq suyaklarining sinishsiz davosidan tubdan farq qiladi. Chanoqning sinishida va unga bog'liq bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun qo'shimcha davolash tadbirlari ishlatish zarur.

Siydik chiqarish kanalining devorini qisman yorilishida konservativ davo yaxshi natija beradi. U bemorning o'rnida yotib tuzalish tartibini, oraliqqa sovuq qo'ishni, ko'p suyuqlikni iste'mol qilishni va bakteriyalarga qarshi kurashishni o'z ichiga oladi. Siydik to'xtab qolganda, 3-5 kunga domiy kateter qo'yiladi.

Siydik chiqarish kanalining to'liq yorilishidagi davosi, siydik epitsistostomiya orqali chiqarishdan iborat bo'lib, oraliqda gematoma (urogematoma) bo'lsa parauretral to'qimalarda siydik infiltratsiyasini oldini olish maqsadida gematoma yorilib, qonni to'xtatish uchun uretraning shikastlangan joyi ochiladi.

Agar chanoq suyaklari sinib, siljimagan bo'lsa bemor o'z vaqtida kasalxonaga yotqizilgan bo'lsa, shikastlangan uretraning tiklash mumkin (birlamchi uretro-uretroanastomos).

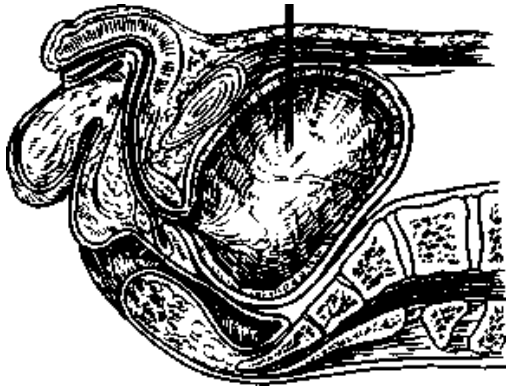
Shikastlangan uretraning to'qimalarini oraliq orqali kesib tashlab, markaziy va undan keyingi bo'laklarini oxirlari bir-biriga qo'shib tikiladi.

To'liq yorilgan uretraning hamma xillarida epitsistostomiyaning zarurati bor, agarda uretraga kateter o'tkazib siydik chiqarilsa, yallig'lanish asoratlari kuzatiladi, ya'ni uretrit, epididimit, prostatit, anastomosning yiringlashi va mustahkamligi buzilishi mumkin, uning natijasida uretrada oqma yara paydo bo'ladi.

Siydik infiltratsiyasi va parauretral gematoma ko'p bo'lmay, operatsiya natijasida ikkilamchi shokning rivojlanish xavfi bo'lmasa va shikastlanishdan keyin 6 soatdan oshiq vaqt o'tmagan bo'lsa birlamchi uroteroanastomoz bajariladi.

Shok, qonning ko'p oqishi, qo'shimcha og'ir shikastlanishlar, siydik chiqarish kanalining ezilib ketishi, siydikning keng bo'lib quyilishlari, bemorning kasalxonaga kech yotqizilishi uretrada birlamchi plastik operatsiya qilishga ko'rsatma bo'lmaydi. Bu hollarda epitsistostomiya qo'yish kifoyadir.

Agar bemorning og'ir ahvoli va boshqa sabablari tufayli hattoki epitsistostomiya qo'yish imkoni bo'lmasa, qovuqni bo'shatish uchun kapilyar punksiya yoki troakar epitsistostomiya qo'llaniladi.(142-rasm).



142-rasm. Qovuqning kapilyar funksiyasi.

Qovuq usti sohasida o'rtacha chiziq bo'ylab qovuqning 2-3 sm yuqorisida 0,5% li novokain eritmasi bilan infiltratsion anestiziya qilib, qorin devori orqali tikka holda qovuq punksiya qilinadi. Xuddi shunday qilib qovuq sohasida 0,5 sm uzunlikda tilinib qovuqqa troakar yordamida tarnov naychasi o'rnatiladi.

SIYDIK CHIQRARISH KANALINING OCHIQ SHIKASTLANISHI.

Uretra shikastlanganda terining butunligi buzilsa, siydik chiqarish kanalining ochiq shikastlanishi deb ataladi. Bularga sanchilgan, kesilgan, yirtilgan va o'q bilan otilgan yaralar kiradi. Bunday shikastlanishlarni alohida va bir necha xillari birgalikda bo'lishi mumkin.

Sanchilgan – yaralar ko'pincha uretraning mahkamlangan bulboz bo'limida joylashadi. Uncha katta bo'lmagan sanchilgan yaralarda, yara kanali kalta bo'lib, sanchilgan kurolni olib tashlansa, u o'z-o'zidan berkilib bitib ketadi. Bunday yaralardan va tashqari siydik chiqarish teshigidan bir oz miqdorda qon oqib, siyish jarayoni buzilmay, bir oz og'riq bo'lishi mumkin.

Uretraning keng sanchilgan yaralarida birdaniga atrofdagi to'qimalar olat, qovuq va to'g'ri ichaklar shikastlanishlari mumkin. Qonning oqishi katta gematomani hosil qiladi, agar yaraga siydik tushib qolsa siydikning infiltratsiyasi va uragematomaning yiringlashi paydo bo'lishi mumkin.

Siydik chiqarish kanalining kesilgan yaralari faqat erkaklarda bo'ladi. Ularning joylanishiga qarab oraliq va kanalning osilib (ko'pincha uchraydi) turgan qismiga bo'linadi. Uretraning kesilgan yaralarining yo'nalishlari ko'pincha qiyshiq, ba'zida ko'ndalang va istisno tariqasida bo'yiga qarab shikastlanish darajasi to'liq va to'liqsiz bo'ladi.

Siydik chiqarish kanalining kesilgan tashqi teshigidan qon oqish siyishning buzilishi hamda uretraning shikastlangan siydik chiqarish kanalining kesilgan yarasini belgisi bo'lib hisoblanadi. Uretra to'la kesilganda siydikning hammasi yara orqali ajralib chiqadi, to'liqsiz bo'lganda siydik uretraning tashqi teshigidan va yaraning uzidan ham oqib chiqadi. To'la kesilganda siydik chiqarish kanalining oxirgi qismlari bir-biridan ayrilib turadi. Shuning uchun siyishga va qovuqning kateterizatsiyasiga to'sqinlik qiladi.

Uretraning yirtilgan yaralari juda kam uchraydi. Lekin hamma vaqt uning osilib turgan qismida bo'lib bir vaqtda olatning yaralanishi ham birga bo'lib ba'zida uzilgan bo'ladi.

O'q bilan otilgan uretraning yaralari tinch vaqtlarda kam bo'lib, urush paytida ko'p uchraydi. Yaralar urinma, teshib o'tgan va ko'r bo'lib, joylanishiga qarab-

uretraning osilib turgan, bulboz va kanalning orqa bo'lim yaralariga bo'linadi. Shikastlangan joyda, uretra devorlarining keng nuqsonli bo'lishi, o'q bilan otilgan yaraning dalillaridan biri bo'lib hisoblanadi. Uretraning yaralari ko'pincha murakkab bo'lib, to'g'ri ichak va olatning shikastlanishlari bilan birga kuzatiladi. Siydik chiqarish kanalining osilgan qismi, ko'pincha uretraning serteshik tanasi va olat, moyakning haltacha qismi – moyak haltachasi va uning a'zolarining shikastlanishlari bilan birga kuzatiladi. Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limini bir butunligini, uning devoridagi nuqsoni orqali siydikning quyilishini hosil qilib, keyinchalik u – uzoq vaqt uretraning bitmaydigan oqma yaralariga olib keladi. Uretraning orqa bo'limi yaralanganida, ko'pincha har safar siygan vaqtda dumba, oraliq va chanoq bo'g'imi sohasidagi yara kanalining tashqi teshigidan siydik oqib turadi. Siydik chanoq yog' to'qimasida shimilib, unda har doim yallig'lanish va chirish jarayoniga sharoit yaratib, ayniqsa, tor va uzun yara kanalidan siydikning to'la oqib chiqishi ta'minlanmay, yaralanganning ahvolini ancha og'irlashtiradi.

Uretorragiya va siyishning buzilishi siydik chiqarish kanalining o'q bilan yaralanganligining asosiy belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi. Uretra atrofidagi to'qimalardan, uretraning tashqi teshigidan va yaradan siyish vaqtida qonning oqishi, ba'zida esa siydikning to'xtab qolishi, uretraning osilib turgan qismining alohida yuzaki shikastlanishining asosiy belgilaridan bo'lib hisoblanadi. Agar kanalning oraliq qismi yaralangan bo'lsa, bunga moyak haltachasi va oraliqning gematomasi (urogematomasi) qo'shiladi. Uretrani og'ir va murakkab shikastlaganida shok va qonning oqishi tufayli birinchi o'rinda yaralanganning ahvoli og'ir ko'rinadi.

Siydik chiqarish kanalining ochiq va yopiq shikastlanish tashxisida uretrografiya asosiy o'rinni egallaydi. Siydik chiqarish kanalining orqa bo'limini va qovuq yaralarining farqlovchi tashxisi shunga asoslanganki, qovuq yaralanganida siydik, yara teshigidan ixtiyorsiz va doimo chiqib turadi, uretraning yaralanganida esa uning chiqishi siyish jarayoniga bog'liq.

Osilib turgan qismining o'q bilan shikastlanishini aniqlash, yaqqol ko'ringan klinik belgilari bo'lganligi qiyinchilik tug'dirmaydi, lekin siydik chiqarish kanalini boshqa bo'limlarining yaralangan tashxisi ancha qiyin bo'lib, maxsus tekshirishlarni talab etadi. (uretrografiya)

Siydik chiqarish kanalining yaralarini davosi, uning yopiq shikastlanish davosidan hech qanday ayrimasi yo'q. Lekin yaraning infeksiyalanishi va yallig'lanishi asoratlarining tezlikda rivojlanishi sababli tezlik bilan siydik chiqarish zarur. Agar bemorning ahvoli og'ir yoki operatsiya qilish xonasi yo'q bo'lsa, qovuq usti siydik-qovuq oqma yarasini qo'yish iloji bo'lmasa, qovuqni kapillyar yoki troakar sistostomiyasini qo'llash kerak.

Siydik chiqarish kanalining yaralarini davolash yarani birlamchi xirurgik tozalash, urogematmani keng yorish (ko'pincha oraliq-moyak haltachasi burchagida), gemostaz va uretraning yaralangan joyiga drenajlarni qo'yish muhim ahamiyatga ega.

Siydik chiqarish kanalini ochiq shikastlanganida uning o'tkazuvchanligini qayta tiklanishi, xuddi yopiq shikastlanganligiga o'xshab, xuddi shunday operatsiyalar bajariladi. Uretra keng shikastlanib, bemor kasalxonaga kech kelgan bo'lsa, yallig'lanishni to'la yo'q qilgandan keyin, faqat siydik chiqarish kanalining

osilgan qismi yaralib, uretra oxirlarining orasida katta diastaza bo'lmasa, uretrani birlamchi usulda tikish mumkin.

Agar hayvonlarning tishlashi tufayli yaralangan bo'lsa, quturishga qarshi emlash zarur, sanchilgan va kesilgan yaralarda esa, stolbyanka qarshi zardob yuborish kerak. Agar ko'r yaralar bo'lsa, yaralangan qism albatta olib tashlanishi zarur. Yarani birlamchi jarrohlik tozalashda avaylab shikastlangan to'qimalari olib tashlanadi.

