

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

U R O L O G I Y A

Tibbiyot institutlari talabalari va umumiy amaliyot shifokorlari
uchun oquv qo'llanma

ANDIJON - 2008

Tuzuvchilar: **Shodmomoov Alisher Qayumovich** – m.f.d. professor ADTI urologiya kursi mudiri.

Akilov Farxod Ataulloevich - m.f.d. Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya markazi direktori, professor.

Rustamov Ulugbek Muxtarovich – ADTI urologiya kursi assistenti t.f.n.

Tillaboev Raxmatullo Sotvoldievich - ADTI urologiya kursi dotsenti.

O'sarov Nematjon Qo'shaqovich - ADTI urologiya kursi assistenti.

Soliev Akromjon Rasulovich - ADTI urologiya kursi assistenti.

Retsenzentlar: **O'rinov Anvar Yasharovich** – ADTI umumiy jarroxlik kafedrasida professori.

Gaybullaev Asilbek Asadovich – Tash.VMOI urologiya va nefrologiya kafedrasida mudiri, professor.

Muxtarov Shuxrat Tursunovich - m.f.d. Respublika ixtisoslashtirilgan urologiya markazi direktori o'rinbosari.

MUNDARIJA

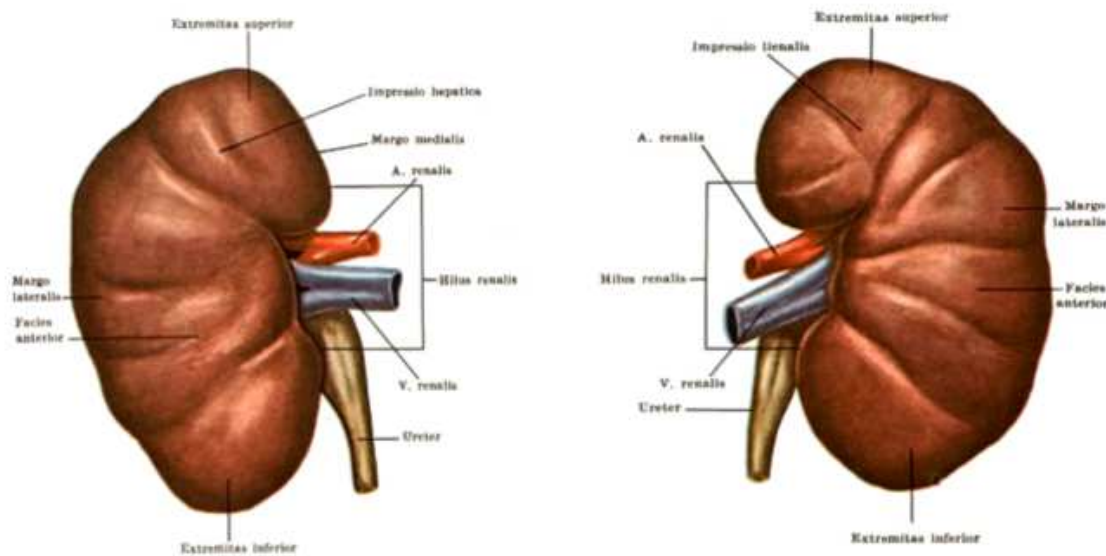
1 bob	SIYDIK YO'LLARI ANATOMIYASI	4
2 bob.	UROLOGIK KASALLIKLARNING BELGILARI.	15
3 bob	UROLOGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH.	37
4 bob	BUYRAK, SIYDIK YO'LLARI VA ERKAKLAR JINSIY A'ZOLARI ANOMALIYALARI	80
5 bob	GIDRONEFROZ	120
6 bob	NEFROPTOZ	130
7 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARNING NOSPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.	136
8 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISHI. SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SILI.	248
	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING AKTINOMIKOZI	267
9 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING PARAZIT KASALLIKLARI	268
10 bob	SIYDIK TOSH KASALLIGI.	275
11 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINI USMALARI	310
12 bob	BUYRAK ARTERIAL GIPERTENZIYASI	369
13 bob	BUYRAK VENA GIPERTENZIYASI	381
14 bob	PESHOBNI NEYROGEN BUZILISHI. QOVUQNI NEYROGEN DISFUNKTSIYASI.	391
15 bob	UTKIR BUYRAK ETISHMOVCHILIGI.	399
16 bob	SURUNKALI BUYRAK ETISHMOVCHILIGI	409
17 bob	SIYDIK TANOSIL A'ZOLARNING SHIKASTLANISHI.	421
18 bob	BOSHKA UROLOGIK KASALLIKLAR. QOVUQ VA SIYDIK KANALINING YOT JISMLARI.	450

1 BOB

SIYDIK YO'LLARI ANATOMIYASI

BUYRAKNING TUZILISHI

Buyrak juft a'zo bo'lib, qorin bo'shligining orqa devorida umurtka pogonasining ikki yonida joylashadi. Uning shakli loviyasimon, botiq yuzasi buyrakning darvozasi qisoblanadi. buyrak arteriyalari kirib, buyrak venalari, siydik nayi va limfa tomirlari chiqadi. Bu erda 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 maqiz moddalarni ko'rish mumkin. Po'stloq zona o'zining to'q kizgish rangi va donadorligi bilan ajralib turadi. Magiz zona och bo'yalib, bo'lakchalar 8—12 piramidalarga ajralgan bo'ladi.



Po'stloq va maqiz modda chegarasi tekis bo'lmay, balki po'stloq modda magiz moddaga ustunchalar shaklida (Bertini ustunchalari), magiz modda esa po'stloq moddaga maqiz nurlari (Ferreyn nurlari) shaklida botib kiradi.

N e f r o n buyrakning struktur funktsional birligi. Nefron va siydik naylari orasida biriktiruvchi to'kimaning yupqa qatlamlari bo'lib, ularda qon tomirlar, nervlar yotadi. 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 etadi.

Nefronlarning uzunligi xar xil (18 mm dan 50 mm gacha) bo'ladi. qozirgi funktsional- 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).

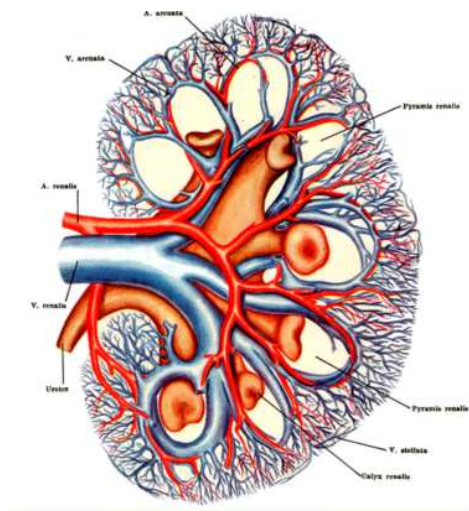
- Nefronning proksimal bo'limi.
- Nefron (Genli) qovuzloqi.
- Nefronning distal bo'limi.

Bir necha nefronlarning distal yiguv nayiga, yiquv naylari uzaro birlashib buyrak kosachalariga ochiladi.

Buyrakda ikki xil nefronlar farq qilinadi.

Birinchi xili deyarli po'stloq moddasida joylashadi bularni po'stloq, nefronlari deyiladi va ular nozik bo'limlarining qisqa bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Ikkinchi xili — yukstamedullyar (miya moddasi yonidagi) nefronlardir. Yukstamedullyar nefronning buyrak tanachalari po'stloqning ichkari qismida miya zonasi yaqinida joylashadi. Yukstamedullar nefronlarning bo'limlari uzun bo'lib, buyrak so'rgichlariga borib etadi.



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

Qon kapillyarlarining bazal membranasi uch qavatlilik (o'rta elektron zich, ichki va tashqi — elektron och) va uzluksizligi bilan xarakterlanadi. Bazal membrananing qalinligi o'zgaruvchan bo'lib, yosh ulqayishi bilan qar xil patologik qolatlarda qalinlashadi. Bazal membrananing tarkibiy qismlari endoteliy va kapsula vistseral varagining 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 vistseral, parietal varaqlardan va kapsula bo'shligidan iborat.

Kapsulaning vistseral varaqi yassi epiteliy hujayralari podotsitlar bilan qoplangan. Podotsitlar bir oz cho'zilgan noto'qri shaklga ega. qujayra tanasidan katta uzun o'simtalar sitotrabekulalar (qar bir qujayradan 2—3 tadan) chiqib, ular (tsitotrabekulalar) 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 membranasi tegib turuvchi va oqirgi bir oz yo'gonlashgan ingichka silindr shaklidagi qosiladir. Sitopedikulalar orasidagi bo'shliqlar—tirqishlar bo'lib, ular nisbatan bir xil (30—50 nm) o'lchamlarga ega. qujayralarning asosiy tarkibiy qismlari podotsit tanasida va yirik o'simtalar (tsitotrabekulalari) da joylashgan bo'ladi. Yadro qujayraning uzun o'qi bo'ylab bir yuz cho'zilgan. Yadro qobiqida teshiklar ko'p bo'lib, yuzasi notekisdir. Yuqorida keltirilgan 3 tuzilma: kapillyarlar to'rining endoteliy hujayralari, Shumlyanskiy Boumen kapsulasi ichki varagining podotsit qujayralar va ular orasida joylashgan uch qavatli bazal membrana filtratsion barer qosil qiladi. Shu barer orqali kapsula bo'shligiga qon plazmasining tarkibiy qismlari o'tib birlamchi siydikni qosil qiladi. Filtratsion barer qon shaklli elementlarini va qon plazmasining yirik oqsillarini, immun tanachalarni, fibrinogen va boshqalarni o'tkazmaydi. Bu barer orqali kattaligi 7 nm kichik bo'lgan moddalar o'tadi. Ba'zi buyrak kasalliklarning 2 00 000 ga yaqini yukstamedullyar nefronlardir. (masalan, nefrit kasalligida) qon shaklli elementlari

bemor siydigida uchrashi mumkin. Buyrak tanachasi kapillyarlar ko'ptokchasi va Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining (parietal va vistseral) varaqlaridan iborat. Kapillyarlar ko'ptokchasi olib keluvchi va olib ketuvchi arteriolalar orasida joylashgan kapillyarlarning ajoyib to'ridan iborat. Kapillyarlar devori endoteliy qujayrasi va uning ostida yotuvchi bazal membranadan tuzilgan. qujayra tanasida ko'p miqdorda fenestralar va teshiklar (7 nm) bo'lishi bilan farqlanadi.

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

Buyrak tanachasining tomirli ko'ptokcha kapillyarlari orasida yana bir xil—mezangial qujayralar uchraydi. Bu qujayraning asosiy qismi qujayra oraliq moddasini qosil qilsa, ba'zilar makroflaglik xususiyatga ega bo'ladi.

Shumlyanskiy — Boumen kapsulasining parietal varaq hujayralari yassi epiteliydan iborat bo'lib, yadro joylashgan soqada qujayra 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 qujayra tanasining ikkinchi qujayra tanasi ustiga yotishi cherepitsalarning joylashishini eslatadi.

Kapsulaning tashqi qavati epiteliysi nefronning proksimal bo'lim epiteliysigacha davom etadi. Nefronning proksimal bo'limi uzun egribugri va qisqa-to'qri naychadan iborat bo'lib, diametri 60 mkm gacha bo'ladd. Proksimal bo'limning Shumlyanskiy — Boumen kapsulasiga tutashgan qismida qujayra kubsimon, proksimal bo'limning egri-bugri qismida silindrsimon, to'qri qismida — pastroq silindrsimon shaklga ega. Proksimal bo'limning hujayralari jiyakli qujatsralardir. Elektron mikroskop ostida jiyak mikrovorsinkalardan 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 — reabsorbtsiya bo'ladi. Bu bo'lim hujayralari sitoplazmasida proteolitik fermentlarga boy bo'lgan lizosomalar ko'p bo'ladi. Pinotsitoz yo'li bilan birlamchi siydikdan qujayra sitoplazmasiga o'tgan oqsil moddalar lizosomal fermentlar ta'sirida aminokislotalargacha parchalanadi. Aminokislotalar so'ngra qonga o'riladi. Proksimal bo'lim hujayralarining bazal plazmatik membranasi tekis bo'lmay, burmalar qosil qiladi. Bu burmalar orasida ko'p miqdorda mitoxondriyalar yotadi. Bazal plazmatik membranalarning burmalari mitoxondriyalar bilan birga turli moddalarni qujayradan qonga va qondan qujayraga o'tishida muqim 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 jaroqatlanishi natijada siydikda oqsil va qand uchrashi mumkin.

Ron (Genli) qovuzlogi. Nefron qovuzloqi ingichka bo'limdan va yo'qon qismlardan iborat. Po'stloq nefronlarda ingichka bo'lim faqat pastga tushuvchi qismdir. Yukstamedullyar nefronlarda esa ingichka bo'lim kieman yuqoriga qam kutariladi.

Ingichka bo'lim diametri 13—15 mkm bo'lib, devori yassi epiteli hujayralaridan iborat. qujayra sitoplazmasi och, organellalari esa kam.

Qujayralarning apikal qismi Buyrak (Malpigi) tanachasining nefronning proksimal bo'limiga o'tish qismi kalta mikrovorsinkalar-tutadi. Bunaycha hujayralari orqali suv qayta so'riladi. Nefron qovuzlogining yo'qon qismi (yuqoriga naychadan iborat bo'lib) hujayralari distal bo'lim hujayralarini eslatadi. Nefronning distal bo'limi. Nefronning distal bulimi ikki: to'gri qism va egri-bugri segmentlarga bo'linadi. To'gri qism hujayralari kubsimon bo'lib apikal yuzasida kalta, mikrovorsinkalarga o'xshash o'simtalar uchraydi, qujayraning lateral yuzasida bir-biri bilan tutashuvchi ko'p sonli o'simtalar mavjud. Shazal membranalar burmalar qosil qilib, burmalar orasida kristalari ko'p bo'lgan mitoxondriyalar yotadi.

Distal kanalning to'gri qismida natriyning fakultativ reabsortsiyasi bo'ladi va bu jarayoya birlamchi siydik osmotik bosimning pasayishiga olib keladi. Natriyning fakultativ reabsortsiyasi aktiv jarayon bo'lib, osmotik va elektroximik gradil entga qarshi amalga oshiriladi.

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

Yiguv naylari. Yiquv naylarini bir necha segmentlarga bo'lish mumkin. Naining 4 ta qismi mavjud bo'lib, shulardan, bit.tasi buyrak po'stloq moddasida, qolgan uch qismi maqiz qismida joylashadi. Bir seshentdan ikkinchi segmentga o'tishda aytarli aqamiyatli o'zgarishlar bo'lmaydi, shuning uchun bu bo'lim shartli tabiatga ega. yiquv naylarida aniq ikki xilbosh (oqish) va oraliq (qoramtir) qujayralar farqlanadi.

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

Oraliq (qoramtir) qujayralar oqish qujayralardan ult-eastruktur . tuzilmalarning ko'pligi bilan farklanadi. Oralik qujayralarda elektron zich gialoplazma kuzatilib, mitoxondriyalarning soni anchagina mo'ldir. Mitoxondriyalarning ko'p sonli kristalari zich joylashadi. Oraliq qujayralarda mitoxondriyalar sitoplazma bo'ylab deyarli tekis tarqalgan bo'lib, ba'zan qujayra apikal qismida ko'proq uchraydi. Muntazam ravishda sitoplazmasida silliq devorli vezikula qosil bo'lishi, ularning apikal qismga siljishi oraliq qujayralarga xarakterlidir. Apikal yuza ko'p sonli, noto'gri shaklli vorsiylar qosil qilishi. mumkin. Bunday qolat bosh qujayralar, kuzatilmaydi. Bulardan tashqari, bir qator oraliq qujayralarda qujayra ichki kanalchasi borligi aniqlangan. Silli, devirli vezikulalar shakllanish davrid u kanalcha aniqlg shib, ko'payishi kuzatiladi. Bu qujayra tuzilishi va faoliyati jiqatidan me'da bezlarining parietal qujayrasini eltadi. qar xil tajribalarda bu ikki a'zo hujayralari bir xil ravishda o'zgaradi. Bu—ular xususiyatlarining bir xilligini qamda NQ ionining sekretsiyasida ishtirok etishini ko'rsatadi. Siydikning atsidifikatsiya qilinishi

(kislotali sharoitga ega bo'lishi) yiguv naylarining oraliq hujayralari faoliyati bilan bogliqdir.

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

Renin buyrakning yukstaglomerulyar apparatida (YuGA) da qosil bo'lib, u organizmda angiotenzin qosil bo'lishini ta'minlaydi. YuGA eritropoetin qosil bo'lishida qam muqim o'rin tutadi.

Yukstaglomerulyar apparat quyidagi 4 xil element:

1) buyrak tanachalariga kiruvchi va undan chiquvchi arteriolalari devorida joylashgan maxsus yukstaglomerulyar (YuG) qujayralar;

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

3) distal nay qamda arteriolalar orasidagi uchburchaksimon maydonda joylashgan yukstavaskulyar qujayralar.

4) buyrak tanachalari kapillyarlariaro qujayralar — mezangiumlardan tashkil topgandir.

Afferent va efferent arteriolalar devorida joylashuvchi kstagomerulyarqujayralar arteriolalar endoteliysi bazal membranasining ostida, donador mioepitelioid qujayralar ko'rinishida bo'ladi. Bu qujayralarning soni faqatgina YuGA funksional qolatiga bogliq bo'lib qolmasdan, balki qayvonlarning turiga qam bogliqdir. Mioepitelioid qujayralar oval shaklida bo'lib, yumaloq yadro va sitoplazmani to'ldirib turuvchi ko'p sonli organellalarga ega. Bu qujayrada donador endoplazmatik to'r — eng rivojlangan organelladir. Ular yadro atrofida joylashgan bo'ladi. Mioepitelioid qujayraning eng spetsifik strukturalari bo'lib renin saqlovchi sekretor donalar qisoblanadi. Etilgan sekretor donalar elektron zich bo'lib, elementar qobiqqa o'ralgan. Mioepitelioid qujayralarda renin ishlab chiqariladi va qon tarkibiga qo'shiladi. Reninning anchagina qismi olib keluvchi arteriolaning atrof tuqimasiga — interstitsiyaga qam 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 niqoyat u moddaning kon bilan o'pka orqali o'tishi natijasida tomirlarga kuchli ta'sir etish xususiyatiga ega bo'lgan angiotenzin I ga aylanishi etadi. Renin — angiotenzin sistemasi tana qon tomirlarigagina emas, balki buyrak qon tomirlariga qam ta'sir kilib, buyrakda filtrats jarayonini va qon aylanish tezligini o'zgartiradi. Renin va angiotenzin buyrak usti bezining gormoni — aldesteron sintezi va sekretsiyaga ta'sir etadi. Distal naylardagi siidik, tarkibidagi natriy konsentratsiyasining kamayishi o'z navbatida endoteliy xujayralari orkali seziladida. YuGA ning ish faoliyatini kuchaytiradi.

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

Yukstaglomerulyar kompleksning «zich doq» hujayralaridan iborat tarkibiy qismiga nefron distal nayining buyrak tanachasi arteriolalari orasida Gurmagtig hujayralariga karagan yuzasida yotuvchi qism kiradi. Nefron distal nayi devoridagi qujayralarning ultrastrukturasi solishtirilganda «zich dog» .hujayralarining o'ziga xos tomonlari yaqqol namoyon bo'ladi. Bunda hujayralari bo'ychan silindrsimon bo'lib, sitoplazmasining matriksi zich, yadrolari xujayraning o'rtasida yotadi, Golji kompleksining inversiyasi kuzatiladi. Distal nayning odatdagi hujayralarida bu

organella hujayralari apikal sismida yotsa, «zich dog» hujayralarida yadro ostida qujayra bazal qismida joylashadi. «Zich dog» hujayralarining yana bir muxim farklaridan biri — qujayraning tubida bazal plazmolemmaning ko'p sonli burmalarining yo'qligidir. Xujayraning bazal membranasi nixoyatda yupqadir, shuning uchun boshqa xujayralar bilan uning kontakti ancha engil bo'lsa kerak. Ko'shshcha, Gurmagtig hujayralari orasida yotuvchi bazaltsitoplazmatik o'simtalar qam 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 qosil bo'luvchi konussimon maydonda yotadi. Bu qujayralar mezangial qujayralarga tegib yotadi. Shunday qilib, Gurmagtig hujayralari bir vaqtning yukstglomerulyar 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. qujayralar orasida bazal membrana strukturasi zga bo'lgan modda qatlamlari . yotadi. Bu qujayralarning ultrastrukturasi o'rganish ularning topografik, genetik va funktsional jihatdan mezangial qujayralarga yaqinligini ko'rsatadi.

Mezangial qujayralar kapillyarlar to'rlar aro joylashgan bo'lib, Gurmagtig hujayralari bilan birgalikda tomirli chigalni ushlab turuvchi o'zakni qosil qiladi. Bu qujayra yadrosining qobiqida ko'p sonli invaginatsiyalar bo'lganligi sababli, u noto'qri shakldadir. Mitoxondriyalarning shakli oval, ular ko'p: qollarda 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 qujayralarning o'simtalarida ko'pgina ribosomalar, yakka-yakka mitoxondriyalar va vakuolalar yotadi. Uning qar xil tanachalarni qon tarkibidan fagotsitoz qilish qobiliyati, buzuvchi agent ta'sirotiga kollagen qosil qilish bilan javob berish kabi xususiyatlari o'rganilgan.

Prostaglandin ishlovchi qujayralar buyrakda bir necha xil bo'lib, ularning ichida interstitsial qujayralar' aloqida o'rin tutadi. Bu qujayralar tanasi cho'zilgan, undan bir necha o'siqlar chiqib, bu o'siqlarning bir qismi nefron qovuzlogi naychalarini o'rasa, boshqalari qon tomir kapillyarlarini o'raydi. Interstitsial qujayralarning sitoplazmasi yaxshi rivojlangan qujayra organellalarini va lipid (osmiofil) donalarni tutadi. Bu qujayralarda ishlangan prostoglandin antipertenziv ta'sir ko'rsatadi, ya'ni qon bosimni pasaytiradi.

Shunday qilib, buyrakda bir necha xil endokrin qujayralar bo'lib, ular umumiy va buyrakdagi qon bosimni' boshqaradi va shu io'l bilan siydik qosil 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 qajmining 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 maqiz modda chegarasida bo'linib, arteriyani tashkil qiladi. Yoy arteriya buyrak yuzasiga parallel yotadi va po'stloq

qamda miya moddalariga mayda tarmoqchalar beradi. Bu arteriyalar po'stloq moddada bo'lakchalararoarteriya qosil qilsa, maqiz qismida to'qri arteriya ,nomi bilan yuritiladi. Interlobulyar arteriyalardan buyrak tanachalariga qon olib keluvchi tomirlar boshlanadi. qar bir qon olib keluvchi arteriya o'zaro anastomoz qosil 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 ko'ptokchasi) sistemasida ikkita xususiylikni ko'rish mumkin: 1) tuguncha kapillyarlari yiqilib, venulani qosil qilmaydi. balki arteriolani xosil qiladi, ya'ni kapillyarlar ikki arteriolalar orasida joylashadi. qapillyarlarning bunday o'ziga xos joylashishiga ajayib to'r deyiladi 2) olib chiquvchi arteriolaning diametri kichik bo'ladi. Bu qolat tugun kapillyarlarida qon bosimni oshishga olib keladi va intensiv filtratsiya bo'lishini ta'minlaydi.

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

Yoy arteriyasidan maqiz qismiga borgan to'qri arteriyalar kapillyarlarga bo'linib, maqiz qism va so'rqichda joylashgan kanallarni o'raydi. Shu erda kapillyarlar venulalarga aylanadi va to'qri venalarni qosil qiladi. Bular esa yoy venalariga borib quyiladi.

Yukstamedullyar 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 qosil qiladi va piramidalar orasiga kiradi, so'ngra venoz tomirlariga quyiladi. Bundan tashqari, bu tanachalarda olib keluvchi va olib ketuvchi tomirlar orasida anastomozlar mavjud. Yukstamedullyar tanachalar faqatgina filtratsiya apparati qisoblanmasdan balki drenaj sistemasi sifatida qam xizmat qiladi.

Nefronning gistofiziologiyasi. qozirgi davrda buyrakda siydik ajralishi qaqidagi keng tarqalgan nazariyalardan biri filtratsion-rezorbtsion nazariyadir. Bu nazariyaga muvofiq buyrak tanachasidagi kapillyarlarda oquvchi qondan tanacha kapsulasining bo'shliqiga qon plazmasining barcha tarkibiy qismlari filtrlanadi. Bu tarkib mikropipetka yordamida tanacha kapsulasi punktsiya qilinib, so'ngra ultrafiltratni mikroxi-miyaviy tekshirish o'tkazish orqali aniqlangan. Bunday qon plazmasining ultrafiltrati birlamchi siydik deb nomlanadi.

Bir sutkada odamning qar bir buyragida 100 litrgacha birlamchi siydik qosil bo'ladi. Filtratsiya jarayonida plazmaning barcha tarkibiy qismlari kapillyarlarning endotelij va podotsit hujayralarining orasida yotuvchi uch qavatlibazal membranalaridan o'tib, podotsitlarning o'simtalari orasidagi tirqishsimon yoriqlarga tushadi. Shunday qilib, qon va kapsulalararo x filtratsion barer rolini kapillyarlarning endotelij hujayralari, 3 qavatli bazal membrana, kapsula ichki varaqining podotsit hujayralari tashkil qiladi. Siydik filtratsiya bo'lishida buyrak tanachasidagi qonning | yuqori bosimi (70—90 mm g simob ustuni) qal qiluvchi omildir. Bu bosim olib keluvchi va olib ketuvchi arteriolalar diametrining

turli xilda bo'lishidan kelib chiqqandir. qon ' bosimi 4 0—50 mm simob ustunidan pasaysa, buyrak tanachasidagi filtratsiya to'xtab, birlamchi siydik qosil bo'lmaydi. Shuning uchun bosimlari past bo'lgan buyrak tanachasida (yukstamedulyar zonada) birlamchi siydik qosil bo'lishi po'stloq nefron zonalariga nisbatan sustdir. Birlamchi siydik buyrak tanachasining kapsula bo'shligidan 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 7 0 marta, ammiak 4 0 marta oshadi). Nefronning proksimal bo'limida suv, oqsil glyukoza va boshqa moddalarning asosiy qismi (50%) aktiv so'ri-la boshlanadi (obligat reabsorbtsiya). 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 qar xilligi bilan ta'minlanadi. So'rilishning asosiy qismi proksimal bo'lim hujayralarining apikal yuzasidagi, uning maydonini kengaytiruvchi mikrovorsinkalar qisobiga bo'ladi.

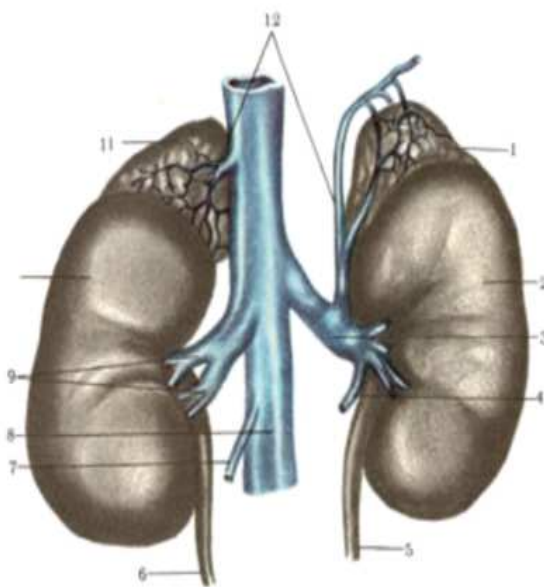
Mikrovorsinkalar qisobiga kengaygan proksimal kanalchalarning jami maydoni odamning buyragida 50 m ga yakindir.

Shunday qilib, buyraklarda siydikning qosil bo'lishi ikki bosqichda kechadi. Birinchi bosqichda siydikning ultrafiltratsiyasi buyrak tanachalarida ro'y beradi. Ikkinchi bosqich nefronkanallaridagi rezorbtsiyani va sekretsiyani o'z ichiga oladi. Fakultativ rezorbtsiya 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. Mikropunktsiya va gistologik tekshirishlar yordamida bunday bo'yoq moddalarning kapsula ichidagi suyuqlikda bo'lmasligi, lekin nefron naylaridagi sugoqlikda va nay qujayrasida ularning bo'lishligi aniqlangan. Shu asosdan nefron naylari epiteliylari faqatgina ikkilamchi siydik maqsulotlarini reabsorbtsiya qilib qolmay, balki sekretor faoliyatga qam ega deb qulosa chiqarish mumkin.

Naylarda yuz bergan sekretsia shu bo'lim epiteliysining modda almashinuvi jarayonidagi aktiv faoliyatining natijasidir. Ba'zi bir sudralib yuruvchilarda va qushlarda nay sekretsiyasi siydik qosil bo'lishida etakchi rol o'ynaydi. Yuqori tabaqa qayvonlarda va odamda siydik xosil bo'lishida kanal sekretsiasining aqamiyati kam. Ammo kanallarning sekretor faoliyati orqali buyrak tanachalarida filtrlanmaydigan moddalar organizmdan tashqariga chiqariladi. Bundan tashqari, qonda ba'zi bir



moddalarning miqdori qaddan tashqari ko'paysa qam (masalan, mochevina) u moddalar kanal hujayralaridan sekretiya bo'la boshlaydi. Bu esa nefron nayi sekretiyaning siydik qosil 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 tugilgan buyrakning 2 0—2 5% ini tashkil etsa, voyaga etgan vaqtda 1G`2, va 1G`3 qismints tashkil etadi. Ammo bu davrda buyrak massasining ko'payishi yangi nefronlar qosil bo'lishi bilan bormay, balki mavjud neyronlarning o'sishi va differentsiallanish qisobiga bo'ladi. Yangi tugilganlarda proksimal naychanning qalinligi 18—3 6 mkm bo'lsa, voyaga etgan organizmda 4 0—60 mkm dir. Yosh oshib borgan sari neyronning uzunligi o'zgarib boradi, ya'ni uzayadi. qarilarning buyraklarida sklerozga uchragan neyronlar qam 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 qamma kavatlarida joylashadi. qam simpatik, qam parasimpatik nerv oxirlari endoteliy ostidagi bazal membrana ostida tarmoqlanadi.

SIYDIK CHIQRUV YULLARI

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

Buyrak kosachalari va jomchalari, siydik nayi va qovukning rmumiy tuzilishi o'xshash bo'lib, ularda 4 pardani farq qilish mumkin: shilliq, shilliq osti, mushak v'a adventitsiya. Buyrak kosachalarida bir qavatli zpiteliy astasekin ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliyga almashadi. Buyrak jomlarini siydik nayining buyrak ichida joylashgan qismi deb qarash mumkin. U qam boshqa siydik yo'llari kabi ko'p qavatli o'zgaruvchan epiteliy bilan qoplangan. Epiteliy ostida siyrak tolali biriktiruvchi to'qimadan iborat shilliq pardaning xususiy kavati yotib, u shilliq osti pardada davom etadi. Shuni qayd qilish kerakki, siydtsk chiqaruv yo'llarining qamma 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'rqichlari soqasida faqat aylana joylashgan mushak tutamlari bo'lib, ularning qisqarishi siydikni piramidadan ajralib chiqishiga yordam beradi.

SIIDIK NAYLARI

Siydik naylarida shilliq, shilliq osti, mushak va adventitsiya pardalari aniq ajraladi Shilliq pardada 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 aylana yo'nalishga ega. Siydik nayining siydik pufagi devorida joylashgan qismida mushak parda faqat bo'ylama mushaklardan iborat. Bu mushaklarning qisqarishi kovuq mushaklarining qolatidan qatazar, siydik nayining teshigini ochib, siydikning pufakka tishini ta'minlaydi. Siydik nayining adventitsiya pardasi atrofdagi to'qimalar bilan qo'shnilib ketadi.

qovuqning shilliq pardasi o'zgaruvchan epiteliy va siyraktolali, 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 qosil qilib, bu burmalar qovuq siydikka to'lganda tekislanadi. qovuqning uchburchak soqasining shilliq pardasida burmalar bo'lmaydi. Bu soqada shilliq osti pardasi yo'q bo'lib shilliq pardaning xususiy qavati mushak parda bilan birlashib ketadi. Bu soqada siydik nayining pastki qismidagi bezlarga o'xshash bezlar joylashgan. qovuqning boshqa qismlarida shilliq parda ostida siyrak biriktiruvchi to'kimadan iborat shilliq osti parda joylashadi.

qovuq mushak pardasi ichki,- tashqi katlami bo'ylama va o'rgaylanma yo'nalgan mushak hujayralaridan iborat. qovuqning tashqi siydik chiqaruv yo'liga davom etish qismida (qovuqning oo'yin qismi) aylana joylashgan mushak tutamlari sfinkter qosil 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, qovukda ko'p miqdorda nerv tugunchalari va nerv sistemasining neyronlari topilgan. Bu neyronlar, ayniqsa, siydik naylarining qovuqqa quyilish erida ko'p bo'ladi. Bundan tashqari, qovuqning seroz, mushak va shilliq pardalarida ko'p miqdorda retseptor nerv oxirlari xam uchraydi.

TASHQI SIYDIK CHIQRUV YULI (URETRA)

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

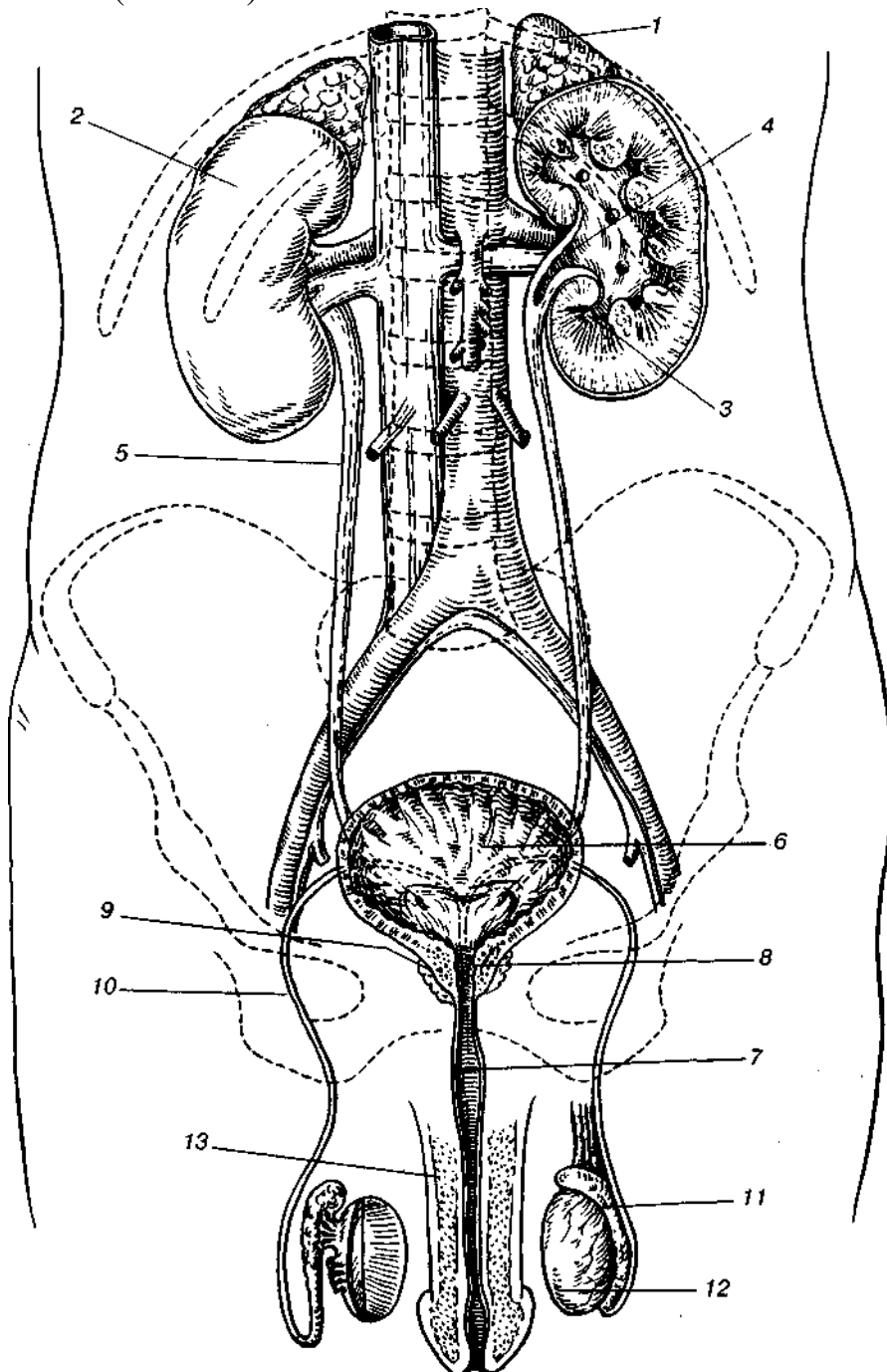
Ayollar tashqi siydik chiqaruv yo'li shilliq, mushak va tashqi pardalardan iborat. Shilliq pardaning xususiy qatlami siyrak tolali biriktiruvchi to'qima bo'lib, ko'p miqdorda qujayralar tutadi. Tashqi teshik soqasi shilliq parda ko'p qavatli muguzlanmaydigan epiteliy bilan qoplangan bo'lib, shilliq pardaning xususiy qatlami ko'pgina so'rqichlar qosil kiladi. Tashqi siydik chiqaruv yo'lida oz miqdorda bezlar bo'lib, ular periu-retral 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'kima qatlami joylashadi. Siydik yo'lining tashqi qismida .ko'ndalangtarqil mushak tolalari yotib ular tashqi sfinkterni qosil qiladi.

Erkaklar tashqi siydik chiqaruv yo'llarining tuzilishi qamma bo'limlarda qam bir xil emas. Ularning devori aksariyat qam shilliq, mushak va adventitsiya

pardalardan iborat. Siydik yo'li prostata qismi shilliq pardasining epiteliysi qovuq epiteliysi kabi bo'ladi. Bu epiteliyastasekin ko'p qatorli prizmatik shaklga o'tib, siydik yo'lining qovak tanasi qismiga o'tganda epiteliy ko'p qavat qosil qiladi. Epiteliyning ko'p qatorli qismida qadaxsimon va endokrin qujayralar uchraydi. Mushak parda uretraning prostata kismida ichki bo'ylama va tashqi aylana qatlamlaridan iborat. Mushak pardasi asta-sekin yo'qola boradi. qovak tananing oldingi qismida aloqida joylashgan mushak tutamlarigina saklanib qoladi.

II – BOB. UROLOGIYA KASALLIKLARINING BELGILARI.

Siydik kasalliklari, xamda erkaklar a'zolari xastaliklarini alomatlari juda xam xilma xildir (rasm2-1).



Rasm. Siydik tanosil a'zolar (sxema).

1 – buyrak usti bezi; 2 - buyrak; 3 – burak kosachasi; 4 – buyrak jomi; 5 – siydik nayi; 6 - qovuq; 7 – siydik chiqaruv kanali; 8 – prostate bezi; 9 – urug pufagi; 10 – urug chiqaruv yyollari; 11 – moyak ortigi; 12 - moyak; 13 -olat.

Urologik xastaliklarni etiologiya va patogenezini aniklash, davolash usullarini kullash uchun tarixini urganish, bila olish, bemorni umumiy xolatiga tugri baxo berish katta axamiyatga ega.

Bemorning xayotidagi tabiiy uzgarishlar kishi ongida juda yaxshi saklanib koladi. Maktabda ukigan davrida ba'zi bir xolatlar, kizlarni xayz kurishi, ugil bolalarda pollyutsiyani bulishi, turmush kurishi, xarbiy xizmati va boshkalar.

Tugma kasalliklar va siydik tanosil a'zolari anomaliyalari alomatlari, yosh bolaning yashash davrini paydo bulishi bunga xosdir. Buyrak kon-tomir xastalıkları bolalarni juda erta yashash davrida mustaxkam arterial giperplaziyani paydo kiladi. Siydik tosh kasalligida ba'zida, siydik bilan toshning chikib turishi, kupincha yashash joyini uzgartirganda, suyuklikni ichish va ovkatlanish meyyori buzilganda kuzatiladi. A'zolar ish faoliyatini buzilishi endogen va ekzogen faktorlarga boglik bulib, bu faktorlar kasallikni rivojlanishiga sabab buladi.

Shifokor bemorni sinchiklab surab surishtirib, kasallikni boshlanish davriga, uning kechishiga, klinik simptomlarini paydo bulishiga, uni kaysi kasallikka xos ekanligini aniklash kerak.

Bundan tashkari shifokor bu kasallikni, birbutun organizm kasalligi ekanligini unutmashligi kerak. Kasallik tarixini yigishda shifokor bemor ota-onalari xayotida onkologik kasalliklar, arterial gipertenziya, surunkali urologik kasalliklarni bulishi, xamda xaddan tashkari spirtli ichimliklarni kup muddat iste'mol kilishi, chekishini aniklash kelajakda bolada urologik kasalliklarni keltirib chikishiga sabab bulishi mumkinligini unutmash kerak. Buyrak polikistozi, siydik tosh kasalligi, erkaklar bepustligi va xakozolar kasalliklari nasldan naslga utadi.

Anamnezni yigishda kasallikni etiologik sabablarini va uning rivojlanishini aniklash katta axamiyatga ega. Organizm a'zolari va sistemalarni bir biriga boglikligi, bir birini tuldirib xamda ularni kuch-kuvvatini, organizmni uzok muddat soglom bulib turishini aniklab xisobga olish kerak.

Organizmni birbutunligini xisobga olish kerak, chunki a'zolar va sistemalar bir biri bilan chambarchas boglangan, ularning kompensator mexanizmlari soglikni uzok muddat saklash uchun bir birini tuldirib turadi.

Shifokor sinchiklab bemorni anamnezini va kasallikni klinik kechishini taxlil kilgandan sung, umumklinik tekshirishlarni asosi bulgan kurish usuliga katta axamiyat beradi. Shifokor bemorni yurish turishiga, suzlashishiga va uning xulkatvoriga baxo beradi. Bemorni tez suzlashishi, keskin xarakat imo-ishoralari asab sistemasini buzilganligini kursatadi. Bemorni ogrigan tomoniga yonboshlab, oyogini tizza va tos-son bugimlarida bukib, tanasiga keltirib, majburiy xolatda yotishi, yalliglanish jarayonini paranefrit soxasida ekanligini tasdiklaydi. Bemorni yakkol notinchligi, uning ogrikni engillashtirish uchun uziga kulay xolat topolmasligi, buyrak sanchigiga xos alomatdir. Bemorni utirishdan vertikal xolatiga utishi kiyinchilik bilan bulishi, osteoxondroz borligini tasdiklaydi.

Terini va kurinib turgan shillik kavatini okarib yoki biroz sargayib kurinishi ogir buyrak kasalliklarini borligidan dalolat beradi. Terini kuruk yoki ortikcha terlashi organizmda su vyoki modda almashinuvini buzilganligi, xar xil sababli intoksikatsiyani borligi xamda endokrin sistemasini xolatini namoyon kiladi.

Kasallikni kechishi kanchalik bemor xayotiga xavf solayotganligiga karab, bemorning umumiy xolatini ogir va uta ogir darajada ekanligiga baxo beriladi.

Bel soxasida shish, teri kizarish, shikastlangandan sunggi belgilar, avval kilingan operatsiyadan sunggi chandik va okma yaralarni aniklash mumkin. Korin soxasi kurulganda buyrakdagi katta usmalar, polikistoz va gidronefroz xisobiga bel soxasini assimetrik ekanligi kurinadi.

Siyishning buzilishi natijasida Qovuq siydik bilan tulib toshib turganda kov soxasida shish borligini kurish mumkin. Erkaklar tashki jinsiy a'zolarini kurganda,

bemorni gorizontal va vertikal xolatlarida kurish kerak. Gidrotsele va varikotseleda bemorni vertikal xolatida tekshirilsa, yorgok xajmini aniklash osonrok buladi.

Jinsiy olatni tekshirganda, albatta kertmakni kopini ochib olat bosh kismini va kertmakni ichki yuzasini Tula kurish mumkin. Fimoz bulganda kertmakni tashki teshigi torayishida, olatni bosh kismini ochish iloji bulmaydi.

Paypaslash umumklinik tekshirillarni asosiy usuli bulib xisoblanadi. Terini paypaslab uning namligini, xaroratini, shishining borligini aniklash imkonini beradi. Korinni oldingi devorini paypaslash mushaklarni taranglashish darajasini va unda ogrikning borligi aniklanadi. Buyrak bemorni chalkanchasiga yotkizib, yonboshlatib va tik turgizib paypaslanadi. Paypaslayotgan vaktida shifokorning kuli issik bulishi kerak. Buyraklar tanani astenil tuzilishida yoki buyrakni kattashlashgan vaktida paypaslanadi.

Erkaklar tashki jinsiy uzgarish. Jinsiy olat (pens) tok a'zo bulib, jinsiy alokani bajarish, eyakulyatni utkazish va siydikni chikarish uchun xizmat kiladi. Olatni tuzilishi-olatning bosh kismi, uzagi va tanasidan iborat. Jinsiy olat ikki kismdan tashkil topgan bulib, uning govaksimon va gubgato`y (spongiz) tanalari mavjud. Erkaklar jinsiy olatini erektsiya vaktidagi uzunligi 13-16,6 smga teng. Erkaklar jinsiy olatini erektsiya vaktidagi eng kichkina eng kichkina xajmi 9 smgacha buladi. Erkaklar jinsiy olatini eng kichkina xajmi bulganligini, yashirin jinsiy olat alomatidan kov soxasidagi yog klechatkasini xaddan tashkari rivojlanganida xamda gipertrofiyaga uchragan uzun kertmakdan fark kilish zarur.

Yorgok (serotum) tok teri-mushak kopchasidan iborat bulib, unda moyaklar, ularning ortigi xamda urug chikarish kanalini distal kismi joylashgan. Yorgokni terisi jinsiy olat, oralik va sonni tersiga utadi. Yorgok terisi pigmentlashgan bulib, kup mikdorda terlash va yog bezchalaridan iborat. Yupka bulgan yorgok terisi, mushak pardasi (tunjca dartos) bilan birbutun bulib yopishib ketgan. Mushak pardasi kup mikdorda yassimushak va elastik tolalardan iborat bulib, chov va oralik soxalari teriosti tukimalarini davomi bulib xisoblanadi. Mushak pardasi kiskarganda, yorgok xaltasi kichkina xajmida bulib, terisi kundalang kavat-kavat burmachalardan iborat buladi.

Mushak pardasini ichki yuzasi moyakni umumiy kin pardasi bilan koplangan bulib, parietal va vistserial varklaridan iborat. Odatda, bu varaklar orasida biroz mikdorda suyuklik buladi. Mushak pardasi va mushaklar orasida, moyakni kutaruvchi (m.cremaster) bulib, moyak va urug tizimchasini urab turadi, shu erda yumshok klechatka kavati joylashagan bulib, u bevosita jinsiy olatga utadi. Bu klechatka orkali yalliglanish infiltratsiyasi osonlik bilan bir soxadan ikkinchi soxaga bemalol utadi. Yorgok kon-tomirlari bilan yaxshi rivojlangan bulib, jinsiy arteriyani tashki va ichki xamda pastki nadgervnoy. Arteriyalar orkali ta'minlangan. Bundan tashkari korin aortasidan chikkan kon-tomir kup moyak orteriyalar anatamozlarini tashkil kiladi. Yorgok venalari urug tizimchasini venasi xamda tashki jinsiy va pastki tugri ichak venalariga utadi. Limfani okish chov limfa tugunlariga kuyulishi bilan ajraladi. Yorgokni innervatsiyasi xamda bel chigalidan yonbosh chov nervi orkali bajariladi, kon-tomir bilan ta'minlanishi va innervatsiyasi yaxshi bulishi xamda yorgokni yukori darajada elastikligi xususiyatlarini xisobga olish, jinsiy olat va siydik chikarish kanalini plastik xirurgiyasini bajarishga imkon beradi. Moyaklar erkaklar organizmida ikki asosiy vazifani bajaradi: germinativ va ichki sekretsia bulib,

erkaklar jinsiy gormonlarini ishlab chikraadi, bu gormonlarni orasida muximi testesteron bulib xisoblanadi. Spermatogenez uchun normal xaroratni moyakni anatomik joylanishi xisobiga, xamda moyak vena chigallarini issiklik rejimini ta'minlab turish mexanizmiga boglik.

Yorgokni tekshirganda uning xajmiga, osilib turish darajasiga, yorgok terisini pigmentatsiyasiga, kat-kat bulib turmalanib turishini yakkol kurinishiga yoki yukligiga diqqat-e'tibor berish kerak, chunki bu organizmda andogenlarni etishmovchiligidan darak beradi. (yorgok atoniyasi). Moyak va uning ortigini joylanishini, ularni xajmini va konsistentsiyasini aniklash lozim. Odatdagi, normal moyaklar elastik konsistentsiyaga ega. Moyaklarni ulchash uchun testometr va orxidometrlar mavjud.

18 yoshdan 55 yoshgacha bulgan erkaklar moyagi normal xolatda: uzunligi 4-5 sm, kalinligi 2,5-3 sm bulib, urtacha xajmi 18 mlga teng. Odatdagi, xolatni 12 dan 30mlgacha bulib xisoblanadi. Spermatozoidlarni ishlab chikarilishi bilan testikulyar xajmi korrektsiyalanadi. Normal testekulyar xajmi azooapermiya kombinatsiyasi bilan birgalikda kelsa, bepustligini obstruktiv formasi borligini guvoxi buladi. Agar moyakni kundalang xajmi 2,5 smdan kichik bulsa mochk giportrofiyasi yoki gipoplaziyasi deb xisoblanadi.

Normal erektsiyadan tashkari, olatni kattalashishi utkir va surunkali bulishi mumkin. Olatni kattalashishi, taranglashishi, paypaslaganda esa ogrikni yuk bulishi priapizmni alomatlaridan buladi. Bunda olat terisi uzgarmaydi uning bosh kismi taranglashmaydi. Priapizmni olatni shikastlanganidan farki shundan iboratki, olat xajmi kattalashadi, shishgan buladi, rangi kukishtir jigari rangida bulib paypaslaganda ogrik buladi. Kavernozi tanalaridan birini ok pardasi yorilgan bulsa, uning karamakarshi tomoniga olat kiyshaygan (yorilgan soxada kon tuplanib gematomani xisobiga paydo buladi) buladi.

Olatni surunkali kattalashishida, surunkali paydo bulib turadigan priapizm yoki slinovost ekanligi borligi xakida uylab kurish kerak. Olatni kiyshayishi tugma bulib, kupincha kavernozi tanalarini birida tula etishmaganligiga sabab buladi. Bu xollarda olatni ogriksiz kiyshayishi erektsiya va tinch turgan vaktida kuzatiladi. Ogrikni erektsiyadan tashkari va ogrikni erektsiya vaktida kuchayishi Peyroni kasalligini borligini aniklashga imkon beradi. (olatni fibroblastik induratsiyasi). Peyroni kasalligiga xos belgilarni, kavernozi tanasida kundalang joylashgan, kattik konsistentsiga uxshash joylarini erektsiya bulmagan vaktida paypaslab aniklash mumkin.

JINSIY OLATNI XAJMI. Tugma mikropenis testesteron fetal etishmovchiligi natijasida xosil buladi. Buyrak usti bezi pustlogi giperaktivligi moyak interstitsial xujayralar usmasini birgalikda bulishi megalopenis alomatini keltirib chikaradi.

Yorgokni kattalashishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bulishi mumkin. Yorgokni paypaslaganda ayniksa tana xarorati yukori bulganda, yalliglanish jarayonini moyak va uning ortiglarida ekanligini guvoxi buladi. Agar ogrik aniklanmasa, bemorda ikkitomonlama gidrotsele yoki slinovost bor ekan deb xulosa chikarish mumkin. Kupincha yorgokni kattalashishi, yurak kon-tomir etishmovchiligini dekompensatsiya davrida kuzatiladi.

Yorgokni bir tomonidan shish va ogrik bulsa, gidrotseleni yalliglanganligini yoki utkir epididimit, utkir orxitni borligini tasdiklaydi.

Yorgokni bir tomonida ogriksiz shishni bulishi gidrotsele yoki surunkali orxiepididimitni (nospetsifik yoki tuberkulyoz) yoki moyak usmasi (usmada ikkitomonlama yorgok kattalashishi borligini tasdiklaydi). Olat va yorgokni umumiy kattalashishi va induratsiyasi va shishi jinsiy a'zolarini slinovostida kuzatiladi.

Kurib va paypaslaganda yorgok terisida uzum shingiliga uxshash xosila odatda chap tomonda, ayniksa yoshlarda aniklansa, tik turganda vaktida yuk bulishi yotgan vaktida kichkina bulishi urug tizimchasini venalarini kattashlashganligini kursatadi. Ikkitomonlama moyakni yorgokda yuk bulishi ikkitomonlama kriptarxizm yoki moyaklar agneziyasini borligini guvoxi buladi. Yorgokda moyakni bir tomonda bulishini aniklashinishi, boshka ikkinchi tomonida priaptorxizmni borligini tasdiklaydi. Bemorlar ayniksa, kupincha yoshlar tashki jinsiy a'zolarida uzgarishlarni borligiga shikoyat kilmaydi, shuning uchun shifokor va uning ota-onasi bilan suxbatlashib, sinchiklab anamnezini aniklab, albatta tashki jinsiy a'zolarini tekshirishi kerak.

F I M O Z – kertmakni torayishi bulib, kertmak xoltasidan, olat boshini ajratib chikarish kiyin buladi. Fimoz bulganda kupincha balanopostit kuzatiladi. Agar kertmakni teshigi xaddan tashkari toraygan bulsa, siydikni tutilishi xamda ureterogidronefrozni kuzatilish mumkin. Fimoz, olat usmasini keltirib chikarishi uchun sabab bulishi mumkin.

Fimoz tugma yoki xayoti davrida orttirilgan bulishi mumkin. Yosh bolaning birinchi yili yashash davrida tugma fimoz balopostit yoki kandli diabet tufayli paydo bulsa, uni orttirilgan fimoz deb ataladi. Bundan tashkari kasallikni atrofik yoki gipertrofik formalari mavjud.

Kasallikni diagnostikasi bemorni shikoyati, anamnezi va kurib tekshirish bilan aniklanadi.

Fimoz bilan xastalangan bemorlar davosi jarroxlik usulidir. Agar bemor ogrikni oralik soxasida, olat bosh kismida, moyak va uning ortiklari soxasida shikoyat kilsa, lekin shifokor uning sababini aniklay olmasa shuni esdan chikarmaslik kerakki, prostata bezi yoki urug pufakchalarida bulgan yalliglanish jarayonini ogrikli irraditsiyalari bulishi mumkin. Bu xollarda rektal tekshirishlarni kilish lozim. Bundan tashkari xudi shunday ogriklar umurtka pogonasi yoki orka miya kasalliklarida bulishi mumkin.

Urologik kasalliklarni alomatlarini olti guruxga bulish mumkin:

1. Erkaklar tashki jinsiy a'zolarini uzgarishi
2. Umumiy kurinishi
3. Ogrik
4. Siyishni buzilishi
5. Siydikni uzgarishi
6. Siydik chikarsh kanalidan patologik ajralmalarni chikishi va spermani uzgarishi.

U M U M I Y K U R I N I S H I. Tana xaroratini kutarilishi, tana vaznini ozayishi, erkaklarda ginekomastiya. Tana xaroratini 38-40°gacha kutarilishi utkir pielonefrit yoki utkir prostatit bulgan bemorlarda kuzatilib, kupincha kaltirok titrok

bilan kuzatiladi. Agar katta yoshdagi bemorlarda bu alomatlar boshka kasalliklar belgilari bilan birga kelib ma'lum bir joyda ogrik va tez-tez siyishlar bulsa, gudak va undan kattarok yoshdagilarda esa, utkir pielonefrit ma'lum bir joy alomatlarisiz kuzatiladi. Kupincha «tushunib bulmaydigan» tana xaroratini kutarilishi bolani rivojlanishida kup yillar kuzatilib, xattoki katta yoshigacha davom etsa, bunday bemorlarni umumiy kasbdagi shifokorlar kupincha utkir respirator infektsiya yoki kandaydir boshka kasallik ekanligini, lekin bu urologik kasallik emasligini unutmashligi kerak.

Xuddi shunday tana xaroratini kutarilishi, moyak va uning ortigini utkir kasallikalrida kuzatilishi mumkin. Surunkali buyrak etishmovchiligi tobora zurikib borishida, tana vaznini kamayib borishi kuzatiladi, bolalarda esa tana vaznini pasayib borishi yoki uning yoshiga nisbatan kurinishi kichik bulsa, shifokorni bemorni siydik yullarida surunkali infektsiyani yoki siydik yullari obstruktsiyalarni borligiga shubxa kilish kerak. Prostata bezi raki sababli esterogenaterapiya olayotgan bemorlarda ginekomastiya kuzatilishi mumkin, davolash natijasini bir vaktida prostatospentsifik antigenini aniklash bilan utkazilsa katta axamiyatga ega.

Moyakni sertoli xujayralarini usmasida yoki Klaynfeltera (KLINETELTER) sindromi kurinishida ginekomastiya bulishi mumkin.

O G R I K. Urologik kasalliklarda ogrik utkir yoki utmas bulishi mumkin. Bel soxasidagi ogrik kupincha buyrak kasalliklarida uchraydi, siydik nayi kasalliklarida ogrikni irradiatsiyasi chov soxasiga beradi, kov soxasida ogrikni bulishi Qovuq kasalliklariga xos, ogrik oralik soxasida bulsa, kupincha prostata bez va urug pufakchasi kasalliklarida uchraydi.

Ogrikni sezish xarakteriga, uning joylanishiga va irradiatsiyasiga, ularning kelib chikish sharoitini aniklash, tugri tashxis kuyish uchun muxim axamiyatga ega.

Katta yoshdagi bolalar, bel soxasidan chikayotgan ogriklar joyini etarli darajada, siydik nayi yoki jinsiy a'zolarida ekanligini anik kursata olmaydilar. Kupincha kichik yoshdagi bolalar bulayotgan ogrikni kaerdaligini kursata olmay yiglab, injiklanib bayon kiladi. Kupincha ulardan ogrikni kaerda deb surashsa kornini kursatadilar.

Buyrakdan chikayotgan ogrik impuls retseptorlari, arteriyalarni ichki pardasida, buyrak fibroz pardasida va buyrak jomida joylashgan buladi. Kabul kilingan kitiklovchi impulslar aorta-buyrak gangliyalari chervno`y tuguni xamda kuprok kichkina cherv nerv orkali utkaziladi. (segmentar innervatsiyasi Th – S).

Siydik nayi kitiklovchi impulslari simpatik sistema orkali utkazilsa, kitiklovchi impulslar siydik nayi orkali simpatik sistemasiga kisman uning distal kismi parasimpatik aorta-buyrak gangliyasiga, ovarial (spertmatik) podgervnoe va tos nerv chigaliga utadi. (Segmentar innervatsiyasi L1 – L2). Siydik nayini 1G`3 yukori kismidan ogrik chervya (mezogastriya) va yonbosh soxalarida kurinadi, siydik nayini 1G`3 urta kismidagi ogrik chov soxasiga, siydik nayini 1G`3 kismidagi ogrik jinsiy a'zolarga utadi.

Siydik nayi buylab ogriklar irradiatsiyasiga karab toshning joylashgan joyini aniklashga imkon beradi. Agar ogrik olatni bosh kismiga irradiatsiya bersa, toshni siydik nayini intramural soxasida, ya'ni Qovuqqa tushish oldida bulishi mumkin. Ogrikli impulslar Qovuqdan asosan Leto uchburchagidan (siydik chikarish kanalini tashki xamda siydik chikarish kanalini ichki teshigidan.) chikib korin devorini

nervlari (segmentar innervatsiyasi Tn1-L1) orkali simfizusti soxasida nomoyon buladi. Prostata bezi va siydik chikarish kanalini orka bulimidagi ogriklar, sakral nervlar orkali utib (parasimpatik innervatsiyasi L iv – Siv segmentlar), ogrikni joylashgan joyi oralik va tugri ichakda buladi.

Moyakdan ogrik sakral nervi orkali S1 – S 4 segmentlariga, genitofemoral nerv orkali S1 – S2 xamda testikulyar chigaliga Tx ga utadi.

Urologik a'zolari shunday keng innervatsiyasi boshka a'zolarga ogrikni berish imkonini yaratilishi, irradiatsiya ogriklarini, xamda vegetativ buzilish alomatlarini keltirib chikaradi.

Urologik kasalliklarini alomatlaridan eng xarkaterilisi buyrak sanchigidir. Yukori siydik yullarida birdaniga siydikni okishini buzilishi, buyrak sanchigini paydo kiladi. Bu xollarda buyrak jomida birdaniga bosimni oshib ketishi, buyrak jomi baroretsetorlarini kabul kilishiga olib kelib, bu orka miyani tegishli segmentiga, xamda bosh miya pustlogiga utib, ogrikni xosil kiladi. Buyrak kosachasi jomi va siydik nayi mushaklari toshni urnidan siljitish uchun kiskarganda siydik yullarida, tusikni ustida yanada kuprok bosim kutariladi. Yana xam bosimni buyrak kosacha va jomlarida kutarilishi, buyrak kon-tomirlarida reflektor kiskarish (birinchi navbatda arteriyalarda) bulib, orka miyaga kitiklash impulslari kup mikdorda borib, ogrikni kuchaytiradi. Buyrak parenximasida shish bulishi, buyrakni kattashlashtirib fibroz pardasini taranglashtirib, unda retseptorlarni kup mikdorda bulishi ogrikni yanada kuchaytiradi. Bu esa ogrikli impulslarni yanada kupaytiradi.

Buyrak sanchigini kupincha kuyidagi sabalar chikaradi: buyrak va yukori siydik yullaridagi toshlar, toshni maydalangandan sungi tuzlar tuplami, mayda toshlar, siydik bilan chikayotgan tuz konglomeratlari, birdaniga siydik nayini bukilib kolishi, kon laxtaklari, shilimshik tuplamlari, yiringli massalar xamda siydik nayini allergik shishlari.

Ogrik tusatdan bel va kovurga osti soxalarida boshlanib, siydik nayi orkali kov, chov va tashki jinsiy a'zolarga, sonni ichki yuzasiga, kupincha tez-tez siyish bilan kuzatilib ogriklar uretra soxasida xam seziladi.

Bu alomatlar buyrak sanchigiga xos bulib, obturatsiya, siydik nayini pastki kismida ekanligini kursatadi. Buyrak sanchigi kupincha kungil aynish, kusish, ichak parxezi va defikatsiya akti bulish istagi bilan kuzatiladi. Bu alomatlar kuyosh? Chigali – tuguni va bryushinani kitiklanishi sababli, xamda buyrak oldi va kuyosh nerv chigalini-tugunini bir-biriga yakin boglikligi tufayli buladi.

Buyrak sanchigiga bemorni notinch xolati bunga xos bulib, u tebranib, uziga kulay joy topolmay kiynalib yuradi. Kon tomirini urishida, arterial bosimida, bemorni tana xaroratida uzgarishlar bulib turishi mumkin, lekin konda uzgarishlar doimo bulib turmaydi.

Siydik nayini obstruktsiyasida kupincha, bolalarda buyrak sanchigi 10-15 dakikadan oshmay ba'zida 1-2 soat (asosan katta yoshdagi gurux bolalarda), tez-tez siyish istagi bilan kuzatiladi. 30% bolalarda buyrak sanchigi bulganda issik vanna olgandan sung darxol ogriklar koladi.

Siydikda uzgarishlar doimo bulib, lekin buyrak sanchigini yukori pallasiga kelganda, siydikdagi patologik uzgarishlar bulmasligi mumkin, chunki bu davrda buyrak tula kamali bulganligi sababli, siydik nayi orkali Qovuqqa tushmaydi. Siydik nayi kiskarishi bushashganda xamda zararalangan buyrakdan siydik Qovuqqa okib

utgandan sung, kup mikdorda uzgarmagan eritrotsitlar, leykotsitlar, kup mikdorda oksillar va tuzlar paydo buladi.

Siydikni normal-odatdagiday bulishi buyrak sanchigini yuk ekanligini inkor kilmaydi, shuning uchun diagnostik muolajalarni bajarishni talab kiladi - xromotsistoskopiya umumiy va ekskretor urografiylarni. Buyrak ish faoliyatini ogrik bulgan tomonda yuk bulishi, buyrak sanchigini borligini tasdiklaydi.

Yosh bolalarda uzgarib turuvchi gidronefroзда ogriklar utkir bulishi mumkin. Shu vakti uzida kattalashgan gidronefrozni paypaslab aniklash mumkin.

Ogrik shu damda oz vakt bulib kuzatiladi. Ogrikni pasayishi buyrak xajmini normallashtirib kolishi bilan kuzatiladi.

Buyrak sanchigidagi ogrikni joylanish joyi boshka kasalliklarda uxshashligini kuzatilishi mumkinligi bulgani uchun buyrak sanchigini utkir appenditsit, oshkozon yarasini teshilishida, ichak tutilishda, mezentrial kon-tomirlarini trombozida, bachadon tuxumdonlarini utkir yalliglanishida bachadondan tashkari yorilishida, tuxumdon kistasi xamda utkir radikulit kasalliklari bilan ajratish tashxisini utkazish kerak. Agar ogriklar birdan moyakda va uning ortigida xamda urug tizmasini buralib kolishida kuzatilsa, bunday xollarda buyrak sanchigidan ajratish kerak.

Utmas simillagan ogriklar buyrak soxasida surunkali pielonefritda uchraydi. Bu ogrikni joylanish joyini kursatish uchun bemor kulini shunday kuyadiki katta barmogini buyrak soxasida XII kobirga tagida, shu kulning boshka barmoklari esa korin devorini oldingi yonbosh soxasida joylashadi.

Siyish vaktida buyrak soxasida ogrikni bulishi, Qovuqdan siydikni buyrak jomiga kutarilib kuyilish (Qovuq buyrak jomi reflyuksida) alomatini borligini bildiradi. Bu alomat kupincha bolalarda uchrab: siyishni bemalol bulishiga karamay bola siyish vaktida bel soxasini ushlab yiglaydi. Siyib bulgandan sung bola tinchlandi. Lekin biroz vakt utgandan sung bolaning siyishga istagi bulib, ogriksiz oz mikdorda siydik chikadi.

UROLGIK KASALLIKLARINI PEDIATRIK alomatida ayniksa, yosh bolalar buyrak va siydik nayi kasalliklari ogriklarini interiretatsiya kilish ancha murakkab bulib, bolalar kaerda ogrikni bulayotganligini anik kursataolmay, ogrikni kindik soxasida ekanligini kursatishadi. Ba'zida yosh bolalarda buyrak sanchigi peritonizm alomatlari bilan kuzatilganligi sababli ularni xato ravishda operatsiya kilib kuyishi mumkin.

Siydik nayi soxasida bulgan xar kanday ogrikni irradiatsiyasi yukoridan pastga buladi: bel soxasining ung yoki chap tomonidan ogriklar boshlanib Qovuqqa va jinsiy a'zolarga beradi. Qovuq soxasidagi ogrik shu kasallikni kurinishi bulishi yoki buyrak, siydik nayi, prostata bezi, siydik chikarshi kanali, ayollar jinsiy a'zolari va dumgaza kasalliklarini kurinishi bulishi mumkin. Agar Qovuq soxasidagi ogrik uning kasalligi tufayli bulmaganligi aniklansa, unda yukorida kursatilgan a'zolar kasalliklari sababini aniklash zarur. Surunkali kasalliklarda Qovuqni yalliglanish darajasiga karab ogriklar doimiy, ba'zida siyish istagi iztirobli ogriklar bilan kuzatiladi. Ogriklar Qovuq soxasida, chukur kichkina tos soxasida buladi. Ogrikni paydo bulishi siyishni boshlanishi oldida - Qovuq devorini kiskarishida yoki siyish vaktida, kupincha siyishni oxirida kuzatiladi. Ogrikni siyish aktinii oxirida bulishi sababi Qovuqni utkir yalliglanishi xisoblanadi. Ogrikni xarkat vaktida bulib,

tinchlangan vaktida yuk bulib ketishi, kupincha Qovuqda toshlarning joylarini uzgarib turishi sabab buladi.

Kov soxasida ogrikni bulishi siydikni tutilishida xam kuzatiladi. Surunkali siydik tutilishida korinni pastki kismida ogrik borligi seziladi. Siydikni utkir tutilishida ogrik kattik bulib chidab bulmaydigan darajada kuzatiladi. Ayollarda Qovuq soxasidagi siyish aktinii buzilishi bilan kuzatilishi jinsiy a'zoldagi yalliglanish kasalliklarini nomoyon kilishi mumkin. Yosh bolalarda Qovuqdagi ogrik, kupincha shu a'zoning kasalligi tufayli vujudga keladi. Kupincha utkir ogriklar, utkir sistit va Qovuqda tosh bulganda kuzatiladi. Bu ogriklar siyish aktini oxirida kuchayadi. Kovugida tosh bulgan yosh bolalar, jinsiy olatni bosh kismida ogrikni borligiga shikoyat kilib, siyishdan oldin ogrikni pasaytirish uchun jinsiy olatni bosh kismini bosib turadi. Siydik chikarish kanalida ogrik, yalliglanish jarayoni xamda siydik chikarish kanali buyicha tosh va tuzlarni, utayotgan vaktida buladi. Ogrik siyishni boshlanishida, uning oxirida yoki siyish aktini boshidan oxirigacha kuzatiladi. Utkir uretritda ogriklar sanchikli va iztirobli, surunkalida esa ogriklar kuchli bulmasdan, siydik chikarish kanalida, achishishga uxshagan ogriklar paydo buladi. Ogrik siyish akti bilan boglik bulmay, kollikulitda doimiy ogriklar (urug dunligini xamda siydik chikarish kanalini orka bulimida) kuzatilishi mumkin. Siydik chikarish kanalini orka bulimi kasalliklarida, ogriklar joylashish joyi oralikda buladi. Bu ogriklar moyaklarga, prostata bezini paypaslaganda, olat bosh kismi va kov kismilariga berishi mumkin. Ogriklar utkir prostatitda oralik soxasida sanchikli bulib, akt defekatsiya kuchayadi. Prostata bezini rakida ogriklar irradiatsiyasi dumgazana belga va songa berishi mumkin. Xuddi shunday ogriklar prostata bezi rakini metastazalarida kuzatilishi mumkin.

Ogriklar oralikda tugri ichakda va orka teshikda bulganda barmok bilan tugri ichakni tekshirish muxim diagnostik usul bulib prostata bezi va urug pufakchalarida ogrikni borligini aniklashga imkon beradi. Bu tekshirish orkali yana oralikda bulgan ogriklar sababini kuperov bezi yalliglanish (bulbauretral), dumgaza kasalliklarini, tugri ichak polite va paraproktitlarni aniklashga imkon beradi. Anus teshigini kurish va rektoromanoskopiya kilish anus va tugri ichak kasalliklarini inkor kilish uchun imkon beradi.

Erkaklar jinsiy a'zolari ogrikleri yorgokda sezilib, urug tizimchasi orkali, ogrik irradiatsiyasi chov va bel soxalariga beradi. Utkir yalliglanish jarayoni moyak va uning ortigidagi ogriklar kuchli intensivli ogriklar bilan kuzatilib, bemor xarakat kilganda ogriklar yanada kuchlirok buladi. Xuddi shunday ogriklar moyakni va urug tizimchasini buralib kolishida paydo buladi. Tashki jinsiy a'zolari surunkali kasalliklarida ogriklar ancha kuchsiz bulib, ba'zida yorgok soxasida ogirlikni sezadi. Agar bemorda ogrikga shikoyatlari bulib, tashki jinsiy a'zoldarda kurinarli uzgarishlar bulmasa bu xollarda ogrikleri irradiatsiyasini prostata bezi, urug pufakchalari, Qovuq va buyraklardan emasligini inkor kilish kerak. Utkir ogriklar jinsiy olatni «sinishida» (uning ok pardasini yorilishida), kavernoza tanalarini va olatni bosh kismi yalliglanishida, olatni ogrikli taranglashlari (priapizm) kuzatiladi. Simillagan ogriklar va jinsiy olatni kiyshayishi olatni fibroz induratsiyasida (Peyroni kasalligi) kuzatiladi.

SIYISHNI BUZILISHI. Soglom kishi bir kecha kunduzi iste'mol kilgan suyuqlikni 1500 ml – ya'ni 75%ni siydik bilan ajratib chikaradi. (kolgan 25% upka, teri va ichak orkali chikadi.) Bir kecha kunduzi siyishni soni 4 dan 6

martagacha buladi. Siygandan sung Qovuq tula bushaydi. Siyish akti 20 sekundgacha kuzatiladi, normada siydik okimi tezligi erkaklarda 15-25 mlG`s, ayollarda 20-25mlG`s teng. Erkaklarda siydik okimi parabolasi ancha masofaga boradi.

Odamlarda siyish akti kishining xoxishiga boglik. Siyish akti markaziy nerv sistemasini impulsi ta'sirida boshlanadi. Xattoki Qovuq siydik bilan tulib turgan, vaktida xam siyish istagini tuxtashi mumkin. Siyayotgan vaktida xam siyish istagini tegishli impulslar bilan tuxtashi mumkin.

Qovuqni fiziologik xajmi 250-300 ml tashkil kiladi, lekin ba'zida bir kancha faktorlar ta'sirida (tabiat muxitini temperaturasi va namligi kishini emotsional xolati) uning xajmi uzgarib turishi mumkin.

Siyish aktini buzilishida (dizuriya) birinchi navbatda uning tez-tez bulishi - pollakiuriya deb ataladi. Bu alomat pastki siydik yullari va prostata bezi kasalligiga xos. Xar bir siyishda oz mikdorda siydik ajralib chikadi, bir kecha kunduzgi ajralib chikkan, siydik mikdori odatdagidan, ya'ni normadan oshik bulmaydi. Agar tez-tez siyish kup mikdorda siydikni ajralib chikishi bilan kuzatilsa, bir kecha kunduzi siygan siydik mikdori normadan oshib ketadi, bu esa siydikni ajralib chikishi mexanizmi buzilishi bulib xisoblanadi. (diabet, surunkali buyrak etishmovchiligi va boshkalar). Bir kecha kunduzi xaddan tashkari tez-tez kup siyish 15-20 marta va undan ortik bulishi mumkin. Pollakiuriya ba'zida kat'iy buyruk tarzida siyish istagi bulishi bilan kuzatiladi. Tez-tez siyish fakat kunduzi va xarkat kilganda bulib, kechasi va tinchlangan vaktida yuk bulsa Qovuqda tosh bulganda kuzatiladi. Tundagi pollakiuriya kupincha prostata bezi usmalarida uchraydi. Qovuqni surunkali kasalliklarida xamda diuretiklarida kabul kilganda doimo pollikiuriya kuzatiladi. Kupincha pollakiuriya ogriklar bilan kuzatiladi.

Oliakiuriya normadan tashkari xolat bulib, oz siyish, bu kupincha Qovuq innervatsiyasi buzilishi bulib orka miyani shikastlanganida, uning kasalliklarida uchraydi.

Nikturiya yoki tugrirogi tungi pollakiuriya, tungi diurezni mikdori kunduzgi siydik mikdoridan kuprok bulib, siyish soni xam kupayadi. Nikturiya – yurak kon-tomir etishmovchiligida, diabet va prostata bezi kasalliklarida uchraydi.

Stranguriya – siydikni kiyinchilik bilan chikib, siyishni tez-tez va ogrikli bulib chikishidir. Stranguriyada bemor Qovuqda spazmali kiskarishlar bulayotganiligni sezadi, ba'zida siyish istagi bulib turishiga karamay siydik chikmay yoki oz mikdorda siydik chikish bilan kuzatiladi. Koidaga binoan stranguriyada siyish istagi kat'iy buyruk tarzida (imperativ) kuzatiladi. Ayniksa, stranguriya Qovuqda patologik jarayonlarni bulishida yakkol bulib kurinadi.

SIYDIKNI USHLAB TURA OLMASLIK. Siyish istagisiz siydikni chikib turishi. Siydikni chikib ketishi uretra orkali yoki uning ishtirokisiz ya'ni uretradan tashkari bulishi mumkin.

Uretra orkali siydikni ushlab tura olmaslik kuyidagilarga bulinadi:

- stress sababli zurikishda siydikni ushlab turaolmaslik.
- urgentli (imperativ – kat'iy buyruk tarzida siyish istagini bulishi) kuchli ushlab turaolmagan darajada siyish aktinii bulishi.
- siyish istagi bulmagan vaktida Qovuqni tulib toshib turganda xamda surunkali siydik tutilganda siydikni ushlab tura olmaslik.

Stress sababli siydikni ushlab turaolmaslikda, siydik yullarida anatomik birbutunligi buzilmagan bulib, Qovuq sfinkterini etishmovchiligi tufayli siydikni ushlab tura olmaydi. Xakikiy siydikni ushlab tura olmaslik, xar doim bulib yoki ba'zida tanani ma'lum xolatda bulishiga sabab bulib (maslan – tanani vertikal xolatga utganida) kup jismoniy zurikishda yoki yutalganda, kulganda, chuchkirgan vaqtlarda kuzatiladi. Tos tubi mushaklarini kuch-kuvvatini pasayganida, Qovuq sfinkterini sustlashganida kinni oldingi devorini va bachadonni pastga tushishi sababli jismoniy zurikkanda, yutalganda, kulganda ayollarda siydikni ushlab turaolmaslik kuzatiladi.

Ayollarda klimakterik davrida gormonal disfunktsiya tufayli sfinktr diskordinatsiyasi xamda detruzorni ish faoliyatini buzilishi, stressli siydikni ushlayolmaslikka olib keladi. Ixtiyorsiz uretradan tashkari («soxta») siydikni ushlayolmaslik tugma yoki siydik nayini, Qovuqni yoki siydik chikarish kanalini orttirilgan nuksonida kuzatiladi.

Tugma nuksonlarga Qovuq ekstrofiyasi, epispadiya, siydik nayi tashki teshigini uretra yoki kinga bulgan ektopiyasi xamda uretorektal okma yaralari kiradi. Kuyida kursatilgan sabablar yosh bolalarga xos. Orttirilgan nuksonlar, uretradan tashkari, siydikni ushlab turaolmaslik xamma vakt shikastlanishga boglik. Bu xollarda siydik yullarini bir butunligini buzilib, okma yaralar xosil bulib, kushni a'zolarga ochiladi kupincha kinga, kam xollarda tugri ichakka ochiladi, (siydik nayi kin, Qovuq – kin, Qovuq tugri-ichak, uretorektal okma yaralar).

Urgent sababli siydikni ushlay olmaslik, bu siydikni Qovuqda ushlab turaolmaslik – kat'iy buyruk tarzida bulgan siyish istagini ushlayolmaslikdir. (imperativ).

Urgent sababli siydikni ushlayolmaslik alomatlari kuyidagicha: kiska vakt ichida tez-tez siyish, urgent (imperativ) siyish istaklarini bulib turishi, tusatdan kuchli siyish istaklari bulib turishi sababli siydikni ushlayolmaslik, kupincha tungi pollakiuriyani bulib turishi. Uktir sistit, Qovuq buynini usma zararlanishida, ba'zida prostata bezini xavfsiz giperplaziyasida kuzatilishi mumkin. Bogcha va maktabgacha bulgan yosh bolalar Qovuqgida - tulib – toshiga karamay, kizik uyinlar bilan ovvora bulib siyishni siyishni unutkan bolalarda siydikni ushlay olmasligi kuzatilish mumkin.

E N U R E Z - tungi siydikni ushlayolmaslik. Yosh bolalarda 3-4 yil mobaynida fiziologik tungi siyishi kuzatilishi mumkin. Agar enurez bundan kuprok vakt davom etsa, bu ureterovezikal segmentini neyromuskulyar rivojlanishini kechikishi yoki organik kasalliklarni simptomlari bulishi mumkin (pastki siydik yullari infektsiyasi, ugil bolalarda uretra orka bulimida klapanlarni bulishi, kiz bolalarda uretrani distal soxasida stenozni bulishi, neyrogen Qovuq).

Siyishni kiyinchilik bilan bulishi bir nechta urologik kasalliklarda kuzatiladi. Bu xollarda siydik okimi sust, ingichka, pastga karab okmay, tomchilab tushadi. Uretra strikturasida siydik okimi ikkiga bulinib, buralib-buralib, sochilib chikadi. Prostata bezi xavfsiz giperplaziyasida va rakida siydik okimi ingichki, sust, odatda yoysimon bulmay pastga karab yunaladi, siyish akti muddati chuziladi. Siydikni tutilishi (ishuriya) utkir va surunkali buladi. Utkir siydikni tutilishi, birdaniga-tusatdan bulib siyish istagi bulsa xam bemor siyaolmaydi, Qovuqda siydik tulib-toshib turadi, korinni pastki kismida ogriklar buladi. Ba'zi xollarda siydikni utkir tutilishi, siyish istagi bulmasa xam kuzatilishi mumkin. Kupincha shunday siydikni utkir tutilishi xar

xil operatsiyalardan sung, nerv-reflektor, bemorni gorizontal xolatlarida xamda kuchli emotsional vaziyatlarda kuzatiladi. Bunday vaziyatlarda siydikni tutilishini anuriyadan farklamok zarur (Qovuqda siydikni bulmasligi), chunki bunda siyish istagi bulmaydi.

Siydik chikarish kanalida surunkali tusik bulsa, bu siydikni utkir tutilishi uchun sabab bulishi mumkin. Kupincha uning sabablaridan prostata xavfsiz giperplaziyasi (adenoma), prostata bezi raki, uretra strikturasi, siydik chikarish kanalida uning buynida usma, toshlar bulishi mumkin. Siyish akti bulmagan vaktida kateterizatsiya kilish diagnostika va davolash uchun katta axamiyatga ega.

Yosh bolalarda kisman siydikni tutilish, xar xil obstruksiyalar xisobiga bulib, infravezikal soxada siydikni okishni buzilishlari sabab buladi. (Qovuq buynini sklerozi, klapan va striktura, Qovuq va siydik chikarish kanalini toshlari, katta xajmdagi ureterotsele).

Agar Qovuq buyin kismida yoki siydik chikarish kanalida, kisman siydikni okish uchun tusik yoki detruzor gipotoniyasi bulsa, unda Qovuqda kisman siydik kolib (koldik siydik) surunkali siydik tutilishini xosil kiladi. Surunkali siydik tutilishi xavfsiz giperplaziyasi, (adenomada) va prostatani rakida, Qovuq buynini sklerozida, uretra strikturasida va boshkalarda uchraydi. Agar normal xolatda siyish akti tugagandan sung, Qovuqda 15-20 ml siydik kolsa, surunkali siydik tutilishida uning mikdori 100-200 mlgacha kupayishi mumkin (ba'zida 1 litr va undan kuprok buladi).

Koldik siydikni kupayib borishi natijasida, Qovuq tortilib fakat detruzor parezi bulmay, sfinktr xam perezga uchraydi. Bu xolatlarda mustakil siyish tula bulmaydi yoki siyish istagi bulganda biroz mikdorda siydik ajralib chikadi. Shu bilan birga Qovuqdan ixtiyorsiz, doimo tomchilab siydik chikib turadi. Shunday kilib bemorda siydikni tutilishi bilan siydikni ushlayolmaslik xam buladi. Bunday xolatni paradoksal ishuriya deb ataladi. Bu prostata bezi xavfsiz giperplaziyasini (adenomada) III stadiyasida xamda, orka miyani shikastlanishida yoki uning kasalligida kuzatiladi.

SIYDIKNI MIKDOR UZGARISHI. Soglom kiishilarda kuruk issik klimatda siydik mikdori ozaygan buladi. Kup mikdorda siydikni chikishi, kup xajmda suyuklikni iste'mol kilganda kuzatiladi, bunday xolat fiziologik uzgarishga xos.

Ajralib chikayotgan siydik mikdorini kupayishini poliuriya deb ataladi. Siydikni nisbiy zichligi past (1002-1012) bulsa, bemor 2000 ml va undan kuprok siydik ajratib chikaradi. Fakat kandli diabetda siydikni nisbiy zichligi, glyukozani xisobiga yukori buladi (1030 gacha). Poliuriya odatda pollakiuriya bilan kuzatiladi. Xar bir siyishda kup mikdorda siydik chikadi. Urologik kasalliklarda poliuriya buyrak etishmovchiligini alomati bulib xisoblanadi. Bu xolat surukali pielonefritda, buyrak polikistozida, prostata bezi xavfsiz giperplaziyasida bulishi mumkin.

Poliuriya utkir buyrak etishmovchiligini II davrida kuzatilib, kasallikni yaxshi natija bilan kuzatilayotganligidan xabar beradi. Poliuriyani diuretik dori-darmonlar xam keltirib chikarishi mumkin.

Opsouriya – kup mikdor siydikni kechrok ajralib chikishi, ya'ni kup iste'mol kilgan suyuklikni bir kecha kunduzi va undan kuprok muddatda ajralib chikishi. Kasallik kupincha yurak etishmovchiligida kuzatilib, jigar va oshkazonosti bezi kasalliklarini alomati bulib xisoblanadi.

Oliguriya – ajralib chikayotgan siydikni ozayishiga aytiladi. Soglom odamlarda diurezni ozayishi (bir kecha kunduzi 500ml dan kam bulmasa) suyuklikni oz mikdorda iste'mol qilganda uchraydi. Bunday xolatlarda siydik ancha kontsertratsiyalashgan bulib, nisbiy zichligi yukori buladi. Oliguriya deb bir kecha kunduzi ajralib chikkan mikdor 100 mldan 500 mlgacha buladi. Utkir buyrak etishmovchiligida oliguriya birdan bir alomatlaridan bulib, kasallikni juda ogir darajada ekanligini alomati bulib, natijasi xavfli ekanligini kursatadi. Oliguriyada siydikni nisbiy zichligi past buladi. Oliguriya boshka urologik kasalliklardan tashkari, kup mikdorda suyuklikni yukotadigan xamma patologik xolatlarda (ich utishi, kayt kilish, kon ketish, kup terlash, tana xaroratini kutarilishi) xamda yurak etishmovchiligida shishlarni paydo bulishida kuzatiladi. Utkir nefritda oliguriya membrana koptokchalarini filtratsion kobilyatini buzilishiga boglik.

Anuriya - Qovuqqa siydikni tushmay tuxtatishi natijasida paydo buladi. Bu xolatda buyrak parenximasi siydik ajratib chikarmaydi yoki yukori siydik yullarida tusikni borligi xisobiga siydik Qovuqqa tushmaydi. Anuriyada esa, siyish istagi bulmaydi, Qovuqni kateterizatsiya qilganda biroz mikdorda (20-30 ml) siydik olish mumkin.

Qovuqda siydikni bulmasligi uch xil sabablarga boglik bulib, anuriyani uchta asosiy shaklini keltirib chikaradi:

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

Anuriyani arenal shakli asosiy urinni egallaydi. Bu buyrakni yukligi bulib, tasodifan yoki majburiy bitta yagona bulgan buyrakni olib tashlaganda kuzatiladi.

Prerenal anuriya ikkala buyrakda tusatdan kon bilan ta'minlanishi yoki yagona buyrakda, buyrak arteriya va venasini okilyuzatsiyasida yoki kollaps, ogir shok bulganda, xamda dehidratatsiyada uchraydi.

Renal sekretor anuriya utkir glomerulonefrit, bir biriga tugri kelmaydigan kon kuyilganda, nefrotoksik zaxarlar bilan zaxarlanganda, allergik reaktsiyalarda, uzok muddat bosilish sindromida xamda buyrak koptok va naychalar apparatini birlamchi zararlanganida uchraydi.

Postrenal ekskretor anuriya bitta yagona yoki ikkita buyraklardan kelayotgan siydikni tusilishi natijasidan kelib chikadi. Siydik naylarini ikkki tomonlama buyrak va siydik naylari toshlari, siydik yullari usma bilan bosilgan, ginekologik operatsiyalarni bajarayotgan vaktida tasodifan siydik nayini boglab kuyish natijasida kelib chikadi.

TAXLILXONA TEKSHIRISH USULLARI. KON TAXLILI. Urologik kasalliklarida kon taxlili gemoglabinni uzgarish darajasini, leykotsitlar formulasini, xamda leykotsitlar sonini, eritrotsitlar, trombositlar, protrombin darajasini, eritrotsitlar chukish tezligini aniklaydi. Konni bioximik taxlilida bilirubin mikdorini xolesterinni, umumiy oksil va uning faraktsiyalarini, glyukozani, jigar sinamalarini (timolovaya, sulemovaya, Takata-Ara) aniklaydi. Olingan natijalar normadan uzgargan balsa, gepatopatiyani xar xil darajasini borligi guvoxi buladi. Kon zardobida mochevina va kreatininni mikdorini aniklash, buyrak summar ish faoliyatini aniklashga imkon beradi.

Buyrak ish faoliyatini chukurrok urganish uchun, murakkab bioximik tekshirishlar, sutkalik siydikni tekshirishlari bilan birga olib boriladi. Bunda konni kislotasosiy xolatini, kon va siydikni ferment va elektrolit tarkibini, klirens

kreatinini va mochevinani, aminokislotalar ekskrsiyasi va siydikdagi glyukoza larni aniklaydi.

Buyrakni funksional sinamalari. Buyrak organizmidagi azotistik metabolizm moddalarini: mochevina, kreatinin, mochevaya kislota, purin asoslari va indikanni aniklaydi.

Bu moddalarni xammasi koldik azotni (oksilsiz) tashkil kilib, kon zardobida uning mikdori 3-7 mmolG⁻¹ (20-20mg%) bulib xisoblanadi.

Kon zardobida buyrak summar ish faoliyatini aniklashda, mochevina va kreitininni aniklash anik usullaridan biri bulib xisoblanadi. Mochevina azoti, koldik azotni asosiy kismi bulib xisoblanadi.

Kon zardobida buyrak summar ish faoliyatini aniklashda, mochevina va kreatininni aniklash anik usullardan biri bulib xisoblanadi. Mochevina azoti, koldik azotni asosiy asosiy kismi bulib xisoblanadi. Soglom odamni kon zardobida mochevina mikdori 2,5-9 mmolG⁻¹ (15-50%) tashkil kilib, ogir buyrak etishmovchiligida bu rakam 32-50 mmolG⁻¹ (200-300 mg%)ga chikishi mumkin. Buyrak funksional ish faoliyatini yanada anik kursatadigan tekshirishlardan, kon zardobidagi kreatinin mikdori bulib, u soglom odamlarda 100-180 mmolG⁻¹ (1-2 mg%)ni tashkil kiladi, buyrak etishmovchiligini ogir darajasida 720-900 mmolG⁻¹ (8-10mg%)ga kutariladi. Azot koldiklari mikdorini kon zardobida kupayib ketishi buyrakni azot ajratib chikish ish faoliyatini buzilganligini kursatadi. Kup buyrak va siydik yullari kasalliklarida buyrak etishmovchiligi bilan bulib, gomeostaz (organizm ichki muxit muvozanatini ushlab turish) va kon zardobidagi koldik azotni mikdorini ancha kursatilishi bilan kuzatiladi. Bir kancha kasalliklarda buyrak funksional ish faoliyatini tekshirish ayniksa, buyrak etishmovchilik davrlarini tugri aniklashni talab kiladi. Shu maksadda kupincha endogen kreatinini buyicha koptokchalar filtratsiyasini tozalash koefitsenti (klirensi) tekshirishi kullaniladi. Bu metod kontsentratsiya indeksini xisoblashga asoslangan bulib, siydikdagi kreatinin kontsentratsiyasi (U), uning kondagi mikdoriga teng (R). Indeks kontsentratsiyasini bir minutdagi diurez (V) mikdoriga kupaytirilsa tozalash koefitsent kelib chikadi. Klirepsni aniklash formulasi kuyidagicha:

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

Tozalash koefitsenti 1 minutda buyrak kancha xajmjdagi koni, (ml)da tekshirayotgan moddani ajratib chikishini kursatadi.

Glomerulyar filtratsiyani xakikiy xajmi (F) inulin klirensi yordamida aniklash mumkin. Klinik amaliyotida endogen kreatinin klirensini aniklash kulay, chunki tekshirish sikli ancha sodda.

Naychalarda (R) suv reabsorbtsiyasi foizlarda kursatilib kuyidagi formulada aniklanadi.

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

Soglom odamlarda koptokchalar filtratsiyasi xajmi 120-130 mlG⁻¹ min, naychalar reabsorbtsiyasi esa 98-99%ga teng. Buyrak filtratsiyasi va suv reabsorbtsiyasi xar bir buyrakni aloxida kilib tekshirish mumkin.

Buning uchun siydik naylarini kateterizatsiyasini kilib, ma'lum vaktida (1 yoki 2 soat) buyraklardan aloxida – aloxida kilib siydik yigish mumkin. Buyrakdan olingan

filtratsiya - reabsorbtsiya ma'lumoti funksional tashxisda, buyrak kasalliklari klinikasida katta ahamiyatga ega, chunki buyrak parenximasini saklangan xajmini bilish xamda davolash taktikasini kullashda yordam beradi.

Siydik naylarini aloxida kateterizatsiya kilganda test Govardani kilish mumkin. Xar bir aloxida olingan buyrak siydigidan natriy ionlar kontsentratsiyasi va xlor, xamda suvning xajmi aniklanadi. Bu ma'lumotlar klirens-test bilan solishtiriladi, 20% xollarda Govarda kursatkichi xato bulishi mumkin. (kateter yonidan siydikni okib turishi). Natriy ionlarini siydik bilan oz mikdorda ajralib chikishi surunkali glomerulonefrit va buyrak arteriyasini stenozida uchraydi.