Siydik chiqarish kanalining shikastlanishdan keyingi natijasi uning og'irligiga va o'z vaqtida to'g'ri davolanishiga bog'liq. Siydik chiqarish kanalining yorilishlarini keyingi asoratlaridan, ko'pincha uning torayishi va bitib ketishi bo'lib hisoblanadi. Agar o'z vaqtida operativ davolash o'tkazilmasa, chanoq urogematoma va flegmonasi bo'lsa, bular sepsis va o'limga olib keladi.

SIYDIK CHIQARISH KANALINING TORAYISHI.

Uretra shikastlanishining oqibati xiliga, kattaligiga qarab ko'pincha uning torayishi yoki bitib ketishi bo'ladi. Siydik chiqarish kanalining shilliq pardasi, hattoki biroz shikastlansa ham uning torayishi paydo bo'lishi mumkin.

Siydik chiqarish kanalining devorlarida yallig'lanish kasalliklari, kimyoviy yoki zarba bilan shikastlanishlarida yoki yaralanishlari natijasida mustahkam chandiqli to'qimalar hosil bo'lib, uning ichki qismi qisilib qolsa, *siydik chiqarish kanalining torayishi* deb ataladi. Yallig'lanishdan bo'lgan uretraning torayishlari, ko'pincha uning osilib turgan yoki bulboz qismlarida joylashib, ular bir nechta bo'ladi. Yallig'lanish natijasida hosil bo'lgan torayish, shikastlangan torayishga nisbatan ancha yumshoq bo'ladi. Shikastlangandan keyingi torayish cho'zilishga yaxshi moyil bo'lmay, ular siydik chiqarish kanalining prostata, membranoz va bulboz bo'limlarida joylashgan bo'ladi. Siydik chiqarish kanalining torayishi shakliga qarab har xildir: muftasimon, varonkasimon, halqasimon va buramasimon. Odatda uretraning torayishi ozgina masofada bo'lib, ba'zi vaqtlarda uchdan biri, yarmi yoki uretraning hamma qismini ishg'ol qiladi. Uretraning ichki qismini torayishi har xil. Ba'zi hollarda ular orqali faqat juda ingichka asboblarni o'tkazish mumkin, ba'zida esa uning ichi kengroq bo'ladi. Vaqtning o'tishi bilan siyish paytida siydikning to'silishi va toraygan joyning qismida bosimning ko'tarilishi natijasida, siydik chiqarish kanali kengayib ketadi. Bu kengaygan qismda doimo ko'p yoki oz miqdorda siydikning to'xtab qolishi sababli, uretraning shilliq pardasida va uning atrofidagi to'qimalarda ikkilamchi yallig'lanish paydo bo'lib, bu esa yana ko'proq siyishning buzilishiga olib kelishi mumkin

Alomati va klinik kechishi. Torayish asta-sekin rivojlansa, qovuqning mushaklarida kompensator gipertrofiya paydo bo'lib, agar tezlikda bo'lsa, qovuqning mushak devori uz kuch-quvvatini yo'qotib, uning bo'shatish ish faoliyati buziladi.

Bu vaqtlarda sistit va pielonefritlarning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Uretraning torayish klinikasida, birinchi o'rinda ingichka oqim bilan siyish ko'rinib, qovuqning bo'shatilish vaqti cho'ziladi. Siyish oldingi qorin devorining taranglanishi yordamida bo'lib, agar torayish siydik chiqarish kanalining oldingi bo'limida joylashgan bo'lsa, uretraning torayishidan keyingi qismida uning kengayganligini ko'rish mumkin.

Tashxisi. Siydik chiqarish kanalining torayishini aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Uretrografiya yordamida torayishning borligi, uzunligi hamda kanalining torayishidan keyingi qismi aniqlanadi. (143-rasm).



143-rasm. Uretrogramma. Siydik chiqarish kanalining torayishi.

Bundan tashqari uretraning toraygan joyini va darajasini (andozasini o'lchash) aniqlash uchun, har xil asboblarni, jumladan bujlarni ishlatish mumkin.

Farqlovchi tashxisi. Siydik chiqarish kanalining torayishini ko'p kasalliklar bilan farqlash kerak, chunki ularda siydikning qisilib chiqishi ham bir xil xususiyatga ega (prostata bezi adenoma va raki, o'tkir va surunkali prostatit, siydik chiqarish kanalining o'smasi yoki toshi).

O'tkir prostatitning uretra torayishidan farqi shundan iboratki, uning boshlanishi birdaniga bo'lib, kasallikning yallig'lanish xususiyatiga bog'liq (tana haroratini yuqori ko'tarilishi, juda kuchli bezgak titrog'i, yiring intoksikatsisini ko'tarilishi). O'tkir prostatit tashxisini barmoq bilan to'g'ri ichakni tekshirish tasdiqlaydi. Paypaslaganda prostata bezida og'riqning bo'lishi, uning kattalashib va taranglashib qolishi, ba'zida unda yumshoqlashish va flyuktuatsiyaning bo'lishi kuzatiladi.

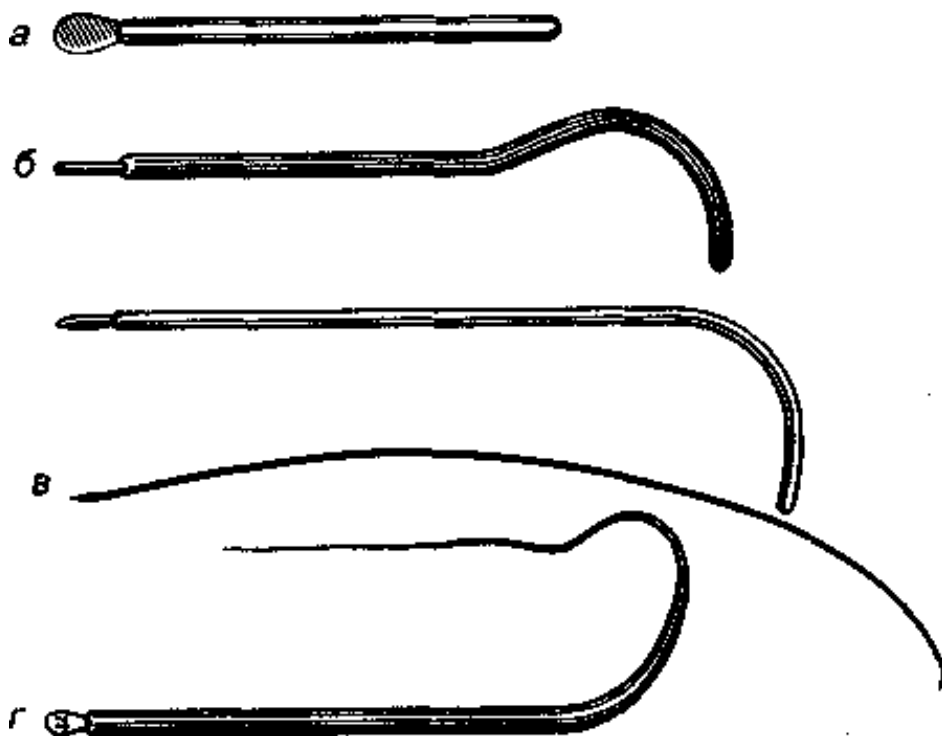
Surunkali prostatitda yaqqol klinik ko'rinish bo'lmaydi, shuning uchun uni uretraning torayishidan farq qilish qiyinroq. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda (prostata bezini kattalashib, shishib qolishi va og'rishi) va uretrografiya siydik chiqarish kanalining o'tkazuvchanligini odatdagicha bo'lishi, surunkali prostatit belgilariga ko'proq xos bo'ladi.

Prostata bezi adenomasi qoidaga binoan, keksa yoshdagi (55-60 yoshdan yuqori) odamlarda rivojlanib, siydik chiqarish kanalining torayishidan farqi, uning birinchi davrlarida tungi siyishi tezlashib, unga qat'iy buyruq tarzida istaklar hosil bo'ladi. Tashxis to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish usuli va uretrotsistografiya natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Prostata bezi rakini to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirgandayoq ma'lum aniq belgilarga qarab, siydik chiqarish kanalining torayishidan farq qilish mumkin. Prostata bezi biopsiyasi hal qiluvchi farqlovchi tashxis usuli bo'lib hisoblanadi.

Davosi. Siydik chiqarish kanali torayishini davosi, uning ichini asboblardan yordamida kengaytirish (qonsiz usul) yoki operatsiya (qonli usul) qilishdan iborat bo'lishi kerak. Qonsiz davolash usuliga uretraning toraygan qismini maxsus asboblardan

bujlar bilan kengaytirish (buj qilish) kiradi. Uni siydik chiqarish kanaliga navbatma-navbat yo'g'onlashgan bujlarni kiritish bilan bajariladi. (144-rasm).



144-rasm. Uretra bujlari.

A-ayollar siydik chiqarish kanali uchun bo'lgan to'g'ri buj.

B-erkaklar siydik chiqarish kanali uchun egilgan bujlar.

V-ipsimon buj, G-yo'l boshlovchi buj.

Buj qilish faqat chandiqlarini cho'zib qolmay, balki ularni yumshatib chandiqlarni faol ravishda qonga haddan tashqari to'ldirishga imkon beradi. Agar uretra hattoki ingichka metall bujlar uchun ham o'tmaydigan bo'lsa, 3-4 ta ingichka ipsimon elastik bujlardan iborat dastani to'siqqacha yuborish kerak. Undan so'ng har biri navbatma-navbat harakatga keltirilsa, ba'zida ulardan birontasini toraygan joydan o'tkazishga muvassar bo'linadi. Siydik chiqarish kanalining osilgan qismini (tanasini) buj qilish uchun to'g'ri metall bujlar, piyozsimon va orqa qismi uchun-egriligi munosib bo'lgan bujlar ishlatiladi.

Torayish darajasi ancha bo'lsa, yo'l boshlovchisi bo'lgan bujlar – *Lefor bujlari* ishlatiladi. Buj qilish uretraga ingichka yo'l boshlovchi bujni yuborishdan boshlanib, unga metalldan bo'lgan buj burab kirgiziladi.

Bujning yo'l boshlovchisi borligi tufayli toraygan joydan uretrani shikastlamay, osongina o'tadi. Siydik chiqarish kanalidan Sharer shkalasi bo'yicha №20-22 bujlar o'tmaguncha, 2-3 kun oralatib muntazam ravishda buj qilish usuli qo'llaniladi.

Yosh bolalar toraygan joyini kengaytirish uchun yoshidan 2-3 marta katta bo'lgan bujlarni o'tkazishga qadar qilinadi. (Sharer bo'yicha).

Chandiqli torayishlarni kamaytirish uchun, so'rilish ta'siri bo'ladigan moddalar qo'llaniladi: ekstrakt aloe, shishasimon tana, pirogenal hamda gialuronidaza.

Chandiqlar qattiq bo'lib, bujlar bilan cho'zilmasa, operatsiya qilinadi. Siydik chiqarish kanalining har xil plastik radikal operatsiyalari eng yaxshi natijalarni beradi. Agar toraygan qism uning piyozsimon yoki pardasimon bo'limlarida

joylashgan bo'lsa, uretra rezeksiyasi va urerouretroanatomoz (xoltsov operatsiyasi) qo'llaniladi.

Oraliqni kesish bilan uretra ochilib, uning chandiqli qismi kesib tashlanadi. O'zgarmagan markaziy va keyingi bo'laklari tayyorlanib uchi uchiga tikiladi.

Qovuq usti siydik yarasi qo'yish (epitsistostomiya) yo'li bilan chiqariladi, bu esa anastomozning birlamchi bo'lib bitishiga imkon beradi.