SIYDIK TAXLILI. Soglom katta odamlarda bir kecha kunduzi ajralgan siydik mikdori 800-1500 mlgacha teng. Xar xil fiziologik va patologik xolatlarda siydikni mikdori uzgarib turishi mumkin. Siydik tekshirganda uning xajmi ulchanadi, fizik xususiyatlari aniklanib, siydik chukmasini mikroskopik kurinishi urganiladi. Tekshirirloyotgan shaxs oralik soxasini yaxshi tozalab yuvadi, ayniksa ayollar, siydikni toza idishga yigiladi.

SIYDIKNI NISBIY ZICHLIGI uning kontsentratsiyasi proporsional bulib, unda erigan moddalarga boglik: mochevina, mochevaya kislota, kreatinin va xar xil tuzlar. Bundan tashkari siydikda mukopolisaxaridlar bulib, ular neorganik moddlarni, ularni yukori kontsentratsiyasida bulishiga karamay erigan xolatda ushlab turadi. Soglom kishida bir kecha kunduzi davomida siydikni nisbiy zichligi keng mikiyosda uzgarib turishi mumkin, eng kup kontsentratsiya ertalabkisi bulib 1020-1026 ga teng. Siydikni nisbiy zichligi buyrakni kontsentratsion faoliyatini kobiliyati xakida ma'lumot beradi. Siydik osmotik bosimini, kon zardobi oksilsiz kisimi bilan tenglik xolati izostenuriya deb ataladi.

Gipestenuriyada siydikni osmotik kontsentratsiyasi, kon zardobini osmotik konsentratsiyasidan past buladi. Giperstenuriya siydik nisbiy zichligini kutarilishiga aytiladi. Siydikni nisbiy zichligiga siydikda glyukozani borligi katta ta'sir kiladi, kandli diabetda kup mikdordagi glyukozuriya siydik nisbiy zichligini oshiradi 104-1050 gacha.

SIYDIK RANGI. Odatdagi siydik somon-sarik rangda bulib, uning rangi kondan kelib chikkan siydikdagi rangli moddalar, uroxromlar A va B, uroetin, uroblin, gematoprofirin, urorezin va boshka pigmentlar bulib xisoblanadi. Xar xil patologik xolatlarda siydikni rangi uzgaradi. Yangi yigilgan siydikni loykalanishi, tuz tuplamlari, bakteriyalar, shilimshik va yiringlarni bulishiga boglik. Tuzlarni ajralib chikishi, ovkatlanishga, siydik rangini uzgarishi ba'zida xar xil dorilarni kabul kilganda kuzatiladi.

Siydikni umumiy taxlilini kilishda siydikni ertalabki kismini olishi kerak. Ayollarda tekshirish uchun siydikni urta kismidan, ayolni mustakil siyayotgan vaktida olish kerak. Asosan gudak va kichkina yoshdagi bolalardan juda kam xollarda siydik chikarish kanalidan boshka kushimchalar tushib kolmaslik uchun, kov soxasida, Qovuqni punktsiya kilib siydikni taxlil uchun olish kerak. Erkaklarda analiz kilish uchun siydikni 2 yoki 3 portsiyasini olish uchun ma'kulrok, kupincha bu potalogik jarayonni joylashgan joyini aniklashga imkon beradi. Siydikni tekshirish uchun, albatta asboblar bilan tekshirishdan olish zarur. Siydik olingandan sung darxol tekshirish uchun junatilish zarur. Siydikni uzok muddat saklansa, siydikda achishish ,

siydik elementlarini parchalanishi xamda bakteriyalarni rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Bunday siydik tekshirish uchun yaramaydi.

Siydikni nisbiy zichligi bir kecha kunduz davomida ichish rejasiga karab uzgaradi. (odatda 1005-1025 gacha). Shu sababli siydikni nisbiy zichligini aniklash uchun siydikni bir kismi etarli bulmaydi. Bu kursatkich ma'lumotini tula olish uchun Zimmitskiy sinamasi kullaniladi. Bir kecha kunduz mobaynida, siydikni nisbiy zichligini aniklash uchun xar 3 soatda 8 ta portsiyani aniklash kerak.

Siydik nisbiy zichligi mikdoriga, undagi oksil yoki glyukoza birlashmalari ta'sir kiladi. Keyingi yillarda klinitsistlar siydikni osmolyarligini aniklashmokda. (normada 450-500 mmol) .

Siydikni tekshirayotganda albatta oksil , glyukoza zarurati bulganda atseton ,bilirubin urobilin va urobilinogenlarni aniklash zarur.

Siydik chukmasini mikroskopiyasi usuli bilan siydikdagi elementlar mikdori va xarakterini aniklaydi. (epitelial xujayralar, leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar, tuz kristallari, bakteriyalar). Siydikdagi elementlar mikdorini yana xam anik ma'lumotini xisoblaydigan gemotsitometrik kameralar xisoblaydi. Shunday xisobni kilish uchun bir nechta modifikatsiyalar bor. Addis-Kakovskiy usuli bilan sutkalik siydikda leykotsitlar,eritrotsitlar,epitelial xujayralar va silindrlar xisoblanadi. Ambyurje usuli bilan siydikni 3 soat mobaynida yigilgani tekshiriladi. Xisoblash natijasida 1 minutda buyrakdan ajralib chikkan siydikdagi xujayralar soni aniklanadi. Urologik amaliyotida 1 ml siydikdagi elementlarini mikdorini (Almede-Nicheporenko) xisoblash kuprok maksadga muvofik.

1 ml siydikda $2 \cdot 10$ — $4 \cdot 10$ leykotsitlar, $1 \cdot 10$ — $2 \cdot 10$ eritrotsitlar, 2 — $20 \cdot 10$ trombositlar, $20 \cdot 10$ gacha silindrlar buladi.

Buyrakdagi latent yaliglanish jarayonda leykotsituriyasiz bulsa, leykotsituriyani aniklash uchun, prednizolon va pirogenal provakatsion testlari kilinadi. Bu testlar shunga asoslanganki 30 mg prednizalonni vena ichiga yoki 10 minimal pirogen dozasi mushak ostiga yuborilgandan sung, agar buyrakda yalliglanish jarayoni bulsa, 3 soat mobaynida leykotsituriya intensivnosti kupayib bir sutka davomida saklanadi.

Agar leykotsitlar mikdori xamda mikotsituriyani sifatini birgalikda taxlil kilinsa, testlarni diagnostik kimmati oshadi.

Siydikda Shterngeymer-Myalbin xujayralarini va faol leykotsitlarni kurinishi xamda bakteriuriyani kupayishi kupincha pielonefritni borligini tasdiklaydi. Siydikni bakterioskopiyasi fakat unda mikroorganizmlarni borligini tasdiklaydi, lekin amaliyotda uning axamiyati bakteriologik tekshirishga karaganda ozrok, bulib bakteriologik tekshirish yalliglanish jarayonini kuzgatuvchisi xilini xamda bakteriuriya mikdoriga baxo berish va antibakterial preparatlarga bakteriyalarni sezgiriligini aniklashda katta axamiyatga ega.

Bakterial florani aniklash uchun siydikni xar xil oziklantiruvchi muxitlarga ekiladi. Xozirgi zamonda kulay bulgan Petri kochachasidagi agarga ekiladi, klinik amaliyotda kulay bulib, 1 ml siydikda bakteriyalarni mikdorini aniklashga imkon beradi. Soni kup bulgan tomoni profilaktik tekshirishlarda baktiriuriyani darajasini aniklash uchun, trifeniyatetrazol xlorid testi kullaniladi. Bu usul shunga asoslanganki, bakteriyalar xayot faoliyati jarayonida ferment xosil kiladi, bu ferment rangsiz eriydigan trifenilmetrazol xloridni, kizil erimaydigan trifenilfotrazonga aylantiradi. Tuberkulyozga shubxa bulganda bakterioskopiya usulida tuberkulyozga shubxa

bulganda bakterioskopiya xamda, siydik chukmasi flotatsiya usuli bilan tekshirilib, Sil-Nilson buyicha buyaladi. Siydikni kon muxitiga ekilganda 1-2 xafta mobaynida, tuxum-kartofel muxitiga ekilganda esa uning natijasi yanada anikrok bulib 2-2,5 oy mobaynida chikadi. Bundan xam yaxshirok diagnostik axamiyatga ega bulgan biologik usul bulib, siydik dengiz chukmasini teriostiga yoki korin bushligiga yuboriladi, chunki bu tuberkulyoz infeksiyasiga yukori darajada sezgir buladi.

Keyingi yillarda siydikni immunoximik tekshirish usullari keng kullanilmokda. Bular orasida eng sodda usullaridan immunoelektroforetek uronterin analizi bulib xisoblanadi. Bu usul siydikdagi oksil tarkibi sifatini radial immunodiffiz raktsiya orkali aniklashga imkon beradi. Bir vaktida tekshirilayotgan oksil kon va siydikdagi kontsentratsiyasini aniklash oksil klirensini baxo berish imkonini beradi. Pastmolekulyar oksil yukori darajadagi klirensi tubukokatiyaga xos, glomerulopatiyaga esa xos, glomerulopatiyaga esa oksilni urta va kattamolekulyar yukori klirensiga xarakterlidir. Klirensnlarni bir-biriga bulgan nisbatiga karab selektiv va selktivsiz protenuriyalarga bulinadi. Selektiv protenuriyani aniklanishi pielonefrit va geomerulonefrit va geomerunefrit va differentsial tashxisida katta axamiyatga ega.

Immunoximik usul bilan koptokcha va koptokchadan tashkari bulgan gematuriyani differentsial tashxisi kullaniladi. Bu usulni asosiy maksadi shundan iboratki, kon va siydik orasidagi kontsentratsion nisbatini aniklaydi. Agar ular tojdestveleno` bir-biriga uxshash uxshash bulsa gematuriyani sababi koptokchadan tashkari ekanligini taxmin kilishi kerak. Agar kon va urokrotein oksillari nisbatlari xar xil va kup bulsa gematuriyani koptokchalardan deb xulosa chikariladi.

SIYDIKNI SIFATI UZGARISHI. Siydikni kimyoviy tarkibi 150 komponentni uz ichiga oladi.

Siydikni nisbiy zichligi uzgarishi buyrak kontsentratsion kobilyatini buzilganligini alomati bulib xisoblanadi. Fakat ular orasidan gipostenuriya – siydikni nisbiy zichligini yukori ekanligini kursatib, buyrak kasalliklari bilan boglik emasligini isbotlab, kandli diabet, giperparatireoz, ogir metal tuzlari bilan surunkali zaxarlanganligini kurstadi.

Naychalar koptokcha filtratini kontsentratsiya kilish kobilyatini buzilishi siydikni nisbiy zichligini pasaytiradi (1002-1010 gacha buladi) bu esa buyrak etishmovchiligi kuzatiladi. Bu jarayon progressiv rivojlanishi izogipostenuriyaga olib keladi, bunday xollarda bemor xar xil vaktlar orasida ajralib chikkan siydigida bir xil nisbiy zichlik past buladi.

Siydikni rangi va tinikligi uning tarkibini sifatli ekanligini alomatidir. Soglom odam siydigi tinik somon-sarik bulib, va shunda yrangda bulishiga uroxrom pigmenti borligi xisobiga buladi. Buyralkardan ajralib chikkan siydik kontsentratsiyasiga karab siydikni rangi uzgarib turadi. Yangi olingan siydikdagi loykalanish undagi bor brikmalarga boglik buladi, tuz tutamlari, baktkriyalar, shilimshik va yiring. Soglom odamlarda tuzlarni siydik bilan turishi eyilgan ovkatni xiliga boglik. Siydik chukmasini mikroskopiya kilish usuli bilan kaysi tuzlar ekanligi aniklanadi. Lekin tuzni oddiy usul bilan xam aniklash mumkin. Agar siydik urat xisobiga (uraturiya) loykalangan bulsa, siydik isitilganda u tinik bulib koladi. Agar siydikni loykalanishi bulsa usksuskislotakushib isitilsa, gaz pufakchalarini chikishi bilan kuzatilsa, bu siydikda korbanatlar (karbanaturiya), agar yukorida kursatilgan shartlar bilan

kilinganda, gazzsiz pufakchalarini xosil bulishi siydikda fosfat (fosfaturiya) tuzlarini borligini guvoxi buladi. Loykalaning siydikka soyanaya kislotaga kushib isitilganda, uning loykalanishi yuk balsa, bunda siydikda oksalatlar borligini tasdiklaydi.

Protoshnuriya – siydikda oksilni bulishiga aytiladi. Soglom odam bir kecha kunduzi 50mg oksilni siydik bilan ajratib chikaradi, buni fakat immunoforetik usuli bilan aniklanadi. Normada umumiy siydik taxlilida oksil mikdori 0,033 gG^l oshmaydi.

Spetsifik va nospetsifik buyrak yalliglanishda siydikda oksil 1 gG^l oshmaydi. Agar siydikda kup mikdorda oksil balsa, glomerulyar membranalarini utkazuvchanligini buzilishini yanada kuprok ekanligini guvoxi buladi. Proteinuriyani xakikiy (buyrakdan ekanligini va soxta buyrakdan tashkari ekanligini ajratish kerak. Soxta proteinuriya siydikda kon, yiring xamda oksilni eritrotsit va leykotsitlar tufayli buladi. Siydikda kup mikdorda kon birlashmasi balsa oksil xajmi 20 gG^l dan kuprok buladi. Xakikiy kreatininuriya buyrak koptokcha membranalarini shikastlanishida oksil filtratsiyasi buziladi.

Siydikda yiring-piuriya balsa bu urologik kasalliklarini yalliglanishida kuzatiladi. Mikroskopiya usuli bilan kup mikdordagi leykotsitlar borligi aniklanadi. Agar siydikda biroz yiring aralashmasi balsa, unda leykotsitlarni borligini siydik chukmasini mikroskopiya kilib aniklanadi. (leykotsituriya). Buyrakda faol yalliglanish jarayoni bulganda, yangi tuplab olingan siydikda leykotsitlar buladi, ularni biologik patentsiali bulib, tirik xujayralab bulib xisoblanadi. Bularga Shtrengelyaer- Malbir va faol leykotsitlar kiradi. Shtrengeymer-Malben xujayrali, 2-3 marta, yadrosi kupbulaklardan iborat bulib, protoplazmadan korarok buladi. Protoplazmasida yarkiragan bulib, Broun xarakati xolatida buladi.

Bu xujayralar surunkali pielonefritga xos bulib, siydik nisbiy zichligini pasaygan bulganda aniklanadi.

Biologik potentsialini saklagan leykotsitlarni siydikni osmotik bosimni pasaytirib aniklash mumkin. Agar leykotsit «Triki» balsa, unda uning tashki yarim utkazuvchan pardasi suvni ichkari utkazadi. Leykotsit xajmi kattalashib, sitoplazmada donachalar joylashib, Broun xarakatini vujudga keltiradi, supravital buyamasdan aniklash mumkin. Siydikni osmotik kontsentratsiyasi oshganda (gipertonik eritma kuyilganda) bu xamma alomatlari yukoladi. «Faol» leykotsitlar kuprok utkir pielonefritga xos buladi.

Piuriyani intevnostiga karab yalliglanish jarayonini darajasiga baxo berish mumkin. Kupincha piuriya pielonefrit, buyrak va siydik yullari tuberkulyozida, surunkali sistida, uretrit va prostatitlarda uchraydi.

Urologik kasalliklarni tashxisida siydikni ikki yoki uch stakanli sinamalarida siydikni mikroskopik tekshirish muxim axamiyatga ega. Chunki bu usul bilan piuriyani joylashgan ma'nbasini aniklash mumkin. Bemorga ikkita idishga siyishini taklif kilinadi. Birinchi idishga 30-50 ml siydigini, ikkinci idishga siydikni xammasini siyish taklif kilinadi. Avval siydikni loykalaning darajasini ikkala idishdagi kuz bilan kurib, undan sung mikroskopik tekshiriladi. Agar loykalaning xamda pision moddalar va leykotsitlar fakat siydikni birinchi portsiyasida aniklansa, chikarish kanalida ekanligini isbotlaydi, agar shunday uzgarishlar fakat ikkinchi portsiya siydigida aniklansa, Qovuqda yalliglanish jarayoni ekanligini guvoxi buladi. Uch stakanli sinamada ikkita siydik portsiyasi tinik bulib uchinchisi loykalaning

bulsa, bu esa yanada anikrok piuriya ma'nasi prostata bezida ekanligi guvoxi buladi. Bu xolatda yiring siyish aktini oxirida, tos tubidagi mushaklarini kiskarishida prostata bezi bushaydi.

Gematuriya siydikda konni bulishi bulib uning mikroskopik va makroskopik xillari buladi. Makrogematuriyada siydikni rangi gusht suviga uxshaydi, to kip-kizil bulib kon laxtaklari bilan kuzatiladi. Mikrogematuriya (eritrotsituriya) mikroskop orkali aniklanib, kup patologik jarayonlarda uchraydi. Mikrogematuriyani uretrorrogiyada uretradan kon ketish bulib, bu kon ketish siyish aktiga boglik bulmaydi. Makrogematuriya tasodifan bulib, kupincha buyrak, buyrak jomi, siydik nayi va Qovuqni xavfli usmalarida kuzatiladi. Gematuriya ma'nbasini aniklash mumkin. Agar kon siydikni birinchi portsiyasida (initsial yoki boshlanishi gematuriyasi deyiladi) bulsa, patologik jarayon uretrina oldingi soxasida joylashgan buladi. Initsial gematuriya siydik chikarish kanalini shikastlanishda, kolitda, rakida, xamda yalliglanish kasalliklarida uchraydi. Siydikni fakat oxirgi portsiyasida kon bilan aralashib chikishi, (terminal yoki oxirgi gematuriya) Qovuqni yoki uretrani kiskarishida natijasida zararlangan joydan kon chikishi kuzatiladi. Terminal gematuriya Qovuq Bunina yalliglanishi, prostatani, urug dunligini, prostata bezi raki yoki prostata bezi xavfsiz giperplaziyasida, Qovuq buyna usmasida kuzatiladi. Gematuriya buyrak, buyrak jomi, siydik nayi va Qovuq usmalari bulib, buyrak polikistozida, buyrak tuberkulyozida, pielonefrit, siydik tosh kasalligi, buyrak surgutlarini nekrozida, gemorrogik sistitda Qovuq usmasida, prostatni xavfsiz giperplaziyasida, endometrioz va Qovuq sistostozomozlarida uchrash mumkin.

Gematuriyani xarakterini aniklash uchun ikki va uch stakanli sinamalarni kilish mumkin.

Gematuriya ma'nbasini taxminan kon laxtaklarini shakli buyicha aniklash mumkin. Formasiz kon laxtaklari kuprok Qovuqdan kelayotganga uxshaydi, lekin buyrakdan kelayotgan kon xam Qovuqda kon laxtaklarini xosil kilishi mumkin bulganligi uchun buyrakdan kon kelmayapti deb inkor kilish mumkin emas.

Chualchangsimon kon laxtaklari, siydik nay shaklini berganligi uchun bu kon ketish buyrak yoki siydik nayidan kon kelayotgan kon deb bilish mumkin. Kon ketish topik tashxisida yukori siydik yullari ekanligini bilish uchun buyrak soxasida bulgan ogrikarni kaysi tomonda ekanligini xamda kaerda kon laxtagi siydik nayida tusik berganligini bilish mumkin.

Usma jarayoni xisobiga kon ketishda ogrik buyrakda buladi, siydik tosh kasalligida aksincha bulib, bel soxasidagi ogrik kon ketishga sabab buladi.

Total gematuriyada ogriksiz va boshka simptomlar bilan kuzatilib. Total ogriksiz yoki monosimptom, gematuriya aynikcha kon ketish manbasi aniklash kiyin. Shuning uchun bunday xolatlarda zudlik bilan kon ketish ma'nbasini aniklash uchun sistoskopiya kilish kerak.

Shuni xam aytib utish kerakki siydikni kizil bulishi uchun fakat kon birlashmasini bilish shart emas. Ba'zi bir dorivor preparatlarni va ovkatlarni (kizilga) iste'mol kilganda siydik kizil bulib koilshi mumkin. Bu xollarda tugri tashxis kuyish uchun anamnez xamda siydikni mikroskopik tekshirish zarur. Makrogematuriya ba'zi kasalliklarda va patologik xolatlarda kuzatilishi mumkin. Gematuriya olib borayotgan yoki utkazilgan antikogulyant preparatlar bulishi mumkin (geparin). Gematuriyadan gemoglobinuriyani farklash kerak chunki ba'zi bir kon kasalligida zaxarlanganda, kup

kuchli kuyganda kuzatilishi mumkin. Bunday siydikni utkazilgan yoruglik bilan yoritilib kurilganda u kizil rangda buyalgan bulib, lekin tinik buladi. Mikroskopiya kilinganda unda eritrotsitlar kurinmaydi. Mioglobinuriya – siydikda mioglobin bulib, uning rangida kizil – jigarrang ranga aylanadi, er kimirlaganda yoki xarbiy xarkatlar natijasida odamlarni imoratlari devorlari tagida uzok muddat mushaklarini bosilib ezilishida kuzatiladi. Bu xollarda ezilgan mushaklardan kup mikdorda mioglobin konga utadi. Mioglobinni molekulasiga gemoglobin molekulasiga uxshab, lekin undan 3 barobar oz.

Tomirlar orasidagi suyuqlik kup mikdorda yukolganda, bu majaklanish sindromida kuzatilib, kon kuyiklashadi. Kup mikdorda naychalar pigment filtirlanib shu erdan bir kismi siydik orkali Qovuqqa chikariladi, bir kismi esa naychalarda tuplanib, ularni kamal kilib, utkir buyrak etishmovchiligini keltirib chikaradi. Siydikni mikroskopiya kilganda unda jigarrang rangida pigment-mioglobin topiladi.

Tsilindruriya – siydikda silindrlarni bulishi, urologik amaliyotda juda xam kam xolatlarda uchraydi, agar urologik kasalliklarga glomerulonefrit kushilsa yoki nefroz xamda uzok muddat nefrotoksik preparatlarni kullanilganda kuzatiladi. Silindruriya xakikiy yoki soxta bulishi mumkin. Xakikiy silindrlarga, gialinli, donachali va shamga uxshashlari bulib, soxta silindrlarcha mochevaya kislota birlashmasi uxshash tuzlaro mioglobin va bakteriyalar kiradi. Urologik kasalliklarda fakat gialinli silindrlar uchraydi.

Bakteriuriya – siydikda bakteriyalarni bulishi. Agar siydikda leykotsitlar birlashmasi aniklansa, unda yalliglanish jarayonini keltirib chikaradigan kuzgatuvchilarni nospetsifik yoki spetsifik (tuberkulyoz)larni nospetsifik yoki spetsifik (tuberkulyoz) larni borligini istash kerak. Nospetsifik yalliglanish jarayonida siydik jila xar xil patogen floralarni aniklash mumkin ichak tayokchasi stafilakokk, stretakokk, kukyiringli tayokcha, protey va boshkalar.

Normal xolatdagi siydik sterillangan buladi. Siydikda bakteriyalar buyrak filtri kandaydir patologik jarayon natijasida buzilgandagina kuzatiladi. Buyrak zararlanmagan vaktida bakteriuriya bulmaydi. Bakterioskopiya usul bilan mikroorganizmlarni borligi aniklanadi. Bakteriologik usul bilan bakteriyalarni borligi tasdiklanadi. Siydik ekilganda fakat mikroorganizmni xili emas, lekin ularning 1 ml soni xam aniklanadi. Bakteriuriyalar koloniya mikdorini aniklashda siydikni olayotgan vaktida ifloslanishi tufayli bulgan bakteriyalarni xakikiy bakteriuriyadan ajratish imkoni buladi. Agar bakteriyalar koloniyasi 10⁵ va undan kup mikroblar soni bulsa, bu xakikiy bakteriuriya bulib, infeksiyon – yalliglanish jarayoni siydik va jinsiy a'zolarida ekanligini kursatadi. Panevmaturiya – siydik bilan xavo yoki gazni chikishi bulib, juda kam xollarda ular birgalikda buladi. Bu xodisa tasodifan xavoni siydik yullariga kirib kolishi – sistoskopiya, kateterizatsiya yoki boshka asboblar bilan yoki Qovuqni kontrastlash maksadida kislorod yuborilganda kuzatiladi. Patologik pnevmaturiya xavoni siydik yullariga ichak-siydik yoki siydik jinsiy okma yaralarni, xamda siydik yullaridagi bakteriyalar tufayli gazni xosil kilinishi, ayniksa kandli diabetda yoki achish jarayoni sababli siydik nayini ichak bilan jarroxlik yuli almashtirganda uchraydi.

Lipuriya – yogni siydikda bulishi bulib, odatda siydik yuzasida yog doglarini kurinishi yogni borligini tasdiklaydi. Diabetda massiv ravishda trubali suyaklarni sinishida buyrak kaplyalarida yog emboliyasi kuzatiladi.

Xiluriya – limfani siydikda bulish, bunday xollarda siydik rangi va konsistentsiyasi kuyik sutga uxshaydi. Xirurgiya katta limfa tomirlarini va siydik yullarini bir biri bilan kushilishi kupincha buyrak jomi va kosachasida bulsa, xirurgiya paydo buladi. Bunday fistulan yalliglanish, usma jarayonlarida, shikastlarda, kukrak katta tomirlarini bosishida paydo bulishi mumkin. Filyariatoz kasalligida bir vaktida siydik va limfa yullari zararlanib, xirurgiya bilan kuzatilishi mumkin.

Gidatiuriya (exinokokkuriya) siydikda mayda etilmagan exinokokk pufakchalari buyrak gidatidoz pufagi yorilganda siydik yullariga utadi. Bundan tashkari siydikda yorilganda pafakchalarni plenka – pardalari topiladi. Siydik chukmasi mikroskopiya kilinganda parazit elementlari aniklanadi.

Aktinomikozda aktinomitset duzlari topiladi. Siydik va jinsiy a'zolar shistozini ma'lum rivojlanishi davrida siydikda ularning tuxumlari topilishi mumkin bu esa shu kasallikni anik belgisi bulib xisoblanadi.

SIYDIK CHIKARISH KANALINI PATOLOGIK AJRALMALARI VA SPERMANI UZGARISHI.

Siydik chikarish kanali ajralmalari. Yiringli ajralma siydik chikarish kanali orkali chiksa uning yalliglanish uretrit deb ataladi. Siydikda bu xollarda uretral «ipsimon» narsalar chikadi, siydik mikroskopiya kilinsa, siydik chikarish kanali shillik kavatidan ajralib chikkan nekrotik masalalar kup mikdorda leykotsitlar bilan buladi. Bunday ajralmalarni borligini aniklaydi (gonokokki, trixonomadlar, nospetsifik flora va boshkalar).

Spermatoreya – ereksiya, orgazm va eyakulyatsiyasiz urug suyukligini chikishi. Tuxtovsiz spermatoreya orka miyani ogir darajasidagi zaralanganida kuzatiladi. Ixtiyorsiz spermani okib chikishi prostatit bemorlarda korin mushaklarini kuchli kuchayishi vaktida xamda tugri ichak va urug tizimchalarini bir paytda kiskarish tufayli kelib chikadi. Spermatoryani borligini siydik chikarish kanalidan chikkan ajralmalarni mikroskopiya kilganda tasdiklanadi.

Prostatoreya siyish aktinii yoki akt defektsiyani oxirida prostata bezi sekretini spermatozoidlarni yaralishmasiz chikishiga aytiladi. Ajralmani mikroskopiya kilib tekshirganda unda spermatozoidlarsiz letsitin donachalarini topish prostatorensiya borligini tasdiklaydi. Agar prostata bezini atoniya yoki gipotoniya infeksiya kelib kushilsa, prostata bezi sekretida uning normal elementlari bilan leykotsit va bakteriyalar topiladi. Prostatoreya kup xollarda surunkali prostatitni alomatlaridan bulib xisoblanadi.

SPERMANI UZGARISHI. Butun dune soglikni saklash tashkiloti ma'lumotiga kura normada 1 ml erkak eyakulyatida 20 ml gacha mezoidlar bor, ularning 50% kukrogi tez va sekin xarakatlarga ega.

Aspermatizm jinsiy aloka kilgan vaktida eyakulyatsiyani yukligi. Jinsiy alokaga libido – ishtaxa va ereksiya saklangan. Aspermatizm bepustlikka olib keladi. Buning sababi urug chikarish kanali ektoniyasi bulsa, uruglarni tutilishi Qovuqqa karab yunalgan buladi. Moyak tukimalarini gistologik tekshirganda normal ekanligi aniklanadi.

Oligozoospermiya – spermatozoidlar soni ejakulyatda etarli bulmay, xarakatchan spermatozoidlar 30% yoki undan oz bulib normal shakllari 5-10% bulib, spermatozoid xujayralari soni 40% va undan oshik bulishi mumkin. Moyak tukimasini gistologik tekshirishda kup xollrada naychalarda spermatozoidlarni rivojlanishi fakat spematid davrigacha keladi. Agar 1 ml 20 ml dan kamrok normal spermatozoidlar bulsa, xomiladorlik kuzatilmaydi. Moyak giperplaziyasi, kriterxizm, ogir infeksiyon kasallik utgan bulsa, paratit, nikotin intoksikatsiyasi, alkogol, narkotiklar, jinsiy a'zolar yalliglanish kasalliklar, kupincha vezikulitlar oligozoospermiyaga olib keladi.

Astenozoospermiya – etarli xarakatchan spermatozoidlarni (50% kam bulib «A» va «B» kategoriyali) bulmasligi.

Teratozoospermiya – bulmagan spermatozoidlarni soni etarli bulmay, 30% normal morfologiyasi kuzatilishiga aytiladi.

Azoospermiya – ejakulyatda spermatozoidlar yuk bulishi, uning sekretor va ekskretor formalari mavjud. Birinchi formasida moyak tukimasida spematogenez buzilgan, moyak biopsiyasi kilinganda, urug kanalchalari atrofiyasi, spermatogoniylarni normal spermatozoidlar bulib etishish fakat ba'zi bir naychalarda buladi.

III-BOB

UROLOGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISH.

UMUMKLINIK TEKSHIRISH USULLARI.

S u r a s h.

Urologik kasalni umumiy klinik tekshirish usuli xamma vakt vrachning bemor bilan suxbatidan boshlanadi. Urologiya kasallarni uziga xos shikoyatlari bulib (jinsiy a'zolarning kasalliklarini), bemor davolovchi vrachdan tashkari xech kimga aytmaydi, ba'zi vaktlarda xatto uzining vrachiga xam ayta olmaydi. Shuning uchun vrach suxbat paytida bemorga yukori darajada muloyim muomalada bulishi kerak. Vrach bilan bemorning xamjixatligi kasallikning asosiy kelib chikish sabablarini va bemorning xayotini aniklashga imkon berib, kasallikning tashxis va davolash usullariga muxim takliflarni tavsiya kilishga yordam beradi. Bemor bilan suxbat vaktida vrach tegishli savollarni berishi kerak, chunki ba'zi bir oshikcha savollar bemorlarning shikoyatiga va kasallik tarixiga vaxima soladi. Suxbat vaktida bemorni diqqat bilan tinglash, kerakli ma'lumot olish va albatta bemorni tinchlantirish, uni kelgusi tekshirishga va imkoni bulsa operatsiya bilan davolashga tayyorlash kerak buladi.

Kurish.

Ogir buyrak kasali bilan xastalangan bemorni umumiy kurishda terining kamkonligi, yuzi va kul-oyoklarining shishgani, astsit, uremiyada esa es-xushi yukolib, mayda tomir tortilishi, mushaklarining uchishi, xirillagan Kussmaul nafas olishi, kuz korachigi torayib, ogzidan ammiak xidi kelishi aniklanadi.

Ayniksa bemorning turishi va umumiy axvoliga e'tibor berish kerak. Masalan, ogrigan tomoni bilan majburiy-tizza va chanok bugimlarini bukib oyogini tanasiga yakinlashtirib yotishi paranefritda yalliglanishning zurayishini kursatadi. Buyrak sanchigida bemorning axvoli uziga xos xususiyatga ega: bemor notinch bulib, tebranib, uziga kulay joy topa olmaydi. Ba'zida bemor kulining turgan urni, buyrak soxasidkigi ogrikni kursatishi tashxisda axamiyatga ega (I-bobga karang).

Jigar yoki ut yullari kasalliklarida bemorning panjalari kovurga osti soxasida bulib, radikulit yoki spondilitda esa bemor kafti bilan beldagi ogriklarni kursatishga intiladi. Buyrak soxasini kurayotganda uning ikki tomonini simmetrikligiga baxo berilib unda shishgan, kizargan, shikastlanish belgilari borligi aniklanadi. Skoliozga e'tibor beriladi: buyrak kasalliklarida gavda kasal tomonga bukilgan bulib,utkir radikulitda esa gavdaning bukilishi karama-karshm tomonga buladi.

Buyrakning katta usmasi bulsa, korinni kuraetgan vaktida uning asimmetriyasini, siydik tutilganda kov soxasida burtgani aniklab, kkorinning nafas olishda katnashishga baxo berish mumkin. tashki jinsiy a'zolarni tekshirish uchun bemorni yotkizib va tik turgan xolatda kurish kerak. bu paytda ma'lum xollarda tananing uzgarishiga karab moyak xaltachasini katta-kichikligiga ,jumladan, chot-moyak xaltacha churrasi, urug tizimcha venasining kengayganini (varikotsele) aniklash imkoni buladi, lekin moyak pardasining sarik suvini yigishda esa bunday uzgarish bulmaydi. Olatning xaltachasini ochib, uning boshini va kertmakning ichki etibor bilan kurish kerak.

Moyak xaltachasi kasalliklarini (moyak usmasi, uning pardasida sarik suvni yigilishi va boshkalar) ajratish uchun diaafanoskopiya kilinadi: tekshirish korongi xonada bajarilib, moyak xaltachasining kattalashgan orka yuzasidan yoruglik

manba'si beriladi. Moyak pardasi sarik suvidan yoruklikni bir xil bulib utishi uning dalili bulib xisoblanadi.

Moyak pardasida suyuklikni tinik bulmasligi (gematotsele, piotsele) yoki uning usmasida kattik moyak tukimasining zichligi sababli yoruglik utmaydi. Kuzatilayotgan vaktida siyishning odatdan tashkari buzilishi ba'zi bir kasalliklarni aniklash imkonini beradi. Fimozda siyish ikki davr bilan bajarilishi mumkin: avval siydik olat xaltachasiga tushib, uni ancha kengaytirib, keyin ingichka okim yoki tomchilab kertmakning toraygan teshigidan chikadi. Qovuqning tusilishi sababli (prostata bezining adenomasi, siydik kanalining torayishi) bemor korin devorining mushaklarini kattik taranglatishiga majbur buladi, siydik okimi sust bulib, kupincha bulinib, sachrab chikadi. Kovugida toshi bulgan bemorlarning siyishini uziga xos xususiyati bulib, toshning tikilib kolishi natijasida siyishning okimi vakti-vakti bilan tusilib, kiynalib siyishi davom etadi, bemor buni tugrilash uchun uz xolatini uzgartirishga majbur buladi.

Ikki yoki uch stakan orkali siydikni tajriba kilib kurish urologik kasalliklarning tashxisida muxim axamiyatga ega. Bu tajriba piuriya manbaasini taxminan kaysi joyda ekanligini aniklash uchun kullaniladi. Bemorga ikki idishga siyishni taklif kilinadi. Birinchisini 50-80 ml siydik bilan ikkinchisi esa kolgan xamma siydik bilan tuldiriladi.

Avval ikkala idishdagi siydikning loykalik darajasini kuz bilan aniklab, keyin mikroskop orkali tekshiriladi. Agar loykalanish va leykotsitlar fakat birinchi kismida bulsa, yalliglanishning zurayishi siydik kanalida ekanligiga taxmin kilish mumkin: agar shunga uxshash belgilari fakat ikkinchi kism siydikda bulsa, zararlanish prostata bezida yoki urug pufakchalarida ekanligidan dalolat beradi. Yiringni siydikning birinchi va ikkinchi kismilarida bulishi yalliglanishning zurayishi Qovuqda yoki buyrakda deb uylashimizga imkon beradi.

Uch stakanli tajribada agar siydikning ikki kismi tinik, uchinchisi loyka bulsa, piuriya manbasi prostata bezidan deb taxmin kilish mumkin. Bu vaktida yiring siydikda siyishning eng oxirida, chanok mushaklarining kiskarishi va prostata bezining bushash paytida tushadi.

P A Y P A S L A Sh.

Siydik va jinsiy a'zolari paypaslash umumklinik tekshirishlarning asosiy usuli bulib xisoblanadi. Bemorning terisiga birinchi bor tegish uning namligini, xaroratini va shishning borligini aniklashga imkon beradi. Korinning oldingi devorini paypaslaganda. Uning mushaklarini taranglashgan darajasini aniklash mumkin. Bemorni beli bilan yotgan, yonboshlaagan va tik turgan xolatlarida buyragini paypaslash kerak. Korinning oldingi devor mushaklari tarangligini bushashtirish uchun bemordan oyoklarini chanok – boldir va tizza buginlarida bir oz bukishni, tikka turgan paytda esa oldinga karab engashishini iltimos kilinadi. Fakat astenik bichimli va korin devori yupka bulgan soglom kishilarning buyragini bemalol paypaslash mumkin.

Bemorning pastga tushgan yoki kattalashgan buyraklarini xam paypaslash orkali aniklash mumkin. Shifokor paypaslayotgan vaktida bemorning ung tomonida bulib, yuzi bilan kovatning bosh kismiga karab turadi. Chap kulini kovurga-umurtka burchagi soxasiga kuyadi. Ung kulining barmoklarini kovurga yoyining ustiga

urnashtiradi. Ung va chap kul barmoklarini nafas olayotganda yakinlashtirib buyrakning pastki kismini ankilash mumkin. Chap buyrakni paypaslaganda ung kulini kovurga-umurtka burchagiga, chap kulni esa kovurga tagiga kuyib chukurlashtiriladi.

Xamma bemorlarni yonboshlatib va tik xolatlarda xuddi shu usul bilan paypaslash mumkin. Bu bilan buyrakning notugri joylashganini yoki yoning pastga tushib kolganligini aniklaydi. Gudaklarda ayniksa, chala tugilgan va gipotrofiyaga uchragan bolalarda, korin devorining yumshokligi sababli buyrakni osonlik bilan paypaslash mumkin. Bunga katta yoshdagi kishilar buyragiga nisbatan, gudaklar buyragining xajmini kattaligi xam yordam beradi.

Bogcha yoshida bulgan bolalarda buyrak kasalliklari bilan utkir appenditsitni differentsial ajratish tashxisining kiyinligi sababli tekshirish oldidan 3% xlorgidrat eritmasi bilan klizma kilish maksadga muvofikdir (I- yoshgacha 10-15 ml, 2 yoshgacha 15-20 ml, 3 yoshgacha 20-25 ml). Dori-darmonlar ta'siridagi uyku mushaklarning faol taranglashishi bushashtirib, fakat mushaklarning xakikiy ximoyasini koldiradi.

Juda kam xollardagina siydik yulini paypaslash usuli bilan aniklash mumkin. Fakat siydik yuli katta tosh bilan tusilib va tosh atrofidagi siydik yuli xaddan tashkari kiskarganida, toshning turgan joyini va siydik yulini bir barmok bilan paypaslash mumkin. Tosh turgan joyda ogrikning eng yukori darajasi aniklanadi. Siydik yulini pastki uchdan bir kismini yoki uning toshi bulgan joyini paypaslab topish, kin orkali bimanual usul yoki orka teshik bilan tekshirganda osonrok buladi.

Siydik tuxtab kolganda Qovuqning chegarasini paypaslab aniklash mumkin. Bimanual paypaslash ayollarda _____ erkaklarda va kizlarda _____ boshka a'zolarining xolatini va kichik chanok yog tukimasini baxolashga xam imkon beradi.

Olatni paypaslaganda kavernozi tana va siydik chikarish kanalining konsistentsiyasiga, xamda olat boshining ochilishiga kuprok axamiyat berish kerak. moyak xaltasining a'zolarini paypaslaganda urug tizimchasini moyak va uning ikki ortigini kanday xolatlarda ekanligini tekshirish kerak. Bitta yoki ikki moyakning yukligida, ularni chot kanalidan istash lozim. Bu vaktida bemorni yotkizib va tikka turgan xolatlarda tekshirish kerak. Chot va skarpov uchburchak soxalaridagi regional limfatik tugunlarning axvolini paypaslab baxo beriladi. Yonbosh, paraaortal va parakaval limfatik tugunlarning ancha kattalashganida, ular korinni paypaslaganda aniklanadilar.

Urologik kasalliklarning tashxisida prostata bezini tugri ichak orkali barmok bilan tekshirish muxim axamiyatga ega. Bunda bemorni yonboshlatib (odatda ung tomonga) yoki tizza-chanok xolatida bajariladi. Bemorni turgazib 900 oldinga engashtirib kurish eng kulay buladi. Bemor turib, yumshok uzun kursiga yoki kursiga chanoklari bilan suyanadi. Kursatkich barmokni tugri ichakka kirgizilib, prostata bezini katta-kichikligi (odatda kundalang 203 sm va uzunlik yunalishi 3-4 sm) yumshok va kattik (odatda kayishkok), bulaklar orasidagi urta juyakning borligi aniklanadiyu Prostata bezining uzgarmagan vaktida, bulaklar orasidagi urta juyagi anik bulib seziladi. Bezning chegarasi odatda anik bulib, lekin yalliglanganda va usmalarning zurayishida silliklanib kolishi mumkin. Bir vaktida tugri ichak shillik

padasining prostata bezi ustidan sljishini, prostata bezida kattik va yumshok joylar yoki flyuktuatsiya va krepatatsiyalarning borligini aniklash kerak.

Prostata bezining bir kancha kasalliklarda davolash va diagnostik maksadlarda uni ukalashga tugri keladi (bezning sekretini tekshirish uchun olinadi). Utkir prostatitda prostata bezini ukalash man etiladi. Prostata bezini ukalash usuli kuyidagicha: ung kulning kursatkich barmogini bemorning tugri ichagiga kirgizib, bezning lateral yunalishdan, medial tomoniga karatib, vrach muloyim ravishda ukalaydi.

Xuddi shu xarakatlarni bezning boshka bulagida xam kilib, undan sungsirpanish xarakati bilan , urta jiyakdan sekretni, siydik chikarish kanaliga sikib chikaradi. (2-rasm). Prostata bezining sekretini tekshirish uchun bir tomoni berk shishi naychaga yoki oynaning parchasiga yigiladi.

2-rasm . Prostata bezining sekretini olish.

Agar prostata bezini 30-60 sekund ukalangandan sung, sekret siydik kanalining tashki teshigidan ajralib chikmasa, bemorga siyishni iltimos kilib, siydik kanalidan ajralib chikkan sekretini bor siydikning birinchi kismini tekshirish uchun junatiladi.

Prostata bezini ukalab davolash uchun, xuddi shunday muolaja kilinib, lekin bunda maolaja uzokrok davom ettiriladi (1-2 dakika).

Uzgarmagan urug pufakchalarini tugri ichak orkali tekshirganda juda xam kam xollarda paypaslab aniklash mumkin. Ular patologik bulib kattalashganida, urta chizikning ikki tomonidan, prostata bezining ustida uzunchok shaklida bulib paypaslanadi. Paypaslab ularning kalinligi, kattik va yumshokligining bir tekis bulishi xamda ularning kattaligiga va ogrigi borligiga baxo beriladi. Bemorni chukkayib utirgan xolida, kachonki bemor tekshirayotgan kishining barmogiga utirgayday bulib tursa, urug pufakchalarini paypaslash maksadga muvofikdir.

Kuperov bezlarining yalliglanishlarini kursatkich barmokni tugri ichakka kirigizib, shu kulning katta barmogini oralikka urnatib paypaslab aniklash mumkin. Bezlar urta chizikning ikki tomonida, orka chikaruv teshigining oldingi devorida joylashgan buladi.

Perkussiya. Odatda joylashgan buyraklarni perkussiya usuli bilan aniklab bulmaydi. Paypaslab korindagi a'zolarni yoki usmalarni bu usul bilan tekshirayotganda uning bebaxoligini oshiradi. Paypaslanayotgan narsaning ustidan timpanit bulishi, uni korinning tashki tomnida joylashganligini extimol kilish uchun imkoniyat beradi, agar a'zo yoki usma korin bushligida joylashgan bulsa, perkussiya ovozi pasayibrok chikishi unga xos buladi.

Urologik bemorlarni tekshirayotganda Pasternatskiy belgisini albatta tekshirish zarur: kaftning kirgogi bilan bel soxasidagi mushak – kovurga burchagiga navbatmanavbat, asta-sekin urib kuyiladi. Zararlangan buyrakning tebranishi tufayli ogriklarning sezilishi Pasternatskiy belgisining borligini tasdiklaydi. Lekin atrofdagi tukimlar va a'zolarning kasalliklari xam Pasternatskiy belgisini borligini bildiradi. Bu belgining bulmasligi buyrak kasalligining yukligini xam inkor kilmaydi.

Qovuqni perkussiyasi korinning urta chizigi buylab, korinning yukori soxasidan kovga karab yunaladi. Qovuq tulgan bulsa, kov ustida utmas perkutor ovoz chikadi. Qovuqni yukori chegarasini aniklab, shu zaxoti siydik chikarib yuborilsa, unda kolayotgan siydikning bor yoki yukligini aniklash mumkin.

Auskultatsiya. Arterial gipertenziyasi bulgan xamma bemorlarni albatta auskultatsiya qilish zarur. Ung yoki chap korinning ustki kvadratida va orka kovurga-umurtka burchagi soxasida eshtilayotgan yumshok sistolik shovkin buyrak arteriyasining stenozi borligini kursatadi. Buyrakning arteriovenoz fistulasida va ateromatoz bilan zararlanganda korin aortasini sistolik shovkini dagal va davomli buladi. Buyrak arteriyasining fibroz va fibromuskulyar stenozida, korinning yukori kismida, kupincha davomli yukori chastotali, kechikkan sistolik kuchaygan shovkin aniklanadi.

TAXLILXONA TEKSHIRISH USULLARI.

Konning taxlili.

Urologik kasalliklarda konning klinik taxlili lekotsitlar va leykotsitar ifodasining uzgarishini xamda eritrotsitlar, gemoglobin, trombotsitlar, protrombinlar sonini va eritrotsitlarning chukish tezligini (SOE) aniklaydi.

Konning bioximik taxlillarida bilirubin, xolesterin, umumiy oksil va uning fraksiyalarini, glyukozaning borligini aniklab, jigarning ish faoliyatlari sinab kuruladi. (timolovaya, sulemovaya, Takata-Ara). Olingan natijalarning meyorda bulmasligi gepatopatiyaning turli darajasi borligini bildiradi. Konning zardobida mochevina va kreatininlarni aniklash buyraklarning ish faoliyatini baxolashga yordam beradi.