Siydik chiqarish kanalining prostata bo'limida torayish bo'lsa, siydik chiqarish kanalini, qovuqning bo'yniga invaginatsiya yo'li bilan uretrotsistoanastomoz qilinadi (Solovyov operatsiyasi).

Sistostomiya yoki avval qo'yilgan qovuq ustidagi siydik yarani kengaytirgandan keyin, qovuq orqali uretraning orqa bo'limiga buj yoki metall kateter toraygan yoki bitib ketgan joyigacha yuboriladi. Undan keyin kesish bilan oraliqda siydik chiqarish kanalining periferik qismi ochilib, uning toraygan yoki bitib ketgan joyigacha uzunligi 4-6 sm gacha ajratiladi. Chandiqlanib-o'zgargan uretraning prostata qismi va uning atrofidagi chandiqlarning hammasi kesib tashlanadi. O'yib qilingan yo'lga uretraning o'zgarmagan distal qismi qovuqning bo'yniga kiritilib uni taranglangan holda ketgut iplari bilan mahkamlanib, qovuq yarasi orqali iplar qorinning terisiga chiqariladi.

Iplar 8-12 kundan keyin tushib ketadi. Bu vaqtgacha siydik chiqarish kanalining invaginatsiya qilingan qismi, qovuqning bo'yni bilan bitib ketadi.

Operatsiyadan keyingi davri tinch ketsa, 12-14 kunlarida epitsistomiya nayi olib tashlanadi. Qovuq usti siydik-qovuq oqma yarasini bitib ketishi uchun 2-3 kunga uretra orqali kateter qo'yiladi, bundan keyin tabiiy yo'l bilan siyish tiklanadi.

Operatsiyadan keyingi davr muvaffaqiyatli bo'lmasa, uning asoratlari paydo bo'lishi mumkin. Anastomozning mustahkam bo'lmasligi siydik chiqarish kanalining qopqog'i va torayishi bo'lib, keyinchalik qayta operatsiyani talab qilishi mumkin.

Natijasi. Siydik chiqarish kanalining torayishi buj qilish davosidan yaxshi bo'lsa yoki radikal plastik operatsiya bajarilgandan keyin natija muvaffaqiyatli bo'ladi. Torayishning qaytadan bo'lib qolish ehtimoli bo'lishi sababli bemorlar urologning dispanser nazoratida bo'lishi kerak, ularga muntazam ravishda nazoratli tekshirishlarini o'tkazib turish va zarurati bo'lganda vaqti-vaqti bilan siydik chiqarish kanalini buj qilib turishi kerak.

MOYAKNING SHIKASTLANISHI.

Moyakning yopiq shikastlanishi ko'proq uchraydi. U otda yoki velosipedda yurganda, oyoq bilan tepganda paydo bo'ladi. Moyakning lat eyishida ko'pincha kuchli og'riq tufayli shok bo'ladi. Moyak haltachasining gematomasi ham kuzatiladi. Bunda moyak haltachasi ancha kattalashib, uning terisi shishib va ko'karishi mumkin. Moyak yo'g'on bo'lib zichlashgan va og'riqli bo'ladi. 2-3 hafta davomida gematoma so'rilib ketadi. Agar moyakning faqat yuzasi lat yesa, u odatdagi shakliga qaytadi, chuqur shikastlangan bo'lsa u keyinchalik atrofiyaga uchraydi.

Shikastlangandan keyin darhol o'rinda yotish, sovuq qo'yish va antibiotiklardan foylanish kerak. Keyinchalik gematomaning so'rilishi tezlashtiradigan issiq kompresslar va boshqa isitadigan muolajalar qo'llaniladi. Agar moyak haltachasida ko'p qon yig'ilsa, gematoma yorilib nay qo'yiladi. Moyakni tekshirganda uning yorilgan joyi bo'lsa tikiladi.

Moyak majaqlansa - qisman yoki to'la olib tashlanadi. Moyakning ochiq shikastlanishi ko'pincha urush vaqtlarida, o'q bilan otilgan yaralarda asosan son, olat va siydik chiqarish kanalining yaralari bilan birgalikda uchraydi. Yaraning chekkalari moyak haltachisi terisining qisqarishi sababli keng bo'lib, ko'p hollarda bitta yoki ikkala moyak chiqib qoladi. Moyak har xil darajada shikastlanib, u hattoki butunlay majaqlangan bo'lishi ham mumkin. Chiqib qolgan moyakning nekrozga uchragan qismlari ajralib ketganidan keyin, granulyatsiya bilan to'lib teri yarasining qirg'oqlari bitib ketadi. Agar uning qon bilan ta'minlanishi saqlansa, to'la majaqlangan bo'lsa ham, parenximaning ba'zi qismlari keyinchalik qayta tiklanib, moyakning ish faoliyati qisman saqlanadi. Shu sababli yarani birlamchi tozalagan vaqtda, ayniqsa ikkala moyak yaralanganda hatto uncha katta bo'lmagani yashash qobiliyati saqlangan qismlarini qoldirish zarur. Yallig'lanishlar pasaygandan so'ng, moyak atrofidagi to'qimalar teri bilan ajratib olinib, moyak haltachasiga o'rnatiladi va teri berkitib tikiladi. Moyak haltachasi va moyakning qon bilan ta'minlanishi ko'p bo'lganligi sababli, yara odatda birlamchi bo'lib bitadi. Moyak haltachasi terisining plastik xususiyati shuncha kattaki, uning bir oz qismi ham moyak haltachasini tiklash uchun yetarli darajada bo'ladi.

Agar moyak haltachasi shikastlanib uzilib, ketganda moyak va urug' tizimchalari saqlanib qolsa, moyaklar vaqtincha sonning teri ostiga yoki qovuq usti sohasiga joylashtiriladi. Keyinchalik esa bu qismlardan teri lahtaklarini kesib olib, ulardan sun'iy moyak haltachasini yasash mumkin.

Yosh bolalarda moyak haltachasi a'zolarini shikastlanishi ba'zi bir xususiyatlari bilan farq qilib, ularda ko'pincha moyak va uning ortig'i buralib qolishi yoki *Morgani gidatitlari* uchraydi.

O'g'il bolalarning haddan tashqari harakatchanligi tufayli ular ko'proq shikastlanishlarga yo'liqishi hamma vaqt kasallikning ko'rinishiga qarab aniqlanadi. Anamnezi ko'rsatkich bo'lmaydi, shuning uchun shifokor tashxisni qo'yishda klinik ko'rinishlarga qarab aniqlashi kerak. Moyak yoki uning ortig'i buralib qolganda moyak haltachasining yarmida shish va terisida haddan tashqari qonning yig'ilishi hamda gidrotsele aniqlanadi. Og'riqlar asosan chovning tashqi halqa sohasida joylashadi. Moyak haltachasining shishini ko'payishi, asta-sekin ikkinchi yarmini ham egallashi, ko'pincha tez-tez uchraydigan *Morgani gidatining* buralib qolganining xususiyatlarini tasdiqlaydi. Bunda og'riqlar o'rtacha bo'lib, infeksiya qo'shilganda kuchayadi.

Bu kasalliklarning belgilari juda o'xshash bo'lgani uchun, avval odatda epididimoorxit tashxisi qo'yilib, konservativ davolash buyurilgan, bu niqob ostida yallig'lanish jarayoni uzoq davom etib, 90% dan ko'proq bemorlarda moyakning atrofiyasi aniqlangan. Oxirgi yillarda bunday bemorlarni davolash taktikasi jarrohlik bo'lib, bu esa natijalarni yaxshiladi. Moyakning atrofiyasida majburiy orxiektomiya 10% dan ozrog'ini tashkil qildi. Moyakning ortig'i tufayli jarrohlik taktikasi operatsiya vaqtida topilgan narsaga qarab aniqlanadi. Gidatitlar buralib qolganda ularning oyoqchalari bog'langandan keyin olib tashlanadi. Agar moyak buralib qolsa uni odatdagi holatda 3-4 kapron iplar bilan oq pardani umumiy qin pardasiga tikib mahkamlab qo'yiladi. Jarrohlik moyakning faqat yashashga qobiliyatsiz vaqtidagina orxiektomiya qilinadi.

OLATNING SHIKASTLANISHI.

Olatning oq pardasi va g'ovak tanalarini yorilmasdan lat eyishi, uning eng yengil yopiq shikastlanishlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Lat eyish oyoq, kaltak, to'p, yiqilayotganda zarba natijasida, hamda olatni qattiq jismga urilishi tufayli bo'lishi mumkin. Qonning quyilishi teri osti kletchatkasida chegaralanadi, lekin uning yumshoqligi sababli gematoma keng bo'lib, ko'pincha u moyak haltachasiga tarqaladi.

Shikastlangandan keyin bemorga darhol tinchlik sharoiti yaratilib, lat yegan joyga sovuq qo'yish va antibiotiklar qabul qilish buyuriladi. Sovuq qo'yishning natijasida qon oqishi tezda to'xtaydi. 3-4 kun o'tgandan keyin gematomalarning so'rilishiga yordam beradigan issiq muolajalar-issiq kompresslar yoki quruq issiq qo'yiladi.

Olatning chiqib ketishi faqat ereksiya vaqtida, olat mushaklarini chanoq suyaklari bilan qo'shib turadigan bog'lamlarning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Olatning ildizi qov yoki oraliq sohasiga siljishi mumkin. Bir vaqtda olatning boshi kertmakdan uzilib ketsa, u o'zining teri pardasidan sirg'anib chiqib ham ketadi.

Davosi. Bog'lamlarni ochib ularni tikishdan iborat, agar olatning boshi kertmakdan uzilgan bo'lsa, olat teri pardasiga kirgizilib, teriga choklar qo'yiladi.



145-rasm. Olatning “sinishi”

«Sinish» (to'g'rirog'i-g'ovak tanalarining yorilishi) olatning og'ir shikastlanishlaridan bo'lib hisoblanib, ereksiya (ko'pincha majburiy jinsiy aloqa) vaqtida uning egilishi tufayli paydo bo'ladi. «Sinish» oq parda va g'ovak tanalarning yorilishi paytida o'ziga xos qirsillash bilan kuzatilib, birdaniga og'riq, ba'zida shok bo'lishi mumkin. Ereksiya shu onda to'xtaydi, terining ostida keng gematoma hosil bo'lishi tufayli olat

kattalashadi, u moyak haltachasiga, oraliqqa, sonning ichki sohasiga va qorinning pastki qismiga tarqaladi. Bir vaqtda uretraning butunligi buziladi, uning tashqi teshigidan qon oqib chiqib, keyinchalik siydik atrofidagi to'qimalarga quyilishi mumkin.

Olatning «singan» tashxisi shikastlanishi bo'lgan sharoitiga va uning ko'rinishiga asoslangan davosi operativ bo'lib, yorilgan joy aniqlanib, oq pardaning nuqsoni ketgut iplari bilan tikiladi. Agar siydik chiqarish kanali shikastlangan bo'lsa, uning nuqsoni tikilib, epitsistostomiya orqali siydik tashqariga chiqariladi. Siydik quyilgan joylarga naycha qo'yiladi.

Uning keyingi davosi bemorni o'rniga yotkizish, qovni qo'shilgan va olatni ushlab turadigan joyiga bog'lam va sovuq qo'yish, kalsiy xlor, vikasol hamda ereksiyani oldini olish uchun bromidlarni buyurishdan iborat.

Ereksiya vaqtida olatning shikastlangan tomonga qiyshayishi, uning bitta g'ovak tanasining shikastlanishi natijasidagi asorati bo'lib hisoblanadi, chunki

yorilgan joydagi biriktiruvchi to'qimalarning qattiqligi, g'ovak tananing periferik qismida, qonning to'lishiga to'sqinlik qiladi. Ikkala g'ovak tanalarining shikastlanganidan keyin olatning g'ovak tanalarining periferik bo'limi butunlay bujmayib qolganligi sababli jinsiy aloqa qiyinlashib qolishi va hattoki bo'lmasligi ham mumkin. Yodid kaliy bilan qilingan elektroforez va boshqa qurilishga imkon beruvchi dori – darmonlarni qo'llash, chandiqlarni yumshashiga sharoit yaratadi. Olat ip yoki bog'ich bilan tortilganda va unga halqasimon (podshibnik va boshqalar) qismlarni kiygizilganda, uning *qisilishi* mumkin. Bolalarda bunday shikastlanishlar sho'xlik qilgan paytda, kattalarda esa olatning ereksiyasini uzoq ushlab turishiga yoki siydikni ushlab turaolmasligiga to'sqinlik qilishga harakat qilganida paydo bo'ladi.

Qisilganda olatning birdaniga shishib ketishi rivojlanib, buning ustiga shishib ketgan to'qimalarda qisayotgan narsa ko'rinmay qolishi ham mumkin. Agar uzoq vaqt davomida qisilsa, olatning genshrenasi paydo bo'lishi mumkin. Tashxisi so'rab – surishtirish va klinik belgilariga asoslanib qo'yiladi. Agar olat metall buyumlar bilan qisilsa, rentgenografiya tashxisga yordam beradi.

Davosi qisgan buyumni olib tashlashga asoslangan, agar metall halqa bilan qisilgan bo'lsa, chilangar asboblarni qo'llash kerak bo'ladi.

Yaralanish, ya'ni olatning ochiq shikastlanishi, tinchlik vaqtida juda kam uchraydi. Infeksiyaning tushishi sababli ular yopiq shikastlanishga nisbatan og'ir o'tadi. Ereksiyaning buzilishi ochiq yaralanishda teri osti yaralanishiga qaraganda ancha ko'proq bo'ladi. Olatning faqat teri osti shikastlanishi kesilgan, sanchilgan yaralariga qaraganda eng yengili bo'lib hisoblanadi. Terining yumshoq cho'ziluvchanligi sababli, yara keng ochiladi, teri osti kletchatkasiga oqib tushgan limfa qon-tomirlarini to'sib qo'yib, olatni shishib ketishga olib keladi. Qonning oqishi terini tikish usuli bilan to'xtatiladi.

Olatni g'ovak tanalarining kesilgan va sanchilgan yaralaridan uzluksiz qon oqsa, sinchiklab gemostaz qilib, yara qavatma-qavat qilib tikiladi. Hattoki g'ovak tanalar va siydik chiqarish kanali chuqur bo'lib kesilib ketganda, olatning periferik bo'limi terida sal osilib tursa ham, a'zoni saqlab qolish imkoniyatiga harakat qilinadi; uretra va g'ovak tanalarni tikib, siydik chiqarish uchun epitsistostomiya qilish kerak. g'ovak tanalarining periferik qismida qon aylanishi va qisman ereksiya qobiliyati ham tiklanishi mumkin. Amputatsiya qilishga faqat olatni butunlay majaqlanganligi, yoki uning gangrenasi ko'rsatma bo'ladi.

Pichoq yoki ustara zarbasi bilan olat amputatsiya bo'lsa, birinchi yordam uning cho'ltog'iga jgut qo'yib, undan olatning dorsal va chuqur arteriyalarini bog'lab qonni to'xtatishdan iborat. Oq pardaning qirg'oqlari tikiladi. Qovuq ustida epitsistostomiya qo'yish yo'li bilan siydikning chiqishi ta'minlanadi.

Olatning o'q bilan yaralanishlari asosan urush vaqtlarida bo'ladi. Ko'pincha ular chanoq suyaklari va chanoq a'zolari bilan birgalikda uchraydi. G'ovak tanalarining shikastlangan darajasiga qarab olat yarasining og'irligi aniqlanadi. Bitta yoki ikkala g'ovak tanalari shikastlanadi. Agar oxirgisi bo'lsa, olatning periferik qismi, ba'zida faqat teri va siydik chiqarish kanalida osilib turishi mumkin.

Uretraning osilib turadigan qismi ham shikastlanishi mumkin. Olatning butunlay uzilib ketishi, ba'zida snaryad parchalari bilan yaralanganda uchraydi.

Olatni o'q bilan yaralanganida konservativ usul bilan davolash qoidasiga ko'proq ahamiyat berish kerak. Yarani birlamchi xirurgik tozalash vaqtida majaqlangan to'qimalarni avaylab kesib olib tashlash kerak.

Terining faqat o'lgan qismlari rezeksiya qilinib, nuqson bo'lgan joylari tikiladi. G'ovak tanalarga birlamchi choklarni qo'yishga intilish kerak. Olat butunlay amputatsiya bo'lsa, uning cho'ltog'ini avaylab birlamchi tozalashni gemostaz va uretraning cho'ltog'idan uning tashqi teshigini yaratishni talab qiladi. Keyinchalik olatni qayta tiklaydigan plastik operatsiya qilinadi. Qorinning terisidan lahtak kesib olib, naycha qilib tikiladi. Ma'lum mashg'ulotdan keyin (*Filatov usuli* bilan) naychanning bir tomoni kesilib, olatning cho'ltog'iga tikiladi, uning ichiga esa qovurg'aning tog'ayidan rezeksiya qilib olingan qismi yoki sun'iy plastik material kirgiziladi.

XVII – BOB

BOSHQA UROLOGIK KASALLIKLAR.

Qovuq va siydik kanalining yot jismlari.

Qovuq yot jismlari.

Qovuq yot jismlari klinik tarkibida tajribada anchagina ko`p uchraydi. Qovuqqa ular har xil yo`llar bilan tushib qolishi mumkin. Bu yot jismlarni qovuqqa siydik kanali orqali asab kasalliklar natijasida har xil, kasalxonadan tashqarida qilingan abortlar paytida yoki kasallarni o`zlari ham kirgizib yuborish natijasida tushib qoladi. Yosh bolalar esa bu jismlarni siydik kanaliga sho`xliklar tufayli kirgizib yuborishlari mumkin. Ko`pincha ular qovuqqa yot jismlar sifatida qalam, avtoruchka, termometr, shpilka va boshqa shunga o`xshash narsalarni kirgizib yuboradilar.

Yot jismlarni qovuqqa tushib qolishini boshqa sabalari har xil noto`g`ri qilingan tibbiy instrumental manipulyatsiyalarni qo`llanilishini oqibatida (kateter yoki buj qo`yilganda) qovuqda yoki siydik kanalida bu asboblarni parchalarini qolib ketishi (uretra yoki qovuq kateterlarining qismlari, tosh chiqaruvchi ekstraktorning parchalari yoki Lefora bujining o`tkazgichidan parcha), yoki operatsiya paytida qovuqda doka tamponlarining qolish holatlari va boshqalar.

Oxirgi vaqtlarda yot jismlar tibbiy xatoliklari sababli qovuqqa tushib qolish holatlari juda ham kam uchraydigan bo`lib qolmoqda. Qo`shni to`qimalarda qolgan yot jismlar qovuq devorini yiringlatib, eritib yuborishi tufayli ham tushib qolishi mumkin. Bunday yot jismlar qovuq atrofida yog` to`qimalarni yaralanishi tufayli tushib qolgan o`qlar va metall parchalari, hamda kichik tos a'zolari yoki qorin bo`shlig`ida har xil operatsiyalardan keyin esdan chiqib qoldirilib ketilgan yot jismlar kiradi.

Qovuqdagi yot jismlar bu yerda juda ham sezilarli patologik o`zgarishlarni ya'ni yallig`lanish jarayonini, shilliq pardani yaralanishi ba'zan esa yot jism o`tkir uchli bo`lsa, hatto qovuq devorini yaraga aylantirib yuborishi ham mumkin. Yot jismlarni bunday og`ir oqibatlari tufayli hatto qovuq bilan qin orasidagi qovuq bilan ichaklar orasidagi darchalarni hosil bo`lishi parasistit, tos to`qimalariga siydikni singishi va qattiq yallig`lanishlarni rivojlanish hollari bo`lishi mumkin. Agar qorin parda teshilsa peritonitni ham rivojlanishi mumkin.

Vaqt o`tgani sari qovuqqa tushib qolgan yot jismlar tuzlar bilan o`ralib toshga aylanib qolishi mumkin. Bunday hollarda rentgen qilingandan keyin yoki toshni olib uni parchalaganidan keyingina uni o`rtasida yot jismni borligini aniqlash mumkin.

Qovuqqa tushib qolgan yot jismlar belgilari asosan peshobni aynishidan (tez-tez siyish, siydik ajratayotganda qattiq og`riq va siydikni ravon ajralmasligi) total yoki terminal gematuriya, qovuqda yiring paydo bo`lishi mumkin. Yot jism qovuqni bo`g`iziga tiqilib qolsa bunda siydikning bo`g`ilishi, uni ushlanmasligi belgilari sodir bo`ladi.

Kasallik tashxisi uning tarixini yaxshilab to`plashdan endoskopik rentgenologik tekshirishlarga asoslanadi. Shuni esda tutish kerakki, faqat bolalargina emas balki katta yoshdagi odamlar ham o`zlarini qovuqlariga, siydik chiqarish yo`llariga yot jismlarni kirgizganlarini tan olmaydilar va kanaldan siyishga qiynalmasalar tibbiy yordamga murojaat qilishga shoshilmaydilar.

Ayollarni qovuqlarida yot jismlarni bor yo`qligini, ularni qin orqali aniqlash mumkin. Agar sistoskopiya qilishlikni iloji bo`lsa, undan qovuqdagi yot jismni va uni

qovuqda keltirib chiqargan o'zgarishlarini (shilliq pardani qizarib qolishi, fibrin cho'kmalarini paydo bo'lishi, shish, yaralanish) ko'rishimiz mumkin.

Agarda sistoskopiyaning qilishlikni iloji bo'lmasa, (yot jism siydik pufagining bo'yniga tiqilib qolgan bo'lsa, qovuqni hajmi oz bo'lsa, bemor siydikni tutaolmaydigan bo'lib qolgan bo'lsa) rentgenologik tekshirishlar asosiy o'rinni o'ynaydi. Rentgen yordamida yot jismni yoki yot jism asosida paydo bo'lgan toshni ko'rishimiz mumkin.

Qovuqdagi yot jismlarni davolash, ularning har xil asboblarda yordamida yoki operativ usullar bilan olib tashlashlikdan iborat. Yot jismlarni instrumental usul bilan olinishi uchun operatsiyada sistoskop qo'llaniladi. Agar yot jism tuzlar bilan o'ralgan bo'lib toshga aylanib qolgan bo'lsa bunda avvalo toshni parchalab, so'ng yot jism olinadi.

Agarda yot jism yumshoq bo'lsa, bunda ham bari bir oldin uni parchalab, keyin olib tashlanadi. Ko'pincha yot jismlarni asboblarda yordamida olinishi ayollarda ko'proq qo'llaniladi.