Buyrakning ish faoliyatini chukurrok urganish uchun murakkab bioximik testlarni bir kecha-kunduz yigilgan siydik bilan birga tekshiriladi. Bunda kon va siydik tarkibilagi ferment va elektrolitlar kislota-ishkor balansi, kreatinin va mochevina klirensi, aminokislotalarning ekskretsiyasi va siydikdagi glyukozalar aniklanadi.

Buyrak faoliyatini sinash.

Buyrak organizmdagi asosiy a'zoldardan biri bulib, modda almashinuvida paydo bulgan azot metabolitlarini-mochevina, kreatinin, siydik kislota, purin negizlarini va indikanlarni ajratib chikaradi.

Bu moddalarning yigindisi azot koldigini (oksildan tashkari) tashkil kilib, odatda konning zardobida 3-7mmolG⁻¹ (20-40 mg) buladi. Mochevinaning azoti, azot koldigining asosiysini tashkil kiladi. Soglom kishi konning zardobida, odatda 2,5-9 mmolG⁻¹ (15-20 mg %) azot koldigi bulib, buyrakning ogir etishmovchiligida, u 32-50 mmolG⁻¹ (200-300 mg%) gacha kutarilishi mumkin. Buyrakning faoliyatini anikrok kilib kursatadigan konning zardobidagi kreatinin, odatda soglom kishilarda 100-180 mmolG⁻¹ (1-2 mg%), ogir buyrak etishmovchiligida 720-900 mmolG⁻¹ (8-10 mg%) gacha etishi va undan kup bulishi mumkin. Kondagi zardobda azot chikindilarning kupayishi buyrakning azot chikarish faoliyati buzilishini kursatadi. Buyrak va siydik yuliing kup kasalliklarida buyrak etishmovchiligi, gemeostaz)(organizmning ichki muxit tengligi) buzilishi kuzatilib, konning zardobida azot chikindilari kupayib mikdori ancha kutariladi.

Buyrak etishmovchiligining birinchi davrlarini ayniksa, uning boshlanish davrini aniklash anikrok bulgan tekshirishlar utkazishni talab etadi. Uronefrologik amaliyotda, shu maksadda koptokchalar filtratsiyasini endogen kreatinin va inulin orkali 169Yv – DTPA aniklash usuli kullaniladi. Kupincha tez-tez endogen

kreatinining tozalanish koeffitsienti (klirensi) aniklanadi. Bu usul kontsentratsiya indeksini chikarishga asoslangan bulib, siydikdagi kreatinin kontsentratsiyasining nisbati $G'UG'$ uning kondagi mikdori $G'PG'$ ga teng.

Kontsentratsiya indeksini bir dakikadagi xajmiga $G'VG'$ kupaytirilsa, tozalanish koeffitsenti $G'CG'$ chikadi. Klirensi aniklaydigan ifoda kuyidagicha kurinishda buladi:

$$S \text{ q } U (V \quad \text{mlG`min.}$$

P

Xakikiy glomerulyar filtratsiyaning xajmini $G'FG'$ inulin klirensi yordamida aniklash mumkin. Lekin klinik amaliyotda endogen kreatining klirensini aniklash sodda bulganligi sababli kulayrok. Suvning naychalarda reabsorbtsiyasi $G'RG'$ foizlarda ulchanib, kuyidagi ifoda buyicha aniklanadi.

$$R \text{ q } F - V \cdot 100$$

F

Soglom kishilarda koptokchalar filtratsiyasining xajmi 120-130 ml dakika bulib, naychalarning reabsorbtsiyasi 98-99 % ni tashkil kiladi. Xar kaysi buyrak filtratsiyasi va reabsorbtsiyasining mikdorini aloxida aniklash mumkin. Buning uchun ma'lum bir vaktning orasida (1-2 soat) xar kaysi buyrakdan kateterizatsiya yuli bilan aloxida siydik yigish kerak. Buyrakning filtratsiya-reabsorbtsiya faoliyatining ma'lumotlari buyrak klinik kasalliklarining tashxisida katta axamiyatga ega bulib, kancha buyrak parenximasini saklanib kolganini bilishga va davolash yullarini aniklashga imkon beradi.

Siydik yullarini aloxida kateterizatsiya kilib Govard testini utkazish mumkin. Bu bilan xar kaysi buyrakdan olingan siydikdan natriy xlor kontsentratsiyasini va suvning mikdorini aniklash mumkin. Bu ma'lumotlar klirens test bilan solishtiriladi, chunki 20% xollarda Govard testining kursatkichlari notugri buladi. (kateterlar yonidan siydikning utib ketganligi sababli). Siydik bilan natriyni oz chikishi surunkali glomerulonefrit va buyrak areteriyasining stenozida kuzatiladi.

Siydikning taxlili.

Siydikning umumiy taxlili uchun uning ertalabki kismini olish zarur. Tekshirishdan oldin tashki jinsiy a'zolari puxta va toza kilib yuviladi. Ayollardan tekshirish olish uchun ular siyayotgan vaktlarida siydikning urta kismi olinadi, ba'zi bir vaktlarda esa fakat Qovuqni kateterizatsiya kilinadi. Sidik kanalining aralashmasi tushib kolmasligi uchun juda kam xollarda, zarurati bulib kolganda kov ustidan Qovuqni punktsiya kilib tekshirish uchun siydik olinadi. Erkaklarda patologik zurayishning kaerdaligini aniklash uchun siydikning ikki yoki uch xissasini taxlil kilish kerak. siydikning taxlili asboblar bilan tekshirgunga kadar kilinish zarur. Siydikni olib shu zaxotiyok tekshirish uchun junatish kerak. Agar siydik kup vakt saklansa, ishkoriy achishi rivojlanib, tarkibiy kismi buziladi va bakteriyalari kupayishi mumkin. Bunday siydik tekshirish uchun yaroksiz buladi.

Siydikning nisbiy zichligi bir kecha-kunduzi suyuklikning iste'mol kilish tarkibiga karab uzgarishi (odatda 1005 dan 1025 gacha) tufayli, siydikning bir xissasinigina zichligini tekshirish uchun etarli deb xisoblanmaydi. Bu kursatkichga

tula ta'rif berish uchun Zimnitskiy sinovi kulllaniladi: bir kecha-kunduz, xar uch soatda siydikning sakkizta xissasini, xajmi va nisbiy zichligini ulchash. Oksil yoki glyukoza ning aralashmasini siydikda bulishi, uning xajm zichligiga ta'sir kursatadi. Keyingi vaktlarda klinitsistlar siydikni osmolyarligini aniklashmokda, chunki u odatda 450-500 mosmol bulishi kerak.

Oksil, glyukoza, atseton, bilirubin, urobilin va urobilinogenlarni aniklash siydikning kimyoviy tekshirishlariga kiradi.

Siydikning chukmasini mikroskop ostida tekshirish, uning xususiyati va tarkibiy kismlarining sonini aniklaydi (epitelial xujayralar, bakteriyalar, leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar, tuzlarning kristallarini). Siydikning tarkibiy kismlarining soni xakida anik ma'lumot olish uchun ularni gemotsitometrik xilidagi kameralarda xisoblash kerak.

Bunday xisoblashlarning bir necha xillari mavjud. Kakovskiy-Addis usuli bilan kecha-kunduz siydikdagi leykotsitlar, eritrotsitlar, epitelial xujayralar va silindrlarni xisoblaydilar. 3 soat mobaynida yigilgan siydik Amburje usuli bilan tekshiriladi. Xisoblash natijasida 1 dakika ajralib chikkan siydikda kancha xujayralar soni borligi aniklanadi. Urologiya amaliyotida 1 ml siydikdagi tarkibiy kismlarni xisoblash maksadga muvofikdir.

Odatda 1 ml siydikni 2-103 – 4 – 103 leykotsitlar, 1000-2000 eritrotsitlar, 2-20 trombositlar, 20 tagacha silindrlar tashkil kiladi.

Buyrakning yashirin leykotsituriyasiz yalliglanishining zurayishini aniklash uchun, uni buzish maksadida prednizolon va pirogenal usullari ishlatiladi. Bu usul shunga asoslanganki, venaga 30 ml prednizolon yoki mushak ichiga 10 MPD (minamla pirogen doza) pirogenal yuborilganda buyrakning yalliglanishini zurayishida 3 soat mobaynida leykotsituriya jadallanishi kutarilib, bir kecha-kunduz saklanadi. Agar leykotsitlar soni aniklash. Leykotsituriyani sifat taxlili bilan birga olib borilsa, diagnostik usullarning sifati yukorilnadi. Siydikda Shterngeymer-Malbin va faol leykotsitlarni xamda bakteriuriyaning kupayishini pielonefritning belgisi deb bilish kerak. Yukori arterial gipertenziyali bemorlarda pirogenal usuli, prednizolon usulidan afzalrok ekanligiga ishonch xosil kilish kerak, chunki oxirgisini gipertenziya ta'sir kuchi extimoli borligini xisobgar olish kerak.

Bakterioskopiya usuli bilan siydikda mikroblarning borligi aniklanadi. Lekin amaliy bakteriologik tekshirish undan mukammalrok yalliglanish kuzgatuvchisining tusiga, bakteriuriyani soniga baxo berib, antibiotik dorilarga bakteriyalarning sezgirligini aniklaydi.

Bakteriyalarni aniklash uchun siydikni xar xil ozukali muxitlarga utkaziladi. Xozirgi vaktida klinik amaliyotda kulay bulgan soddalashgan agarki Petri pallasiga siydik utkaziladi, u 1ml siydikda kancha bakteriyalar borligini aniklashga imkon beradi. Katta jamoalarda kasalliklarining oldini olish, tekshirishlar utkazishda bakteriuriyalarning darajasini aniklash uchun, TTX (trifenil tetrazolinxlorid) usuli muvaffakiyat bilan kulllaniladi. Bu usul shunga asoslanganki, bakteriyalarning yashash daomida ferment degidrogenaza xosil buladi, bu esa rangsiz erigan TTXni kizil erimaydigan trifenilformazinga uzgartiradi.

Sil kasaliga shubxa bulsa bakterioskop kilinadi, siydikning chukmasini xam flotatsiya usulida Sil-Nilson buyogiga buyab, bakterioskop kilish zarur. Siydikni kon muxitiga utkazilganda anikrok natijalarni olish mumkin. Bu esa 1-2 xaftada javob

olishga imkon berib: tuxum –kartoshka muxitiga utkazilganida javobi kechrok (2-2,5 oy) bulsada, lekin bu unga nisbatan anikrok buladi. Undan xam axamiyatlirok bulgan biologik usul bemorning siydigini dengiz chuchkasining teri ostiga yoki korin bushligiga emlanadi, bu xayvon esa sil infeksiyasiga yukori darajada sezgir buladi.

Keyingi yillarda immunoximik tekshirish usullari keng kullanilmokda. Ularning orasida uroproteinlarni immunoelektroforetik taxlili nisbatan soddasi xisoblanadi. Bu usul siydik oksilining sifat tarkibini urganishga va proteinuriyani xilini aniklashga imkon beradi. Siydikdagi okillar mikdorini aloxida immunodiffuz reaksiyasi yordamida aniklash kuprok ma'lumot beradi. Bir vaktida kon va siydikdagi oksillar kontsentratsiyasini urganish oksillarning klirensiga baxo berishga imkon beradi.

Yukori klirensli katta molekulyar oksillar esa glomerulopatiyalarga xosdir. Kichik va katta molekulali oksillar klirensining uzaro munosabatiga karab selektiv va selektivsiz proteinuriyalar aniklanadi (I-bobga karang) Buning muximligi shundaki, selektiv proteinuriyani aniklash kimmatli usullardan biri bulib, u pielonefrit va glomerulonefrit ajratish tashxisida, koptokchalarning morfologik zararlangan xillarini aniklashda, gormonorezistentli va gormonosezgirli glomerulopariyaning xillarini aniklashda katta axamiyatga ega.

Koptokchali va koptokchadan tashkari gematuriyani immunokimyoviy yul bilan ajratish xam kullaniladi. Bu usulning negizi shundan iboratki u kon va siydikdagi oksillar urtasidagi kontsentratsion nisbatni aniklaydi. Agar ular bir-biriga uxshash bulsa, gematuriyani genezi koptokchadan tashkari deb taxmin kilishimiz mumkin, kondagi oksil vauroproteinlarning bir-biriga bulgan nisbati ancha uzgargan bulsa, gematuriyaning kelib chikishi koptokchadan deb xulosa chikarish mumkin.

Koptokchadan tashkari bulgan gematuriyalar shikastlanganda, buyrak va Qovuqning xavfli usmalarida, prostata bezining rak va adenomasida, Qovuq, prostata bezi va urug dunligining yalliglanishlarida uchraydi. Koptokchali gematuriyalar glomerulonefritning xar xil formalarida, xomilalikning nefropatiyasida, kuchirib utkazilgan buyrakning utkir zurlik bilan tortib olish reaksiyalarida buladi.

Siydik kanalidan ajralib chikkan suyukliklarni tekshirish.

Siydik kanalidan ajralib chikkan xar kanday suyuklik mikroskop ostida tekshirilishi kerak, buning uchun bir tomchi suyuklikni ilmok bilan oyna parchasiga okizib, ustiga koplama kuyib, mikroskop ostida tekshiriladi. Agar suyuklik chikmasa, siydikning birinchi xissasini sentrifugadan utkazib, xuddi shu usul bilan epitelial xujayralar va leykotsitlarda iborat bulgan chukma tekshiriladi.

Siydikda uretral ishlarning topilishi, siydik kanali yoki prostata bezida yalliglanishlar borligini guvoxi buladi. Siydik kanalidan ajralib chikkan suyukliklarni mikroskop ostida tekshirganda, kup mikdorda leykotsitlarni , xar xil mikroorganizmlarni, troxmonadlarni topish mumkin.

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

Sitologik tekshirish uchun kupincha, bir kecha-kunduz yigilgan siydikning chukmasi ishlatiladi. Olingan material yupka kavat kilib oyna parchasiga surtiladi. Surtma Nikiforov aralashmasida mustaxkamlanib, Romanovskiy usuli bilan buyaladi. Mikroskoporkali tekshirganda buyrak, Qovuq tarkibidagi xujayralar yoki prostata bezida blastomatoz uzgarishlari bulgan belgilar topilishi mumkin.

Qovuqning usmalarida Qovuqdan aspiratsiya kilib olingan materiallarni tekshirganda, anik va tugri ma'lumotlar olinadi. Kateter orkali Qovuqdan siydik asta-

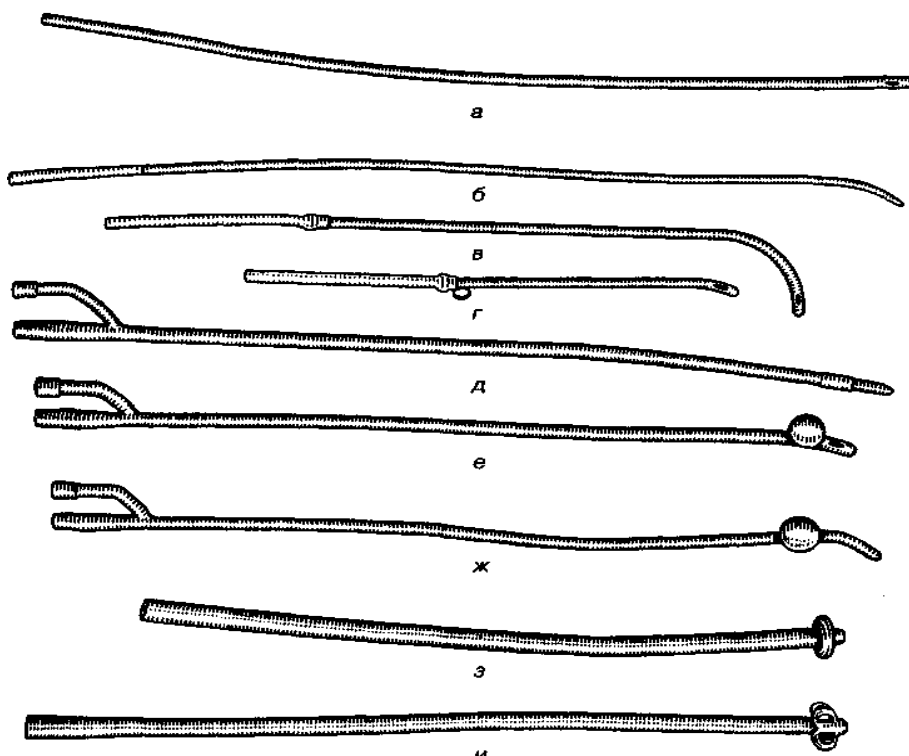
sekin tortib aspiratsiya kilinadi. Olingan material bir tomoni berk shishi naychaga solinib, 2 soatdan sung uning chukmasidan yukorida aytilgan usul bilan mikropreparat tayyorlanadi.

Tsistologik tekshirish uchun materialni Qovuqning usmasidan aspiratsiya kilib olish mumkin. Buning uchun kateterizatsion sistoskop orkali usmaga siydik yuli orkali kateterini tekkizib, shprints orkali aspiratsiya kilib, asta-sekin kateter chikarib olinadi. Kateterning uchiga yopishib kolgan usmadan ajralgan tukima tekshiriladi.

Prostata bezi usmasining tashxisi uchun, massaj kilgandan keyin olingan sekret ishlatiladi. Lekin prostata bezining bir necha joyidan olingan punktni tekshirish axamiyatga ega.

ASBOB VA ENDOSKOPIYA USULI BILAN TEKSHIRISH.

Xar kungi urologik amaliyotda siydik yullarini asbob va endoskopiya usullari bilan tekshirish asosiy urinni egalaydi.



3-rasm. Xar xil kurinishdagi kateterlar.

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

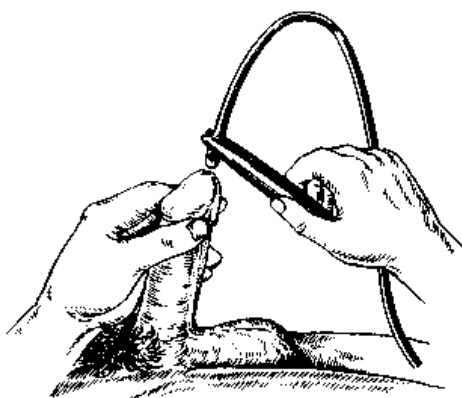
ASBOBLAR BILAN TEKSHIRISH USULLARI.

Qovuqni kateterizatsiya kilish.

Kateterizatsiya Qovuqni tashxisi yoki davolashi uchun kilinadi: Qovuqni bushatish, uni yuvish, dori-darmonlar (instilyatsiya) va rentgenokonstrast moddalarni yuborish. Kateterizatsiya uchun metalldan kilingan asboblar, rezina yoki polimer materiallardan tayyorlangan trubka kurinishidagi asboblar kullaniladi. Kateterlar yumshok (rezinadan), kattik (metalldan) va yarimkattik (polimerlardan tayyorlangan elastik) buladi.

Kateterlar xar xil diametrli bulib, shu rakamlarga tegishli kattalikda buladi. Boshka asboblarga uxshab, kateterlar rakami Sharer shkalasi bilan belgilanib, asbobning aylana millimetr uzunligiga teng. Masalan 18 rakamli kateterning aylana uzunligi 18 mm, uning diametri esa 6 mm. Kupincha Nelaton, Timan, Petstser, Maleko, Pomerantsev-Foli kateterlari ishlatiladi. (3 rasm). Erkaklar, ayollar va yosh bolalar kovugini kateterizatsiya kilinadigan maxsus kateterlar buladi. Yosh bolalar kateterlari kattalarnikiga karaganda kichikrok, ayollarniki kaltarok va uchi egilgan buladi.

Ayollar kovugiga kateterni yuborish usuli ancha sodda bulib, xisoblanadi. Ayollar beli bilan yotkizilib, oyoklarini kerib turgan xolatida, oralik va tashki siydik chikarish kanalini antiseptik suyukligida namlangan paxta bilan tozalanib, sterillangan pintsent yordamida kateter uretra orkali Qovuqqa yuboriladi.



Rasm Qovuqni Nelaton kateteri bilan kateterlash (sxema).

Erkaklarda kateterni Qovuqqa yuborish usuli ancha murakkabrok. Bemorni chalkanchasiga yotkizib, olatni chap kulning 3 va 4 barmoklari bilan ushlab (siydik kanalini bosmasdan), siydik kanali shillik pardasining buomalarini tekislash uchun olat biroz oldinga tortiladi. Usha kulning kursatkich va katta barmoklari yordami bilan siydik kanalining tashki teshigi biroz kengaytiriladi. Siydik kanalining tashki teshigi va olatning boshi antiseptik usul bilan tozalangandan sung, sterillangan vazelin yoki sintomitsin linimenti surkalgan kateter sterillagan pintsent yordamida, ung kul bilan siydik kanalidan utkaziladi (4 rasm).

Erkaklarda metalldan kilingan kateterni yuborish usuli bundan xam murakkabrok bulib, extiyotkorlikni va muayyan maxoratni talab kiladi. Siydik kanalining tashki teshigini tozalab, olatning boshini chap kulning barmoklari bilan tepaga kutarib, uni chot katiga parallel kilib taranglashtiriladi. Asbobing uchini pastga karatib

, ung kul bilan siydik kanali buyicha Qovuqning tashki sfinkterigacha – tusik bulgan joygacha yuborladi, keyin olat bilan kateterni, korinning urta chizigiga shu burcha buylab oldingi korin devoriga (gorizontal xolda) utkazib, asbobning tashki uchini asta-sekin kutarib, uning ichki kismini chukurrok yuborishga va siydik kanalini unga tortib taranglashtirishni davom ettiradi. Kateter biroz karshilikni engib, siydik kanalining orka bulimidan utib Qovuqqa tushadi.

4 rasm. Qovuqni Nelaton kateteri bilan kateterizatsiya kilish. Kateter pavilonini bemor oyoklari orasida bulishi, asbobni uz uki atrofida bermalol buralishi, uning ichki kismini Qovuqda ekanligini isboti bulib xisoblanadi. Kateterdan siydikning ajralib chikishi buning kushimcha isboti buladi. Metall asboblarni Qovuqqa majburiy utkazish juda xavfli bulganligiuchun siydik kanalini Qovuq buynini teshilishi va unda «soxta yulni» vujudga kelishi extimoli buladi. Ayniksa kasalning bunday xavfli asoratlarini paydo bulishiga siydik chikarish kanalida va Qovuq buynida tusikning bulishi sababdir. (prostata bezining rak va adenomasi, siydik chikarish kanalining

chandiklanishi). Jaroxatlangan va yalliglangan kasalliklarni natijasida uretrada paydo bulgan asoratlar sababli erkaklar kovugini kateterizatsiya kilish fakat zaruriy bulgan vaktlarda amalga oshirilishi lozim. Qovuqni, siydik chikarish kanalini va prostata bezining utkir yalliglanishlarini zurayishida kateterizatsiya kilish man etiladi.

Siydik chikarish kanaliga buj utkazish.

Buj utkazish tashxisida (siydik chikarish kanalining toraygan joyini va uning xilini aniklashda ishlatiladi) va davolash (siydik chikarish kanalining toraygan joyini kengaytirish uchun) maksadlarida kullaniladi. Siydik chikarish kanali yoki Qovuqning kaysi joyida toshning joylashganini aniklashda buj bilan tekshiriladi.

Buj utkazishdan avval elastik boshchasimon buj bilan toraygan joyning taxminiy diametri aniklanib (andazasini ulchash), shu rakamli metalldan buj utkaziladi. Siydik chikarish kanaliga buj utkazish uchun xar xil shakl va diametrli asboblardan kullaniladi. Eng ingichka (№1-3) bujlarni ipsimon (filiformniy) shakldagilar deb ataladi. Erkaklar buji va metalldan kilingan kateterlarning egilgan joyi bir-biriga uxshash bulib, uzunligi 24-26 sm, ayollarniki esa tugri bulib 14-16 sm. Buj utkazish usuli xuddi metalldan kilingan kateterlarni yuborishga uxshaydi. Agar buj siydik chikarish kanali buylab utkazib bulmaydigan tusikka uchrasa, unda xarakatni kupaytirmay, diametri kichkina bulgan bujni utkazishga urinish kerak. Siydik chikarish kanalining kiyinchilik bilan utadigan torayishlarida elastik utkazuvchili metall bujlar kullaniladi. (Lefor bujlari). Avval siydik chikarish kanaldan ingichka va egiluvchan utkazuvchi utkazilib, uning tashki rezbali uchiga metall bujni burab, siydik chikarish kanali buylab utkaziladi. Bunday buj utkazish xar 1-3 kunda tarorlanadi. Buj utkazgandan keyin utkir yalliglanishlarning (uretrit, prostatit, epididimit) oldini olish uchun antibakterial dori-darmonlar beriladi.

Siydik va jinsiy a'zolarining punktsion biopsiyasi.

Kupincha siydik va jinsiy a'zolarining punktsion biopsiyasi taxshisida xal kiluvchi axamiyatga egadir.

Buyrakning punktsion biopsiyasi ochik va yopik bulishi mumkin. Buyrakning ochik biopsiyasi operatsiya vaktida yoki kichikrok maxsus lyumbotomiyada kilinadi. Olingan buyrak tukimasini tezlik bilan gistologik tekshirilishi natijasi jarroxi keyingi davolash yullarini tanlab olishi uchun imkon beradi.

Buyrakning yopik teri orkali punktsion biopsiyasi asbob bilan tekshirish usuliga kirib, fakat shifoxona sharoitida bajariladi. Boshka tekshirish usullarini kullab bulmaydigan yoki etarli darajada ma'lumot olinmagan paytida, shu usuldan foydalaniladi. Masalan, nefrogen arterial gipertenziya, surunkali pielonefrit va boshka kasali bor bemorlarda.

Bemorni korniga yotkizib, kovurgasining tagiga kattik bolish kuygan xolda bajariladi. Buyrakning turgan joyini aniklash uchun ekskretor urografiya kilinadi. Agar rentgen kabinetda elektron – optik uzgartiruvchi bulsa, tekshirish televizor orkali bajariladi. Bu vaktida ekskretor urografiya muolaja kilish oldidan bajariladi. Jarroxi bemor va lperatsiya joyini tayyorlash, xuddi odatdagi operatsiyaga tayyorlashday buladi. Rentgegrammaga asoslanib, chap buyrak kupchilikda ung buyrakka karaganda yukori bulganligini xisobga olib urta chizikni 10-12 sm lateral {II kovurgadan pastrokda teri punktsiya kilinadi. Punktsiya kilinadigan soxa novokain suyukligi bilan teridan katma-kat paranefral kletchatkaga kadar anesteziya kilinadi. Tashki tomoni silindr va ichi ukdan iborat biopsiya uchun bulgan maxsus

ignani, kichikrok (0,5 sm) kesilgan teri orkali buyrakka karab yuboriladi. Ignaning uchi buyrakning pardasini teshib utganda, tashki silindrni maxkamlab, ichki ukni buyrakning tukimasiga 1sm chukurlikka yuboriladi. Unda maxsus chukurcha bulib, uni buraganda buyrak tukimasi kirib koladi. Sungra uknikimirlatmay , tashki silindr ichkariga karab tortiladi, ignani chukurchasiga kirib kolgan, uzunligi 1,5 sm bulgan buyrak tukimasi «kesiladi». Shu usul bilan tekshirish uchun etarli mikdorda material olinadi.

Punktsion biopsiya uchun, aspiratsion ignani xam ishlatish mumkin. Buning uchun buyrakning chukurligiga troakar yuborilib, uning uki olib tashlangandan sung, shprints bilan kushilgan maxsus igna kirgiziladi.

Shprints yordamida ignada kerakli nisbiy bosim xosil kilinadi. Ignani buyrakning ichiga siljitib, unga buyrak tukimasi «suriladi». Aspiratsiya'ni tuxtatmay igna va troakar tortib olinadi. Buyrakning yopik punktsion biopsiyasini asosiy xavfli asoratlardan biri punktsiya kilingan joydan konning okishi va buyrak oldida gematomaning xosil bulishi xisoblanadi. Shuning uchun konning okish jarayonini yukori darajada bulganda, buyrakda turgunlik xolati bulganda, konning bosimi kutarilganida bunday tekshirish man etiladi.

Prostata bezining punktsion biopsiyasi uning xavfli usma yoki noanik sabablar bilan surunkali yalliglanishlarning tashxisida kullaniladi. Bu tugri ichak oralik orkali bajariladi. Prostata bezining biopsiyasi uchun, xar xil tuzilishda bulgan, bir nechta maxsus igna troakalar kullanilgan. Tashxisni yukori darajada bulishi va tekshirish uchun tukimalarni prostata bezining xar xil joylaridan olinishi tavsiya kilinadi

Prostata bezining biopsiya usuli kuyidgicha. Bemorni operatsion kursiga beli bilan yotkizib, oyoklari yukoriga kutarilib va ochilgan xolda joylashtiriladi. Sung kiska muddatli narkoz beriladi. Kursatkich barmokni tugri ichakka kirgizib, uning nazoratida igna troakar bilan orka teshik 1,5-2 sm chetlab, oldi kismida oralik terisi teshiladi. Prostata bezining tukimasiga chukurligi 1-1,5 sm ignani kigizib, uning tashki silindri bilan tukimaning bir bulagi kesiladi. Ba'zi bir konstruksiyali biopsiya ignalarining aspiratsiya kilish imkoni bulishi muolajani oxirida, usma xujayralarini punktsion kanalga tushib kolish extimoli borligi sababli, ularning oldini olish uchun, troakar muftasi orkali ma'lum mikdorda spirt yuborish mumkin. Punktsion kilgan joydan kon oksa, u barmok yordamida bosish bilan tuxtatiladi.

Agar prostata bezining zichlangan joylari yukori segmentlarda joylashgan bulsa, punktsion biopsiyani tugri ichak orkali kilish maksadga muvofikdir. B uvaktda punktsion ignani tugri ichakka barmok nazorati orkali yuborib, shubxa kilingan prostata bezining ustidan yugon ichak devorini uning atrofidagi kletchatkani va prostata bezining tukimasi punktsiya kiladi. Punktsion ignaning extiyot kiladigan joyi muftaga uxshab, ignani juda chukur yuborishdan, Qovuqni yoki siydik chikarish kanalini teshilishidan saklaydi. Punktsiya kilgan joydan okayotgan konni barmok bilan bosib xamda tugri ichak ampulasini tamponada kilish bilan tuxtatiladi.

Paraproktitni oldini olish uchun tekshirishdan ilgari maxsus tayyorgarlik kilinadi. Tekshirish arafasida (kechkurun) tozalash xuknasi kilinib, bir kunda 8 tomchidan 3 marta afyun shirasi (oddiysi) berilib, antibakterial davolash boshlanadi (bir kecha-kunduz 1g gacha streptomitsin yoki 2 marta 175000 kolomitsin mushak ichiga yuboriladi).

Moyak yoki uning ortigini punktsion biopsiyasi ularning noanik kasalliklarida maxalliy anesteziya orkali diametri katta troakar yordamida aspiratsiya usuli bilan bajariladi.

Pastki siydik yullarining ish faolyaitini tekshirish usullari.

Tsistomanometriya – Qovuqning ichki bosimini ulchash bulib, u Qovuqni tulayotganda yoki siyish vaktida aniklanadi. Qovuqni tudrirayotgan vaktida uning ichki bosimini ulchash, uning rezervuar faoliyatiga baxo berishga imkon beradi. Qovuqni bushatgandan sung sistomanometriya kilish boshlanadi. Suyuklik yoki gaz tana xaroratigacha isitilib, 50 ml dan bulib-bulib doimo xajm tezligida yuboriladi. Qovuq tulishi bilan shu kateter orkali bosim ulchanadi. Kuyidagilarning kurinishi bilan bosim ulchanadi: 1) birinchi urtacha siyishning istagi bulganda, 2) birdan keskin ravishda istagi bulganda. Qovuq 100-150 ml bilan tulib va Qovuq ichida bosim 7-10 mm suv ustniga teng balsa, soglom kishida syishning birinchi istagi paydo buladi. Qovuq 250-350 ml bilan tulganida va Qovuq ichining bosimi 20-25 sm suv ust.ga teng balsa, keskin ravishda syishga istak paydo buladi. Qovuqning tulishiga uning bunday xoldagi paydo bulgan ta'sirlanishi odatdagi reflektorli deb aytiladi. Xar xil patologik xolatlarda bu ta'sirlanish uzgarishi mumkin. Agar kovkning bosimi ancha kutarilib, Qovuq ozrok mikdorda tuldirilganda (100-150 ml) keskin ravishda siyish istagi paydo balsa, bunday Qovuqni giperreflektorli deb aytiladi. Aksincha agar Qovuq 600-800 ml gacha tuldirilganda, Qovuq ichki bosimi biroz (10-15 mm ust.gacha) kutarilib, xali siyish istagi paydo bulmasa, bunday Qovuqni giporeflektorli deb aytiladi.

Tsistomanometriya siyish vaktida Qovuq-siydik chikarish kanalining segmenti, siydik chikarish kanalining utkazuvchanligini va detruzorning kiskarish kobilyatiga baxo berishga imkon beradi. Odatda erkaklar kovugining ichki bosimi siyish vaktida 45-50 sm suv ust., ayollarda esa 40-50 sm suv ust.ga teng. Siyish vaktida Qovuqning ichki bosimi, odatdan tashkari yukori kutarilsa, Qovuqning bushashiga tusik bor ekanligiga guvox buladi.

Urofloumetriya - detruzorning kiskarish kobilyatini aniklaydigan usul va Qovuq – siydik chikarish kanali segmentining karshiligini siyish vaktida , siydik okimini xajm tezligida uzgarishini tugri reja asosida yozilib borishi. Urofloumetriya natijalari Qovuqning evakuatsiya faoliyati xakida fikr yurgizishga imkon beradi.

Siydik okimining xajm tezligini aniklash uchun maxsus asboblar ishlatiladi. Odatda siydik okimining eng kup xajm tezligining kamayishi, kupincha siydik chikarish kanalining chiki karshiligining yukori bulishiga guvoxlik beradi, lekin detruzorning kiskarish kobilyatining pasayishi xam bunga boglik bulishi mumkin. Qovuqning ichki bosimini siyish vaktida va siydik okimining xajm tezligini bir vaktida ulchanishi, bir xolatni , ikkinchi xolatdan ajratishga imkon beradi. Siyish vaktida urofloumetriya va sistomanometriyani birga aniklash, siydik chikarish kanalining ichki karshiligining mikdoriga tugrirok baxo berishga imkon beradi. Ayniksa Qovuq ichidagi torayishlarning boshlanish davrlarini aniklashda muxim urinni egallaydi. Siyishning urtacha xajm tezligini eng oddiy usul bilan aniklash mumkin. Ajralib chikkan siydikning xajmini (ml), bir marta siyishda siydik mikdoriga va ning vaktiga (dakikasiga) bulish kerak.

Qovuqning yumilish asbobining xolati uretraning aniklangan ichki bosimning natijasiga karab xukm chikariladi. Usulning asl moxiyati kuyidigicha: siydik

chikarish kanalidan doimiy chizik tezligiga ikki yulli 5 sm masofasida va ikki yon tomonida gulacha tekshiklarida iborat bulgan kateter utkaziladi. Kateterning yonidagi teshik orkali suyuklik yoki gaz yuboriladi. Suyuklik yoki gazning chikishida Qovuqning yumilish asbobiga bulgan karshiligi ulchanadi va yoziladi (ichki va tashki sfinkterlar, prostata bezi va boshkalar). Bosimning uzgarishi natijasida olingan egri chizik siydik chikarish kanalining ichki bosimini kursatkichi deb aytiladi. (IBK) . Kupincha IBK siydikni usholmaydigan, siyishning neyrogenik buzilishi bemorlarda aniklanadi. Odatdagi xajmdan, siydik chikarish kanalining ichki bosimini yukori darajasidan past bulishi va IBK kiskarishi, siydik usholmaslikka xos buladi.

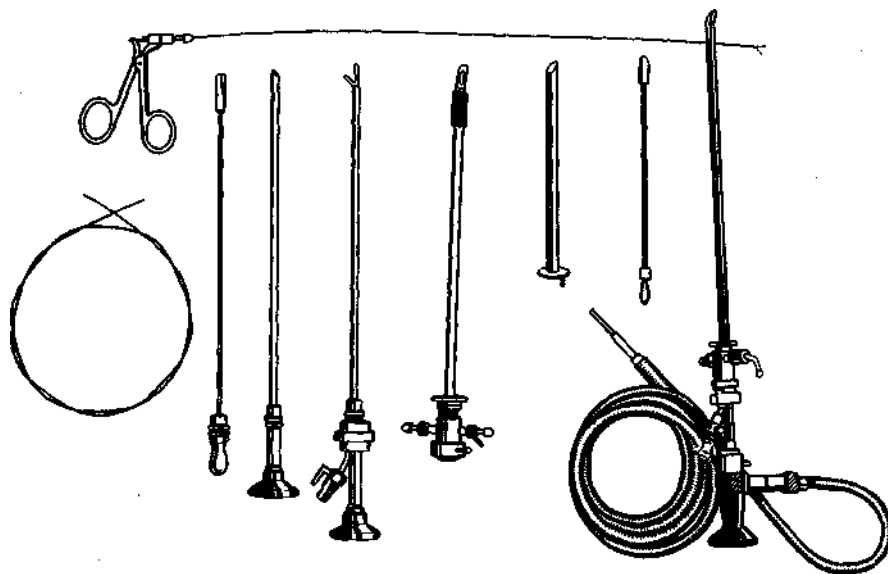
Endoskopiya usullari bilan tekshirish.

URETEROSKOPIYA.

Siydik chikarish kanalining turli xil kasalliklarini aniklashda kupincha xamma shillik pardasini tekshirishga zarurat tugiladi.

Zamonaviy endoskop asboblari (kushilgan endoskop asboblari-ureterotsistoskoplar) bilan ureterotsistoskopiya utkazilayotgan paytda uretrani xam tekshirishga imkon beradi, ya'ni asbobni siydik chikarish kanalidan Qovuqqa yuborayotgan vaktida, lekin ba'zi bir siydik chikarish kanalining kasalliklarini aniklashda kupincha maxsus tekshirish – ureteroskopiya kilish, zarurati tugilib koladi, bu esa siydik chikarish kanalidagi barcha shillik pardani kurishga imkon beradi. Ureterotsistoskop asta-sekin chikarish bilan tekshirish bajariladi, bu vaktida asbobning kaerda turganini aniklash zarur, chunki uretroskopda «markaz shakl» ya'ni uretra yorigida, shillik parda radial bulib kushiladi. Odatda tekshirishlar «kuruk» uretroskoplar yordamida utkaziladi. (uretrani suyuklik bilan taranglantirmasdan).

Siydik chikarish kanalining orka bulimini anik kurish uchun irrigatsion uretroskop ishlatish kerak. (kanalni suyuklik bilan tuldirish orkali). Siydik chikarish kanalini va jinsiy a'zolari utkir yalliglanish davrida asboblar bilan tekshirish man etiladi.



5 rasm. Xar xil kurinishdagi uretrotsistoskoplar.

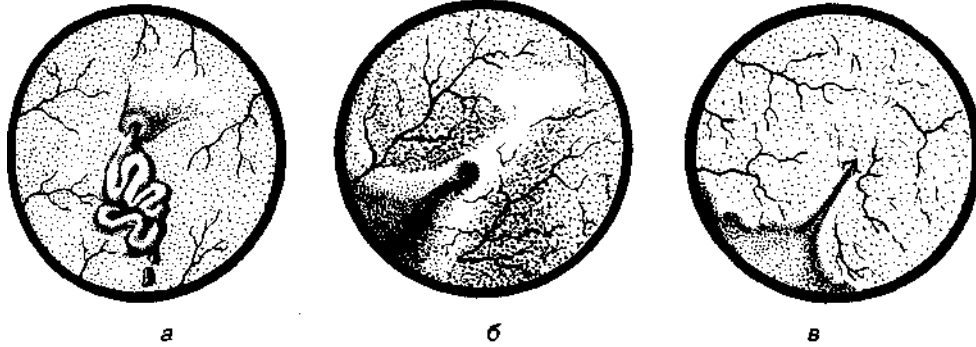
TSISTOSKOPIYA.

Tsistoskopiya-Qovuqning ichki yuzasini sistoskop yordamida kurish usuliga aytiladi. 1879 yili M.Nittse sistoskop taklif kilgan.

Foydali takomillashtirishlar zamonaviy uretroskopni yaratishga imkon berdi. (5 rasm). Urologiya amaliyotida sistoskopiya eng kup buladigan muolajalardan biri bulib xisoblanadi. Uretrotsistoskopning kushilgan optik kislari bulib, ular sistoskopiya vaktida kurish, siydik yullarini kateterizatsiya va operatsiyalar kilish uchun ishlatiladi. Yosh bolalarni tekshirish uchun kichik diametrili yosh bolalar sistoskoplardan foydalaniladi. Siydik chikarish kanalini , Qovuq va jinsiy a'zolarning utkir yalliglanishlarida sistoskopiya va xamma uretra orkali kilinadigan muolajalar man etiladi. Siydik chikarish kanalining utkazuvchanligi buzilib, Qovuqning xajmi kichkina bulsa, gematuriya, piuriya va boshkalar natijasida tezlikda optika muxitining tinikligi buzilsa tekshirish mushkullashadi.

Tsistoskopiya usuli kuyidagicha. Siydik yullarining shallik pardasiga maxalliy anestetiklarni etarli darajada ta'siri bulmaganligi sababli, bemorga parenteral analgetik dori-darmonlar tayinlanadi. Kuchli xayajonlanadigan bemor va yosh bolalarni tekshirish narkoz yordami bilan olib boriladi. Tekshirish oldidan bemorga siyib, Qovuqni bushatishi taklif kilinadi. Sistoskopiya, bemor urologik tayanma kursiga beli bilan yotkizilib, oyoklarini kutarilib va egilgan xolda bajariladi. Shuni esda tutish kerakki, sistoskopiyanı bajarayotgan paytda, xuddi operatsiya kilayotgan vaktlardagidek aseptika va antiseptika koidalariga jiddiy rioya kilish kerak. Uretrotsistoskopii Qovuqqa xuddi boshka metall asboblarni yuborganday yuborish kerak. Uretrotsistoskopni uretraga yuborishdan avval, fakat tozalangan glitserin bilan surkaladi, chunki u optika muxitini xiralashtirib kuymaydi. Agar Qovuqda kolgan siydik bulsa, uretrotsistoskop yuborgandan sung chikarilib, isitilgan 3% li borat kislotaga yoki 1:5000 furatsilin suyukligi bilan yuvilib, undan keyin shu suyuklik bilan siyish istagi paydo bulishgacha tuldiriladi. Bu esa Qovuqning xajmini aniklashga imkon beradi. Odatda, Qovuqqa 250 ml suyuklik yuborilgandan keyin sistoskopiya bajariladi. Qovuqning shallik pardasini tekshirish , oldingi devoridan boshlanib, undan sung chap yon, orka va ung yon devori, uretrotsistoskopni soat strelkasining yurishiga karab aylantirib kuriladi. Ayniksa, Qovuqning Leto uchburchak soxasini dikkat bilan kurish kerak, chunki bu erda kupincha patologik uzgarishlar joylashadi.

Qovuqning ichki yuzasini oson aniklash uchun uni shartli soat siferblat maydonlariga buladi. Odatda, siydik yulining ung teshigi 7 va chapi esa 5 soat siferblatiga tugri keladi. Tekshirayotganda uning simmetrik joylashishiga, turgan urniga, shakliga va siydik yuli teshiklarining soniga, Qovuq shallik pardasining rangiga, patologik uzgarishlarni (yara, usma va boshkalar), Qovuqda yot kism va toshlarning bulishiga axamiyat berish kerak. odatda Qovuqning pardasi och-kizil rangda, turga uxshash kon tomirlardan iborat. Leto uchburchagida kon tomirlar kup bulib, ular kattarak buladilar. Siydik yulining teshiklari simmetrik bulib, uning shakllari yorik, tuxumsimon va uroksimon, yumalok va nuktali buladilar. Siydik yulining teshiklarida (6-rasm, A,B, yopishtirilgan varakka karang) patologik ajralmalarni (yiring kon) kuzatish mumkin.



6-rasm. Siydik yuli teshigidan yiring (A), kon (B), indigokarminlarni (V) ajralib chikishining sistoskopik kurinishi.

XROMOTSISTOSKOPIYA.

Odatda Qovuqni kurish, xromotsistoskopiya bilan birga olib boriladi.

Bu tekshirish shundan iboratki, vena ichiga 2-3 ml 0,4 % indigokarmin yuborilib, uni siydik yulining teshigidan shiddatli ravishda chikishi kuzatiladi. odatda indigokarmin 3-5 dakikadan keyin Qovuqqa chika boshlaydi. (6-rasm) v) Indigokarmini venaga yuborish mumkin bulmay kolsa, uni mushak ichiga yuboriladi. Bunda indigokarmini yuborilishi bilan uning Qovuqda kurinish orasi 15-20 dakikagacha kupayadi. Siydikdagi rangning pasayishi yoki indigokarminning kechikib chikishi, buyrak yoki yukori siydik yullarining siydik chikarish ish faoliyatlarini kaysi tomonda buzilganligiga shubxa kilishga imkon beradi. Indigokarmini venaga yuborgandan keyin 10-12 dakika davomida ajralib chikmasa, buyrak faoliyatining ancha pasayganini yoki siydikni buyrak jomidan okib tushishi xolati buzilganligini kursatadi. (masalan, tosh bilan tusilib kolishi).

Siydik yuli va buyrak jomini kateterizatsiya kilish.

Siydik yulini, buyrak jomini kateterizatsiya kilish va siydik yuliga kateterni utkazish uchun, bir yoki ikki yulli, kutaradigan Albarrani bulgan uretrotsistoskoplarni kullaniladi. Ular shifokor nazorati ostida kateter uchini ma'lum yunalishda, siydik yuli teshigiga kerakli balandlikka yuborishga imkon beradi. Siydik yuli kateteri yuzasining xar bir santimetrda maxsus belgilarning borligiga karab, nazorat kilinadi.

Bir vaktida shifokor siydikni kateterdan bir tekis chikishini xam kuzatib turadi; tuxtab-tuxtab kiskarib turishi, siydik yuli va buyrak jomini odatdagi xolatini xarakterlasa, siydikni tez-tez yoki okib chikishi, yukori siydik yullarida tusikning borligini kursatadi.

Siydik yulining utkazuvchanligini, tusikning kaerdaligini aniklash, xar bir buyrakdan aloxida taxlil uchun siydik olish va retrograd ureteropielografiyalarni bajarish uchun siydik yuli kateterizatsiya kilinadi.