Agar yot jism shisha yoki boshqa o'tkir qirrali narsa bo'lsa, unda uni faqat operatsiya yo'li bilan olib tashlash mumkin. Keyin esa qovuq yaxshilab tikilib, siydik kanaliga drenaj (doimiy kateter, yoki tez-tez kateterizatsiya qilish) ayniqsa ayollarda qo'yiladi. Qari erkaklarda, ayniqsa ularni qovug'ini ichida chuqur o'zgarishlar mavjud bo'lsa, bunday hollarda qovuqqa vaqtincha naycha (epitsistostomiya) kiritiladi.

SIYDIK KANALINING YOT JISMLARI.

Yot jismlarni siydik kanaliga tushib qolish mexanizmi, ularni qovuqqa tushib qolishini o'zginasi (asab kasalliklar, sho'xlik natijasida, masturbatsiya paytida yoki davolash tashxisi uchun o'tkazilayotgan manipulyatsiyalarda). Siydik kanali yot jismlari ko'proq erkaklarda uchraydi, chunki ayollardagi kabi osongina qovuqqa o'tib boravermaydi. Siydik kanali uzunligi hisobiga yot jismlarni bu yerda ko'proq turib qolishligi tufayli unda yallig'lanish jarayoni kuchayadi.



146-rasm. Qovuq yot jismi (stent bo'laji).

147-rasm. Qovuq yot jismi (gradusnik).

Yot jismlarni tuzlarga aylanishi tufayli esa siydik kanali ko'plab jarohatlanadi, yallig'lanadi, yiring bog'laydi, devori teshilib, darchalari paydo bo'ladi, siydik, atrof to'qimalarga tarqaladi. Yot jism siydik kanalining har xil joyida joylashishi mumkin. Ular ko'pincha kanalni oldingi qismiga joylashadi. Agar kanalni orqa qismiga joylashib qolguday bo'lsa, odatda u qovuqqa o'tib ketadi.

Siydik kanalini yot jismlarini belgilari og'riqlar, kanaldan yiring va qon ajralishi, siyishni buzilishi, siydikni qiyinchilik va og'riq bilan ajralishi bilan belgilanadi. Ba'zan siydik butunlay tutilib qolishi ham mumkin.

Siydik kanali yot jismlarining tashxisi agar bemor o'zini kasallik tarixini yashirmasa, uncha qiyin emas, ba'zi hollarda bemorni siydik kanalini teshigidan chiqib turgan yot jismni (sim bo'lagi) uchini ko'rish. Siydik kanalini paypaslab, uni oldi qismidagi va (orqa peshob orqali tekshirib) uni orqa qismidagi yot jismlarni aniqlash mumkin.

Siydik kanali ichini yumshoq naycha, metall buj, qolaversa uretroskopiya va uretrografiya yordamida tekshiriladi. Tekshirishlar jarayonida yot jismlarni yuqoriga, qovuqni ichiga itarib yuborilmaslikka harakat qilinishi kerak.

Rentgenologik tekshirishlarni umumiy rasm olish bilan boshlanishi lozim. Bu rasmda odatda, ko'pincha yot jismni yaqqol ko'rish mumkin.

Davolashni ko'pincha operatsiya qilinmay ham iloji bo'ladi. Ba'zan yot jismlar siydik kanalida o'z holicha ham ajralishi mumkin. Buning uchun, qovuqda siydikni ko'proq yig'ishi keyin esa siydik kanalini tashqari teshigini berkitib, kanalni ichini siydik bilan kengaytirilib siyish kerak. Agar bu chora yordam bermasa, yot jismlarni kanalda asboblar (maxsus ombirchalar, zondlar, qoshiqchalar, temir qisqichlar, ba'zan uretroskoplarni ham qo'llab) yordamida olib tashlashlikni chorasini qilib ko'rish mumkin.

Siydik kanalini tashqari qismidagi yot jismlarni shu tariqa olib tashlashlikni iloji bo'lmasa, u holda kanalni devorini kesishlikka to'g'ri keladi. Siydik kanali orqa qismiga tiqilib qolgan yot jismlarni esa ichkariga itarib qovuq orqali olib tashlangani ma'qul.

AYOLLARDA TANOSIL A'ZOLARINING OQMALARI.

Ayollardagi tanosil a'zolarining oqmalari urologik kasalliklar bo'lib, uni davolashda urolog va ginekologlar birgalikda shug'ullanadilar. Tanosil a'zolarining oqmalarini kelib chiqish va joylashuviga qarab ular bir necha guruhga bo'linadi.

Etiologik omillarga qarab:

- 1) Tanosil a'zolarining tug'ma oqmalari.
- 2) Akusherlik oqmalari (akusherlik operatsiyalaridan keyin, homiladorlik va tug'ish jarayonlari davrida, siydik va tanosil a'zolarini yorilishi tufayli.)
- 3) Xirurgik oqmalar (ginekologik va qorin bo'shlig'idagi a'zolarida qilingan operatsiyalardan so'ng, siydik yo'llarida bajarilgan urologik operatsiyalardan so'ng).
- 4) Yallig'lanish natijasida kelib chiqqan oqmalar (sil, sifilis va boshqalar oqibatida hosil bo'lgan yiringni, tos to'qimalariga yorilib ketishi).
- 5) Jarohat oqmalari (akusherlik va jarrohlik operatsiyalaridan keyin).
- 6) Onkologik oqmalar (o'smalarni rentgen va radioterapiya qilingandan so'ng, o'smalarni o'sib ketishi tufayli).

Ayollardagi oqmalarni siydik tanosil a'zolarida joylanganiga qarab:

siydik – tanosil (uretrovaginal).

Qovuq – bachadon.

Siydik naychasi – tanosil a'zolari

Siydik naychasi – bachadon.

Klinik tajribada siydik kanali – tanosil, qovuq – tanosil va siydik naycha – tanosil oqmalarini ko'proq uchraydi. Bu oqmalar tashqi ta'sirlar yoki tug'ish jarayonidagi xirurgik yoki akusherlik operatsiyalari natijasida yuzaga keladigan oqmalardir. Oqmalarni eng og'irlariga odatda kombinatsiyalangan (siydik kanalii-siydik-naychasi va tanosil a'zolarini, qovuq – tanosil a'zolarini, qovuq – tanosil a'zolarini oqmasi) ichak oqmalari ham qo'shilsa, oqmalarda juda og'ir bo'ladi.

Siydik tanosil oqmalarining belgilari juda xilma-xil. Eng asosiy belgisi tanosil a'zolaridan siydikni oqishi, siydikni oz-ko'p oqishi esa teshikni joylashgan o'rniga va uni katta – kichikligiga bog'liq. Agar siydik kanali va qin orasidagi teshik bo'lsa, siydik qindan faqat siyish paytidagina chiqib ketishi mumkin. Boshqa paytlarda siydik qovuqda yaxshi ushlanib turaveradi.

Qovuq va qin oqmalarida esa ayollarda siydik tuta olmaslik doimiy xarakterga ega bo'ladi. Agar oqma juda katta bo'lsa, siydik chiqarish jarayoni umuman kuzatilmaydi. Oqma juda tor bo'lgan paytlarda, siydik doimiy oqib tursa ham qovuqda siydik oz-ko'p miqdorda bo'lmagan bari bir tabiiy siydik chiqarish jarayoni saqlangan bo'ladi. Bir tomonlama siydik naychasi bilan qin orasidagi oqma bo'lsa, siydik chiqarish jarayoni saqlangan bo'lishiga qaramay doimiy ravishda siydik tuta olmaslik bo'lib turishi mumkin. Ikki tomonlama siydik naychasi bilan qin orasidagi oqma bo'lganda, qin orqali siydik doimiy ajralib turishi natijasida qovuqda siydik bo'lmaydi. Siydik naychasi va qin orasidagi oqmalarda yuqori siydik yo'llarida siydik yo'nalishini buzilishi yuz beradi, buyraklarda esa har xil og'riqlar, o'tkir pielonefrit xuruji paydo bo'ladi. Barcha turdagi siydik yo'llarini siydik tanosil oqmalari uchun umumiy belgi va jinsiy a'zolarining terisini bichilib ketishi xarakterilidir.

Kasallik tashxisini aniqlash kasallik tarixini to'liq yig'ishga har xil asboblardan yordamida tekshirishlarga va endoskopik, rentgenologik tekshiruvlarga asoslanadi. Bemorning shikoyatlari va kasallik tarixi (jarohat, operatsiya) ga qarab, kasallik tashxisi, hamda oqmaning turini aniqlash mumkin. Maxsus asboblardan yordamida qin tekshirilganda oqmani teshigini, uning joylanishini, kattaligini va shaklini aniqlash mumkin. Agar bu tekshiruvlar bemorga qattiq og'riq bersa, u holda qisqa vaqtli narkoz qo'llash ham mumkin. Ko'rish bilan bir qatorda oqma yo'lini, uni yo'nalishini tekshirib bilish kerak. Bunday tekshirish ayniqsa uretravaginal oqmalarda yaxshi natija beradi (siydik yo'lga kirgizilgan zond, oqmada paydo bo'ladi.)

Indigokarmin metilen ko'ki va hokazolar bilan o'tkaziladigan tekshiruvlardan maqsad siydik yo'lga yuborilgan bo'yoq moddalarni qindan ajralishini kuzatishlikdan iborat. Buning uchun bo'yoq yuborishdan oldin qinga doka tampon kurgiziladi va shu yo'l bilan qindan bo'yovchi moddani paydo bo'lishini ya'ni qovuq bilan qin orasida oqma borligi tasdiqlaydi. Agar qovuqqa yuborilgan bo'yoq qinda paydo bo'lmasa, lekin vena qon-tomiriga metilen yuborilganidan so'ng qinga kiritilgan tampon ko'k ranga bo'yalsa, siydik naycha va qin orasida oqma borligidan dalolat bo'ladi.

Qovuq va qin oqmasida sistoskopiya qilinsa, oqmani qovuqni ichidagi teshigini uni joylashgan o'rnini va katta-kichikligini aniqlash mumkin. Ammo oqmaning teshigi katta bo'lgan holatlarda sistoskopiyaning bajarishlik ancha qiyin, chunki oqma tufayli qovuqni suyuqlik bilan to'ldirish qiyin va ba'zan esa sistoskopiyaning umuman

bajarib ham bo'lmaydi. Buning uchun sistoskopiya vaqtida teshigining vaqtincha berkitib turish uchun unga har xil kateterlar kirgizish usuli qo'llanilmoqda. Siydik kanali va qin orasidagi oqmalarni ko'rish uchun sistoskopdan emas, balki uretroskopdan foydalanilgani ma'qul.

Siydik – tanosil organlarini oqmalarini aniqlashda qo'llaniladigan rentgenologik tekshiruvlardan ekskretor urografiya va fistulografiyalardan foydalaniladi. Bu ikki usullar yordamida siydik naychasi va qin orasidagi oqmani (buyrakni kattalashuvi va yuqori siydik yo'llaridan siydikni ajralishi buzilishi) aniq tashxis qilish mumkin. Sistografiya va vaginografiya usullari esa qovuq – tanosil oqmasini, uni joylashgan o'rnini aniqlashga yordam beradi.

Fistulografiyani bajarishlik uchun oqмага (yoki qinga yoki sistoskop yordamida qovuq orqali) ingichka kateter o'tkazilib, u orqali rentgenokonstrast modda yuboriladi. Qilingan rentgenokonstrast rasmlar oqma, uni hajmi, joylashgan o'rnini va boshqa ma'lumotlarni aniqlashga keyinchalik esa operativ davolash usulini belgilashga yordam beradi.

Siydik – tanosil oqmalarini davolash asosan operativ yo'l bilan olib boriladi, chunki oqmalarning mustaqil ravishda bitib ketishi juda ham kam kuzatiladi. Bemorlarning operatsiyaga tayyorlashda antibakterial davolash usulidan foydalanishlik muhim o'rin tutadi, chunki qovuq va siydik yo'llaridagi yallig'lanish jarayonini va siydik doimiy oqib turishligidan chov terisini bichilib ketishligi, plastik operatsiyaning natijasini yaxshi bo'lishiga salbiy ta'sir qiladi.

Qovuq va qin oqmasining operativ davolashlikni uchta asosiy usuli bor. Qovuq orqali, qin orqali, qorin pardasi orqali. Ko'rsatilgan barcha usullar uchun ham asosiy shart operatsiya paytida to'qimalarni bir-biridan yaxshilab ajratishlik qovuq va qin to'qimalarini alohida qavat-qavat qilib tikishlikdadir.

Siydik naychasi va qin orasidagi oqmalarni davolashda o'tkaziladigan operatsiyalarda esa, oqmani teshigini berkitib yuborishlik juda qiyin. Shuning uchun siydik naychasi va qin orasidagi oqmalarni davolashda o'tkazilgan operatsiyalarda boshqacha yo'l tutiladi. Siydik naychasini jarohatlangan bo'limini amaliy jihatdan davolash mumkin bo'lmaganligi sababli bu oqmalarda asosan siydik naychasi bilan qovuq o'rtasida anastomoz qo'yish operatsiyasi qo'llaniladi. Bunda siydik yo'lini shikastlangan joyini kesib tashlab uni qovuqni yangi sog'lom joyiga birlashtiriladi. Siydik naychasini shikastlanishi katta bo'lsa uni sog'lom joyini qovuqqa yaqinlashtirish bo'lmaganida Boari operatsiyasi qo'llaniladi.

Oxirgi yillarda ayollardagi siydik yo'llari oqmalarini plastik operatsiya qilish usullarini takomillashishi tufayli, 80-90% bemorlarni butunlay davolashlikka imkoniyat tug'ilmoqda.

MOYAK PARDALARINING ISTISQOSI.

Moyak pardalarining istisqosi – gidrotseleda, moyakning xususiy qin pardasining ichki va tashqi varaqalarini orasida seroz suyuqlikni to'planishi bilan ifodalanadi. Bu kasallik bemorlarning 1/3 qismini bolalik davrida uchraydi. Katta yoshdagi kishilarda esa kasallik ko'proq ularni 20-30 yoshidagi paytlariga to'g'ri keladi. Tug'ma istisqo ko'pincha bolalarda uchraydi va u embrogenez davrida qorin parda qin o'smasini bitib ulgurmasligi sababli u qorin bo'shlig'i bilan ingichka yo'l orqali tutashib turadi (tutashuvchi istisqo). Agar qin o'smasini biron yeridan

tortishma hosil bo'lsa, bu holda istisqo qum soati shakliga kirib qoladi. Bu kasallardagi seroz suyuqlik qorin bo'shlig'iga va undan yana qayta orqa moyak tomon harakat qilib turish mumkin.

Ikkilamchi istisqo moyakning moyak ortig'ining yoki pardalarining yallig'lanish kasalliklari yoki jarohati tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

TASNIFI.

Tug'ma istisqo: a) aloqasiz

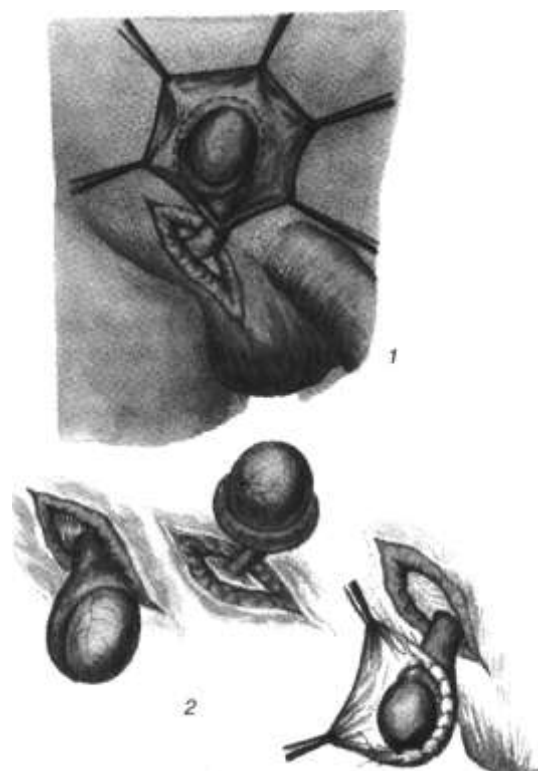
Keyin ortirilgan istisqo: a) birlamchi (idiopatik)

b) ikkilamchi (simptomatik)

Klinik kechishiga ko'ra istisqo o'tkir va surunkali turlariga ajratiladi.

Moyak pardalarining o'tkir istisqosi (*reaktiv istisqo*) kam uchraydi. Bu turi ko'proq moyak o'smasida, tuxum ortig'ining yallig'langanida yoki moyak jarohatlangan hollarda vujudga keladi. Bunday hollarda davolash choralari asosiy kasallikni – orxit yoki epididimitni davolashga qaratilgan bo'lishi kerak. Birinchi 2-3 sutka davomida jarohatlangan joyga vaqti-vaqti bilan past harorat ta'sir qilish keyin esa issiqlik o'tkazish suspensoriy qo'yishlik bakteriyalarga qarshi jadal davolashlik tavsiya etiladi. Oradan 1-2 hafta o'tganidan so'ng moyak pardalariga yig'ilgan suyuqlik o'z-o'zidan so'rilib ketadi.

Istisqoni ko'proq uchraydigan surunkali turi, o'tkir yoki sekin asta moyakda, moyak ortig'ida bo'ladigan surunkali yallig'lanish jarayoni tufayli paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni asosida sil revmatizm, yorg'oqning tez-tez kattalanib turuvchi jarohatlanishi yotadi. Bunday bemorlarni ko'zdan kechirilganda ularning yorg'oqi



148-rasm. Vinkelman operatsiyasi.

1 - moyak pardalarini kesish;

2 – oxirgi ko'rinish.

kattalashgan bo'lib tuxumsimon shaklga kirganini ko'rish mumkin. Yorg'oqni terisi o'zgarmagan, ammo burmalari yoyilib ketgan bo'ladi. Paypaslash natijasida istisqoni yuzasi silliq, yumshoq elastik yoki anchagina tarang tuzilishga ega ekanligini aniqlanadi. Moyak va uni ortig'i esa aniqlanmaydi. Diafonoskopiya qilinganda istisqoni usti tuzilishining hamma yog'i bir tekis yoritilgani kuzatiladi. Yoritilish belgisi faqatgina moyak pardalarini qalinlashganida istisqoda qon yiring to'planganida yoki moyakni o'smasi bor bo'lsagina aniqlanmasligi mumkin.

Qonli istisqo odatda shikastlar natijasida, gemorragik diatezda yoki istisqoni noto'g'ri punksiya qilinganda moyak pardalarini orasiga qon quyilishi tufayli vujudga keladi.

Piotsеле-moyak istisqosini yirig'lanishi, orxit va epididimitni boshlanishini asoratidir.

Farqlovchi tashxis istisqoni bo'shlig'ini oson kirib ketadigan chov churrasidan farqlash qiyin emas. Perkussiya qilinganda istisqo ustida bo'g'iq tovush aniqlanadi. Moyak o'smasini paypaslab ko'rilganda esa uni tuzilishini va qattiqligini, ustini silliq emasligini diafonoskopiyada yorug'lik nurlarini o'tishligini kuzatilmaydi.

Istisqoni davolash asosan operatsiya yo'li bilan bo'lishligi darkor. Uni punksiya qilib, undan suyuqlikni so'rib olib, igna orqali to'qimalarni yetishtiruvchi moddalar (yodning spirtli eritmasi spirt va boshqalar) yuborish yaxshi natija bermaydi, bunda ko'pincha yiringli yoki qonli istisqo kabi asoratlar kelib chiqishi ham mumkin.

Radikal operativ usullardan *Vinkelmann* va *Bergman* operatsiyalar yaxshi natija beradi. Bu operatsiyalar mahalliy og'riqsizlantirish yo'li bilan qilinadi.

Vinkelman operatsiyasida, moyakning xususiy pardasini tashqi varag'i kesiladi, keyin uni cho'zib turib moyakdan 0,5-0,8 sm chetroqdan butunlay kesib olib tashlanadi. Pardaning qolgan chekkasi uzluksiz ketgut choklari bilan qaviladi. Ikkala operatsiyadagi asosiy omil oqayotgan qoni yaxshilab to'xtatish.

Operatsiyadan keyingi davrda bakteriyalarga qarshi kurash choralari, bint doka bilan yarani bog'lab qo'yish. Keyinroq esa suspensoriy taqib yurish tavsiya qilinadi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda yorg'oqning qilingan tarafiga yuk bostirilib qo'yiladi.

URUG' TIZIMCHASI PARDALARINING ISTISQOSI.

Urug' tizimchasi pardalarining istisqosi (*funikulotsele*) urug' tizimasi pardalarida suyuqlikni to'planishi bo'lib, qorin pardasining qin o'smasini bitib ketmasligi sabali vujudga keladi. Shuning uchun u tutashuvchi yoki ikki xonali bo'lishi ham mumkin. Kasallikni etiologiyasi aniq o'rganilmagan. Ammo tizimchasi istisqosini paydo bo'lishida siydik tanosil a'zolarini shikastlanishi va yallig'lanishi alohida o'rin egallaydi. Bu kasallik birlamchi (idiopatik va simptomatik) ikkilamchi bo'lishi mumkin. Kasallik kam uchraydi, yoshlar ko'proq kasallanadi. Tizimcha istisqosi o'tkir va surunkali kechishi mumkin. O'tkir kechuvchi istisqo chov, yorg'oq sohasida shish va og'riqni paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, qusish kabi belgilar bilan gavdalanadi. Qisilgan churradan farqli o'laroq tizimcha istisqosida ichak-qorin a'zolarini klinik belgilari bo'lmaydi.

Tizimcha istisqosini surunkali kechishida, yorg'oqning yuqori qismida kichikroq, og'riydigan o'smasimon istisqo paydo bo'ladi. Bu shish, tizimcha bilan birga yuqoriga siljishi mumkin. Bu istisqo yumshoq elastik tuzilishga ega. Uni yuqoriga chov kanaliga kirgizilganda ham shishni paypaslab sezish mumkin bo'ladi. Qisilmagan churra esa qorin bo'shlig'iga kirib yo'q bo'lib ketadi. Tizimcha istisqosini suyuqligi tiniq bo'ladi va moyak pardasini istisqosidagi suyuqlikdan hech qanday farq qilmaydi. Shikastlanish natijasida esa suyuqlikda eritrotsitlar paydo bo'lishi mumkin. Diafanoskopiya qilinsa nur yaxshi o'tadi. O'tkir kechuvchi tizimcha istisqosini konservativ davolash mumkin. Buning uchun osoyishtalik sovuq harorat va antibiotiklarni qo'llash kerak. Surunkali kechuvchi tizimcha istisqosini davosi faqat operatsiyadir. Urug' tizimchasi pardalarini istisqosi kesib tashlanib chov kanali plastika qilinadi.

MOYAK ORTIG'I KISTASI.