Buyrak jomidan siydikning okib chikishi buzilganda, davolash maksadida kateterizatsiya kilinadi. Bu xollarda kateter buyrak jomida bir necha kun zarurati bulganga kadar koldiriladi.

SIYDIK YULI VA BUYRAK JOMI BOSIMINI ULCHASH.

Xozirgi vaktlarda siydik yuli va buyrak jomining bosimini ulchash, uchun ular kateterizatsiya kilinadi. Siydik yuliga yuborilgan kateterni «DIZA» asbobining sfigmomanometruga ulab, uni siydik yuliga yuborayotgan vaktida, siydik yuli va buyrak jomining turli joylarda yuborayotgan vaktida, siydik yuli va buyrak jomining

turli joylarda bosimi ulchanadi. Siydik yulining distal bulimidagi bosim eng yukorisi 15-25 sm. suv ust.ga teng buladi. Siydik yuli kateterini buyrak jomiga utkazilishi bilan bosim pasayib, buyrak jomida odatda 7-10 sm. suv ustininga etadi. Yukori siydik yullarida bosimning uzgarishi, buyrak jomida va siydik yulidagi kiskarishlar kuchiga va urokinamikani buzilishiga boglikdir. Bu Qovuq-siydik yuli reflusida birdaniga 40 sm ust.gacha va undan xam kuprokka kutarilishi mumkin.

Yukori siydik yullaridagi bosimni ulchash, buyrak jomi va siydik yulida siydik okimi va urokinamikasining buzilishi ularning ish kobilyaiti xakida chukurrok bilishga, xujjatli ma'lumotlar olishga imkon beradi.

Buyrak jomini teri orkali punktsiya kilib, bosimni ulchab uning xolati xakida xam fikr yurgizish mumkin.

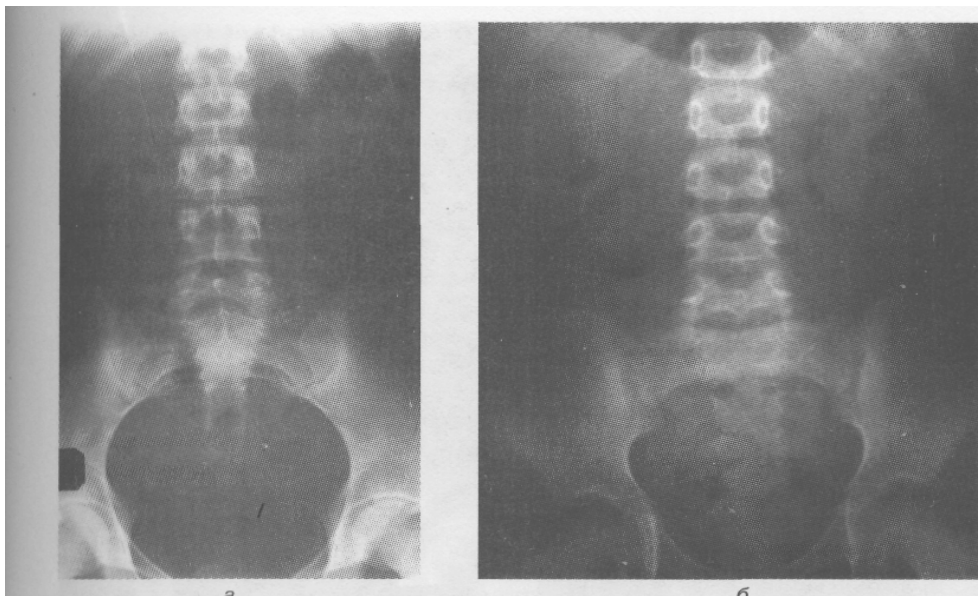
PIELOENDOSKOPIYA.

Zamonaviy klinik amaliyotida, maxsus fibrooptikali siydik yuli kateterlari kullaniomokda, bularni buyrak jomiga yuborganda uning ichki devorining kurinishini, buyrak jomi va kosachalarining tuzilishini, ularda patalogik uzgarishlarning borligini aniklashga va fotopielogramma kilishga imkon beradi.

RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH USULLARI.

SIDIK YULLARINING RENTGENATOMIYASI.

Buyraklar umurtka poganasining ikki tomonida bulib, odatga kura ThXII-LIII (ung) va ThXI – LII (chap) da joylashgan buladi. Buyrakning uzunasidagi uki bel mushagining chekkasiga parallel bulib, ikki buyrak ukidan xosil bulgan burchak pastga karab 20-30 gradusga teng, erkaklarda esa bu bir oz kattarok. Bu belgini bilish juda muxim bulib, rengenogrammada osonlik bilan aniklanadi, chunki, patalogik (tabiiy kurinishdan uzgacha bulib, pielonefrit, nefroptoz, paranefrit va boshkalarda) xolatlarda, buyrak uzunasidagi ukning yunalishi bir yoki ikki tomonida uzgarishi mumkin. Odatda buyraklar rentgenogrammada loviyaga uxshash shaklida kulanka berib, tashki kurinishi tekis va katta – kichikligi esa 12 x 7sm (erkaklarda bir oz katta , ayollarda bir oz kichikrok). Ung buyrak chapga karaganda 1,5-2 sm pastrokda joylashgan bulib, uning kulankasini XII kovurga tepa va urta kismi chegarasidan kesib utadi. Insonlarning deyarli 3G`1 kismida ikki buyrak bir xil tekkislikda joylashgan 5% kishilarda esa, chap buyrak ungga karaganda pastrokda joylashgan buladi. (7-rasm).



7-rasm. Siydik yullarining umumiy rentgenogrammalari.

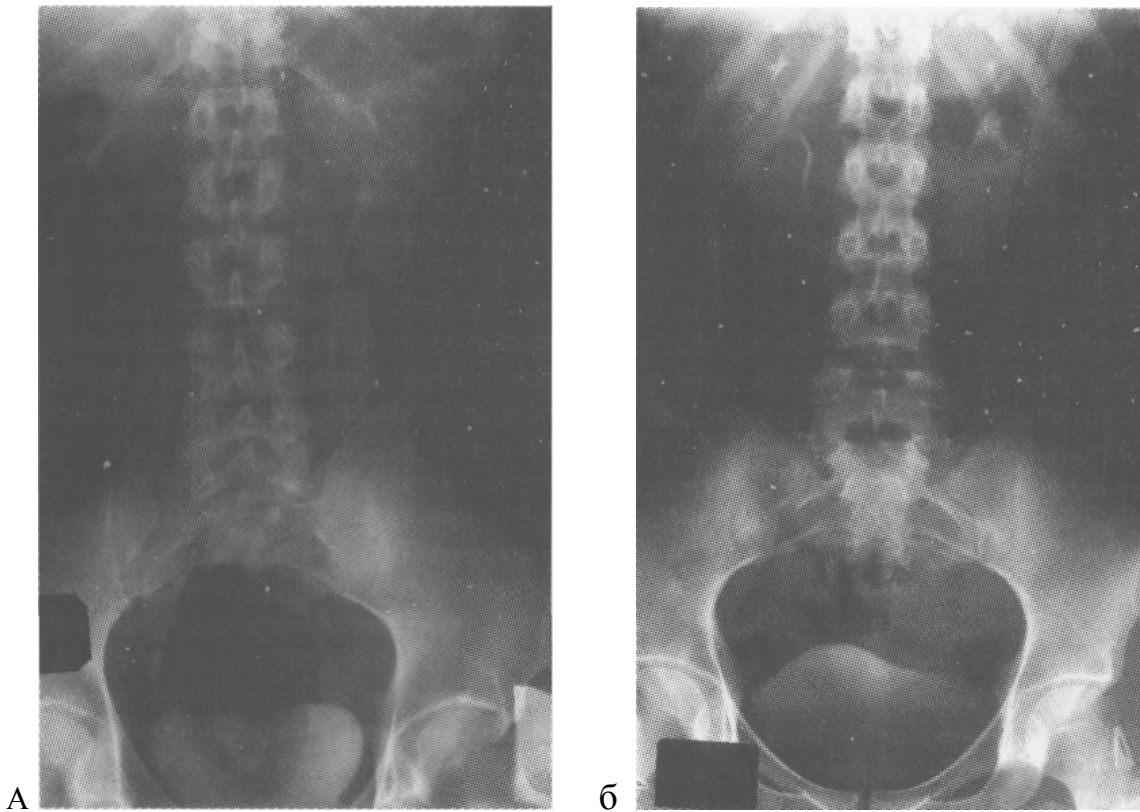
A-katta yoshdagi kishida; B-yosh bolada.

Yosh bolalarda buyraklar kattarok, umurtka poganasining bel kismi unga nisbatan kaltarok, shuning uchun buyrakning pastki kutbi yonbosh suyagining tojiga yaqin, ba'zi vaktlarda esa uning ustida buladi.

Buyrakning katta-kichikligini aniqlash bir kancha kasalliklarda (pielonrefrit, usma, nefrogen gipertenziya va boshkalar) katta diagnostik ahamiyatga ega. Buyraklar fiziologik doimiy «nafas» xarakatiga ega bulib, bu xarakat bir umurtkaning tanasiga teng. Katta xarakatchan buyrak, uning past joylashganining guvoxi bulib, siljishining yuk bulishi distopiya ekanligini yoki buyrak oldi klechatkasining yalliglanishi zurayganligini bildiradi.(paranefrit, pedunkulit).

Buyrak jomi va kosachalari.

Odatda buyrak jomi bir kancha shakllarga ega. Buyrak jomining ikki xil shakli klinik ahamiyatga ega. Buyrakdan tashkari va buyrak ichida. Birinchi xilida buyrak jomining xammasi buyrak sinusining tashkarasida bulib, parenximaning oz kismi bilan yopilgan buladi. Ikkinchi xilida esa buyrak jomi sinusining ichida bulib, xmma tomoni parenxima bilan yopilgan buladi (8-rasm).



Exkretor urogramma

Buyrakdan tashkari joylashgan buyrak jomi sharsimon yoki nok shaklida bulib, buyrak ichidagisi esa uchburchak buladi. Buyrak jomining kosachalari bilan urtacha xajmini 5 ml. Retrograd pielografiya kilayotgan vaktida esada tutish kerak.

Buyrak kosachalari katta va kichik shaklda bulib, ularning xajmi va soni xar xil buladi. Katta kosachaning buyni va tepasi bulib, undan kichkina kosachalar boshlanib, ular asosan dorsal va ventral yulanishlarda boshlangan. Kichkina kosachalarning bunlay joylanishi, bir proektsiyada joylashgan urogramma xamma vakt anik kurinishga imkon bermaydi. Kichkina kosachani buyni bulib, katta kosachadan chikib u uz kosacha va gumbaziga ega (fornike), kosachaning bir kismi konus shaklidagi tirsakning tagini urab turadi. Kichkina kosachalarning soni urtacha 6-8.

Siydikning ajralib chikishida va rezorbtsiyasida buyrakning fornikal asbobi katta axamiyatga ega. Bu kichkina kosachaning proksimal kismi, uning gumbazi, tirsagi va unga yakin nerv va limfalardan tashkil topgan. Fornikal asbobning ish vazifasini yoki organik uzgarishi. Fornikal buyrak jomi-buyrak reflyuksining paydo bulishida asosiy patologik zveno bulib, siydikning surilishi natijasida tana xaroratining kutarilishiga, utkir pielonefrit va gematuriyani rivojlanishiga olib keladi. Xuddi shunday xollar yukori siydik yullarini tosh bilan tusilib kolishida, buyrakni tushib kolganida va boshkalarda paydo bulishi mumkin. 8-rasm. Ekskretor urogrammalar: buyrak jomining buyrak ichidagi (A) va buyrakdan tashkari (B) xillari.

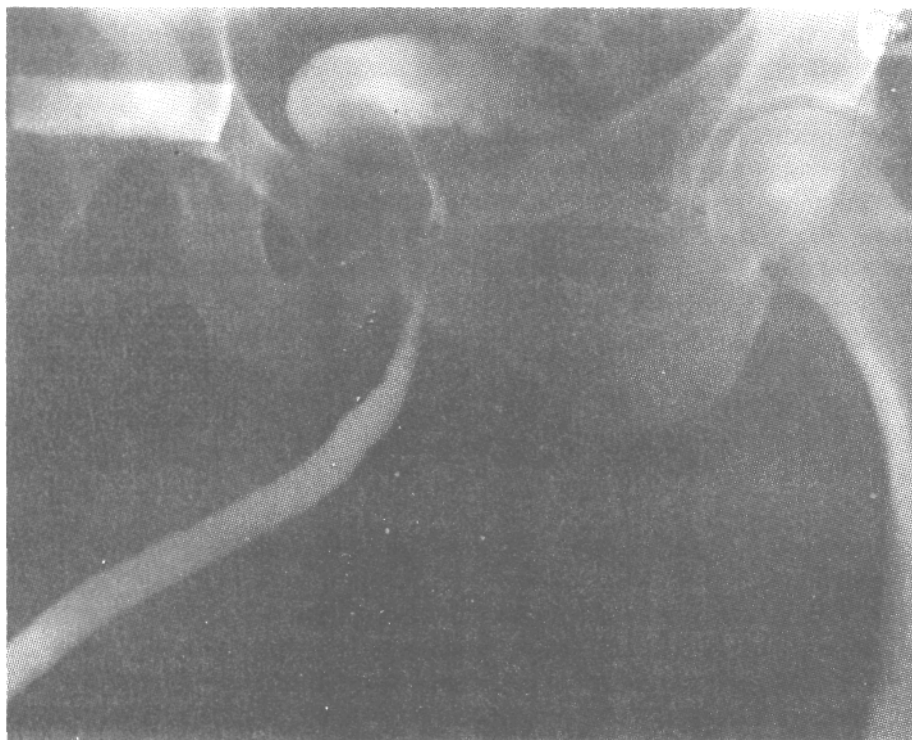
Siydik yulining turtta fiziologik toraygan joylari bor: 1) buyrak jomini siydik yuliga utishida, 2) yonbosh kon tomirlari ostida, 3) Qovuq oldi kismida (siydik yulini yukstavzikal kismida, 4) Qovuq ichi bulimida.

Siydik yuli uchta sistoidlardan tashkil topgan – urchuksimon idishlar, uretrogrammalarda ularning oralarida yakkol kuringan torayishlar bor. Katta kishilarda siydik yulining uzunligi 25-30 sm, tashki diametri 1,0-1,3 sm, diametri 0,4-0,6 sm buladi.

Qovuq. Qovuq buyni, tagi, tanasi va yukori kismlaridan iborat. Yukori kismi – Qovuqni urta qovuq-kindik payiga utish joyi bulib xisoblanadi. (bitib ketgan – urachus). Tagi – qovuqning eng keng, past va orka kismi bulib, erkaklarda tugri ichakka, ayollarda esa bachadonga va yukori kinning oldingi devoriga karab turadi. Buyin – Qovuqning toraygan kismi bulib, siydik chikarish kanali bilan chegaralanib turadi. Urta bulimi, qovuqni yukori va tagri orasida joylashgan kismi, tanasi deb aytiladi.

Qovuqni tulib turgan vaktida oldingi, orka, yukori, ung va chap yon devorlari aniklanadi. odatda qovuq rentgenokonstrast moddasi bilan tuldirilsa, rentgenogrammalarda (ayollarda) tuxumsimon, (erkaklarda) shar shaklida bulib, chekkalari anik va tugri kurinadi. Qovuqning pastki chegarasi kov suyagining yukori chekkasiga tugri keladi yoki undan pastrokda buladi.

Siydik chikarish kanali. Erkaklarni siydik chikarish kanalida ikkita egri-bugri joyi bor: birinchi dung tomoni bilan pastga karab, qovuqning kushilgan joyini aylanib utadi. (curvatura subpubica) ikkinchisi dung tomoni bilan tepaga, olatning ildiziga karab turadi (curvatura praenubica). Siydik chikarish kanali uretrogrammada tugri va tekis bulib, diametri bir xil bulmagan egilgan yulga uxshab tasvirlanadi. Qovuqning tashki sfinkteri erkak siydik chikarish kanalini ikki bulimga buladi. Oldingi va orka, bularning xar biri xam uz navbatida yana ikki bulakka bulinadi. Uretraning oldingi bulimida penal (olatning davomida) va bulboz (xuddi piyozga uxshab kengaygan) orka bulimida membranoz va prostata kismlari (prostata buzini urab turadi) bor (9-rasm).



9-rasm. Uretrogramma. Erkaklarning olatdagi siydik chikarish kanali.

URODINAMIKA.

Siydik chikarish – bu yukori va pastki siydik yullarining kosasi, buyrak jomi, siydik chikarish yuli va Qovuqni nervmushak asboblari tufayli xarakatlantiruvchi moslamani ish faoliyatidir. Kichkina kosachalarning devorida, aylanma xolda joylashgan ikkita mushak sfinkter tolalari bor – m.sphincter fornicis i m.sphincter calycis. Kosachaning gumbazidan buyrak parenximasiga uni bushatish uchun kosachalar fornixsini kutaradigan mushak tolalari, - m.levator fornicis kiradi. Kosachalari buylab esa m.longitudinalis calycis joylashadilar. Bu gurux mushaklar, kup sonli nerv tolalari bilan ta'minlangan bulib, yiguvchi naychalardan siydikni kichkina kosachalar va undan katta kosachalarga okishini ta'minlaydi.

Xamma siydik yullarining uziga xos tuzilishlari va ish faoliyati uni bir necha urodinamik bulimlarga bulishga imkon beradi. Bulardan biri buyrak jomi bilan buyrak jomi-siydik yuli segmenti bulib xisoblanadi. Bu bulimda buyrak jomining mushak asbobi detruzorga uxshab ishlaydi, buyrak jomi siydik yuli segmenti – sfinkterga uxshab, bu segmentni ochib va yopib turadi. Bu segmentda kavernoza uxshash kon tomirlardan tashkil topgan bulib, kon bilan tulganda shu joyning mushaklarini kiskarishiga olib keladi. Xuddi kavernoza uxshash narsalar siydik yulining ba'zi bir boshka bulimlarida bulib, buyrak jomi va siydik yuli detruzor-sfinkter xarakatini ta'minlaydi. Siydik yulida 2-4 , kupincha 3 , xarakat sektsiyalari yukori, urta va pastki bulib, bularning xar biri sistoid deb ataladi.

Buyrakdan siydikni kosacha-jom tuzilmasiga tushishi va bushashi ikki fazali buladi: diastola – kosacha yoki buyrak jomida sidikni yigilishi, sistola – ularning bushatilishi. Kosachada diastola 4 sekund davom etib, sistolaga utib 3 sekund bulib, ularning orasidagi tuxtashi 5-9 sekunda teng.

Buyrak jomi tula bushamay, 1 dakikada 4-5 marta 10-12 sekunda kiskarib, sistola 2-3 sekund davom etadi. Tananing yotgan xolatiga karaganda , tikka turganida buyrak jomi 2-2,5 marta tezrok bushamaydi. Buyrak jomidan siydik yukori siydik yuli sistoidiga utadi.

Siydik yulining sistoidlari navbatma-navbat bushashib va kiskarib turadi. Agar yukori sistoid kiskargan davrda tursa, urtasi kengayish davrida bulib, yukoridan siydikni kabul kiladi. Pastki sistoid kiskarib, siydikni Qovuqqa xaydaydi. Shuning uchun ekskretor urogrammalarda siydik yuli, sistoidining distola davridagina kurinadi. Siydik yulining xammasini rentgenokonstrast moddalar bilan tula bulishi, nerv faoliyati va mushak kuch-kuvvatining kuchsizlanganini, uning urodinammikasining disgarmoniyasiga olib kelganligini kursatadi. Siydik yulining sistoid faoliyati, buyrakning fornikal asbobini, buyrak jomi ichki bosimini tusatdan kutarilishidan saklaydi. Siydik yulining xar bir sistoid kiskarishi 20 sekundda bir marta buladi.

Keyingi yillardagi rentgenokinomatografik tekshirishlarning xammasi, siydik yuli buylab uzluksiz kiskarayotgan peristaltik tulkinlarining extimolligini kursatmokda. Siydik yulining xarkatlanish xususiyati masalasi kelgusida chukur urganishni talab kiladi.

Qovuqning bushatilishi, siydik yuli orasidagi chegara va Leto uchburchakning kiskarishidan boshlanadi. Bunday keyinrok Qovuqning kiskarishi boshlanadi. Bu vaktida qovuq ichidagi bosim 35-40 sm suv ust.ga kutariladi. Detruzorning kiskarishi qovuqning buynini kiskarok kilib, ochilishiga sabab bulib

(ichki sfinkter), bir vaktida tashki sfinkterni bushashtiradi. Siydik chikarish kanalining orka bulimining tortilishi va undan siydikning chikishi, qovuq reflektor kiskarishini kuchlantiradi.

Siydik a'zolarining kasalliklarida, kupincha urodinamikaning buzilishi siydik orkaga okishi-reflyuksiga sabab buladi. Buyrak jomining ichida bosimini birdaniga va yukori kutarilishi xamda fornikal asbobida patalogik uzgarishlar buyrak jomi reflyukslarini paydo kilib, buyrak jomidagi suyuqlikni buyrak parenximasiga , keyinchalik uni vena va limfa turlariga kuyulishiga olib keladi. (11-ram).

Buyrak jomi-buyrak reflyukslari asosan ikki xil buladi: fornikal (kosachalar gumbazi orkali) va tubulyar (buyrak tirsagi orkali).

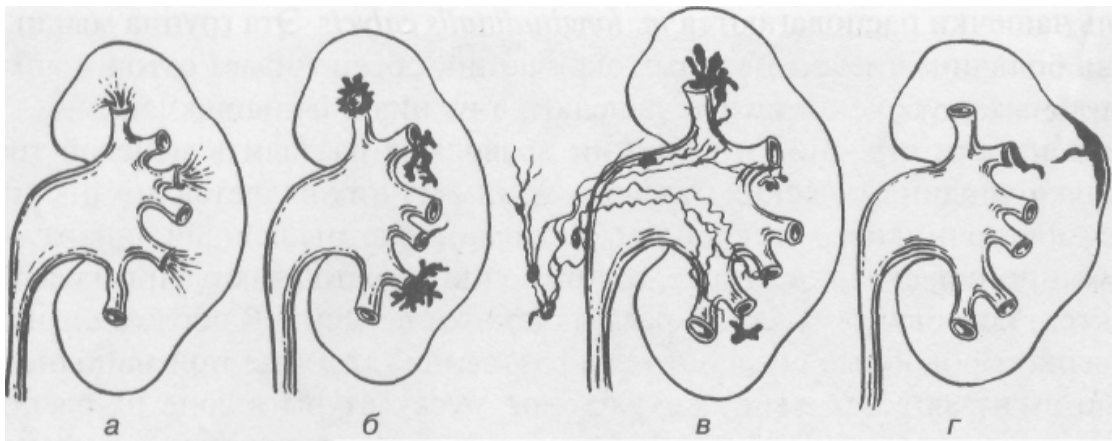
Fornikal reflyukslar kichkina kosachalarning gumbazining shikastlanishi natijasida paydo blib, pielosinusli, pielovenozli, pielolimfatik, pieloperivaskulyarli, pielosubkapsulyarli, pieloretroeritoneal va pielointerstitsial xillari bulishi mumkin.

Fornikal soxasi bir kancha chandikdan iborat bulsa xam, buyrak jomi ichida bosim ancha yukori bulishiga karamay, fornikal reflyuksga olib kelmasligi mumkin. Buyrak jomi ichidagi suyuqlik bu sharoitlarda buyrak piramidasidagi naychalar tirsagiga retrograd yuli bilan kiradi – tubulyar reflyuks.

Buyrak jomi - buyrak reflyukslari koidaga asosan rentgen orkali aniklanadi: ekskretor urografiya va kupincha retrograd pielografiya bilan. Bularning aniklanishi buyrak jomi ichidagi bosimning ancha kutarilganini guvoxi buladi. Masalan: siydik yulining tusilishida buyrak sanchigi yoki retrograd pielografiyaning bajarilishi koidasini buzilishi.

Buyrak jomi - buyrak reflyukslari yalliglanish kasalliklarining patogenezida asosiy sabab bulib, surilish natijasida xaroratning kutarilishiga va utkir pielonefritning paydo bulishiga olib keladi.

Qovuq-siydik yuli-buyrak jomi reflyukslari tugma yoki keyinchalik paydo bulib, bir va ikki tomonli bulishi mumkin. Tugma Qovuq – siydik yuli – buyrak jomi reflyukslari III- bobda bayon etilgan. Keyinchalik paydo bulgan (ikkilamchi) Qovuq-siydik yuli- buyrak jomi reflyukslari kuyidagi kasalliklarda, Qovuqdan siydikni chikishining buzilishi va uning mushak devorining susayishi xamda siydik yulining intramural bulimida bulgan uzgarishlar natijasida paydo buladi (bolalarda Qovuq faolyatining buzilishi, Qovuq buynining dagallanishi, prostata bezining adenoma va xavfli usma, uretraning chandiklanishi, sistit, Qovuqning sil kasalida va boshkalarda). Siyish paytida buyrak soxasidagi ogrikning paydo bulishi, Qovuq – siydik yuli buyrak jomi reflyuksini patognomik klinik belgilaridan bulib xisoblanadi. Rentgen orkali reflyuksni retrograd va maktsion (siyish vaktida) sistografiya kilib, siydik yuli (ba'zida buyrak jomigacha) kontrast modda bilan tuldirilib aniklanadi. Urorentgenokinetografiya siyish vaktida Qovuq-siydik yuli – buyrak jomi refleksini aniklaydi. S131I-gippuran bilan klingan radioizotop sistorenografiya Qovuq-siydik yuli kushilish, joyining etishmovchilining boshlanish davrini aniklashga imkon beradigan eng sezgir usullardan biri bulib xisoblanadi. Qovuqning ichki bosimini past vaktida (Qovuqni fiziologik xolatiga- siyishga istak bulganga kadar tuldirganda) aniklangan Qovuq – siydik yuli- buyrak jomi reflyuksi sust, Qovuqni ichki bosimini kutargan vaktida paydo bulganini (kuchanganda, siygan paytda) – faol reflyuks deb ataladi.



11-rasm. Buyrak jomi – buyrak reflyukslari.

A- pielotubulyar; B-pielofornikal, V-pielolimfatik; G-pielofornikal – subkapsulyarli.

UROLOGIK KASALLIKLARNI RENTGENODIAGNOSTIK TEKSHIRISH USULLARI.

Urologik kasalliklarni rentgenodiagnostik tekshirish usullari jiddiy va muxim ahamiyatga ega. Bemorni rentgenologik tekshirishlarga tayyorlashning shartlaridan biri, ichakning tozalanishini puxta utkazish kerak. Buning uchun 2-3 kun mobaynida bemorga chegaralangan uglevod parxez tavsiya kilinib, tekshirish arafasi kuni kechkurun va ertalab tozalaydigan klizma kilinadi. Agar bu tadbirlar etarli arafasida kechkurun surgi dori (30 ml zaytun, vazelin yoki pita yogi) kabul kiladi. Tekshirishni odatda ertalab naxorda utkaziladi. Lekin tekshirish uzok vakt davom etgan vaktida «ochlik» natijasida ichakda elning paydo bulishini oldini olish uchun, bemorga oz mikdorda kuritilgan ok non bilan choy berishga ruxsat etiladi.

Sidik yullariga tugridan-tugri rentgenokonstrast moddalarni yuborib, kilingan tekshirish usullarida (rentrograd uretropielografiya, antegrad pielouretroografiya, uretrotsistografiya) kurinishi yukori darajada bulganligi sababli ichakni puxta tayyorlash talab etilmaydi.

Uretrorentgenologik diagnostik tekshirishlar, korin bushligidagi a'zolarning rentgen tekshirishlaridan avval kilinishi zarur, chunki ichakda saklanib kolgan bariy suratlarda rentgenogrammalarni notugri fikr kilishga olib keladi.

Umumiy urogramma.

Umumiy urogramma deyarli xamma siydik yullarini uz ichiga oladi- buyrakning yukori kismidan siydik chikarish kanalining boshlanishigacha. Xar kanday rentgenologik tekshirishdan avval, bemorni tekshirish uchun umumiy urogrammadan boshlash kerak. kupincha shu bilangina diagnoz kuyish mumkin. (12 rasm.) Siydik yullarining umumiy rentgenogrammasini interpretatsiya kilayotganda suyak tuzilishiga ahamiyat berish kerak. Umurtka poganasida tugma nuksonlarni aniklash (lyumbolizatsiya, sakralizatsiya, spina bifida) suyak skeletida patologik uzgarishlarning bulishi (skolioz, deformiruyuhiy spondilyoz, spondilit, sil kasali va boshkalar), usmalarning metastazlari katta diagnostik ahamiyatga ega.

Buyrakning urnini umurtka poganasi buyicha aniklash tugrirok buladi. Chunki kovurgalarning kattaligi va egilish burchagi xar xil buladi. Rentgenogrammalarda

odatdagi buyraklarning kurinishi tekis va tugri bulib, ularning kulankasi gomogen buladi.

Rentgenogrammalarda bel mushaklarining kulankasi , odatda kesilgan piramidaga uxshab yukori kismi XII kukrak umurtka pogonasiga tugri keladi. Bu mushaklarning kurinishini uzgarishiyoki kulankasini yuk bulishi korin pardasining orka bushligida patologik zuraishlarning borligining alomati bulib xisoblanadi. Uzgarmagan siydik yuli umumiy urogrammada kurinmaydi. Siydik bilan tulgan Qovuqning kulankasi eeips shakliga uxshaydi.

Patologik yoki kushimcha kulankalar juda xam turli-tuman bulishi mumkin va ular esa xar xil a'zolarining tukimalariga tegishli buladi. Xar kanday kulanka, siydik yullarining yonida bulib, xar xil zichlikda bulsa, buni tosh deb gumon kilimiz xam mumkin. Kupincha chanok soxasida bulgan kulankalarning sababi venalar toshi bachadon fibromatoz tugunlari, kon tomirlarining kotib kolishlari bulishi mumkin. Topilgan toshlarni siydik yullariga alokasi borligini rentgenokonstrast tekshirish usullari yordamida aniklash mumkin.

Ekskretor urografiya.

Urologiya amaliyotida ekskretor urografiya 1929 yilda kulanilgan. Bu usul ma'lum rentgenokonstrast moddalarining buyrak orkali ajralib chikish faoliyatiga asoslangan bulib, shuning uchun rentgenogrammalarda buyrak va siydik yullarining tasviri kurinadi. Ekskretor urografiyaning zarurati shundan iboratki, bu orkali buyrak, buyrak jomi, siydik yuli va Qovuqni anatomik xolatini va ularning ish faoliyatlarini aniklashga imkon beradi. Xozirgi vaktida tekshirish uchun koidaga binoan uz molekulasida 3 atomli, kontsentratsiyasi 60-70 % li bulgan rentgenokonstrast moddalar : triyotrast, urotrast, urografin, xaynek va boshkalar kulaniladi.

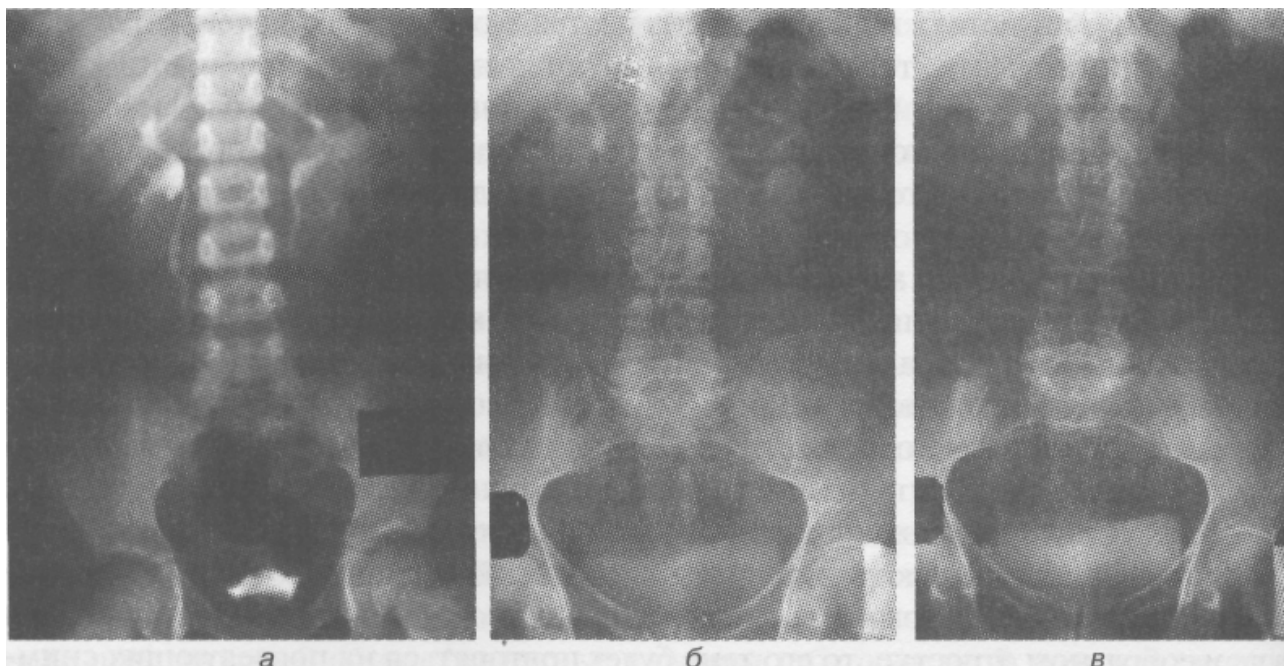
Yosh bolalarda rentgenokonstrast moddalar fakat venaning ichiga yuborilmay, ba'zan teri ostiga, mushak ichiga yoki ogiz orkali ichakka xam yuboriladi.

Ekskretor urografiya kilishga asosiy tuskinlik yod preparatlarini tugri kelmasligi buladi, shuning uchun tugri kelmasligini surab olishdan tashkari bemorni ishlatilayotgan preparatga shaxsiy sezgirligi xam tekshirib kuriladi. Buning uchun avval 1 ml preparatni vena ichiga yoki asosiy mikdorning birinchi millilitri asta-sekin kuyilib, bemorning axvolini kuzatiladi. Ekskretor urografiya kari odamlarda, xafakon kasalida, jigar kasalliklarida, buyrak etishmovchiligida extiyotkorlik bilan bajariladi. Tiosulfat natriy uziga yod bulgan moddalarni neytrallaydigan modda bulib xisoblanadi.

Buyrak ish faoliyati konikarli bulgan bemorlarda 60-75 % 20 ml kontrast moddani venaga yuborish etarli buladi. Ba'zi xollarda tekshirishni ikki yoki uch me'yorli kilib utkaziladi (eng kupi bilan 1 ml kontrast modda 1 kg tananing ogirligiga tugri keladi). Suratlarini olish vakti, bemor buyragining ish faoliyatiga va tekshirishning kuyilgan vazifasiga karab belgilanib, nerogrammani (rentgenokonstrast moddasi bilan buyrak parenximasini tuldirgan xolatda olingan surati) 1 dakikada kurina boshlashi, rentgenokonstrast moddaning ekskretsiyasi va buyrak jomi, siydik yulining tasviri, odatda 3-5 dakikada aniklanishi xisobga olinadi. Rentgenokonstrast moddani yuborib, 7-10 dakikadan sung, odatda birinchi surat olinadi, keyingisi oldingisining natijasiga karab (rentgenokonstrast moddani yuborib urtacha 20-25 dakikadan keyin) olinadi. Kari kishilarda rentgenokonstrast moddani chikarish asta-

sekin buladi. Ba'zi vaktlarda kechki rentgenogrammlar talab kilinadi (1-2 soat va undan ortikrok).

Urogrammaga baxo berayotgan vaktida buyrak parenximasining kurinishiga , kattaligiga, shakliga, turgan joyiga, kullankasining kurinish zichligiga, kosachabuyrak jomining rentgenokonstrast moddasi bilan tulish vaktiga, yukori siydik yullarida, u yoki bu , morfologik uzgarishlarning borligiga, ularning bushash xolatlariga va uning shaklini kurinish xususiyatlariga axamiyat berish kerak. (13 rasm.)



13-rasm. Ekskretor urogrammlar. Odatdagi kurinish.

A-rentgenokonstrast moddani venaga yuborib 5 dakikadan sung kilingan surat, *B*-20 dakikadan sung , *V*-40 dakikadan sung.

Ekskretor urografiya natijalariga kup sabablar ta'sir kiladi. Bular orasida endogen va ekzogenlardan kelib chikkan buyrak va siydik yullariga reflektor ta'sir kursatadigan kuchlar , asosiy urinni egallaydi. Masalan: ogrik, ruxiy ta'sirlar, ichaklarda gazlarning tuplanishi, xavoning past xarorati, buyrakdagi rentgenokonstrast moddaning ekskretsiyasiga tuskinlik kiladi. Agar uning kechikib chikishi, buyrakning uz patologik uzgarishlarga sabab bulsa, siydik yullarining kontrast kurinishining kechiktirilib kilingan suratlarida kurish mumkin.

Tekshirishlar maksadiga va buyrakning ish faoliyatiga muvofik klinik amaliyotida xar xil turdagi ekrektor urografiyaalar kullaniladi. Buyrakning xarakatchanligini aniklash uchun ortostatik ekskretor urografiya bemorni tik turgan xolida kilinadi.

Kupincha asosan buyrakning kontsentratsion faoliyati susayganda, ekskretor urogrammalarda siydik yullarining zurikishi anik bulmaydi. Bunday xolatlarda kompression urografiya kilish maksadga muvofikdir. Bu turdagi ekskretor urografiya siydik yulini oldingi korin devori orkali maxsus kulaytirilgan rentgenonegativ belbog yoki rentgen stoldagi sokka bilan bosib kilinadi. Bu bilan yukori siydik yullarida siydikning tusilishi va ularning kurinish tasvirini kuchlanishiga erishamiz. Lekin kompression urografiyaada urodinamikaning buzilishi tekshirishning sifatini baxosini pasaytiradi, shuning uchun siydik yullarining tabiiy xolatini aniklash uchun

diagnostik maksadda suratlarni fakat kompressiya vaktida kilmay, undan avval va keyin kilish kerak.

Buyrak etishmovchiliging boshlangich boskichida zarur bulgan infuzion urografiya katta axamiyatga ega. Bemor venasiga katta mikdorda, lekin kontsentratsiyasi ancha oz bulgan rentgenokonstrast modda yuboriladi (60-70 % li triyod modda 120 ml xlorid natriy suyukligida yoki 5% glyukozada suyultiriladi). Suyuklik 5-7 dakika davomida tomchilatib kuyiladi. Birinchi surat moddani yuborgandan keyin 5 dakikadan sung olinadi, kolganlarini bajarish vaktini tekshirishni olib borayotgan shifokor belgilaydi.

Ekskretor urografiya – urologiyada rentgenologik tekshirishlarni eng fiziologik usuli bulib, buning yordamida buyrak va xamma siydik yullarining anatomik va ish faoliyatlarini aniklab, siydik va jinsiy a'zolarining kup kasalliklarini aniklash uchun juda katta axamiyatga ega bulgan axborotlar olinadi. Xar kanday turdagi ekskretor urografiya shok, kollaps, buyrak etishmovchiligining dekompensatsiya boskichi, giperazotemiya, ish faoliyati buzilgan ogir jigar kasalliklari, gipertireoidizm, yodga uta sezgirlik, gipertoniya kasalligini dekompensatsiya boskichi tuskinlik kiladi.

Retrograd ureteropielografiya. Retrograd (kutarilayotgan) ureteropielografiya 1906 yili birinchi marta kilingan. Bu usul yukori siydik yullarini retrograd orkali rentgenokonstrast modda bilan tuldirib, rentgenda kurinishiga asoslangan. Buning uchun (sergozin, diodon, urotrast va boshkalar va gazzimon (kislorod, uglekisliy gaz) rentgenokonstrast moddalar ishlatiladi. Tekshirishning maksadiga karab siydik yuli kateteri (№5 yaxshirok) sidik yulining xar xil balandligiga yuboriladi. (ureterografiya uchun 3-5 sm ga, pielografiya uchun esa 20 sm gacha). Kateterning turish xolatini umumiy surat bilan, elektron-optik uzgartiruvchi bulsa, televizor ekranida nazorat kilinadi. Kateter orkali 5 ml.gacha rentgenokonstrast modda yuboriladi. Rentgenokonstrast moddani yuborayotgan vaktida ogriklarning sezilishi, buyrak jomi va kosachalarining tortilishi va buyrak jomi-buyrak refleksining extimolligini kursatadi. Pielografiya tugri bajarilganda, refleksning paydo bulishi-buyrakda patologik uzgarish borligining belgisi bulib xisoblanadi.

Retrograd ureteropielografiyani utkazayotgan vaktida aseptika koidalariga rioya kilish asosiy shartlardan biri bulib xisoblanadi. Bunday tashkari yalliglanishlarning koldiklarining oldini olish uchun antibiotiklar bilan davolanayotgan vaktida, tekshirish juda xam extiyotkorlikda utkaziladi.

Retrograd ureteropielogrammalarni interpretatsiya kilayotgan vaktida yukori siydik yullarining urnini uzgarishiga va anatomik tuzilishiga, urodinamikaning xususiyatiga axamiyat beriladi, chunki bular orkali bir necha rentgenogrammalarda buyrak jomi va siydik yulining bushash darajasiga baxo beriladi (14 rasm).

Rentgenonegativ toshlarning diagnostikasi uchun kontsentratsiyasi past bulgan kontrast modda yoki gaz, odatda kislorod bilan buyrak jomiga 6-8 sm³ mikdorda yuborib rentrograd ureteropielografiya kilinadi (pnevmoreteropielografiya) (15-rasm). Gazda turgan rentgenonegativ tosh rentgen nurlari uchun kup utkazuvchan bulib, uning kulankasi suyuk kontrast modda ichida xuddi nuksonga uxshab kurinadi.

Retrograd ureteropielografiyani ikki tomonlama bir vaktida fakat ba'zi bir xolatlardagina xayot uchun zarurati bulganda, buyrak va yukori siydik yullarida patalogik uzgarishlarning xususiyatlarini aniklashda ishlatiladi.

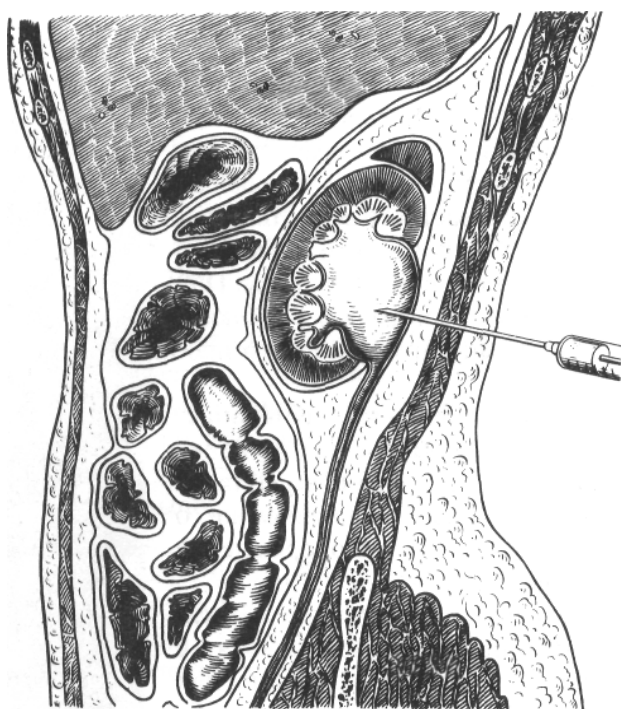
Erkakning jinsiy a'zolarida, pastki va yukori siydik yullarida utkir yalliglanish jarayonlari va buyraklarda total gematuriya bulsa, rejali retrograd ureteropielografiya kilish uchun tuskinlik kiladi. Buyrak jomidan siydikning okishi buzilganida, bu tekshirishni juda extiyotlik bilan amalga oshirish kerak. Rentgenokonstrast moddaning okib chikishi uchun tekshirishning oxirida kateterni buyrak jomigacha yuborib bir necha soatgacha koldiriladi. Retrograd pielografiyada destruksiya uzgarishlari kosachalarda tirsaklarda, buyrak jomida va siydik yullarida, xatto ozggina bulsa xam, anik bulib kurinadi. Lekin bu fiziologik usul xisoblanmaydi. Sistoskopiya va siydik yulining kateterizatsiyasi zarurligi, buyrak jomi-siydik yuli refleksi va pielonefritning paydo bulish xavfi borligi retrograd ureteropielografiyaning kullanilishini chegaralaydi: bu fakat fiziologik usullarni bajarish imkoni bulmay kolganda yoki etarli axborot bermagan xolatlarda kullaniladi.



14- rasm. Retrograd ureteropielogramma. Odatdagi kurinish.

Zamonaviy texnika vositasida elektron optik uzgartiruvchi yordamida pielorentgenoskopiya kilish xamda televizor ekranida ekskretor urografiya va retrograd pielografiya urodinamikasini kuzatish imkonini beradi.

Antegrad pieloureterografiya.



Antegrad pieloureterografiya rentgenokonstrast moddani tugridan-tugri nefropielostoma yoki teri orkali punktsiya yuli bilan koscha-buyrak tuzilmasiga yuborishga asoslangan (16 rasm).

16-rasm. Antegrad pieloureterogramma. Chap tomondagi gidroureteronefroz.

Bu tekshirish usuli buyrakning ish faoliyati buzilganligi sababli rentgenokonstrast moddalarni ekskretor urografiyalarda ajralib chikishi kurinmaganida, Qovuqning xajmi kichik bulishi tufayli retrograd pielografiya imkoniyati bulmaganda va siydik chikarish kanali yoki siydik yuli tusikligida (tosh, chandiklanishda, chandiklar tufayli bitib

ketganda, usma siydik yuli atrofi yalliglanganda) kullanadi.

Antegrad pieloureterografiya novokain anesteziyasi orkali bemor korni bilan yotkizilgan xolda teri orkali kilinadi. Avval kilingan umumiy suratga asoslanib, XI kovurga tagiga, urta chizikdan 10 sm lateral tomonda, ignani ichkariga va buyrak jomiga karab yuborilib, shprintsning porshenini ba'zida tortib, uzluksiz ravishda novokain suyukligi yuboriladi. Shprintsda siydik paydo bulishi ignaning buyrak jomiga yoki kosachasiga tushganligidan dalolat beradi. Bu usul buyrak jomi ichidagi bosimni ulchashga imkon berib, gidronefrotik transformatsiyali bemorlarda muxim axamiyatga ega. Bir kism siydik aspiratsiya kilinib, igna orkali aspiratsiya kilingan siydikdan ozrok rentgenokonstrast modda yuboriladi. Zarurati bulgan vaktida rentgenokonstrast modda sifatida antegrad pnevmoureteropielografiya kilish uchun kislorod kullash mumkin.

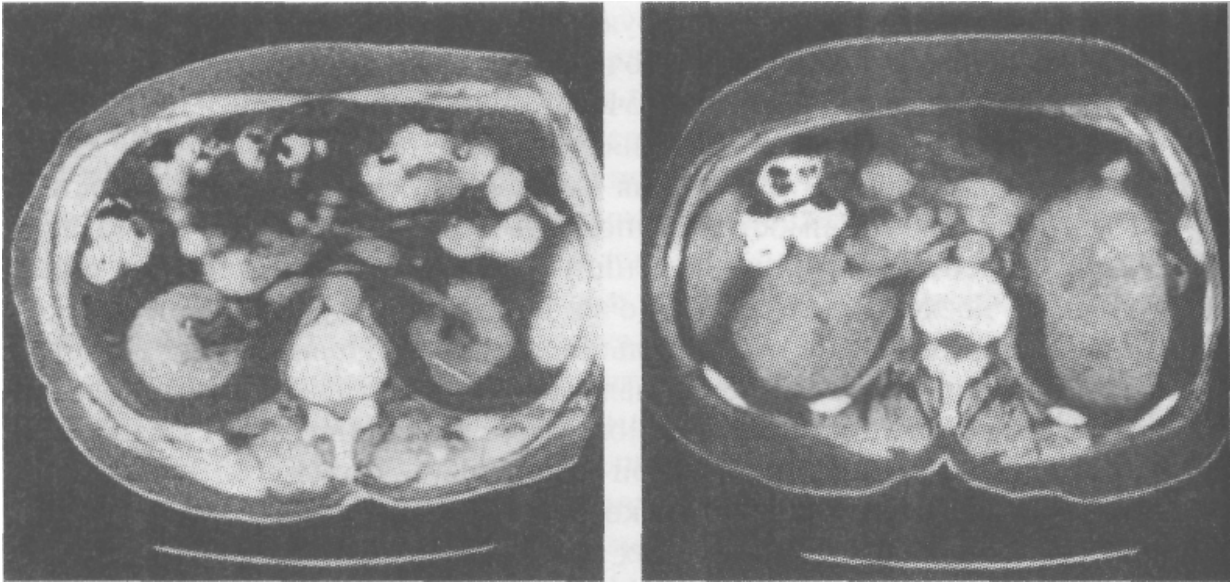
Pielo-yoki nefropielostoma orkali antegrad pieloureterografiya uchun rentgenokonstrast moddani yuborish texnikasi oddiy muolaja xisoblanadi. Koidaga binoan, bu kosacha – buyrak jomi tuzilmasining operatsiyadan keyingi xolatini va operatsiya kilingan buyrakning siydik yulini nazorat kilish uchun bajariladi. Buyrak jomi – buyrak reflyukslarining xavfi xisobga olinib, tekshirish utkazayotgan vaktida extiyotkorlik yuzasidan aseptika va antiseptika koidalariga kattik rioya kilish zarur.

Urotomografiya.

1929 yili birichni marta urologiya amaliyotida urotomografiya kullanildi. Bu usul buyrak usti bezlari va siydik yullarini kavatma-kavat rentgenografiya kilishga asoslangan. Buyrakning asosiy tomografik kesimi uning darvozasi, buyrak jomi va buyrak parenximasidan utadi. Boshka suratlar uchun 1 sm tomografik kadamni etarli deb xisoblanadi. Plyonkaga tushgan kulanka tomografik kesimdagi a'zoning bir bulagining tasviri xisoblanadi. Tomografiya buyrakning katta-kichikligini, shaklini va turgan urnini, buyrak va buyrakdan tashkaridagi usmalarni, bir-biridan farkini ajratish tashxisida, siydik yulidagi toshlarning, petrifikatlar va ut kopidagi toshlarning, buyrak va buyrak oldi klechatkasidagi yot jismning turgan joyini aniklashda kullaniladi. Ekskretor uroografiya va pnevmoretroperitoneum bilan bu tekshirishni birga olib borilganda uning xal kilish kobilyaiti oshadi.

Ekskretor uroografiya usulining yana bir tomografiyaga boglik bulgan turi nefrotomografiya bu ekskretor urografiyani nefrografik davrida, buyrakni kavatma-kavat tekshirish bulib, buyrakning kulankasini va uning tashki tasvirini yanada anikrok olishga imkon beradi. Bu usulning bajarilishi – oddiy nefrotomografiya shundan iboratki, 60 ml 60-70% rentgenokonstrast moddasi tezlikda yuborilib, 10 dakikadan keyin kator tomogrammlar bajariladi.

Urologiyada keyingi vaktlarda va boshka klinik tibbiyot soxalarida yangi rentgenologik tekshirish usuli – kompyuter tomografiya muvaffakiyat bilan kullanilmokda. Bu usul xech shikastlantirmaydi, beozor, tanaga tashkaridan kandaydir modda yoki asbob kiritilmaydi, tezlikda xar xil chukurlikdagi, xar kanday a'zoning anik tasvirini olishga imkon beradi. Bu usulning ayniksa usma kasalliklarini aniklashdagi baxosi yukoridir (17-19 rasm).



17-rasm. Odatdagi buyrakning rentgen kompyuter tomogrammasi.

18-rasm. Rentgen kompyuter tomogramma. Ung buyrakning kistasi.

19-rasm. Rentgen kompyuter tomogrammasi. Chap buyrakning usmasi.

Urokimografiya.

1933 yili urokimografiya taklif kilingan. Bu usul tekshirilayotgan ob'ekt bilan rentgen alyonkasining orasida joylashgan xarakterlanuvchi kimograf reshlyotkasi yordamida yukori siydik yullarining kiskarish kobilyatlarini urganishga asoslangan. Tekshirish tulkinlarning kiskarish yunalishini va uning kiskarish amplitudasini aniklashga imkon beradi. Kiskarish ritmini tishlarning eni va orasidagi chukurchagining uzunligiga karab aniklanadi. Ritmik kiskarishda kushni urokimografiya yullarida bir xil sonli tishlar va tusiklar orasida bir xil masofa kuzatiladi. Tishlarning balandligiga karab kiskarishlarning amplitudasiga xukm chikarish mumkin, odatdagi sharoitda ular 3-4 mm ga teng. Yuokri siydik yullari giperkineziyasi uchun balandrok tishlar atoniyasiga – ularning yukligi xosdir.

Amaliyotda rentgentelevizion pieloureteroskopiya va urokinematografiya tatbik kilinganligi sababli urokimografiyaning axamiyati ancha pasaydi.

Urokinematografiya.

Urologik kasalliklarning diagnostik usuli sifatida keyingi yillarda urokinematografiya keng tarkaldi. Bu esa rentgen nurlari va kinosyomka orkali kontrastlangan siydik yullarining xarakati ish faoliyatini urganishga imkon berdi. Odatda urokinematografiyani ekskretor urografiya, miktsion sistografiya va retrograd pielografiyalar kilinayotgan paytda bajariladi. Filmni kurish siydik yullari motorining ish faoliyatini urganishga imkon beradi.

Qovuq siydik yuli buyrak jomi reflyuksida urokinematografiya buzilganligini aniklashda urokinematografiya katta axamiyatga ega.

Pnevmoren. Pnevmoretroperitoneum. Pnevmooperitsistografiya.

Bu usullar buyrak, buyrak usti bezi, Qovuq va prostata bezlarining tashki kurinishini aniklash uchun kullaniladi.

1921 yili pnevmoren usuli taklif kilingan. Bu usul kislorod yoki uglekisli gazni punktsiya orkali buyrak oldi oraligiga yuborishga asoslanib, texnikasi xuddi paranefral blokadasiga uxshaydi. Igna orkali buyrak oldi klechatsiga asta-sekin 150

dan (yosh bolalarda) 500 sm³ gacha (katta yoshlarda) kislorod yoki uglekisliy gaz yuborilgandan sung 15 dakikadan usng rentgenogrammalar bajariladi.

Presakral pnevmoretroperitoneumda gaz retroperitoneal oralikdagi xar xil kavatlarga boglik bulgan yumshok presakral klechatkasiga yuboriladi. Bemorni tizzatirsak xolatida kuyib, barmokni tugri ichakka yuborib, barmok bilan nazorat kilib, uzun ignani dumgaza balandgidan 1 sm oldingi nuktada oralik punktsiya kilinadi. Novokain suyukligini uzluksiz yuborilib turilib ignani 10-15 sm chukurlikka kirgiziladi. Kislorod bu orkali asta-sekin 1-1,5 l mikdorda yuborilib, undan sung bemor extiyotlik bilan gorizontal xolatda korni bilan joylashtiriladi. Kislorod insufflyatsiyasining 40-60 dakikasidan sung rentgenografik tekshirishlar bajariladi.

Bemor axvolining umumiy ogirlashishi, yurak-kon tomir etishmovchiligining dekompensatsiyasi, anal soxasidagi utkir yalliglanish kasalliklari, presakral va korin parda orasidagi klechatka yalliglanishida, kapillyarotoksikoz, kon ivishining pasayishi, gipertoniya kasalligining ogir shakllari tekshirish uchun butunlay zid bulib xisoblanadi.

Buyrak usti bezi va korin pardasi orasidagi bushlikdagi usmalarni aniklashda pnevmoretroperitoneum muxim axamiyatga ega bulib, buyrak va buyrak usti bezlari kulankasining anik tasivrini olishga imkon beradi. U ekskretor urografiya, retrograd uretropielografiya, tomografiya, angiografiyalar bilan birgalikda kilinsa, tekshirishning yaxshi kurinishi yanada ortib boradi.

Peritsistografiyada 500-600 sm³ mikdordagi kislorod Qovuq usti yoki oralik punktsiyasi orkali Qovuq oldi klechtkasiga yuboriladi.

Peritsistografiyani kislorod sistografiyasi bilan birga olib borilganda Qovuq devorining tasviri anikrok kurinadi.

Buyrak arteriografiyasi.

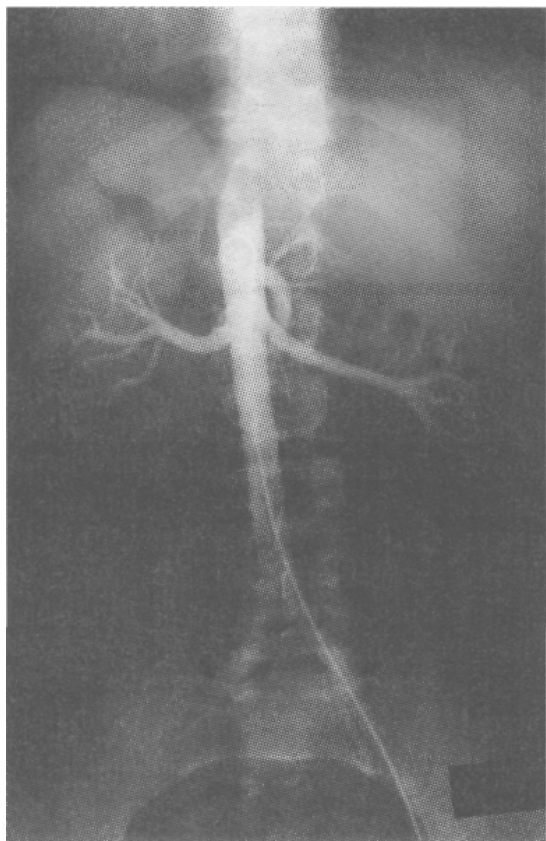
1929 yili buyrak angiografiyasi usuli taklif kilinib, ayniksa oxirgi yillarda keng kullanilmokda. Korin aortografiyasida ikkala buyrak areteriyasining tasviri kurinadi. Aortaga rentgenokontrakt moddaning yuborilishiga karab aortografiyani translyumbal va transfemoral xillari ajratiladi. Xozirgi vaktlarda kupincha oxirgi usuli kullanilmokda. 1953 yili transfemoral aortografiya usuli taklif kilingan.

Tekshirish usuli, pupartov payining 1-2 sm pastrogida maxsus igna bilan son arteriyasini punktsiya kilib, igna orkali metall utkazgich yuborilib, u orkali esa kateterni buyrak arteriyasining aortadan tarkalish joyigacha yuborilishiga asoslangan (1 bel umurtkasining urtasigacha).

Buyrak arteriografiyasi kuyidagilarda zarur buladi: total gematuriyani boshka usullar bilan sababini aniklash mumkin bulmaganda; buyrak usmasiga shubxa bulib va kista bilan ajratish tashxisiga zarurat bulganda; gidronefroзда buyrak parenximasining saklanib kolgan kismini aniklashda; kushimcha kon tomiri bulib, uni rezeksiya kilish mumkin bulganda; buyrak sili va boshka kasalliklar extimoli bulgan rezeksiyaning xajmini aniklashda; vazorenal arterial gipertenziyaga shubxa bulib va buyrak arteriyalarining zararlanish xususiyatini aniklash zarurati bulganda; buyrak usti bezi yoki korin pardasi orkasidagioralikda usmaga shabxa bulganda; buyrak yuk deb atalganda, kachonki boshka usullar etarli darajada informatsiya bermaganda, yana operatsiyadan oldin, buyrak arteriyasini bosib, uning tarkalgan kon tomiri yukligini xamda nefrotomiyaning kilinadigan joyi va xilini aniklash zarurati bulsa, arteriografiya kilish maksadga muvofikdir.

Buyrak arteriografiyasiga aorta va son arteriyasining yakkol kurinib turgan aterosklerozi, tireotoksikoz, ogir buyrak etishmovchiligi, yol moddalariga yukori darajada sezgirlik, upkaning faol sil kasali va yurak-kon tomir etishmochiligining dekompensatsiyalari tuskinlik kiladi.

Buyrak arteriografiyasi rentgenokonstrast moddaning turt davr sirkulyatsiyasini va uning ekskretsiyasini aniklaydi (21 –rasm). Birinchi davri –arteriogramma (buyrak arteriyalari va uning shoxlari kontrasttirilgan), iikinchi davri-nefrogramma (buyrak parenximasining rentgenokonstrast moddasi bilan tuyinib turgan tulik kulankasi), uchinchi davri-venogramma (katta buyrak venalari kontrastlangan, buyrak venalari bosimi kutarilganda, ayniksa anik bulib kurinadi), turtinchi davr- ekskretor urogramma.

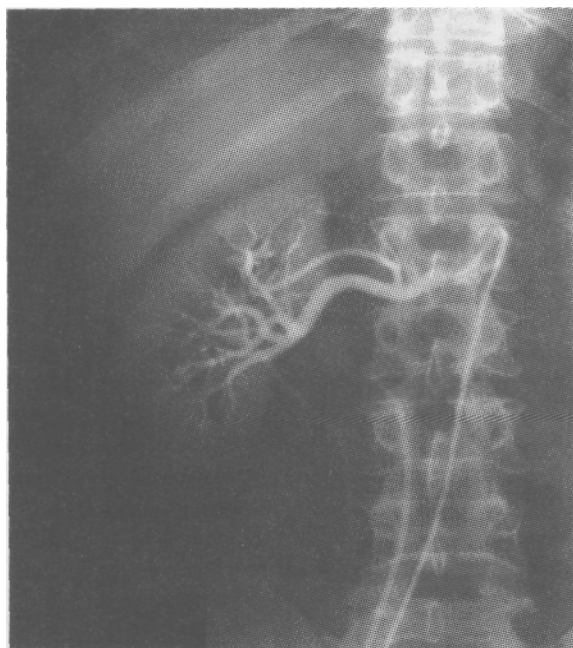


21-rasm. Buyrak arteriogrammalari. Odatdagi kurinish.

A-arteriya davri, B-nefrogramma davri, V-vena davri, G- ekskretor davri.

Buyrakning patologik xarakatchanligin aniklash uchun buyrak arteriografiyasini bemor tik turgan va yotkizilgan xolatlarda bajariladi.

Keyingi yillarda klinik amaliyotga selektiv buyrak arteriografiyasi tadbik etilgan, bunda maxsus kateterning egilgan tomoni bilan tekshirilayotgan buyrak arteriyasiga yuboriladi. Shunday usul bilan oz mikdordagi rentgenokonstrast modda yordamida ancha anikrok bulgan buyrakning kon tomir arxitektonikasi tasvirini olishga muyassar bulamiz (22-rasm).



22-rasm. Selektiv buyrak arteriogrammasi. Odatdagi kurinish.

Farmakoangiografiyada arterial zondi orkali 2 ml 0,001 % adrenalin suyukligi, 8 ml natriy xloridning izotonik suyukligi bilan yuboriladi, undan sung 14-16 sekunddan keyin tekshirishning maksadiga karab 20 ml rentgenokonstrast modda yuborib, buyrakning arterio yoki venografiyasi bajariladi. Adrenalin ta'sirida uzgarmagan arteriya kon tomirlari kiskarib, rentgenokonstrast moddasi bilan tulmaydi. Shuning uchun arteriogramma

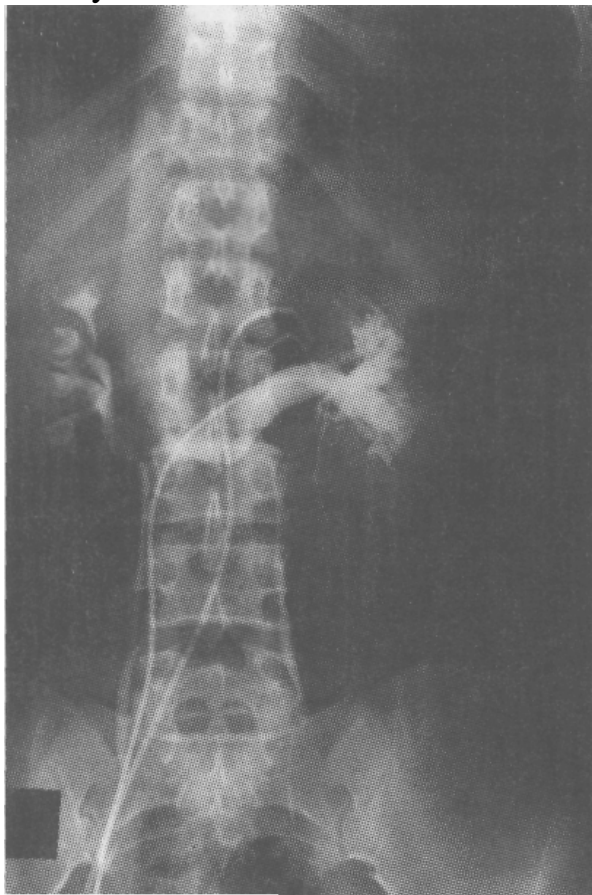
usmadagi adrenalin ta'sir kilmagan kon tomirlari kurinadi. Buyrak arteriya okimining ozayishi, uning venoz sistemasidagi bosimni pasaytirib, venografiya vaktida rentgenokonstrast moddaning yaxshi tuplanishiga imkon beradi.

Transfemoral buyrak arteriografiyasi kupincha yosh bolalar va gudaklarni tekshirishda ishlatiladi. Yosh bolalarda tekshirish texnikasi xuddi kattalarnikiga uxshaydi, lekin yosh bollarda tekshirish fakat narkoz orkali kilinadi. Ba'zi xolatlarda kon tomir kateteri kindik arteriyasi orkali yuboriladi.

Venokavografiya.

1939 yili birichni marta venokavografiya bajarilgan. Bu usul kovak venasini rentgenokonstrast moddasi bilan tuldirlilib, rentgenografiya kilishga asoslangan. Pastki kovak venasida bosimning keskin ravishda kutarilishi, uning usma bilan bosilishida yoki trombozda kuzatilib, markaziy kovak venadan tashkaoi rentgenogrammada buyrak venalari va tomirlari kurinishi mumkin. Transfemoral yul bilan pastki kovak venani rentgenokonstrast modda bilan tuldirish mumkin. Son venasining punktsiyasi xuddi son arteriyasining punktsiyasiga uxshab, undan 0,5 sm medial tomonda kilinadi. Tashki kovak venaga kateter umumiy yonbosh venalarning kushilish joyigacha yuboriladi.

Venokavografiyaning kursatmalari quyidagilardan iborat: yon bosh vena va pastki kovak venalarning obturatsiyasini yoki stenozini aniklash, pastki kovak vena usma torombozini buyrak yoki buyrakusti bezining xavfli usmalarida, aniklash korin paradaning orkasidagi umalarning turish joyini bilan zarurati bulib, usmalarning birlamchi yoki metastaz ekanligini aniklash. Tekshirish, venokavografiyaning erkin okishidan boshlanadi. Bunda fakat pastki kovak venaning utkazuvchanlik kobilyatinianiklashi mumkin. Pastki kovak vena va uning shoxchalarining patalogik



uzgarishlari interpretatsiyasi ancha murakkab. Ikkinchi darida obturatsion venokavografiya bulishi mumkin. Bunda pastki kovak venaning cheklangan segmenti buyrak kenalarining kushilish joyida obturatsiya kiladigan ballonchik yordamida rentgenokonstrast modda tuldirliladi.

Buyrak venografiyasi.

Buyrak venografiyasining texnikasi xuddi venokavografiya usuliga uxshaydi., lekin pastki kovak venaga uchi yoysimon yoyilgan kon tomir kateteri yuboriladi. Metall utkazgichni olgandan sung, pastki kovak vena buylab kateter yuborganda, egilgan uchi buyrak venasining kerak bulgan tomoniga utkazishga imkon beradi.

Buyrak venasining tasvirini yaxshi aniklash uchun 10-12 ml rentgenokonstrast modda etarli buladi (23-rasm).

23-rasm. Buyrak venogrammasi. Odatdagi kurinish.

Buyrak usmalari, xar xil turdagi arterial gipertenziyalar, kupincha varikotselening belgisi bulgan vena buyrak gipertenziyasiga shubxa bulganda, buyrak selektiv venografiyasini kilishga tugri keladi. Zarurati bulganda, buyrak venografiyasini venotonometriya bilan birgalikda kilinadi. Pastki kovak venada kon bosimi odatda, 40 dan 100 mm suv ust.gacha, buyrak venalarida – 90 dan 140 mm suv ust.gacha buladi. Buyrakning flebolitik tekshirilishi xozirgi vakt da nafakat buyrak venalarining kasalliklarida, balki xar xil arterial gipertenziyalarining ajratish taxshisida xam keng kullanilmokda.

Chanok arteriografiyasi.

Bu usul kichkina chanok a'zolarida, kupincha ginekologik amaliyotda usmalarning borligini aniklashda ishlatiladi. Tekshirish usulining bajarilishi xuddi transfemoral arteriografiyaga uxshaydi. Bu usul usmalarning turish joyini va Qovuq devoriga va atrofida tukimalarga kanchalik usib kirish darajasini tasavvur kilishga imkon beradi.

Chanok venografiyasi.

Qovuq, prostata bezi raklarining boskichini xamda Qovuq oldi klechatkaga va kushni a'zolarga rakning usib kirish darajasini aniklash uchun chanok venografiyasi misol bula oladi. Bu tekshirish usuli chanok soxasida va oyok venalarida konning tuxtab kolish sabablarini, trombozning borligini, uning urnini va katta chanok venalarida kancha uzunlikda ekanligini aniklashga imkon beradi.

Chanok venografiyasida rentgenoktrast moddani venaga (son venalariga, chukur va orka tomonining ustki yuzasida joylashgan venalarga) yoki suyak ichiga (kov suyagining yonbosh bulagining iligiga yoki son suyagining satxini) yuboriladi. (24-rasm.)

24-rasm. Chanok suyagining ichiga kilingan venogramma. Odatdagi venogramma. Limfadenografiya.

Siydik va jinsiy a'zolari xavfli usmalarining limfatik tugunlardagi metastazlarini aniklashda, chanok va korin pardasi orti bushligi limfadenografiyasi usuli kullaniladi.

Rentgenoktrast sifati yogsimon moddalar ishlatiladi: yodolipol, etiodol, lipoidollar bulib, ular asta-sekin tovnning limfa tomirlariga yuboriladi. Odatdagi limfadenogrammalarda limfa tugunlari xar xil kattalikda va shakllarda bulishi mumkin. (25-rasm).

25-rasm. Limfogrammalar. Odatdagi kurinish.

A-kon tomir davri, B- adenografik davri.

Uzgarmagan limfa tugunining kulankasi bir tekis bladi. Limfa tugunlarining utkir va surunkali yalliglanishlarida limfadenogramma interpretatsiyasi kiyin buladi. Paydo bulishi mumkin bulgan asoratlar: upkaning yog emboliyasi, limfangitlar va limfadenitlar.

Asoratlarning oldini olish uchun tekshirish usulini jiddiylik bilan utkazish kerak: moddani fakat limfa (vena tomiriga emas) tomiriga asta-sekin yuborish kerak, tekshirishdan keyin rentgenda nazorat kilib, oldini olish maksadida antibiotiklar berish kera.

Tsistografiya.

Tsistografiya pastga tushayotgan (ekskretor uroografiya va kutarilayotgan (retrograd) bulishi mumkin. (26-rasm).



26-rasm. Kutarilayotgan sistogramma. Odatdagi kurinish.

Retrograd sistografiyani kupincha kuyidagi xillari kullaniladi:

1. Suyuk rentgenokonstrast modda bilan bulgan sistografiya Qovuqning divertikulini, rentgenonegativ toshni, usmani, tabiiy kurinishdan uzgacha bulishini, shikastlanishini, kouvk sili va va xG`k aniklashga imkon beradi.

2. Gazsimon rentgenokonstrast moddalar (kislrod) bilan sistografiya kilish Qovuqning rentgenonegativ toshi, prostata bezining adenomasida kursatma bulib xisoblanadi.

3. Suyuk rentgenokonstrast moddani kislrod (20 ml 40 % suyuk rentgenokonstrast moddasini va 100-150

sm³ kislrodni Qovuqka yuborish bilan birgalikda sistografiya kilinsa, prostata bezining adenomasi va rakini Qovuqning usma va toshini aniklashga imkon beradi. (27-rasm).

4. Qovuqka 10-15% 50-100 ml bariy sulfat suspenziyasini yuborib, 30-40 dakikadan sung yuvilib, 100-150 sm³ kislrod yuborgandan keyin sistografiya kilinsa, buni kuykali sistografiya deb ataladi. Bu usul Qovuq usma tasvirini anik kursatishga imkon beradi, chunki uzgargan usma yuzasida bariy tuxtab kolib, odatdagi Qovuqning shillik pardasida esa butunlay yuvilib ketadi.

Siydik va jinsiy a'zolarning utkir yalliglanishlari retrograd sistografiyasi uchun tuskinlik kiladi.



27-rasm. Qovuqni murakkab kontrast kilingan sistogrammasi.

Prostata bezining adenomasi.

Uretrografiya.

Ureterografiyani pastga tushayotgan (miktsion) va kutarilayotgan xillari buladi. Bu usulning ikkala xilini xam ishlatish taklif kilinadi. Bu usul siydik chikarish kanali kasalliklari yoki shikastlanishida kul keladi.

Tekshirish bemorning beli bilan yotkizilgan xolatida bajariladi, bunda chap oyok bukilib tashkariga surilad, ungi chuziladi. Olat chap songa parallel kilib

shunday tortiladiki, siydik chikarish kanalining kontrast bilan tuldirilgan kulanmasi sonning yumshok etiga tugri kelishi kerak. Retrograd urografiya rentgenokontrast modda uretraga Jane ignasi bilan yuboriladi. Miktsion (antegrad) uretrografiya surati siyish vaktida olinadi. Odatda bu tekshirish ekskretor urografiyaning (pastga tushayotgan sistografiyadan sung) yoki suyuk rentgenokontrast moddasi bilan kutarilayotgan sistografiyaning oxirgi boskichi bulib xisoblanadi.

Genitografiya. (vezikulografiya, vazografiya , epididimografiya).

Vezikulografiya – urug pufakchalarini kontrast modda bilan tuldirib kilingan rentgenografiyasi bulib, anatomik tuzilishini batafsil tasavvur kilib, unda destruksiya va boshka uzgarishlarning bor yoki yuk ekanligi xakida axborot beradi. Bu usul urug pufakchalarining usmasiga shubxa bulganda , urug pufakchalari va prostata bezining sil kasali tashxisida xamda rak usmasining prostata bezi va Qovuq buyniga usib kirganini aniklash maksadida utkaziladi. Kutarilayotgan vezikulografiyani urug chikarish yullarini kateterizatsiya yoki punktsiya kilish bilan bajariladi. Kupincha yogsimon kontrast moddalar kullaniladi. Urug chikarish yuli buylab kontrast modda yuborilganda, karshi unalishda moyak ortigining tasivri olinadi – epididimografiya. Ba'zi vaktlarda fakat urug chikarish yulini kontrast kilishga zarurat buladi. Vazo-epididimo va vezikulografiyalarni birgalikda kilinishi renitografiya deb ataladi.

Prostatografiya.

Prostatografiya, sistografiya, peritsistografiyalar ekskretor urografiyaning natijasi bulib, agar prostata bezi kattalashib, Qovuq ichiga turtilib chikkan bulsa, Qovuqning tasviridan tashkari , prostata bezining shakli xam kurinishi mumkin.

Transuretral yuli bilan prostata bezini punktsiya kilib, uning tukimalariga kontrast modda yuborilsa, kilingan prostatografiyada prostata bezi va atrofdagi venalar fakat kiska muddatda kurinishi mumkin.

RADIOIZOTOP TEKSHIRISH USULLARI.

Urologiyada xozirgi vaktida radioizotop tekshirish usullaridan xar xil kasalliklarning tashxisni aniklash maksadida keng rivojlandi. Tekshirishning sodda va muvaffakiyatli darajadagi axborot natijalari, bu usullarni zamonaviy urologik tekshirishlar bilan birga kushib olib borishga imkon beradi. Kup radioizotop usullar kasallarning siydik va jinsiy a'zolarini fakat kushimcha ish faoliyati xamda ularning tuzilish xolatlari xakida ma'lumot beribgina kolmay, bu usul boshka tekshirish usullari yordamida erishib bulmagan ajoyib va juda anik tashxis axborotini xam beradi.

Bu tekshirishlarni bajarish uchun turt xil maxsus asboblar ishlatiladi.

Birinchi xar xil sistemadagi gamma-kameralar kiradi. Bu ancha murakkab konstruksiyali tez xarakatlanuvchi asbob, tekshirayotgan a'zo soxadan kelayotgan radioaktiv nurlanishlarni uzluksiz yozib, undan sung televizor ekranida, bu a'zoning yoki soxaning , statik yoki dinamik tasvirini (stsintigrafiya) kurishga imkon beradi. Tasviri maxsus kamera orkali suratga olinib, mikdor axboroti elektron-xisoblash yordamida bajariladi.

Skannerlar ozrok takomillashgan va kabul kiladigan tuzulmalarga kiradi.(iikinchi xildagi asboblar). Bu tuzilmalarning xarakati tekshirayotgan soxadagi radioaktiv datchikning asta-sekin uzgarishga asoslanib, tasviri kogoza ok-kora yoki

xar xil rangdagi ingichka yoki arifmetik sonlar bulib kurinadi. Bu asboblar yordamida fakat a'zolarning yoki tekshirilayotgan soxalarning statik tasvirini olish mumkin. Radiotsirkulografiya uchinchi xil asboblarga kirib, 2-4 datchikli radioaktiv tuzilmalardir. Tekshirilayotgan tananing ustidagi kurlanishlar dinamikasi tegishli egri chizik bulib yoziladi (uzi yozar yordamida). Xuddi shu xildagi asboblar kupincha buyrakning ish faoliyatini tekshirish uchun kullanib, renograflar deyiladi.

Turtinchi xildagi asboblar va nurlanishlar xisoblagichlari radioaktiv suyukliklarni tekshirish uchun ishlatiladi. (plazma, konning zardobi, sidik va boshkalar). Bu asboblar xar xil moddalarning tarkibini aniklash uchun radiobioximik tekshirishlarda ishlatiladi.

Olingan natijalarning soniga tugri baxo berishga, ayniksa radioizotop tekshirishlarning axamiyati katta. Moddalarning buyrak va Qovuqdan ajralib chikish tezligi, naychplar sekretsiyasi va koptokchalar filtratsiyasining intensivligi, mechen birlashmalarning buyrak kon tomirlari orkali utish tezlik konstanti maxsus materimatik usular bilan xisoblashdan iborat. Bundan tashkari gamma-kamerada stsintigrafiya utkazilgandan sung, olingan ichki a'zolarning tasviri yoki soxalari ixtisoslashtirilgan kompyuterlar yordamida taxlil kilinadi. Bu a'zolarning fakat bir butun ish faoliyati tuzilish xolati aniklamay, balki ularning aloxida joy kismlariga xam baxo berishga imkon beradi. Zamonaviy gamma-kameralarda olingan tasvirni vidiomagnitofon lentasiga yozish mumkin.

Tugri bulmagan radioizotop renantiografiya.

Bu usul nishonli birikmani buyrak kon tomirlar tuzumidan utishini tekshirishga asoslangan. Tekshirish usuli venaga ^{99m}Tc yoki ^{131}I albuminni yuborib 30-60 dakika davomida buyrak ustidagi uzluksiz radioaktivlikni gamma-kamera yordamida yoki radiotsirkulografiyada yozib turishga asoslangan.

28-rasm. Tugri bulmagan radioizotop renangiogramma.

Rs (ren.sinistra) – odatdagi egri chizik

Rd (ren.dextra) – buyrak kon tomirlarining tulish tezligini ancha pasayishi.

Tekshirish natijasida olingan tugri bulmagan radioizotop renangiogramma egri chizigi ikki kismdan iborat: (28 rasm) –kutarilayotgan yoki - «arerial» va pastga tushayotgan, yoki «venali» . Birinchi – arteriya kon tomirlarining modda bilan tulayotganligini tasvirleydi, ikkinchisi- kapillyar tomirlari orkali buyrak ichidan aylanib ,vena kollektorlaridan moddani ajralish. Odatda kon tomirlarining tulish tezligi 0,1 S-1 chikish – 0,09 S1 buladi.

Buyrak kon aylanishi xilining va darajasining buzilishi bu usulni kullashga kursatma buladi (buyrakning katta kon va kapilyar tomirlarida).

Buzilish uziga xos uch shakldan iborat buladi:

Kon tomirlarining tulish tezligining pasayishi

Kon tomirlaridan modda chikishining sekinlashuvi

Buyrak kon tomirlaridan nishonlangan moddalarning utish davrining buzilishi.

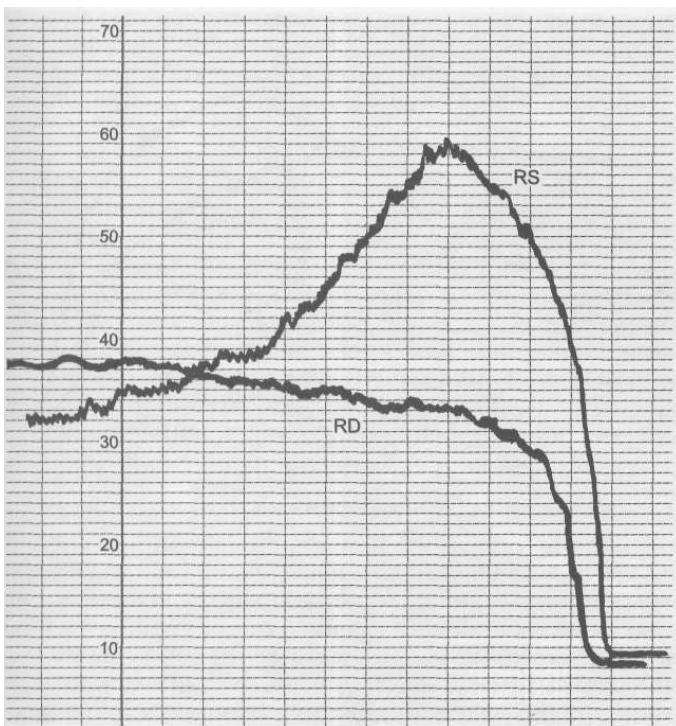
Radioizotop renografiya.

1-variant (tubulotrop birikmaning kullanishi orkali).

Bu usul nishonli buyrak moddasining naychalar orkali bulgan faol sekretsiyasi va ularning yukori siydik yullaridan chikishini tekshirishga asoslangan. Tekshirish usuli

venaga 131I yoki 125I gippuranni yuborib, 15-30 dakika davomida buyraklar ustidagi radioaktiv darajasini radiotsirkulograf yordamida uzluksiz yozishga asoslangan. Tekshirish natijasida olingan egri chizik renogramma deyilib, ikki kismdan iborat : (29 rasm). – kutarilayotgan yoki «sekretor» va tushayotgan yoki «evakuator». Birinchi kismi – konda erigan gippuranni fakat proksimal buyrak naychalarining epiteley xujayralarida faol yigilishni, ikkinchisi-moddaning kosacha-buyrak jomidan siydik yuli orkali ajralib chikishini kursatadi. Renogrammalar maxsus ishlov paytida kuyidagi parametrlarni aniklaydi: 1. naychalar sekretyasining tezligini (odatda 0,12 dakika -1). 2. buyrak parenximasi orkali tranzit vakti (odatda 6 dakika). 3. buyrakdan uning chikish tezligi (odatda 0,1S-1). Organizmda gippuranning bulinish xajmining barkarorligini xisobga olib (tananing taxminan 17% gacha bulgan massasidan), naychalar sekretyasining tezlik kursatkilariga asoslanib, bu moddaning aloxida buyrak klirensi xisobga olinadi (mlG`dakika). Ung va chap buyraklarning aloxida buyrak klirens, gippuran buyrak klirens kursatkichining yigindisini berib, odatda 1 kg tana massasiga 15-22 mlG`dakika tugri keladi. Odatda radioizotop renografiya utkazilayotganda, radiotsirkulografiyaning uchinchi datchigi yurakning ustiga joylashtiriladi. Yozish davomida olingan egri chizik, nishonlangan gippuranni total klirensining aksini beradi. Odatda buning xajmi (ml) dakika buyrak klirens yigindisining kursatkichiga tugri keladi., buyrakning ish faoliyati buzilganda, total klirensining xajmi kattarok bulib, tananing tozalanishiga ekskrenal omillarning kushilganini bildiradi.

Buyrakning naychalar asbobini tozalash kobilyatiga va yukori siydik yullari



urodinamikasiga baxo berish zarurati radioizotop renografiyani kullashga kursatma buladi. Siydik tuzilmasida patologik uzgarishlarga shubxa bulsa, radioizotop renografiya bemorlarni tekshirishda (saralangan) birinchi muxim usul xisoblanadi.

Eng kup uchraydigan ish faoliyatining buzilish alomatlari kuyidagicha buladi:

- buyrak naychalar asbobining tozalash kobilyatining pasayishi;
- buyrakdan chikish tezligining pasayishi;
- bu belgilarning birgalikda bulishi.

2-variant. (glomerulotrop birikmasi bilan kullanilganda).

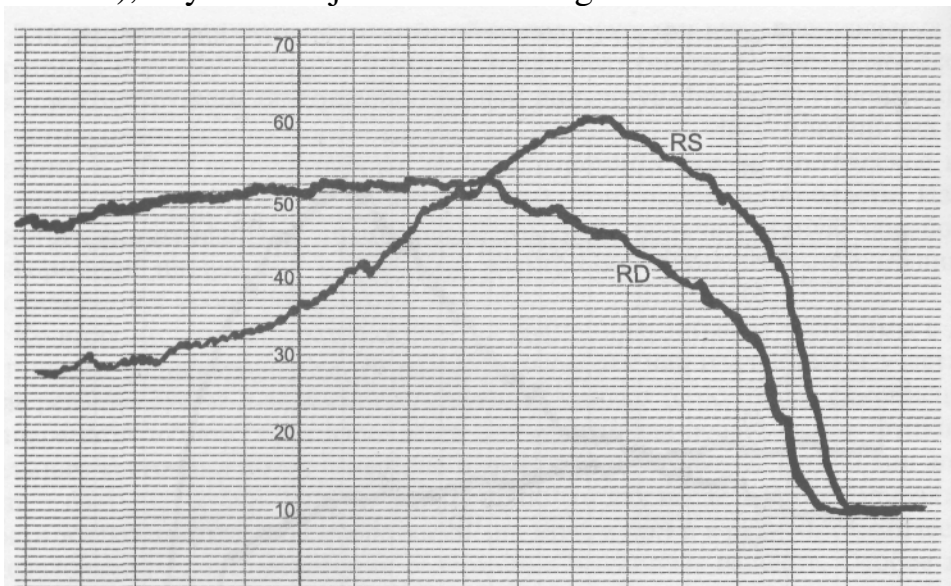
Bu usul nishonlangan birikmani nefron filtratsiyasi, tropniyni buyrakka nisbatan bulgan tekshirishga asoslagan. Bu usul venaga 99mTc yoki 113In-DTPA yuborib, uzluksiz 15-20 dakika davomida buyraklar ustidagi radioaktivlikni radiotsirkulograf yordamida yozishga asoslangan.

Olingan renogramma, odatda ikki kismdan iborat (29 B rasm) – kutarilayotgan va tushayotgan. Birinchi kismi (1-2 dakika) bulib buyrak nefronlari nishonlangan

DTPA bilan tulayotganini aks ettiradi, ikkinchisi – filtrlangan moddani buyrakdan siydik bilan chikishi. Odatda nefron filtratsiyasining tezligi 0,03 dakika -1 ga teng. Organizmda (tananing ogirligidan 75%) DTPA ning bulinish barkarorligini xisobga olib, filtratsiya tezligining kursatkichiga asoslanib, nishonlangan DTPA ning (mlG`dakika) aloxida buyrak klirensi xisoblanadi; odatda bu kursatkich tananing 1 kg massasi 3-5 mlG`dakikaga teng. Yurak ustida urnatilgan radiotsirkulografning uchinchi datchigi yordamida nishonlangan DTPA ni egri chizik, total klirensasi yoziladi. Odatda bu mikdor (mlG`dakika) buyrak klirensining yigindisiga tugri keladi; buyrakning ish faoliyati buzilganda DTPA total klirensining xajmi kup bulib , bu konning plazmasini tozalashda ekstrarenal omillarning katnashganini aks ettiradi.

29-rasm. Radioizotop renografiya.

A- tubulotrop birikmasi bilan. RS – odatdagi egri chizik (131I gippuran 460 mlG`dakika klirensi) ; RD – tozalanish ish faoliyatining pasayishi (135 mlG`dakika klirensi), buyrakdan ajralib chikishning keskin ravishda buzilishi.



29-rasm. Davomi.

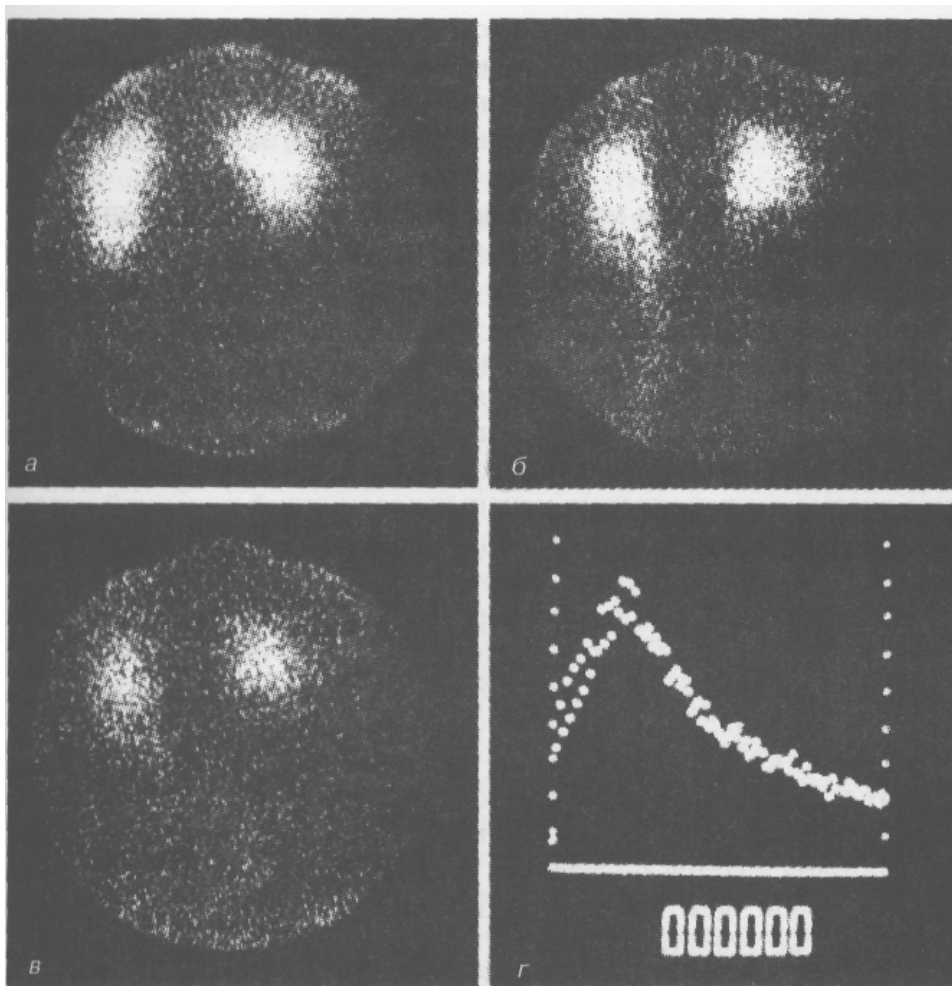
B-glomerulotrop birikma bilan. RS – odatdagi egri chizik (klirens Ts - DTPA 222 mlG`dakika klirensi), RD – tozalanish ish faoliyatining pasayishi (78mlG`dakika klirensi), buyrakdan ajralib chikishning keskin ravishda buzilishi.

Dinamik nefrostsintigrafiya.

Nishonli nefrotrop birikmalarini, buyrak parenximasining faol yutishi va ularning yukori siydik yullari orkali chikishini yozishga asoslangan buyrak ish faoliyatini tekshiradigan usulidir.

Tekshirish usuli nishonlangan gippuranni venaga yuborib, detektor gamma-kamera yordamida, buyrak usti soxasidagi radioaktivlikni uzluksiz yozishga asoslangandir. Olingan axborotlar kompyuterning magnit xotirasiga yozilib, tekshirish tamom bulgandan sung telefizion monitorlarning maxsus ekranlarida , buyrak orkali nishonlangan nefrotrop birikmalarni xar xil utish davrlarining kaytadan tasvirlarini kurish mumkin. Nishonlangan gippuranni venaga yuborgandan keyin, odatda 2-5 dakika (30-rasm) faol ravishda yigilgan modda , buyrak parenximasining tasviri bulib kurinadi. Parenximaning kurinish tasviri 5-6 dakikadan sung pasayadi;

kosacha-buyrak jomi tuzumini, 10-15 dakikadan keyin Qovuq nishonlangan birikma bilan tuldiradi.



30-rasm. Buyrak ish faoliyati uzgarmagan vaktida dinamik nefrostsintigrama (A.B.V) va kompyuter renogrammalari (G).

Kompyuterda maxsus tematik ishlov yordamida, radioindikatorning utish dinamikasini, ularning tasvirini kompyuter renogrammalarda kayta kurib xamda buyrak klirenslarining aloxida kursatkichlarini xisoblash mumkin.