Moyak ortig'i kistasi tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin. Birinchi holda moyakning paramezonefral (myuller) yoki mezonefral (volf) yo'llarini bir uchi bilan

urug'li kanalchalar birlashgan bo'ladi va boshqa uchi esa ko'p tugaydi. Ikkinchi holda tuxum ortig'ining shikastlanishi va yallig'lanishidan keyin, chandiq to'qima paydo bo'lib, urug' hujayralarining oqishiga to'sqinlik qilishi natijasida kista hosil bo'ladi. Kista ko'p hollarda tuxum ortig'ini boshqacha sohasida joylashadi. Kista devorlarini mikroskop ostida o'rganilganda, uni to'qimalarida surunkali yallig'lanish jarayonini belgilari topiladi. Kista suyuqligi tiniq, sariqroq rangli bo'lib, uni tarkibida urug' hujayrali bo'lish xarakterlidir. Kista hajmi o'rmon yong'og'idan, toki chaqaloqni boshidan ham kattaroq bo'lishi mumkin. Tuxum ortig'ini kistasi sekin-asta rivojlanadi va ko'pincha belgisiz kechadi, yoki moyak sohasida noqulayliklar, chov sohasida tortishib turuvchi og'riqlar paydo bo'ladi. Bemor yurganda halaqit beradi. Paypaslab ko'rilganda kista yumshoq, elastik o'smasimon ortiq sifatida qo'lga uriladi, tuxum va tuxum ortig'ini yaxshi ajratish mumkin. Agar kista devorlari yo'g'onlashib unga tuzlar so'rilgan bo'lsa unda bu belgini bo'lmasligi mumkin.

Tuxum ortig'i kistasi belgisiz kechganda davolash uchun zaruriyat yo'q. Azob beruvchi katta kistalarni operativ yo'l bilan olib tashlanishi zarur.

Kista rivojlanishini oldini olish uchun, moyak organlarini shikastlanishi va yallig'lanish holatlaridan asrash kerak. Kasallikni oqibati xavfli emas.

PRIAPIZM.

Priapizm deb zakarni jinsiy moyilliksiz, og'riq bilan uzoq vaqt qo'zg'alib (ereksiya) turishiga aytiladi. Priapizm odatdagi erektsiyadan farqi unda normal jinsiy aloqa paytidagi ejakulyatsi (urug' chiqarish) bo'lmasligida. Priapizmni sabablari har xil. U mustaqil kasallik bo'lishi yoki boshqa ereksiya markazini buzilishiga olib keladigan (bosh va orqa miya kasalliklari, zaharlanish, infeksiyon kasalliklar leykemiya va boshqalar) kasalliklarni belgilari sifatida yuz berishi ham mumkin.

Priapizm ko'proq tasodifan, jinsiy aloqa paytida siyish peshobdan keyin o'z-o'zidan paydo bo'lib qolishi mumkin. Patologik ereksiya dumg'aza sohasida, zakarda qattiq og'riqlar bilan ifodalanadi. Siyish qiyinlashadi zakar tekshirilganda uni ketganligi, terisini esa ko'karganligi aniqlanadi. Unga sal tegishlik ham, qattiq og'riq chaqiradi. Zakarning boshchasi va siydik g'ovaksimon tanasi yumshoq holda qoladi.

Priapizmning davolashda antikoagulyantlar (qon ivishiga qarshi preparatlar) qo'llaniladi. Geparindan sutkasiga 20000 – 50000 birlik vena ichiga tomchilab yoki mushak ichiga dikumarin sutkasiga 3 marta 0,1 gr dan ichiladi. Neodikumarin (pelental) sutkasiga 3 marta 0,2 grdan ichiladi. Og'riqsizlantiruvchi vositalar (morfin, omnopon) 1% li eritmasidan 1 ml dan teri ostiga. Orqa miyadan (peridural, epidural) anesteziya, dumg'aza oldi blokadasi qo'llaniladi. Zakar tomirlariga zuluklar qo'yish, sovuq va issiq vannalar, kompress qilish tavsiya etiladi. Agar birinchi soatlar mobaynida yaxshi natija sezilmasa operatsiya qilinadi. Zakarning ikkala g'ovak tanalari kesilib, ivib qolgan qon olib tashlangandan keyin, son teri osti katta venasi bilan g'ovaksimon tana orasida darcha qo'yiladi (safenokavernoz anastomoz). O'tkir priapizm bir necha kun yoki haftalab davom etishi mumkin. Agar davolash ko'ngildagidek natija bermasa ham, ereksiya sekin-asta o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Bunday hollarda zakarni qayta ereksiya qilish qobiliyati butunlay yo'qoladi, xezlik yuz beradi. Priapizm surunkali turi sababsiz, tez-tez erektsiyalar bilan harakterlanadi. Yillar o'ta ereksiya qobiliyati bo'shasha borib, yo'qolib ketadi. Zakarni fibroplastik

industratsiyasi (*Peyroni kasalligi*) ko`pincha yoshi o'tgan odamlarda uchraydi. Shu paytgacha bu kasallikni sabablari aniqlanganicha yo'q.

Kasallik asta-sekinlik bilan rivojlanib, zakarni tepa qismini oq pardasida yoki uni g'ovak tanalarida, hech qanday og'riq bermaydigan tog'ay qattiqligidagi to'qimalarni hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu o'smalar har xil yapaloq uzunchoq yoki yumaloq tugunchalar shaklda bo'lib, terini ostida, har xil chuqurlikda joylashadi. Kasallikni oqibatida qo'zg'algan holatdagi zakarni qiyshayib qolishi va qattiq og'riqlarni kelib chiqishini kuzatish mumkin. Bu esa jinsiy aloqani qiyinlashtiradi yoki uni butunlay ilojsiz qilib qo'yadi.

Zakarni fibroplastik induratsiyasini tishxisi uncha qiyin emas. Tog'ay to'qimalarini osonlik bilan paypaslanib aniqlash mumkin. Ancha kechikib ketgan holatlarida qilingan rentgenogrammalarda ularni aniq ko'rish mumkin. Kasallik asta-sekin tobora rivojlanadi, davolash esa juda qiyinlashib boradi. Davolash uchun shifobaxsh loydan surkashlik va fizioterpiya, rentgenoterapiya autogemoterapiya, gialuronidaza va kortikosteroidlardan mahalliy foydalanish tavsiya etiladi. Ancha yaxshi natijalarga *Filatovning usuli* bilan davolanganda hamda ultrazvuk qo'llanganda erishish mumkin.

Oxirgi yillarda operatsiya yo'li bilan bor to'qimalarni olib tashlab, uni o'rnini muskul yoki boshqa biron to'qimalar bilan almashtirish usuli qo'llanilmoqda. Olib tashlangan to'qimalarni boshqa to'qimalar bilan qoplashlikni ahamiyati juda ham muhimdir, chunki aks holda operatsiya tufayli to'qimalarni jarohatlari bitib, bu yerda chandiqlar hosil bo'lib qoladi va ular o'z navbatida zakarni yanada qiyinlashtirib qo'yish mumkin.

Butunlay sog'ayib ketishlik masalasi, ko`pincha ancha qiyin, chunki qilinadigan dori-darmonlari foydasi juda kam.

ERKAKLAR BEPUSHTLIGI – deb jinsiy aloqa qobiliyatiga ega bo'la turib, urchitish imkoniyatini yo'q bo'lish holati tushuniladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Erkaklarning bepushtligi sabablari har xil va bu sabablarni asosiy ikki turga bo'lish mumkin: ichki va tashqi.

Har ikkala holat tug'ma yoki hayot mobaynida orttirilgan bo'lishligi mumkin.

Bepushtlikning tug'ma ichki turiga tuxumlarning anomaliyalaridan birlamchi gipogonadizm har ikkala tuxumlarni yo'q bo'lishligi, kriptorxizm va boshqalar kiradi.

Hayot mobaynida orttilgan ichki bepushtlik, tuxumlarning spermatogen epiteliysiga infeksiyon kasalliklarni, uzoq sovqotishlari, normal oziqlanishining buzilishlari yoki radioaktiv va rentgen nurlari ta'siri natijasida vujudga keladi. Erkaklarning bepushtligiga ko`pincha infeksiyon parotit sabab bo'lib qolishi ham mumkin. Ba'zi holatlarda terlama, gripp, zaxm, bezgak, sil kasalliklari ham sabab bo'lishi mumkin. Shuni bilib qo'yish kerakki infeksiyon parotit tufayli yuzaga chiqqan ikki tomonlama orxitgina emas, balki klinik belgilari bo'lmagan moyaklarni spermatogen epiteliysiga mikroblarni zaharlarini ta'siri ostida ham kelib chiqishi mumkin. Surunkali zaharlanishlar orasida ko`pincha alkogolizm katta o'rin egallaydi. Alkogolni ko`p iste'mol qilishlik urug' tizimchalarida yog' to'qimalarini paydo bo'lishiga va keyinchalik esa tuxumlarni to'qimalarida sklerotik o'zgarishlar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Oziq ovqat tarkibida A va E vitaminlarni yetishmasligi ham sekretor bepushtlikka sabab bo'lishi mumkin, chunki bu vitaminlar tuxumlarni

spermatogen vazifasini yaxshilashga shuningdek varikotselega olib keladigan, moyaklar tomirlaridagi qon aylanishini buzuvchi sabalarni (buyrak venalarining stenozini) ham kamaytirishda katta o'rin egallaydi.

Tug'ma bepushtlikni ekskretor turidagi urug' tizimchalarini to'silib qolishligi moyaklardagi va ular ortiqlaridagi urug' haltachalaridagi, siydik kanalidagi tug'ma nuqsonlar sabab bo'ladi. Hayot mobaynida paydo bo'lgan ekskretor bepushtlikni sabablari ham har xil jarohatlar, yoki yallig'lanishlar tufayli paydo bo'lib qolgan siydik kanalini torayishlari, ikki tomonlama spetsifik yoki nesetsifik epididimitlar, urug' tizimchasini shuningdek urug' chiqarish yo'llarini orqa siydik kanalida o'tkazilgan operatsiyalar tufayli paydo bo'lgan yallig'lanishlar, jarohatlanishlar, surunkali prostatit, vezikulit va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.

Erkaklardagi bepushtlikni tashxisi tekshiruvlarga spermografiyaga (21 betga qarang), genitografiya (71 betga qarang), moyaklarni biopsiyasiga asoslanadi.

Erkaklarni bepushtligini davolashlik kasallikni kelib chiqish sabablariga asoslanib uch yo'nalishda olib boriladi: 1) bemorlarni umumiy holatini yaxshilash 2) maxsus dorilar bilan davolash 3) jarrohlik usullarini qo'llash. Bemorlarning umumiy holatini yaxshilashga qaratilgan davolash, bemorlarni yashash sharoitlarini yaxshilashlikdan, ularni jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishlaridan, ishlab chiqarish korxonalarida zaharli manbaalarni bartaraf etib, ularni har xil surunkali zaharlanish holatlaridan qutultirish choralarini o'z ichiga oladi.

Maxsus davolash choralari esa jinsiy a'zolaridagi surunkali yallig'lanishlarni (prostatit epididimit, vezikulit va boshqalar) davolashga, spermatogenezni kuchaytirishga (xorionik gonadotropindan 1000 dan kun ora 3-4 hafta davomida mushak orasiga) urug' chiqarish yo'llaridagi har xil qisilish holatlarini bartaraf etuvchi dorilarni qo'llashlikka qaratilgan bo'lishi kerak. Bepushtlikni ekskretor turida esa jarrohlik usullarini qo'llab davolanadi, tuxumlarni ortig'i sohasida urug'ni o'tishi buzilgan bo'lsa, u holda ortiq bilan urug' olib boruvchi yo'l orasida yoki tuxum bilan uni ortig'ini sog'lom qismi orasida darcha hosil qilinadi. Bu turdagi operatsiyalar 1901 yili *V.I.Razumovskiy* tomonidan taklif etilgan bo'lib, shu kunga qadar uni nomi bilan yuritilib kelmoqda. Hozirgi vaqtda bepushtlikni ekskretor turini davolashning yaxshi natijalariga urug' o'tkazuvchi to'siqlarni qisman kesib tashlash, uchlarini oxirini-oxiriga ulab qo'yish usuli qo'llanilmoqda.