Xuddi shu yul bilan glomerulotrop birikmalar (^{99m}Tc – DTPA, ^{113m}In – DTPA) bilan dinamik nefrostsintigrafiyani utkazish mumkin.

Dinamik nefrostsintigrafiya yordamida aniklangan asosiy patologik uzgarishlar kuyidagilardan iborat:

1. nishonlangan birikmalarning buyrak parenximasida total (yoki regional) yigilish zichligining pasayishi;
2. buyrakdan ajralib chikishning total (yoki regional) sekinlashishi;
3. uzgarishlarning birga bulishi.

Xar xil urologik kasalliklarda tashxis kata axamiyatga ega. Bulgan bulsa, bu tekshirish usulini kullashga kursatma bulib xisoblanadi.

Statik nefrostsintigrafiya (buyrak skanirovaniyasi).

Bu usul buyrak parenximasining tuzilish – ish aoliyatini, nishonlangan birikmaning buyrakda tarkalishi va uning asta-sekin chikishini yozishga asoslangan.

Tekshirish usuli tubulotrop modda ^{179}Hg – promeranni venaga yuborib skaner yordamida buyrakning ustki soxasidagi radioaktivlikni yozishga asoslangan.

Tekshirish davomida kogoza olingan buyrakning tasviri nishonlangan moddani yukori va past bulib igilgan joylarini aniklashga yordam beradi. (31 rasm). Bu xajmli (usma, kista) bulgan kaslliklar tashxisida, buyrak parenximasining extiyot ish faoliyatini aniklashda xamda utkir destruktiv kasalliklarning zurayishi diagnostikasida katta axamiyatga ega (buyrak shikastlanishi, utkir yiringli pielonefrit).

31-rasm. Sonbosiladigan skanerda olingan buyrak skanogrammasi. Odatdagi kurinish.

Radioizotop urofloumetriya.

Bu usul, siydikda erigan radioaktiv birikmalarni siyish vaktida Qovuqning bushatish kobilyatini tekshirishga asoslangan.

Bu tekshirish usuli radioizotop renografiya kilingandan sung, tabiiy siyish istagi paydo bulganda, radiotsirkulografning datchiklaridan birini Qovuq ustiga kuyilib, bemor siyishiga asoslangan. Siyish vaktida yozilgan egri chizik. Siyishning eng katta va urta tezligini xamda kolgan siydikning mikdorini xisoblaydi.

Qovuqning bushatish kobilyati tezligining pasayishi (ajralgan siydikni mikdori 110 ml, siyishning eng katta tezligi 7,2 mlG`s , urtacha tezlik 4,6 mlG`s, kolgan siydikni mikdori 93 ml.

ENDOKRIN BEZLAR VA ICHKI A'ZOLARNI RADIOIZOTOP USULI BILAN TEKSHIRISH.

Urologik kasalliklardagi radioizotop diagnostikasining bu yunalishi kelajakda katta kasb etadi.

Kalkonsimon oldi bezlarining stsintigrafiyasi, siydik tosh kasalligida, marjonsimon tosh kasalligi bulgan bemorlarni davolashda katta axamiyatga ega bulib, bu adenoma va giperplaziya natijasida oshikcha chikkan paratgormonlarning borligini aniklashga imkon beradi. Buyrak usti bezlarining stsintigrafiyasi bu bezlarda patalogik uzgarishlarni ancha ertarok aniklashga imkon beradi.

Moyaklarning stsintigrafiyasi xar turdagi kariptorxizmlar (ayniksa tushmagan moyaklarning usmasida) va erkak naslsizligi tashxisida katt axamiyatga ega.

Siydik va jinsiy a'zolari usmasining metastazlarini radioizotop diagnostikasi.

Siydik va jinsiy a'zolari xavfli usma metastazlarining radioizotop tashxisini onkourologiyada asosiy axamiyatga ega. Boshka tekshirish usullariga karaganda, bu radioizotop, usul yordamida metastazlarni urtacha 4-7 oy oldin aniklash mumkin. Bu usullarning negizi, mechenlangan birikmani, metastatik joylarning (skelet) faol yutishiga va yukorilashgan (miya) bulimlarida yoki preparatlarning kontsentratsiyasining ozayishi (upka), xamda tukimalarning (jigar) funksional faolligining pasaygan joylarida preparatning yigilishiga asoslangan. Limfa okimining buzilishini kursatgan stsintigrafik belgilar, limfa tugunlarida usmalarning metastazlarining borligini aniklashda kullaniladi (tugri bulmagan limfostsintigrafiya) (33-rasm), pastki kovak venaning venoz kollektorlaridan nishonlangan birikmalarning kiyinchilik bilan utishi-usmalar trombasining diagnostikasida ishlatiladi (tugri bulmagan radioizotop pastki venokovografiya).

33-rasm. Limfostsintigrafiya. Odatdagi kurinish.

Radioimmunologik tekshirish usullari.

Bu usullarni asosiy bajarish negizlaridan immunologik antigen-antitelo reaksiyasi bulib, bular uchun maxsus reagentlar tuplami kulanilib, ularning xar biri tekshirilayotgan moddani juda anik topoladigan va suzuvchan buladi. Radioimmunologik usullarning ijobiy tomoni shundan iboratki, tekshirilayotgan moddalarning tarkibini kon va siydikning oz kismidan aniklash umkin. Radioaktiv tuplamlarni tekshirishda kullash, yukori darajada anik natijalar olishga imkon beradi. Bunda asosan shunday biologik faol moddalar tekshiriladki, ularni oddiy bioximik usullar bilan topib bulmaydi.

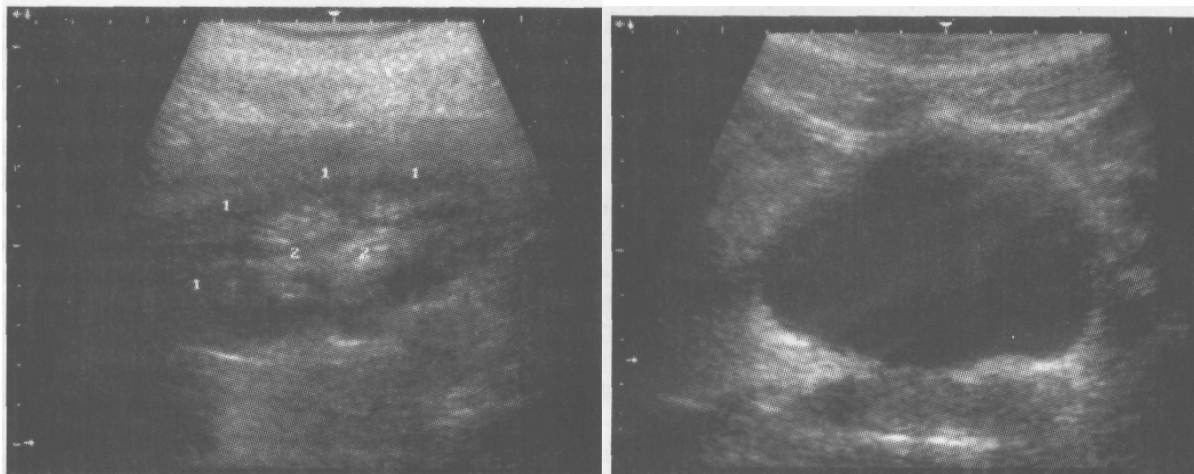
Radioizotop tekshirish usullarining yana kulay tomni shundan iboratki, bu usul uchun nurlanishi juda past bulib, rentgenologik tekshirishga karaganda yuz marta ozrokdir. Shuning uchun operatsiyadan keyingi davrida va tezlik bilan tashxis kuyishda xamda zarurati bulganda bemorning xar kandy xolatida bir necha marta tekshirish mumkin.

Ultratovush tekshirish usullari.

Keyingi yillarda urologiya amaliyotida ultratovush tashxisi (exografiya) usullari kullana boshlandi. Ular radioelektron asboblar yordamida tukima va a'zolarining chegarasidan kaytgan uzining akustik pametrlari (ularda ultratovush tulkinlarining tarkalish tezligi, kaytarish va yutilish koeffitsenti bilan) fark kiladigan tovushlarning yozilishiga asoslangan.

Bir necha ultratovush diagnostik asboblar yaratilib, ular yordamida bir va ikki ulchamli exografiyalarni bajarish mumkin.

Nurlanuvchi xarakat kilmagan xolatida bir ulchamli exografiya kilinib, tukimalar tuzilishiga nisbatan bir xil bulgan va bir xil chukurlikda joylashgan xar xil amplitudada kaytarilgan tovushlardan axborotlar olinadi. Kaytarilgan ultratovush impuls amplitudalarida va chiziklar davomidagi uzgarishlar patologik zurayishlarning borligiga guvox buladi. Datchigining borib-kaytayotgan xarakatlarida (ikki ulchamli exografiya), elektron nurlanish trubka ekranida, tekshirilayotgan tananing joyida yoki a'zoda uning kesilgan tasvirlari xuddi yorug doglarga uxshab kurinadi. Exografik suratlar fotoplyonkaga yoki fotokogozga xujjatlashtiriladi. Shunday kilib exografiya a'zolarining katta kichikligini, kaysi chukurlikda joylashishini, odatda a'zo va tukimalarning bir-biriga nisbatan turishini xamda turish joyini xajmini va patologik uzgarishlarining tuzilish suratlarini xujjatlashtiriladi. (34-rasm).



34-rasm. Ultratovush skanogrammalar (exogrammalar).
A-odatdagi buyrakning tasviri (uzunasiga kesimi).
B-odatdagi Qovuqning tasviri (kundalang kesimi).

YOSH BOLALARDAGI UROLOGIK TEKSHIRISHLARING BA'ZI BIR XUSUSIYATLARI.

Yosh bolalarda urologik tekshirish utkazishining uziga xos xususiyatlari bor.

Bolalarda, ayniksa gudaklarda, katta yoshdagi bolalar va kattalarga karaganda kupincha buyrakni paypaslash mumkin. Bunga korin devorining kuchsiz rivojlanishi, buyrakning nisbiy kattaligi va past joylashishi sabab buladi. Kupincha buyraklar va boshka a'zolar yosh bolalarda uchraydigan korin mushaklarining aplaziya, gipoplaziyasida anik bulib paypaslanadi. Bunda korin «bakanikiga» uxshab uning yupkalashgan devoridan ichaklarning peristaltikasi kurinib turadi. Bu axvol xamma siydik yullarining atoniyasi, siyishning tuxtab kolishi bilan kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalar, kupincha korinning pastki kismini kullari bilan bosib, Qovuqni bushatadilar. Bunday bemorlarda, odatda pielonefrit kushilganligi va tezda buyrak etishmovchiligining rivojlanishi sababli etuk yoshgacha yashay olmaydilar.

Bolalarning me'yorida siyishiga baxo berish uchun kuyidagilarni bilish zarur, birinchi kunlari soglom bola kecha-kunduz 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 ozrok siyadi. 2 yoshda esa odatda tunda kuruk bulib uxlaydi.

Siyishning soni tashki muxitning darajasiga (kun sovuganida kupayadi), tananing xolatiga (kup terlanganda, kayt kilganda, ichi utganda ozayadi) va yosh bolaning individual xususiyatlariga (uyalishi, siydikni chikib ketguncha ushlab turishiga urganib kolishi) karab uzgarishi mumkin.

Bolalar xayotining birinchi 6 oyida ajralib chikkan siydik xajmi 20-30 ml, 1 yoshida 50-70 ml, 5 yoshida 90 ml, 10 yoshida 150 ml buladi.

Bollarda buyrakning kontsentratsion kobiliyati past bulganligi sababli, katta diurezda siydikning kontsentratsiyasi ancha past bulib kurinadi. Birinchi yoshida siydikning nisbiy zichligi 1002 dan 1008 gacha bulib, uzgarib turishi mumkin, 2-3 yoshida 1010 dan 1018 va 10 yoshida kursatkichi katta yoshlarnikiga uxshab ketadi.

Yosh bolalarda siydikning bioximik kursatkichlari yoshiga karab uzgarishi ozrok buladi. Yangi tugilgan yosh bolalarning siydigining reaksiyasi keskin nordonrN 5,0 dan past birinchi yoshida siydikning rN 6,0-7,4 ga teng. Och kolganda, ich ketganda, kup terlaganda siydikning nordonligi oshib boradi. Bolaning usib borishida siydikning mikdori kattalar kursatkichiga yakinlashib boradi.

Gudak bolalar buyragini tekshirish diagnostikasi juda kiyin, chunki bolalarda kupincha buyrak zararlanishininn kurinish belgilari umumiy xususiyatlarga uxshaydi; bolaning bezovtalanishi, tana xaroratining kutarilishi, ishtaxaning yomonlashishi, kayt kilish va boshkalar. Tashxis kuyishda yaxshi yigilgan anamnez (bunda tugma va oilaviy kasalliklarni aniklash axamiyatga ega) va siydik analizlari yordam beradi. Yangi tugilgan va gudak bolalarda siydikni yigish uchun maxsus yopishadigan polietilen kopchalar kulaniladi.

Xayotining birinchi yoshidagi bolalar xamma vakt ogrigan joylarini notugri kursatib, kupincha pielonefritda, buyrak va siydik yullari toshida , urug

tizimchasining shikastlanganidan keyingi kilotasida, moyakningburalib kolishida va boshka urologik kasalliklarda ogrikni kindik soxasida deb shikoyat kiladilar. E'tiborsizlik bilan kurish yoki shifokorning etarli darajada tajribasi bulmasa, bu xollarda utkir appenditsit tashxisi kuyilib, bexuda operatsiya bulishi mumkin. Gudak bolalarda buyrakning ish faoliyati etarli darajada bulmasligi tufayli, ekskretor urografiya kupincha infuzion urografiya xiliga uxshatib bajariladi. Rentgenokonstrast moddaning mikdori yosh bolaning ogiriligiga va yoshiga karab buladi: 1yoshgacha bulgan bolalarga tananing 1 kg ogiriligiga 35% ml suyuk modda venasiga kuyiladi. 3-5 yoshgacha 2-3 ml, 7-10 yoshgacha 1,5-2 ml. Buyrakning ish faoliyati ancha pasayganda, rentgenokonstrast moddani 1-2 marta kupaytiriladi. Yosh gudaklarni tekshirishdan oldin, sut bilan xavoni yutish uchun ovkatni kichkina butilkalarda beriladi. Xavo ta'sirida chuzilgan oshkozok sharoitida buyraklarning kurinishi ancha anik buladi.

Ikki yoshdan yukori bulgan bolalarda Qovuqni va siydik chikarish kanalini tekshirsh uchun keyingi yillarda katta darajali sistouetroflyurografiya utkazish keng tarkaldi. Uni bajarish usuli kuyidagicha: Qovuq bushatilib, 20% isitilgan suyuk rentgenokonstrast modda bilan tuldiriladi. Yosh bolani vertikal xolatda flyurograf xonasiga joylashtirib, kichkina bolalarni esa rentgenonegativ kursigacha utkazilgan xolda tekshiriladi. Siyish vaktida va keyin bir necha suratlar kilinadi, bu esa siyish dinamikasini, Qovuq va siydik chikarish kanalining xolatini, Qovuq-siydik yuli refleksini aniklashga va siydik koldigi borligini kuzatishga imkon beradi.

Ba'zida yosh gudak bolalarda miktsion sistouetrografiyaning maska orkali kilingan narkoz bilan bajariladi. Qovuq, kontrast modda bilan tuldirilgandan sung maska olinadi. Yosh bola narkozdanuygonishi bilan siya boshlaydi.

Yosh bolalarda asboblarni bilan tekshirish (tsistoskopiya, uretroskopiya, buyrak punktsion biopsiyasi, angiografiya) odatda narkoz orkali kilinadi. Bu tekshirishlar yosh bolani yoshiga karab tegishli asboblarni tanlab olishga katta e'tibor beriladi.

IV-BOB

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

Odamning tugma nuksonlarini 1G`3 kismini siydik va jinsiy a'zolarining anomaliyalari tashkil kiladi.

Siydik va jinsiy a'zolar nuksonlari oz va kup, engil (xayot davomida klinik kurinishlar kuzatilmaydi) va ogir (xattoki xayot uchun tugri kelmaydigan darajada) xillariga bulinadi.

Odamning siydik va jinsiy sistemasini emriogenetik yakin boglikligi tufayli, siydik a'zolarining anomaliyalarini 33% jinsiy a'zolarining nuksonlari bilan birgalikda uchraydi.

Buyrak asosan uchta tuzilishda rivojlanadi: pronefroz, mezonefroz va metonefroz. Pronefroz ekskretor sistemani pastki umurtkalilarining ontogenetik koldigi bulib xisoblanadi. U 6-10 juft naychalardan xosil bulib, yulaklar bilan kushilib, volfov yuli deb nomlanadi, eki birlamchi ekskretor kanali deyiladi.

Bola xaetni ona kornidagi davrini 4 xaftasida pronefros takomillashib.fakat volfov yuli saklanib, kloakaga ochilib. Nefrogen xordani uzunasiga karabusadi. Pronefroz yukalmay turib, usib boraetgan mezoblastik oralik xujayra massasidan mezonefros paydo buladi.

Mezonefros kanalchalardan tashkil topgan bulib, volfov yulini pronefrotik soxasida tugallanadi.Mezonefros avval yukori dorsal segmentdan paydo bulib,jaraeuning kaudal bulimida tezlik bilanrivojlanib III bel segmentida joylashadi. Bu vaktida mezonefrosni ish faoliyatida bulgan tuplovchi kanallari fakat oz kismi kolib, ayollarda gunterov yuli,erkaklarda esa paraepididimis saklanib koladi. Gartnerov yulini bulimi siydik nayini tashki teshigini kinda yoki bachadon buynida ektopiyasining bulishiga sabab buladi.

Metanefroz sekretor va yiguvchi sistemadan iborat. U embriinni dum kismidan mezonefrosni atrofiya davrida nefrogen xordaga uxshab (buyrak blastomasi) paydo buladi. Paralel bu bilan birga metanefrotik yoki volfora yulidan buyrakni tuplovchi elementidan ikki tomonlama divertikulani paydo bulishi bilan vujudga keladi. Siydik nayini boshlanishi (metonefrotik divertikula) kanal yunalishda usib, keyinchalik siydik nayi paydo buladi. Metanefrogen blastoma bilan uralgan siydik nayini yukori kismidan, bulinish yuli bilan buyrak jomi va kosacha larini usish joyini boshlanishi bulib, keyinchalik bu yana bulinib buyrakni tuplovchi naychalarini xosil kiladi.

Bir vaktida nefrotik tukima tuplovchi naychalarni uchini uraydi. Keyinchalik kapillyar koptokchalarni inkapsulyatsiyasi paydo buladi.

Mezonefrogen blastomadan buyrakni sekretor sistemasi, ekskretori esa volfova tanasini koldigidan rivojlanadi. Bu sistemalarni kushilishida buzilishi, kupchilik xollarda, buyrak polikistozi anomaliyasini paydo bulishiga sabab buladi.

Metanefrogen blastomadan kup xollarda buyrakni pustlok moddasi paydo buladi; piramidani asosini yopib turadi, uning yuzasi bulaksimon. Bu miya moddasidagi piramidalar orasida markazga karab tarkalib, pustlok moddasi bertineva kolonnalarini xosil kiladi.

6 oylik xomilani tuzilishi bulaksimon bulib, buyrak jomi kichkina, lekin parenximaning pustlok va miya katlamlari ancha rivojlangan buladi.

Buyrakni tosdan bel soxasiga utish xususiyatlari Yu bir kancha buyrak anomaliyalarini kelib chikishini bilish imkoniyatini beradi. Embrional rivojlanishni 7-8 xaftalarida buyrakni uziga xos kutarilishi kuzatiladi.

Tosning pastki kismida joylashgan buyrakni jomi buyrakni oldingi yuzasi va tashki chekkasida buladi. Keyinchalik xarakatida buyrak uzining buyiga karab uz ukida buralib, buyrak jomi kosachalar sistemasi rotatsiyasi buladi; boshida kosachalar ichki tomonga karab, keyinchalik oldinga va oxirida, kachon buyrak uzining odatdagi joyiga etganda, tashkariga karab turadi. Ona korni davri rivojlanishining 8-9 xaftasida, bel segmentini III-da joylashgan aorta va pastki kovak venasidan chikkan kon tomirlaridan buyrakni kon bilan tula ta'minlashi tugallanadi. Bu davrgacha nefrogen blastomadan konni kaudal joylashgan kon tomirlaridan oladi.

Buyrakni magistral tomirlari buyrakga buyrak sinusi orkali kiradi, lekin 25% odamlarda bu buyrak tomirlaridan tashkari, buyrakni yukori va pastki segmentida kushimcha arterial tomirlari xam buladi.

5-6 xaftali xomila ona korni davrida ventral urogenital segmentidagi kloakadan siydik nayini boshlanishi bulib, keyinchalik undan siydik nayi, kosacha buyrak jomi segmenti va buyrakni tuplovchi naychalari paydo buladi. Volfov nayi siydik nayi Qovuq segmentiga aylanadi.

Siydik nayining tashki teshigi yukoriga kutarilib, Qovuq uchburchagini yonboshiga borib ochiladi. Volfov nayidan yana siydik chikarish kanalini orka kismi, urug chikarish yullari, moyak ortigi va urug pufakchalari paydo buladi. Siydik nayini usishi va volfov nayidan kelib chikadigan a'zolarining paydo bulishida ularning bir-biriga boglikligi buzilsa, siydik nayini teshigi ektomiyasi va boshka siydik va jinsiy a'zolar sistemasi anomaliyalari paydo buladi.

Odamlar siydik va jinsiy a'zolarining kandaydir anomaliyalari bilan xayotining kup yillar davomida uzida bulgan anomaliyani sezmay yaxshi tula yashab kelishi mumkin. Lekin kup xollarda siydik yullarida anomaliyalar bulsa, siydik yullarida yalliglanish kasalliklarini, toshlarni buyrak parenximasini atrofiyasi va buyrak etishmovchiligiga sabab bulishi mumkin. Buyrak va siydik yullari surunkali yalliglanishi kasalliklari bulgan yosh bolalarning yarmisida bu kasalliklarning sababi siydik yullaridagi tugma obstruktiv uzgarishlar buladi.

Buyrak va yukori siydik yullari anomaliyalari.

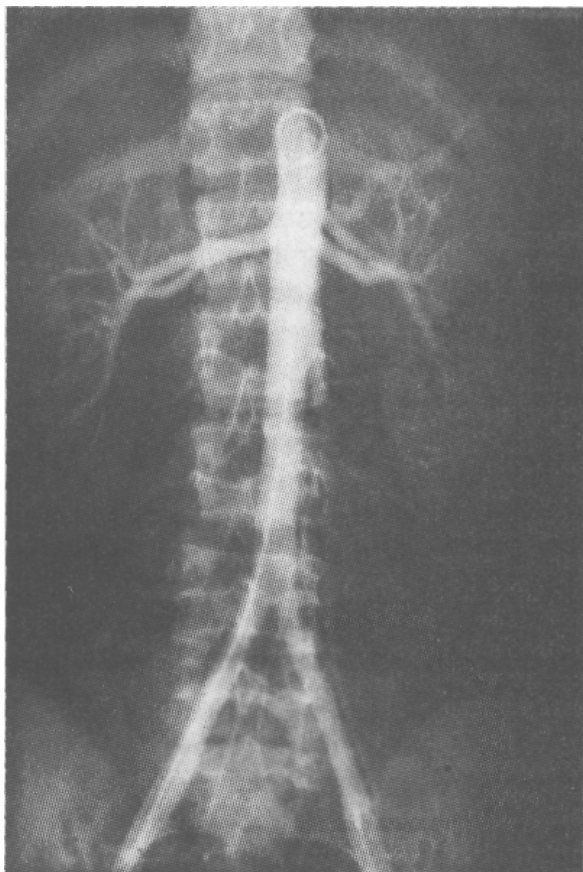
Buyrak kon tomirlari anomaliyalari

Buyrak tugma kon tomirlari uzgarishlarini ikkita axamiyati bor. Birinchidan koidaga asosan xar xil buyrak anomaliyalari kuzatiladi. (diblastik, kushalok, distopiyalashgan, takasimon buyrak, buyrak polikistozi va boshkalar), ikkinchi tomondan buyrak anomaliyasi aloxida nozologik shakldagi kasalliklardan bulishi mumkin.

Kon tomir anomaliyalarining xar xillarini paydo bulishda, eng kup uchraydigan sabablaridan biri, bu buyrakni embrional vaskulirazatsiyasini saklanishi bulib xisoblanadi.

Buyrak arteriyalarini tugma uzgarishlarini kuyidagilarga bulish mumkin: soni, anomaliyasi, joylashgan joyi, arterial stvollarini struktura va shakli.

Tabiiy kurinishdan uzgacha bulishlarning orasida arteriya soni kupincha amaliyotda axamiyatga ega; kushimcha buyrak arteriyasi asosiy arteriyaga karaganda kichikrok bulib, buyrakning yukori yoki pastki segmentiga yunaladi. Kushalok buyrak arteriyasi, buyrak konni ikki bir xil kattalikdagi tomirdan olsa (35-rasm, A,B), kup arteriyalar, takasimon buyraklar yoki xar xil shakldagi buyrak distopiyalariga xosdir.



Kushimcha va kushalok buyrak arteriyalari siydik yullarini kesib utsa, buyrakdan siydik okib chikishiga va gidronefrotik transformatsiyaga sabab bulishi mumkin 36-37 rasmlar. Buyrakning arteriyalari kup bulishi extimolligini takasimon yoki distopiya bulgan buyraklarni operatsiya kilayotgan vaktda unutish kerak emas. Kup arteriyalar orasida buyrak venalarining utishi, bu venadan konning utishini buzib, buyrakdan kon ketishga sabab bulishi mumkin.

35-rasm. Korin aortogrammasi : unгда – kushalok arteriya bilan buyrakning kon bilan ta'minlanishi, chapda-kushimcha buyrakning pastki kismini arteriyasi.

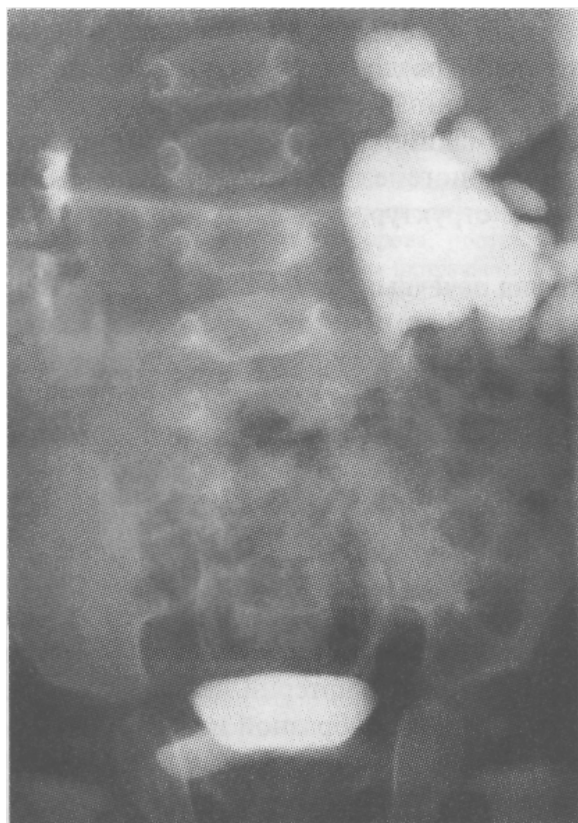
36-rasm. Ekskretor urogramma.

Kosacha va buyrak jomlarining buynidagi arteriya novdalarning «tamgalari».

37-rasm. Aortogramma. Buyrak arteriya novdalarining buyrak jomikosachasi tuzumlarining aloxida elementlarining bir-biri bilan munosabatlarining buzilishi – kaliko – va pielonefritlar «tuknashishlari».

Buyrak venalarining anomaliyalari.

Joylashishining (distopiya) tabiiy kurinishdan uzgacha bulishiga, buyrak arteriyasini aortaning pastki kismidan chikishiga – bel distopiyasi, umumiy yonbosh arteriyasidan chikishiga – yonbosh distopiyasiga. Yonbosh arteriyasidan chikishga –chanok distopiyasi deb ataladi. Arteriyalardan chikkan tarmoklarni shakli va tuzilishini tabiiy kurinishdan uzgacha bulishiga kuyidagilar kiradi: tizzasimon buyrak arteriyasi, buyrak arteriyalarning



anevrizmlari (bir tomonlama va ba'zan ikki tomonlama) odatda markaziy buyrak arteriyalari va uning tarmoklarida ba'zida kushimcha arteriya tomirlarida; joylashishi buyrak arteriyasining fibromuskulyar stenozi-buyrak arteriya devori fibroz va mushak tukimalarni oshikcha rivojlanishi. Fibromuskulyar stenoz bir va ikki tomonlama bulib, arteriyaning urta kismida joylashib, ba'zida kushimcha arteriyalarga utib, ayollarda uchraydi.

Bu tugma buyrak arteriya tomirlarining shikastlanishi, kupincha buyrakdagi kon ta'minlanishining buzilishi arteriya vazorenal gipertenziyaning etiologik omiliga sabab buladi. Buyrak arteriya anevrizmining klinikasida buyraklardan kon okishi mumkin. Buyrakning arteriya va vena tomirlari tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi urtasidagi joyni, tugma shakldagi tabiiy kurinishdan uzgacha bulgan arteriovenoz fistulalar egallab turadi. Ularning klinikasida arteriya gipertenziyasi, buyrakdan kon okish, yurak etishmovchiligi, aorta korin bulimining ustida sistologik shovkin belgilari bulib kurinishi mumkin.

Xar xil shakldagi buyrak arteriyasining tugma uzgarishlar tashxisi va davosi, buyrakdagi nefrogen arteriya gipertenziyasi va vena gipertenziyasiga bagishlangan boblarida mukammal kurib chikilgan (XII va XIII boblarga karang).

Buyrak venalarining tugma uzgarishlarining kelib chikishi pastki kovak venalarining rivojlanishi uzgarishiga yakindan boglik. Pastki kovak va uning tarmoklarini embriogenezing rivojlanishining ketma-ket murakkab bulib, regressiya va uchta venoz sistemani elementlarining almashinishidan iboratdir: orka kordinal venalar, sub va suprakardinal venalar. Pastki kovak venaning renal segmentini xar kandy shakllanish davrlarida buzilishi mumkin.

Ung buyrak venasining (kup venalar, gonad venasini ung buyrak venasiga kushilishi) tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi kam uchraydi.

Kursatilgan vena embriogenez davrida kurinarli darajada transformatsiyaga uchramay, juft birlamchi buyrak venalaridan shakllanib, periaortal vena va xalkasining ung chekkasiga kushilib, uzi pastki kovak venani sungi renal segmentiga aylanadi. Shu vaktnda, bu vena xalkasining chap chekkasi keyinchalik bundan sunggi chap buyrak venasining perikaval bulimi paydo bulib, kuyidagi uzgarishlarga aylanadi; uning ventral (periaortal) novdasi saklanib, birlamchi chap buyrak venasiga kushiladi, dorsal novdasi (retroaortal) esa yukoladi. Shunday kilib, chap buyrak venasi, ung tomonidan embrional tuzilishi xar xil bulishi bilan ajralib, shuning uchun uning rivojlanishi kupincha buzilib turadi: yoki chap vena xalkasining ikki uchi saklanib (xalkasimon chap buyrak venasi) yoki ventral novdasi regressiyaga uchrab, dorsali esa kolib (chap buyrak retraaortal venasi) yoki regressiya jarayonining buzilishi natijasida, sub va supakrdinal venoz tuzilmalarining ungga siljishida tabiiy kurinishdan uzgacha bulishining shunday xili kelib chikadiki, bunda chap buyrak venasi ekstrakaval bulib kushiladi.

Buyrak venalari sonining tabiiy kurinishidan uzgacha bulishiga kushimcha buyrak venasi va kup buyrak venalari kirib, chap tomonga karaganda ung tomonda kup uchraydi (38-rasm). Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishlar shundan iboratki, xatto kushimcha vena va uning shikastlanishi venografiyada kurinmasa xam, vena tanasidan chikkan kup tarmoklarning bittasi shikastlansa, buyrakning xamma venoz gemodinamika tuzilmasining buzilishi mumkin.

Buyrak usmasida usma trombasi vena tanasidan chikkan bitta tarmok orkali tarkalishi mumkin, buyrak venografiyasi vaktida buyrakdagi blastomatoz boskichi xakida notugri tushuncha xosil kilib, bu esa xavfli asoratning paydo bulishiga sabab buladi (nefrektomi bajarilayotgan vaktida usma trombasi uzilib ketishi mumkin).

Buyrak venalarining shakli va joylashishining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi. Gonad vena chap tomondan buyrak venasiga kushiladi. Ungda esa pastki kovak venaga. Ammo 10% xollarda ung gonad vena, ung buyrak venalaridan bittasiga kushiladi. Gonad venaning tabiiy kurinishdan uzgacha bulib kushilishi vena buyrak-moyak refleksini paydo bulishiga anatomik asos bulishi mumkin, bu esa ung buyrak venasidan kon okishining buzilishiga, simpatik varikotselega olib keladi (masalan, nefroptozda yoki boshka shikastlanishlarda ung buyrak venasining stenoziga olib keladi.)

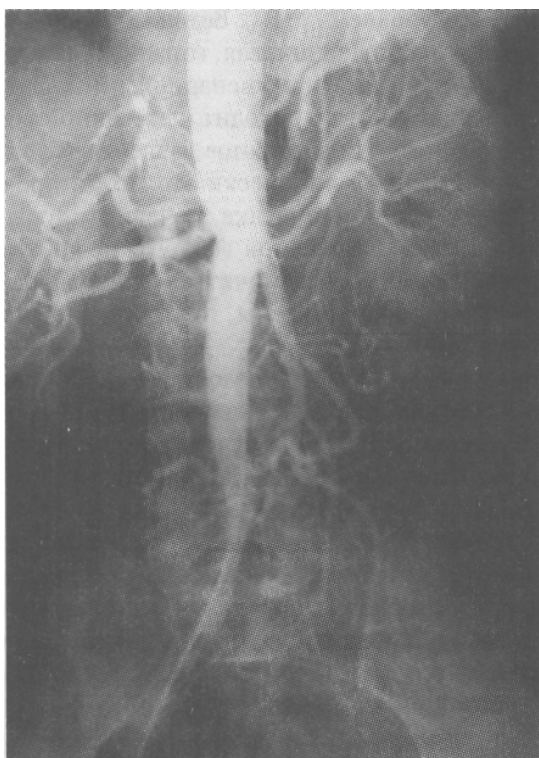
Xalkasimon chap buyrak venasi. Bunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulish 17% gacha boradi. Buyrak vena tarmoklarining pastki kovak venaga kushilish joylari koidaga kura xar xil oldingi (yukori) novda buyrak vensining odatdagi joyida (LI – LII) kushiladi, orka (pastki) kingir-kiyshik pastki yunalish (LIII –LIV) joyida buladi. Novdalarning yugonligi xar xil bulishi mumkin. Oldingisiga buyrak usti, gonad va diafragmal venalari kushiladi, orkadagisiga- bel venasi va yarim juft bulmagan venalar kushiladi. Orka (retreaortal) novdasi orkali keyinchali konning okishi natijasida buyrak vena gipertenziyasi paydo bulib, bu buyrak venasining oldingi (anteaortal) novdasida xam bosimning oshib ketishiga sabab buladi. Bu klinikkurinishida esa urug tizimcha venalarning kengayishi va buyrakdan kon okishlar bulib kurinadi (38-B). Bunday buyrak venasining tabiiy kurinishidan uzgacha bulishini, buyrakusti bezining usmasini diagnostikasida xisobga olish katta axamiyatga ega. Agar buyrak venasining fakat pastki novdasini selektiv kontrastlash bilan chegaralangan, bu vaktida buyrakusti bezining usmasini aniklamay kolish mumkun.

Buyrak usmasining retroaortal novdasining trombozi natijasida buyrak venasi (xakikatda fakat uning yukori novdasi) erkin deb tasavvur kilish mumkun. Bundan tashkari, buyrak operatsiyalarida pastki vena novdasining shikastlanishidan saklash uchun, buyrak venasini bunday anatomik turlari borligini xisobga olish kerak.

Chap retroaortal buyrak venasi (bitta eki kup) 3% gacha uchraydi: u kingir-kiyshik pastga tushaetgan traektoriyada bulib, pastki kovak venasining odatdagidan pastrogida kushiladi. Bu turida buyrakning venasida konning tuplanishida anatomik sharoitning bulishi, proteinuriya eki gematuriya klinik belgilari bulib kurinadi. Buyrak usmasining angiografiyasida venaning kiyinchilik bilan bulgan katetrizatsiyasi va kontrastlanishi, usma borligi xakida soxta taasurot bulishi mumkun.

Chap subkardinal vena buyrak venasiga aylanib, yarim juft vena tuzimiga eki enbosh venasiga ochilishi chap buyrak venasining ekstrakaval kushilishi sabab buladi. Pastki kovak vena tanasidan chikgan kushimcha tarmok xilidagi tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi konning okish yunalishi bilan fark kiladi: chap buyrak venasining ekstrakaval kushilishda u pastga yunaltirilgan (umumiy chap enbosh venasiga), pastki kovak venasi kushalok bulganda- yukoriga yunaltirilgan buladi. (markazlashgan).

Shunday odatdan tashkari vertikal yunalishda bulgan buyrak venalarini gorizantal bulib kelaetgan buyrak arteriyalari kesadi, bu esa buyrakdan chikaetgan vena okimining buzilishiga olib kelishi mumkun.(39-rasm).



38-rasm. A- ung buyrak venogrammasi: kup buyrak venalari, ularning bittasiga moyak venasi kushilyapti: B-chap buyrak venogrammasi. Xalkasimon buyrak venasi.

39-rasm. Chap venogrammasi. Chap buyrak venasining umumiy chap enbosh venasiga ekstrakovalkushiladi.

Buyrak kontomir oegining tabiiy kurinishidan uzgacha bulishini boshka tomirlar bilan bir-biriga boglik bulgan aortomezenterial arteriya «pintseti» va gonad arteriyalari bilan, chap buyrak novdasining bosilishi tashkil kiladi (442 – betga karang).

Fakat pastki venokavagrafiya va buyrak venografiyasi orkali buyrak venalarining tabiiy kurinishdan uzgacha bulish diagnostikasini aniklash mumkin, lekin chap umumiy yonbosh venasini tekshirish undan oldin bulishi kerak.

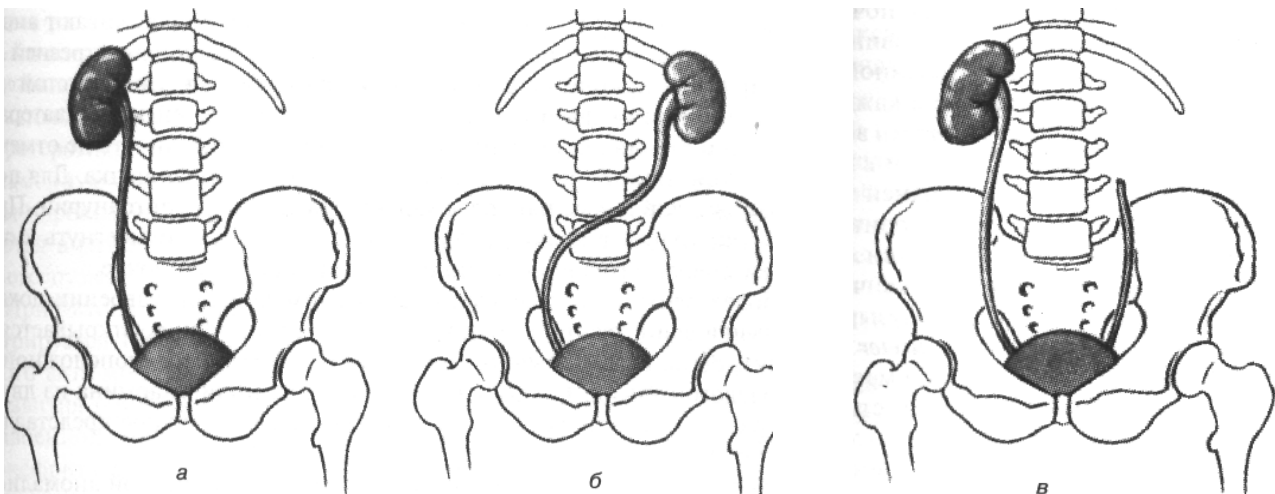
Buyrak gemodinamikasining buzilgan vaktida venalarning tugma kasalliklarini davolash zarurati tugiladi.

BUYRAKNING TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Buyrakning tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi besh guruxga bulinadi: soni, katta-kichikligi, joylanishi, bir-biriga munosabati, tuzilishi.

Sonining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Buyrak aplaziyasi (ageneziya) – volf yulining rivojlanishi tuxtab kolishi yoki



bulmasligi natijasida birlamchi izolateral yadrodan aplaziya paydo bulib, bundan esa tegishli tomonning siydik yullari vujudga keladi. Buyrak aplaziyasini uning atrofiyasidan ajratish kerak, chunki bu patologik xolatlarining klinik kurinishlari bir xil.

Buyrakning aplaziyasi uchun, tegishli tomonda Qovuq uchburchagi yoki Qovuqdagi siydik chikarish teshigining birortasining bulmasligi patognomik buladi.

Xromotsistokopiya, ekskretor urografiya, pnevmoretroperitoneum, buyrakning radioizotop va ultratovush skanirovaniyasi va angiografiyasi, buyrak kon tomirlarini bulmasligini aniklash yordamida buyrakning bir tomonlama aplaziya tashxis kuyiladi. Odatda buyrakning aplaziyasida kontreateral buyrakning gipertrofiyasi kuzatiladi. Gipertrofiyaga uchragan buyrakning odatdagi ish faoliyati buzilmagan bulsa, buyrak etishmovchiligi kuzatilmaydi.

Bitta buyrakni kandaydir boshka bakteriyalar, zaxarli moddalar yoki tusadigan omillar ta'siri bulmaganga kadar ish faoliyati buzilmaydi. Bitta buyrakning zurayish belgilaridan biri kupincha oligoanuriya xisoblanadi.

Shunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulish extimolligini bilib turib boshka tomnida ish faoliyatiga ega bulgan buyrakning borligini oldindan tekshirmasdan, xar kanday sharoitda nefrektomiya kilish mumkin emas. Ayniksa, bitta yagona buyrakning aplaziyasida buyrak jomini va siydik yulini aniklash murakkab buladi. Bitta siydik yuli Qovuqning, odatdagi uz joyida ochilib, ikkinchisi esa Qovuqning ruparasida ochiladi. Bunday xollarda, odatda joylashgan ikkita siydik yullarining teshigidan indigokarminni chikishi ikkala buyrakning borligi xakida soxta tushuncha xosil kiladi.

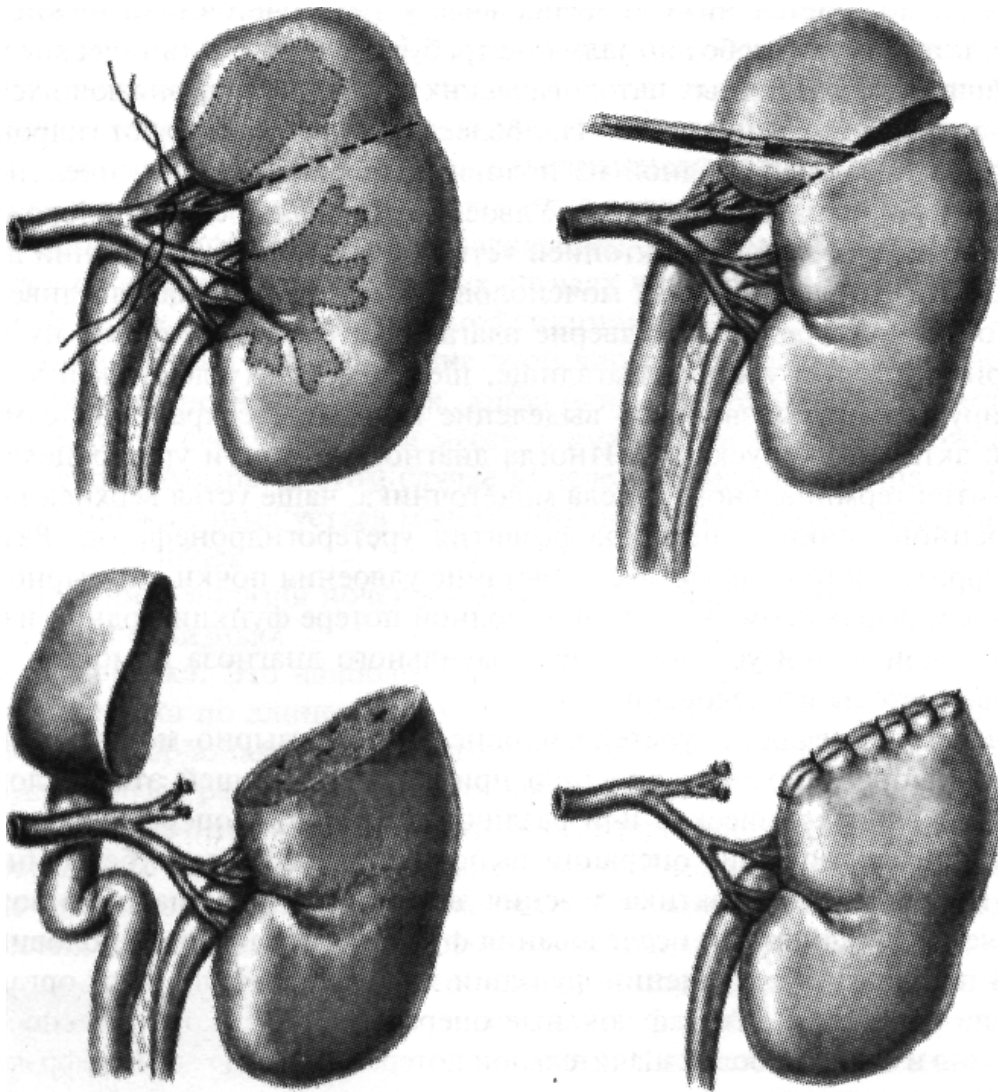
Ikki tomonlama buyrakning aplaziyasi favkulodda kam uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulib, u xayotga tugri kelmaydigan bulganligi uchun, klinik axamiyatga xam ega emas.



Buyrakning ikkita bulishi – bu a'zoning kup uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulishidir. Odatdagiga karaganda ikkita buyrak uzunrok bulib, kupincha embrional bulakchalari anikrok buladi. Yukori va pastki buyrak orasida arikcha buladi, lekin u xar xil darajada kurinishi mumkin. Kushalok bulgan buyrakning yukori kismi xamma vakt pastiga karaganda ancha kichikrok buladi. Kushalok buyrak ikkita buyrak arteriyalari orkali kon bilan ta'minlanadi. Buyrakning xar bulagini limfa aylanishi aloxida –aloxida buladi. Buyrak tula kushalok bulganda, buyrakning xar bir kismida aloxida buyrak jomi, kosachasi bulib pastki kismida odatdagidek rivojlangan, yukori kismi esa rivojlanmagan buladi. Xar bir buyrak jomidan bittadan siydik yuli chikadi (40-rasm).