ERKAKLARDA JINSIY BUZILISHLAR.

Erkaklardagi jinsiy *zaiqlikni yoki xezlik*, bu erkaklar tomonidan jinsiy aloqani to'la qila olmasligini ifodalaydi. Buning sabablari asab-reflektor yo'llarini markaziy va atrofdagi qismlaridan doimo yoki vaqtincha o'zgarishlarni paydo bo'lib qolishligi hamda jinsiy a'zolarida yoki ichki endokrin bezlar tarkibida har xil kasalliklarni rivojlanishi hisoblanadi.

Neyrogen jinsiy ojizlik, bosh miyaning funksional hastaliklari tufayli bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda har xil sabablar tufayli miyada qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari o'rtasida muvozanatni buzilishi kuzatiladi. Jinsiy ojizlikning bu turini qoniqarli turi deb yuritilib uni kelib chiqishida asosan nevrozlarni (nevasteniyaya, isteriya) ahamiyati katta o'rin egallab, bemorlarda jinsiy aloqadan oldin qo'rqishlik va o'z kuchiga ishonmaslik (seksonevroz) alomatlari gavdalanadi.

Bosh miyadagi tormozlanish jarayonlari ustunlik qilgan holatlaridagi jinsiy ojizlikni kortikal turi jinsiy qo'zg'alishni kamayishi bemorlarda ereksiya bo'la turib, jinsiy xohish va orgazmni kamayishi, ereksiyaning sustlanishi (jinsiy aloqa boshlanishidan oldin

qo'zg'alish yo'qoladi, ejakulyatsiya bo'lmaydi, jinsiy xohish yo'qolmaydi, tungi qo'zg'alishlar kuzatilaveradi, tush ayniydi, bunday aynigan tushlardan so'ng, bemor bulg'anib qoladi.) Ejakulyatsiya jarayonini buzilishi (orgazm va ejakulyatsiya kuzatilmagan holda, jinsiy xohish va ereksiya buzilmagan bo'ladi, ammo tundagi bulg'anish davom etishi mumkin) bilan ifodalandi. Bosh miyadagi qo'zg'alish jarayonlarini ustun kelishi tufayli kuzatiladigan kortikal impotensiyada urug'ni ajralishi muddatidan oldin ya'ni juda shoshilinch va tez yuz berishi bilan farqlanadi (jinsiy aloqani boshida yoki undan ham oldin, arzimagan sabalari tufayli).

Bunda qo'zg'alish buzilmagan bo'ladi, lekin tez-tez va muddatidan oldin, ba'zan esa arzimagan sabalar tufayli ham kuzatiladi. Ejakulyatsiya (urug'ni ajralishi) qo'zg'alishsiz ham bo'lishi mumkin.

Kortikal impotensiyasini qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini bir-biriga bog'liqligini nazarda tutilgani holda, davolash zarur.

Orqa miya jinsiy o'jizligi orqa miyada joylashgan, jinsiy aloqalarga javobgar markazlarini birlamchi (doimiy yoki vaqtincha) aynishliklar bilan ifodalanadi. Ko'pincha bu markazlarni vaqtincha o'zgarishlari ya'ni qo'zg'alish va urug' chiqarish markazlarini qo'zg'alishini kuchayishi (qo'zg'alish yaxshi bo'lsada, ammo tez-tez va biin ketin paydo bo'ladi, urug' muddatidan oldin ajraladi, tundagi bulg'anishlar tez-tez kuzatilib turadi.) ; urug' ajratish markazlarini qitiqlanishining kuchayishi, qo'zg'alish markazini qitiqlanishi esa sustlanishuvi (urug'ni tez oqib ketishi va qo'zg'alishni esa bo'shashib ketishi), har ikkala markazni ham qo'zg'alishini susayishi (bunday buzilish har xil bo'ladi, ba'zan qo'zg'alish normal holatdagi o'xshash bo'lsa ba'zan butunlay yo'q bo'lishi mumkin, bu paytda qo'zg'alish va urug' chiqarish butunlay to'xtaydi); Qo'zg'alish qobiliyati oqlangan holatda qo'zg'alish va jinsiy xohish normada urug' chiqarish markazi ishini pasayishi yoki butunlay yo'q bo'lishi (ereksiya va jinsiy aloqaga xohish yaxshi, ejakulyatsiya va orgazm bo'lmaydi) kuzatiladi.

Spinal impotensiyani davolash, orqa miyani jinsiy markazlarini mustahkamlashdan iborat. Shu maqsadda umumiy quvvatlovchi davodan tashqari, to'la jinsiy tinchlik, trankvilizatorlar va B guruhidagi vitaminlar qo'llaniladi, odatda magniy sulfatining 25% eritmasini kun ora 5-8 mldan (12-14 marta) mushak ichiga yuborishlik tavsiya qilinadi.

Jinsiy a'zolarining kasalligi bilan bog'liq bo'lgan xezlik uch xil sabab natijasida rivojlanishi mumkin: moyaklarning ichki sekretor faoliyatini buzilishi, normal jinsiy hayotdan chetga chiqish va prostata hamda urug' bo'rtmasini kasalliklari, mexanik sabablariga ko'ra yoki tanosil a'zolarining rivojlanishining anomaliyasi, shikastlanishi yoki kasallanishi.

Bu turdagi xezlikning birinchisini kelib chiqishida endokrin o'zgarishlar sabab bo'ladi, moyaklarni erkak jinsiy gormonlarini ishlab chiqarishini sustlashuvi natijasida, jinsiy oshiqish va jinsiy potentsiya pasayadi. Moyaklar faoliyatining buzilishi tug'ma (moyakni to'la rivojlanmasligi gipogonadizm), yoshlikda paydo bo'lgan (ikki tomonlama orxit, hammadan ham svinkadan so'ng keyinchalik esa moyaklarni qurib qolishi) yoki keyinchalik katta yoshda (orxit, moyaklarni shikastlanishi), hamda orttirilgan qarilik tufayli moyaklardagi o'zgarish natijasida bo'lishi mumkin. Xezlikni bu turidagi asosiy yordam, bemorlarni o'rin bosuvchi gormon bilan davolash (erkak jinsiy gormonlari-androgenlar) hayotini normallashtirish, umumiy quvvatlovchi davo, to'g'ri ovqatlanish, alkogol va tamaki chekishni rad etish.

Ikkinchi turini kelib chiqishi sabablari: jinsiy hayotni noto'g'ri olib borilishi (ortiqcha jinsiy aloqalar, atayin cho'zilgan yoki to'xtatilgan jinsiy aloqalar, onanizm bilan ortiqcha ko'p shugullanish) yoki tashqaridan infeksiya bilan zararlanish,

gonoreyadan, trixomoniazdan va boshqa infeksiyalardan so'nggi prostatit yoki boshqa sabalar bilan bog'liq bo'lgan prostata va urug' bo'rtmasining kasalliklari.

Prostata va urug' bo'rtmasi asab tola, tugun va retseptorlari bilan jihozlangan, nervnorefleksor yo'li bilan boshqariladi va jinsiy faoliyatda muhim ahamiyatga ega.

Hatto og'ir oqimda bo'lgan o'tkir prostatit ham faoliyatga uncha ta'sir ko'rsatmaydi. Surunkali prostatitda esa yallig'lanish to'xtab qolishi, distrofik va yiringli o'zgarishlar, prostatitdagi orqa miyaning ereksiya va ejakulyatsiya markazlariga impuls o'tkazuvchi ko'plab asab tomirlarining uchini qitiqlaydi va bu qo'zg'alishlarni markazga o'tkaziladi. Buning natijasida, miya markazlari holdan toyadi va ularni jinsiy faoliyati buziladi. Avvaliga saqlagan ereksiyada-ertangi ejakulyatsiya va keyinchalik esa ereksiyani ham sustlashuvi yuz beradi.

Shuni ham qayd qilish kearkki, surunkali prostatitda kortikal ya'ni psixogen xezlikni ham rivojlanishi mumkin, chunki bu kasallik bilan bog'liq bo'lgan noxushlik va jinsiy a'zolar sohasidagi og'riqlar bemorni diqqatini o'ziga jalb etib, jinsiy aloqadan qo'rquv, o'ziga ishonmaslik, uyatib qolishlar natijasida haqiqiy jinsiy faoliyatni buzilishiga olib keladi. Bu turdagi xezlikni davolash asosiy kasallikni prostatit va kolikulitni davolashdan iboratdir.

Katta yoshdagi bemorlar jinsiy faoliyatini, prostata bezini yallig'lanishi yoki uni adenomasi ham o'zgartiradi. Adenomatoz tugunlar bez to'qimasining chetlab uni faoliyatini o'zgartiradi. Prostata adenomasi olingandan so'ng jinsiy faoliyat yaxshilanadi.

Xezlikning uchinchi turi tanosil a'zolarini anomaliyasi va kasalliklari natijasida kelib chiqadi. Bunda har xil mexanik sabablarga ko'ra zakarni jinsiy a'zoga kirgizib bo'lmaydi. (Gipospadiya va epispadiyaning og'ir turlari, jinsiy a'zoni fibroplastik induratsiyasi, amputatsiya).

Bu turdagi impotentsiyaning davosi faqat operatsiya: uretrani plastikasi jinsiy a'zoni, badanni har xil to'qimalari yoki sun'iy mahsulotlar (protez) yordamida tiklash va shunga o'xshash yo'llar.

Jinsiy buzilishliklarning asosiy turlari haqida ma'lumotlarni yakunlab shuni aytish mumkinki, yosh (30 yoshgacha bo'lgan) erkaklarda ko'proq kortikal (psixogen) turdagi impotentsiya uchraydi, o'rta yoshdagilarda (30-50 yosh) ereksiya va ejakulyatsiyani boshqaruvchi, prostata bezini, urug' bo'rtmasini kasalliklari va orqa miya markazlarining quvvatsizligi, neyroretseptor, spinal turlari uchraydi. 50 yoshdan katta erkaklarda, moyakning yoshga bog'liq bo'lgan endokrin faoliyatini sustlashuvi bilan bog'liq bo'lgan xezlik uchraydi. Xezlikni aytib o'tilgan hamma turida ham alkogol va tamaki chekishlik kasallikni kuchaytiradigan ta'sirlari borligi aniqlanadi.

Sistematik ravishda konservativ davoni foyda bo'lmaganda, mexanik yordamchi usullar-erektor va impotentsiyani operativ davolash (faloplastika) qo'llaniladi.

Xezlikni har qanday turini davolashdan avval, bemorni umumiy holini va asab sistemasini yaxshilashlik kerak. Bemorga uyquni yaxshilovchi, tinchlantiruvchi dori-darmon, yaxshi ovqat, ishlash va yashash sharoitlarini yaxshilash choralari ko'riladi.

Jinsiy imkoniyatni kuchaytiruvchi dori-darmonlar juda astalik bulan qo'llanilishi lozim. Bunday dorilarga E va B guruhdagi vitaminlar, jenshen, limonnik, pantokrin hamda erkaklarning jinsiy gormonlaridan foydalanishlik mumkin.