Shunday kilib, tula kushalok bulgan buyrakni xar bir kismi mustakil a'zo bulib (anatomik va fiziologik tuzilishlarda), kupincha aloxida yukori kismi kasallika duch keladi. Buyrakning tomirlari va parenximasi ikkita bulib, buyrak jomi ikkita bulmasa, buyrakning tuliksiz ikkita bulishi deb aytiladi.

Tsistokopiyaga, buyrakning ekskretor urografiyasiga va skanirovaniyasiga asoslanib ikkita buyrakning tashxisi kuyiladi. Bu tabiiy kurinishidan uzgacha bulishning klinik kurinishlari kushilgan patologik jarayonlarga boglik buyrakning bir kismida kupincha gidronefroz, pielonefrit, siydik tosh va sil kasalliklari uchraydi.



40-rasm.

Kushalok buyrak.

A-buyrak jomlarining kushalok bulishi; B-buyrak tomirlarini kushalok bulishi; V-buyrak jomi va tomirlarining kushalok bulishi (buyrak tula kushalok bulishi).

Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulish davolashni talab kilmaydi. Kushalok buyrakning yarim tomoni kasallanganda patologik joyni olib tashlash uchun kursatma balsa, geminefrektomiya kilish mumkin, kushalok buyrakning ikkala kismi xam zararlansa, nefrektomiya kilinadi.

Kushimcha uchinchi buyrak – juda kam uchraydigan anomaliyadir. Kushimcha buyrakning kon aylanishi va siydik yuli aloxida buladi. Bu buyrak odatdagi buyrakdan pastrokda, pastki bel umurtkasi oldida, yonbosh soxasida, kam xollarda chanokda buladi. Katta-kichikligi uzgaruvchan bulib, kupincha kichikrok buladi. Ba'zi vaktlarda kushimchabuyrakning siydik yuli teshigini ektopiyasi kuzatilishi mumkin. Tabiiy kurinishdan uzgacha bulishning tashxisi ekskretor urografiya, buyrak skanirovaniyasi va buyrak arteriograiyasi (aortografiya ma'lumotlariga asoslanib kuyiladi. Operatsiya yuli bilan davolash – nefrektomiyaga-gidronefroz, titiaz, pielonefrit, usma kursatma bulib xisoblanadi.

MIKDORINING TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Buyrak mikdorining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishiga, uning mikdorining kichik bulishi- gipoplaziya kiradi. Buyrak gipoplaziyasida uning gistologik tuzilishi odatdagiday bulib bunda buyrakning ish faoliyati buzilmaydi. Kupincha gipoplaziya bir tomonlama bulib, ba'zan xar tomonlamasi xam uchrashi mumkin.

Gipoplaziya tashxisi buyrakning ekskretor urografiya, radioizotop va ultratovush skanirovaniyasining axbrotlariga asoslangan xolda kuyiladi. Rentgenogrammalarda buyrak kichik bulib kurinadi. Buyrak jomi kichikrok,



uchburchak yoki ampula shaklida bulib, buyrak jamidan kichkina kosachalar tarkaladi (41-rasm).

41-ram. Ekskretor urogramma. Ung buyrakning gipoplaziyasi. Buyrak arteriografiyasi gipoplaziyani patologik jarayon tufayli kichkina (nefroskleroz) bulgan buyrakdan tashxisini aniklashga va takkoslashga imkon beradi: gipoplaziyasida buyrak oyogidagi tomirlar kolibri, buyrak ichidagi tomirlarga uxshab bir xil kichkina buladi, ikkilamchi bulgan atrofiyada, buyrak oyogidagi tomirlar kolibri odatdagiday bulib, buyrak ichidagi, asosan pustlogidagi tomirlarning kolibri juda xam kichkina bulib, ular buyrakda notugri tarkalib, ularning soni ancha kamaygan buladi.

Bir tomonlama buyrak gipoplaziyasida fakat pielonefritning ogir asoratida yoki arterial gipertenziyasida davolash zarurati

buladi. Ikkinchi buyrakning ish faoliyati saklangan balsa, bunday xollarda nefrektomiya kilinadi.

Joylanishining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Buyrakning joylanishini tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi (distotsiya), birlamchi buyrakning chanokdan bel soxasiga odatdagi siljishi buzilganda paydo buladi. Buyrakning distopiyasi bir yoki ikki tomonlama buladi.

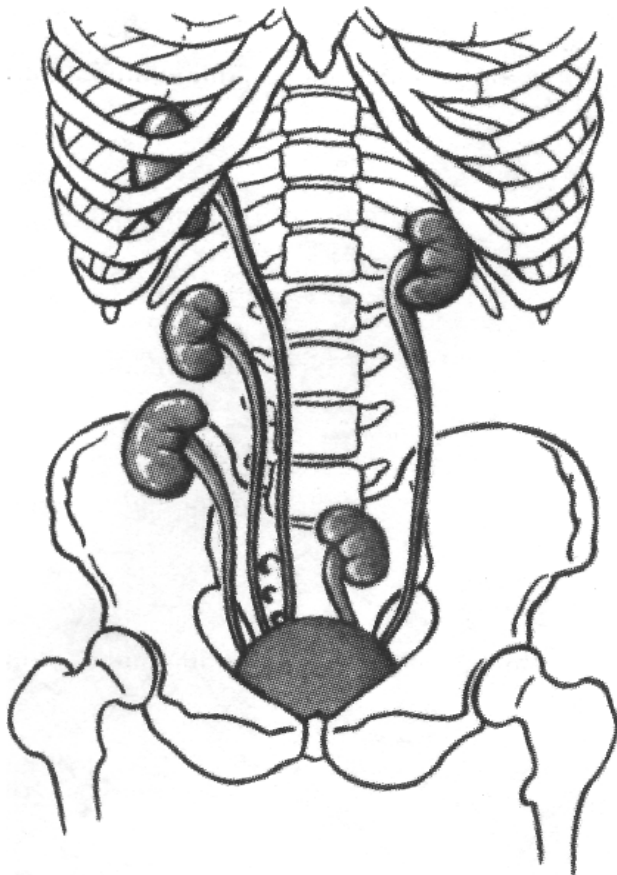
Buyrakning joylanishiga karab kukrakli, yonbosh, bel, chanok va bir-biri bilan kesilgan distopiya xillari buladi. Distopiya bulgan buyrak kancha past balsa, buyrakning rotatsiyasi shuncha kup buzilgan buladi.

Buyrakning kukrak distopiyasi juda xam kam uchrab, tasodifan topilib, odatda kukrak kafasini rentgenoskopiya, flyurografiya kilganda tusatdan kukrak kafasi diafragma ustida ekanligi aniklanadi.

Kupincha upka usmasi yoki kistasi deb tashxis kuyib, operatsiya xam kilishadi. Lekin ekskretor urografiya va buyrakni skanirovaniyasi yordamida tugri

tashxis kuyish mumkin. Ba'zida bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi diafragmaning relaksatsiyasi bilan birga uchraydi.

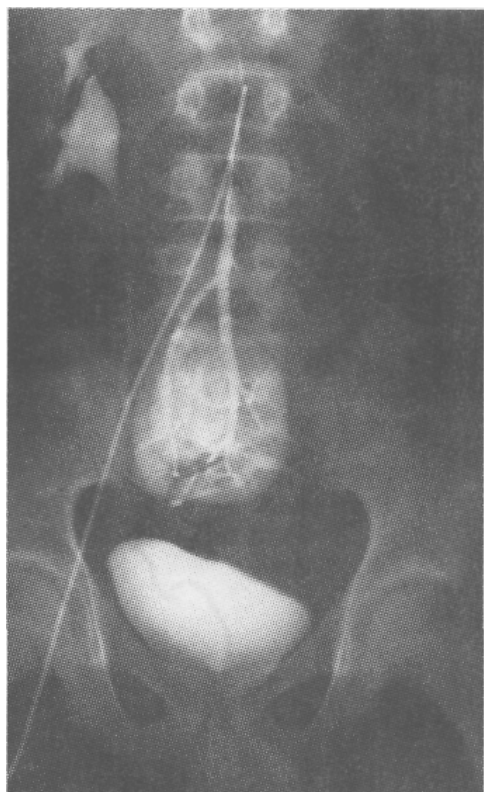
Buyrakning kukrak distopiyasida siydik yuli odatdagiga karaganda uzunrok, buyrak tomirlarining yukoridan chikishi aniklanadi.



Yonbosh distopiyasi kuprok uchraydigan anomaliyalardan bulib, buyrak yonbosh chukurchasida joylashadi (42-rasm). Buyrak arteriyalari odatda kup bulib, umumiy yonbosh arteriyasidan chikadi.

Yonbosh distopiyasining kupincha belgilaridan biri korindagi ogrik bulib, distopiya bulgan buyrak kushni a'zolari, nerv tugunlarining bosishi natijasida va urokinamikaning buzilishi tufayli kelib chikadi. Ayollarda bu ogriklar xayz kurish davrlariga tugri keladi. Meda ichak yullari ish faoliyatining buzilishiga boglik bulgan ogriklar, fakat buyrak atrofida ichaklarni bosilishidagina bulmay, bu reflektor xususiyatiga ega bulib, kungil aynish, kusish, gastralgiya va aerokoliyalardan iborat. Odatda bu gidronefroz yalliglanish kasalliklarida yoki distopiya bulgan buyrakning toshlarida uchraydi.

Yonbosh distopiyasida buyrak korinda xuddi usmaga uxshab paypaslanganligi sababli, kupincha uni kista yoki tuxumdon yoki boshka a'zoning usmasi deb bilish mumkin. Yonbosh soxasida distopiya bulgan buyrakning (xatto yagona buyrakni) usma deb, bilmasdan olib tashlagan xodisalar xam ma'lum.



Bel distopiyasida buyrak bel soxasining pastki kismida joylashadi. Distopiya bulgan buyrakning arteriyasi aortaning pastki kismi II-III bel umurtkasining chegarasidan boshlanib, buyrak jomi oldinga karab turadi. (43-rasm).

Buyrakning bel distopiyasi ba'zida ogriklar bilan uzining borligini sezdirib, kovurga osti soxasida paypaslanib, uni buyrak usmasi yoki nefroptoz deb uylash mumkin. Chanok distopiyasi kam uchrab, chanok chukur joylashgan buladi. Erkaklarda buyrak tugri ichak bilan Qovuq orasida, ayollarda esa bachadon va tugri ichak urtasida joylashadi.

Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishning klinik belgilari atrofdagi a'zolarining siljishiga

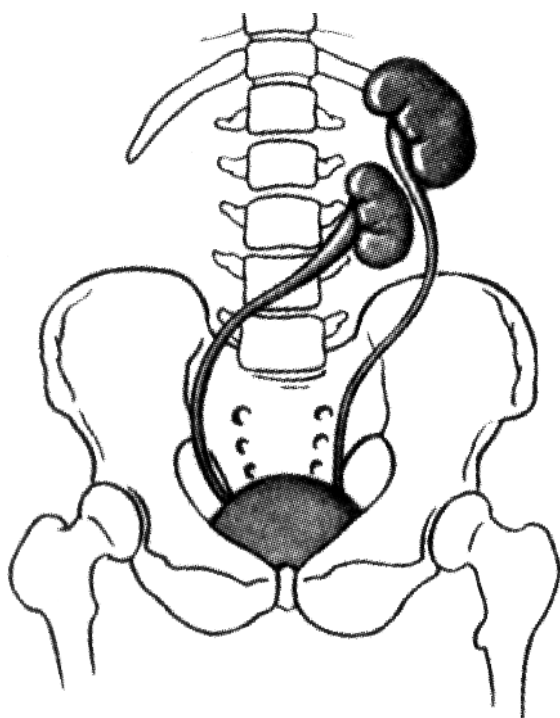
boglik bulib, ularning ish faoliyatlari buzilishi natijasida kelib chikadi. Bimanual paypaslash erkaklarda turgan tugri ichak, ayollarda esa kinning orka gumbazi orkali oz xarakatli kattik konsistentsiyali tanani aniklashga imkon beradi.

Bir-biri bilan kesishgan buyrak distopiyasi juda kam uchraydigan anomaliyalardan bulib xisoblanadi. U bitta buyrakni urta chizikka siljitadi, buning natijasida ikkala buyrak bir tomonda joylashgan buladi. Bir-biriga kesishgan distopiyada kupincha ikkala buyrak kushilgan buladi. Buyrak distopiyasining tashxisida asosiy usullardan ekskretor urografiya, radioizotop skanirovaniya yoki stsintigrafiya bulib xisoblanadi. Buyrak distopiyasida ajratish tashxisini nefroptoz va korin bushligining usmasi bilan bajariladi. Buyrak angiografiyasi ajratish tashxisida asosiy axamiyatga ega. Tekshirish yotgan va turgan xolatlarda utkaziladi.

Buyrak distopiyasining nefroptozdan farki, buyrak tomirlari kalta, odatdagiga karaganda pastrokdan chikib, buyrakning xarakati bulmaydi. Distopiya bulgan buyrakni fakat patologik zurayishlar mavjudligida (pielonefrit, kalkulyoz, gidronefroz, usma) operatsiya kilinadi. Buyrak distopiyasida patologik xarakatchanlik kuzatilmasa nefropeksiya kilinmaydi.

BIR-BIRIGA BULGAN MUNOSABATNING (BITISHINI) TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Ikki buyrakning bir-biri bilan munosabatining (bitishini) tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi deb aytiladi. Agar buyraklarning bitishi ularning medial yuzasida



bulsa, bunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulishini galetto-shaklli buyrak deyiladi. Bir buyrakning yukori kutbi bilan boshka buyrakning pastki kutbi kushilsa, unda S-shaklli yoki L-shaklli buyrak deb ataladi (45-rasm).

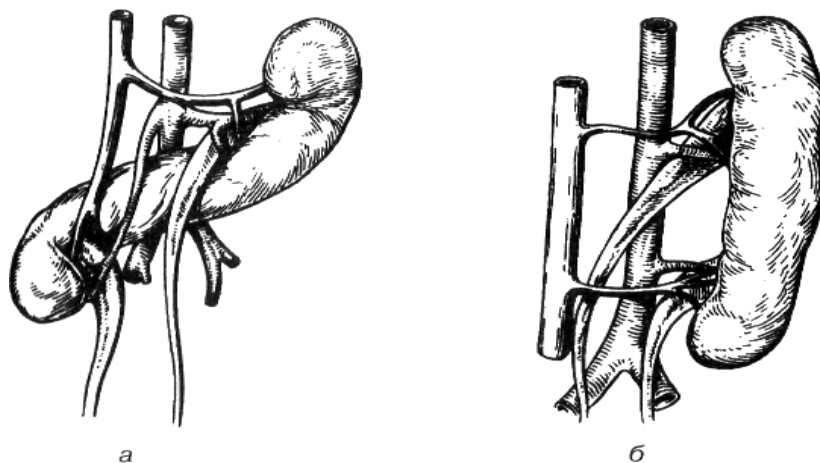
Birinchi shaklida bitta buyrakni buyrak jomi-siydik yuli segmentimedialga, boshka tomoni esa lateralga kayrilgan; ikkinchi shaklida esa buyrakning uzun uklari bir-biriga perpendikulyar buladi. Agar buyraklarning bir xil kutblari kushilsa (90% xollarda pastki) tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi takasimon buyrak deb ataladi.

Kupincha tabiiy kurinishdan uzgacha bulgan shu guruxdagi takasimon buyrakning kizikarli tomoni bor. Kupincha bu erkaklarda uchrab, takasimon buyraklari bor

kishilarning yarmisida boshka a'zolar tabiiy kurinishdan uzgacha buladi.

Takasimon buyraklarning xarakati, odatdagi buyrakka karaganda ozrok bulib, maxkam turishi uning kup tomirlarining boglanishi va a'zoning uziga xos shaklli bulishiga boglik. Buyrakning ikkala yarim bugimlarini kushadigan buyni, odatda katta tomirlarni (aorta, pastki kovak vena, umumiy yonbosh tomirlari) va kuyosh tugunining oldida joylashib, uni umurtka pogonasiga bosib turadi.

44-rasm. Retrograd pielogramma. Buyrakning bir-biri bilan kesishgan distopiyasi.



45-rasm. Ekskretor urogmmalar. S- shaklli (A) va L-shaklli (B) buyraklar.

Lekin buynini retroaortal xolati xam bulishi mumkin. Takasimon buyrak uzi xech kanday shikoyatni keltirib chikarmaydi. Kishi bunday uzgarishlarning borligini bilmasligi mumkin. Takasimon buyrakning asosiy belgilaridan , korinni paypaslaganda kam xarakatlanuvchi narsani umurtka poganasining ikki tomonida bulishi, ba'zida kushni a'zolarning bosilishi sababli engil ogriklarning sezilishi mumkin. Takasimon buyrakning buyni bilan pastki kovak venaning bosilishi tananing pastki yarmida vena gipertenziyasini, oyoklarda shishlarni , xattoki astsitni bulishiga olib keladi. Ba'zida oyoklarning uvishib kolishi seziladi.

Takasimon buyrakning xar kanday tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi, gidronefroz, uziga xos va uziga xos bulmagan yalliglanish kasalliklarining va kup xollarda tosh paydo bulishiga kulay sharoit yaratib va nefrogen arterial gipertenziyaning sababi bulishi mumkin. Odatdagi buyrakning joylashishiga karaganda takasimon buyrakni kam xarakatchanligi va uziga xos urinda turishi, uning kup darajada shikastlanishga muhtalo kilish mumkin. Buyrakning bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi tashxisida rentgenologik va radioizotop tekshirish usullari katta rol uynaydi. (46-rasm). Angioarxitektonikani urganish uchun buyrak arteriografiyasi kullaniladi. Shiddatli va kuchli ogriklarning bulishi operatsiya bilan davolash uchun kursatma buladi. Bunda buyrak buyni kesilib ajratiladi (istomotomiya). Lekin operativ yul bilan davolash, kupincha takasimon buyrakda fakat kandaydir patalogik uzgarishlar rivojlanganida kullaniladi. operatsiya

kilayotgan vaktida shuni esda tutish kerakki, buyrak jomi oldingi tomonida bulib, aorta va yonbosh arteriyalardan kelayotgan tomirlar juda tartibsiz joylashgan buladi.

Agar takasimon buyrakning bir tomoni chukur zararlangan bulsa, buyrak buynini kesib ajratgandan sung olib tashlanadi.

BUYRAK TUZILISHINING TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Buyrakning displaziyasi – xajmi tugma kichik bulib, parenximasi notugri rivojlangan va ish faoliyati pasaygan buladi. Buyrakning ikki xil shakldagi displaziyasi mavjud: rudimentar va pakana buyrak.

Rudimentar buyrak shunday a'zoki, embronal davrning boshlanishida rivojlanishi tuxtab kolgan bulib, buyrakning urnida uncha katta bulmagan 1-3 sm yoki undan xam kichkina massa topilib, uni gistologik tekshirganda koptokchalar, naychalar va sillik mushak tolalarining koldiklari aniklanadi.

Pakana buyrak fakat ancha kichkina (2-5 sm gacha) bulib, parenximasida koptokchalar mikdori juda ozayib, interstitsial fibroz tukimasi oshikcha rivojlangan. Buyrak tomirlari xam ancha ingichkalashgan ba'zida esa siydik yuli obliteratsiyaga uchragan. Bunday shaklli buyrak tabiiy kurinishdan uzgacha bulib, kupincha nefrogen arterial gipertoniya olib keladi.

Buyrak multikistozi – juda xam kam uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulishidir. Bu kupincha bir tomonlama bulib, buyrak tukimalarining xamma urni kistalar egallaydi, siydik yuli va buyrakjomi atrofining obliteratsiyasi yoki uning distal kismi yuk buladi. Tashxisi juda murakkab. Multikistozning asosiy tekshirish usuli aortografiya bulibB zararlangan tomonda buyrakning angiogramma va nefrogrammalarida xech narsa kurinmaydi. Buyrakning bilateral multikistozi xayot uchun tugri kelmaydi.

BUYRAKNING POLIKISTOZI.

Buyrakning polikistozi – tabiiy kurinishdan urzgacha bulishning eng ogir shakli buladi. Ularning parenximasigi urni xar xil kattalikdagi kup kistalar egallagan. Buyrakning kurinishi bir bosh uzumga uxshaydi. Buyrak polikistozining asosida,sekretor va ekskretor nefronlar segmentining ona konida rivojlanish boskichida uz vaktida notugri va egri-bugri naychalarining kushilganligi sababli buladi. Buning natijasida nefronning proksimal bulimidan birlamchi siydikning okishi buzilib, bir tomoni berk bulgan naychalar kengayib, ularda kistalar paydo buladi. Polikistozda oralik tukimalar surunkali yalliglanishlarning zurayishi natijasida naychalarning bosilishiga olib kelib, yana xam nefronlardan siydikning okishini kiyinlashtirib, kistalarning kattalashishiga imkon beradi. Yosh bolalarda nefronlarning displaziyasi sababli polikistoz boskichi ogir bulib, buning natijasida 70% ga yakin tugilgan bolalar xayotining birinchi kunlaridayok uladi. Agar bolaning tugilishida zararlangan nefronlarning mikdori oz bulsa, buyrak etishmovchiligining alomatlari, buyrak polikistozining ikkilamchi kasalliklari, kupincha surunkali pielonefrit belgilari paydo bulganda bilinadi. Buyrak polikistozi ayollarda kuprok kuzatiladi. Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulish, kupincha jigar polikistozi, oshkozon bezi , kora talok, upka , tuxumdonlar polikistozi xamda miya arteriyalarining anevrizmlari bilan birga uchraydi.

Buyrak polikistozida buyrak etishmovchiligi sababli bel soxasida simillagan ogrik, chankoklik va poliuriya, tez charchashlik, yurak tomirlarini uzgarishiga boglik bulgan arteriya bosimining kutarilishi, gematuriyalar asosiy belgi bulib xisoblanadi. Pielonefritning rivojlanishida piuriya paydo buladi.

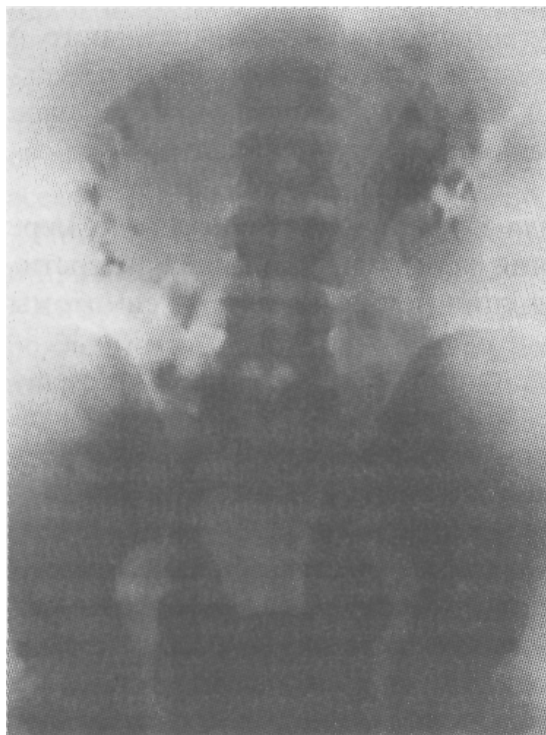
Buyrak polikistozi uch klinik boskichdan ibor:

1-baravarlashtirilgan bel soxasida simillangan ogriklar, umumiy bexoslik va buyrakning ish faoliyatining biroz buzilishi;

2-baravarlashtirilgan xususiyatining pasayishi, buning uchun buyrak soxasidagi ogriklar, buyrak etishmovchiligiga boglik bulgan ogiz bushligining kurinishi, chankoklik, bexollik, kungil aynishi va arteriya bosimining kutarilishi;

3-baravarlashtirish xususiyatining buzilishiga, doimo kungil aynishi, vakti-vakti bilan kusish, umumiy bexoslik, bosh aylanish va chankokliklar xosdir. Buyrakning ish faoliyati juda pasayib, uning filtratsion va kontsentratsion kobiliyati buzilib, konning sarik zardobida mochevina va kreatininlarning mikdori ancha kupayadi.

Paypaslash buyrak polikistozida muxim diagnostik usullardan bulib xisoblanadi. Bunda buyraklarni paypaslash , uning yuzasida kandy uzgarishlar borligini aniklash zarur. Polikistozda ikkala buyrak xam ancha kattalashib, kattik , gadir-budir va ba'zi paytlarda ularning yuzasida aloxida kistalar paypaslanadi. Polikistoz bulgan buyraklar shunday kattalashib keishadiki, ular olding korin devoridan burtib chikadilar. Bularning xammasi kasallikka tugri tashxis kuyishda shubxa koldirmay. Siydikni tekshirganda gipoizostenuriya, piuriya va gematuriyalar borligi aniklanadi. Konning taxlili anemiyani, mochevinani va kreatinning kutarilganini bildiradi. Buyrakning polikistoz tashxisida rentgenologik va ultratovushlar muxim axamiyatga ega. Ekskretor urogmmalarda buyrak kattalashib, buyrak jomi va kosachalari chuzilgan buladi. Kistalar bilan bosilishi natijasida ular shoxlanib, dumalok va uroksimon bulib, buyrak jomi-siydik yuli segmenti, siydik yulining yukori kismi bilan birga medial tomonga surilgan bulib, buyrak jomi buyrak ichida buladi. (47-rasm).



Polikistoz bulgan buyraklarning antiogrammalarida tomirsiz joylari bulib,

markaziy va mayda arteriyalar ingichka va chuzilgan buladi. (47-rasm.)

Farklovchi tashxis buyrakning usmasi bilan kilinishi kerak. Kasallikning buyrakning ikkala tomonida bulishi, buyrak polikistozini muxim farklovchi tashxis belgilaridan bir bulib xisoblanadi. Buyrak angiogrammasi tugri tashxis kuyishga imkon beradi. Buyrak polikistozi bulgan bemorlarni konservativ usul bilan davolashdan asosiy maksad, siydik yullaridagi yalliglanishni yukotish xamda buyrak etishmovchiligi, anemiya va arteriya gipertenziyalari bilan kurashishdan iborat.

Buyrak soxasida tez-tez yoki doimo ogriklarni xamda buyrak darvozasi oldida katta kistaning bulishi, total gematuriyani kaytalanib turishi, kistani yiringlanishi Yu

arterial gipertenziya, buyrak etishmovchiligining zurayishlari bulsa, buyrakni ochib xmma kistalarni punktsiya bilan bushatib, polikistoz buyrakdagi bosimni ozaytiradigan operatsiya kilinadi. Bu operatsiya «ignipunktura» deyilib, ba'zida uni buyrakning omentorevaskulyarizatsiyasi bilan birga kilinadi (buyrakning oyogini chavri yogi bilan urash).

Buyrak etishmovchiligi doimo kupaya borsa, natijasi konikarsiz buladi. Bunaka xollarda gemodializning zaruriati va keyinchalik buyrak transplantatsiyasini kullash extimoli bulib koladi.

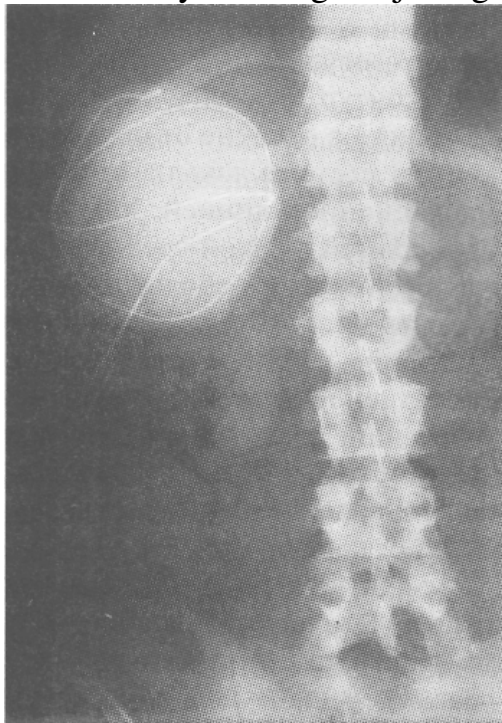
BUYRAK SOLITAR KISTASI.

Buyrakning oddiy (solitar) kistasi bitta bulib, yumalok yoki tuxumsimon shaklda buladi. Kupincha solitar kista buyrakning ustki yuzasida buladi, lekin u buyrakning xar xil joylarida xam bulishi mumkin.

47-rasm. Buyrak polikistozining urogrammasi (A) va aortogrammasi (B).

Kasallik tugma yoki yashash davri paydo bulishi mumkin. Birinchisida kista put naychalarida rivojlanib, siydik yullari bilan alokasi buzilgan buladi. Yashash davrida paydo bulgan buyrakning solitar kistasi-pielonefrit, siydik-tosh kasali, sil, usma yoki buyrakning infarktida retentsion zurayishlar natijasida paydo buladi. Ikkala xolatalarda xam buyrakning solitar kistasining patogenezi ikkita asosiy vakti uz ichiga oladi: naychalar okklyuziyasini (tugma va yashash davrida paydo bulgan va keyinchalik buyrakning retentsion va tukimalar ishemiyasining zurayishlarini.

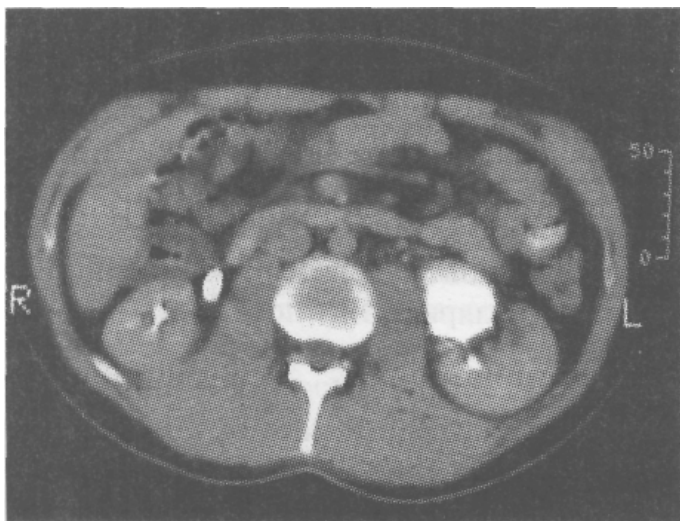
Kistaning kattalashishi buyrak parenzimasini asta-sekin atrofiyalab, buyrakning gemodinamikasini buzadi, bu esa uz yulida arteriya gipertenziasiga sabab bulishi mumkin. Kupincha buyrakning solitar kstasining klinik belgilaridan, bel soxada buyrakning simillagan ogrigi, paypaslanayotgan, buyrak, piuriya va kam xollarda total gematuriyalar bulib xisoblanadi. Solitar kistaning tashxisi rentgenologik tekshirishlar (ekskretor urografiya (48-rasm), teri orkali kilingan kistografiya (49-rasm), buyrak arteriografiyasi va buyrak radioizotop va ultratovush skanirovaniyalarining natijalariga asoslanadi.



49-rasm. Kistogramma. Buyrakning solitar kistasi. Ekskretor urografiya va retrograd pielografiyalarda kista va buyrak usmasi bir-biriga uxshash kurinishda bulganligi sababli farklovchi tashxisni buyrakning usmasi bilan utkazish kerak. Farklovchi tashxisda nefrotomogramma, buyrak angiografiyasi, kistografiyalarining natijalari katta axamiyatga ega (XI-bobga karang). Kistografiyani teri orkali punktsiya kilib va rentgenokonstrast modda yuborib kilinadi. U kistaning kattaligini, uning buyrakka bulgan munosabatini xamda uning ichida turgan usmaning bor yoki yukligini aniklashga imkon beradi.

Arteriogrammalarda solitar kista uziga xos suratga ega bulib, yumalok , tomirsiz erlari anik kurinadi. Kistaning skannogrammalarida

(stsintigrammalar) zararlangan buyrakda, izotopning yigilishida kulanka va shakli usmaga karaganda farki shundan iboratki, unda uzgarishlar bulmaydi. Fakat katta solitar kistada, uninn urnida defekt tasviri tugri demarkatsion liniyasi bilan aniklanadi.



Ultratovush skanirovaniyasida buyrak tukimasida bulgan defekt joyda bir xil suyuk muxit borligini aniklaydi.

Katta bulmagan kistalarni punktsiya kilib, uning bushligiga skleroz kiladigan moddalar yuboriladi. Buyrak va kushni a'zolarni bosib, buyrak ish faoliyatlarini susaytirgan katta kistalar bulsa, bu operatsiya kilishga kursatma bulib, kista yorilib, devorlari tarashalanib, bushligi buyrak yonidagi yog kletchatkasi bilan

tuldiriladi. Ba'zi xollarda buyrakning rezektsiyasi bajariladi. Ba'zida bitta buyrakda birinecha oddiy kistalar-buyrakning multilokulyar kistalari topiladi.

Buyrakning dermoid kistasi – juda kam uchraydigan anomliyadir. Dermoid kistalarda yog, soch tollari, ba'zida tishlar xam bulishi mumkin. Dermoid kistaning tashxisi juda kiyin. Umumiy urografiya tishlar va suyaklar kurinishi mumkin, ekskretor urografiya esa kosacha-buyrak jomini aniklashga imkon beradi.

Odatda dermoid kistani buyrakning usma yoki kistasini operatsiya kilayotgan vaktida aniklanadi. Etarli darajada buyrak parenximasining ish faoliyati bulsa, davosi fakat kesib olib tashlanish bilan kifoyalaniadi.

Kovaksimom buyrak - piramidalarida kup mayda kistalarning borligi bilan xarakterlanadi. Kasallikning asosiy belgilaridan: gematuriya, bel soxasida ogrik va piuriya buladi. Tashxis rentgenologik tekshirishlarning ma'lumotlariga asoslangan buladi. Umumiy rentgenogrammalarda buyrakning medulyar moddasining proektsiyasida mayda petrifikatlar kulankasi aniklanadi.

Ekskretor urogrammalarda miya moddasining tirsaklar soxasida mayda bir gurux bushliklar kurinib, uning tasviri xuddi yuvgichning teshiklariga uxshaydi. Kovaksimom buyragi bor bemorlarining kasalligi ogirlashmasa, davolashning zarurati bulmaydi. Total gematuriya bulsa, gemostatik choralar kuruladi, agar pielonefrit kushilsa, antibakterial terapiya utkaziladi. Agar okayotgan kon yoki utkir yiringli pielonefritning rivojlanishida konservativ davolash usuli natija bermasa, nefrektomiya kilishga kursatma buladi.

Megakalioz (polimegakaliks) medulyar displaziyaning natijasi bulib, uni buyrak ichi gidronefrozi yoki tuberkulyoz deb notugri fikrlab operatsiya kiladilar. Metakaliozda buyrak ish faoliyati buzilmay, gidronefroзда esa kupincha pasaygan buladi. Megakaliozda miya katlami uzgarmagan bulib, medullyari esa yupkalashgan buladi.

Ekskretor urografiya asoslanib, megakalioz tashxisi kuyiladi. Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulish maxsus davolashni talab kilmay, fakat megakalioz kandaydir kasallikka uchragan vaktdagina davolash zarur buladi.

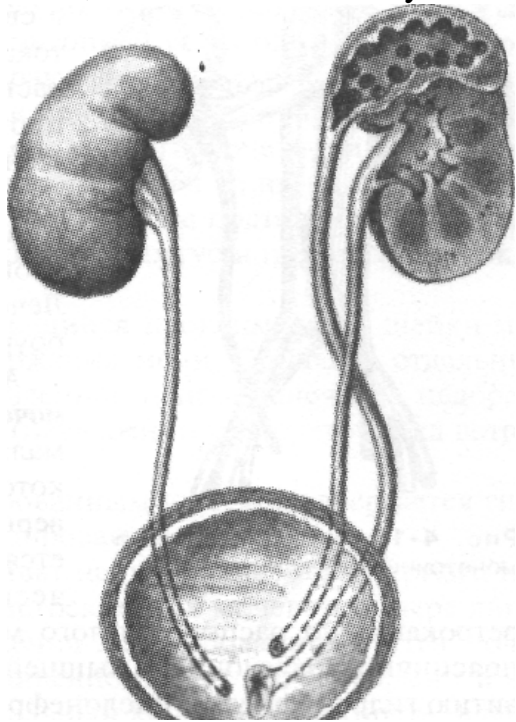
BUYRAK JOMI VA SIYDIK YULLARINING TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Sonining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Buyrak jomi va siydik yullarining aplaziyasi buyrak aplaziyasining asosiy elementlaridan bulib xisoblanadi. Bunday xollarda sistoskopiya vaktida siydik Qovuq uchburchagining yukligi yoki uning yarmini gipoplaziyasini kurish mumkin. Juda kam xollarda siydik yulining bir tomoni berk bulib katta kistaning paydo bulishiga sabab bulib, u korin bushligida usma borligiga shubxa tugdiradi.

Buyrak jomi siydik yullarining anomaliyalari eng kup bulib, ba'zida kushalok buyrak bilan birga uchraydi. U ikkita siydik yuli nefrogen blastema novdalaridan, bir vaktida ikkita siydik yulining usishi yoki yagona siydik yuli novdasining bulinishi tufayli paydo buladi. Buning natijasida kushalok buyrakning siydik yullarining ikkala teshigi Qovuqda ochilib, ya'ni siydik yuli tula ikkita (ureter duplex) yoki siydik yuli bulinib (ureter fisus), chanok bulimida tanasi kushilib, Qovuqda bitta teshik bilan ochiladi, ularning yukori kismi ikkiga bulinib, ikkita buyrak jomi bilan kushiladi. (50-rasm). Siydik yuli teshigining ektopiyasi bulmagan xollarda, kushalok siydik yullari buyrak jomidan chikib, tugri Qovuqqa karab yunaladi. Lekin Veygert-Meyer konuniga asosan siydik yullari Qovuqqa etmasdan bir-biri bilan kesishadi. Shu sababli siydik yullarining teshigi Qovuqda, yukori buyrak jomidan kelayotgani, siydik yuli teshigining pastida, pastki buyrak jomidan kelayotgani esa uning yukorisida joylashgan buladi. Tabiiy kurinishdan uzgacha bulishning tashxisini ekskretor urografiya, xromotsistoskopiya, retrograd urografiylar natijalariga asoslanib kuyiladi.

Buyrak jomi va siydik yulining uchta bulishi juda kam uchraydigan anomaliya bulib, u xam xuddi shunday tekshirishlar yordamida aniklanadi.



50-rasm. Ung siydik yulining kushalok bulishidagi ekskretor urogrammalari.

A-siydik yulining tula kushalok bulishi;

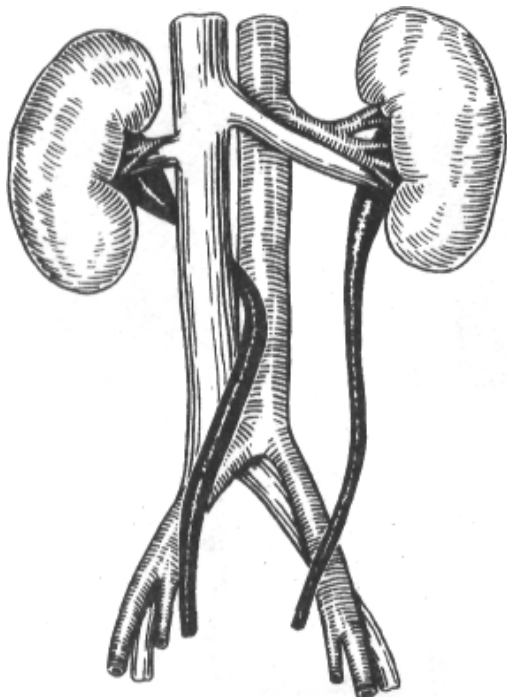
B-siydik yulining bulinishi.

Siydik yuli joylanishining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Retrokaval siydik yuli – xomila venoz tuzilmasining notugri rivojlanishi natijasi bulib, bunda orka ung kardinal vena odatdagi reduktsiyaga uchramay, pastki kovak venaga aylanadi (51-rasm).

Klinik kurinishlari retrokaval joylashgan siydik yulining pastki kovak vena va bel-yonbosh mushaklari bilan bulgan kompressiyasiga boglik bulib, siydik okishining buzilishiga olib kelib, gidronefroz va pielonefritlarni rivojlantiradi. Tashxis gidronefrotik transformatsiya va siydik yulining medial tomonga surilishini aniklayotgan ekskretor urografiya natijalariga asoslanib kuyilishi mumkin. Tashxisni

aniklash maksadida venokavografiyani siydik yuliga rentgenokontrast kateteri yuborib yoki uretroografiyani birga kilinadi. Ish faoliyati saklangan buyrakning operatsiyasi siydik yulini kesib, pastki kovak vena oldida uning utkazuchanligini tiklanishiga asoslanganbuladi. Buyrak parenximasining tula-tukis bulishi nefroureteroektomiyaga kursatma buladi. Yana juda kam uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulishlardan retroileokal siydik yuli bulib, siydik yuli yonbosh tomirlarining orkasida joylashgan buladi.



51-rasm. Retrokaval siydik yuli.

Siydik yuli teshigining ektopiyasi.

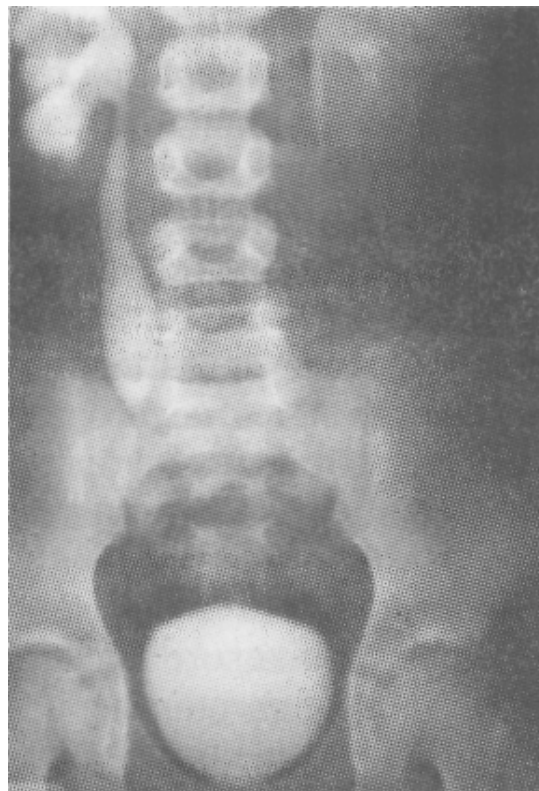
Siydik yuli teshigining ektopiyasi-siydik yuli teshigini siydik chikarish kanalining orka bulimida, kinning zumbazida, vulva soxasida va juda kam xollarda urug pufakchasida yoki tugri ichakda bulishiga aytiladi.

Siydik Qovuq uchburchagining lateral burchagidan ochilishi uchun siydik yulining teshigi embrional rivojlanish boskichida yukoriga suriladi, lekin nukson bulib rivojlanishida esa bunday bulmaydi. Siydik yuli teshigining

ektopiyasi, odatda siydik ikkita bulishi kushalogi bilan birga bulib, yukori buyrak jomini bushatadigan siydik yuli ektopiyasi buladi. Ayollarda siydik yuli teshigining ektopiyasi, erkaklarga karaganda 2-4 marta kup bulib kuzatiladi. Ayollarda siydik tuta olmaslik, siydik yuli teshigining bitta ektopiyasi kind va vulvasida joylashishi sabab bulishi mumkin. Odatdagi siyish saklanib, xar doim siydikning ixtiyorsiz chikishi, bunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulishning uziga xos belgisi buladi: odatda joylashgan siydik yulidan, siydik Qovuqda yigilib, vakti-vakti bilan chikariladi. Ikkinchi ektopiya bulganida esa siydik uzluksiz tashkariga okib turadi.

Siydik yuli teshigining ektopiyasi bulgan buyrak kupincha gidronefrotik transformatsiya va infektsiyaga uchragan buladi.

Siydik yuli teshigining ektopiya tashxisini, uziga xos bulgan siydik tutaolmaslik, xromotsistokopiya vaktida, Qovuqda fakat bitta siydik yuli teshigini aniklanishi va siydik yuli teshigining ektopiyasining topilishiga asoslanib kuyiladi. Oxirgisini topish uchun venaga indigokarmin yuborib, undan sung siydik



chikarish kanalinishi , kinni va tugri ichakni diqqat bilan kurib, rangning chikishini aniklash kerak. siydik yuli teshigining ektopiyasida, yukori siydik yullarini kushalok extimolligini aniklashga ekskretor urografiya imkon beradi.

Bunday tabiiy kurinishdan uzgachalik fakat operatsiya yuli bilan davolanadi. Buyrakning ish faoliyati yaxshi saklanganda ureterotsistoanastomoz, siydik yuli kushalok bulganda – ureteroureteroanastomoz, pielonefrit yoki gidronefroзда buyrakning funktsiyasi bulmasa nefroureterektomiya kilinadi.

Buyrak jomi kistasi (buyrak jomi yoki kosachasining divertikulai)- juda kam uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulishdir. Tirsak fornikal va tirsak – kosacha zonalarining nerv-mushak asboblarning buzilishi natijasida, ularning bir vaktida buladigan ish faoliyatlarining buzilishi, divertikula yoki kistalarning paydo bulishiga olib kelib, tor yul orkali kosacha bilan kushilib tradi. Kasallikning klinik belgilari patologik bushlikda bushalishning buzilishiga va buyrakdagi yalliglanishning zurayishiga boglik buladi. Buyrak joymining kistasi nefrogen arterial gipertenziyasiga olib kelishi mumkin. Tashxisi kiyin. Urogramma va pielogrammalarda buyrak jomi nuksonli bulib, tulib kurinadi. Kupincha anik tashxis tugrisi operatsiya kilinayotgan paytda kuyiladi.

Pielonefrit, konning okishi, arterial gipertenziyalarning kushilishi operatsiya bilan davolashga kursatma buladi; buyrak jomi divertikulasini tarashlash, buyrakning juda kup yalliglanish uzgarishlari nefrektomiya.

Buyrak jomi yonidagi buyrak kistasi-kam uchraydigan anomaliyadir. U juda kengaygan limfatik tomir bulib, yalliglanish va obliteratsiya belgilari buladi. Bunday kistaning chukur buyrak sinusida joylanishi va buyrak jomi bilan bitib ketishi uning isboti buladi. Buyrak jomi yonidagi kistaning klinik tashxisini kuyish juda kiyin. Agar operatsiya vaktida buyrak daovozasi soxasida kup kistalar topilsa, unda fakat a'zoni saklaydigan kistalarni kesib olib tashlaydigan operatsiya kilish kerak.

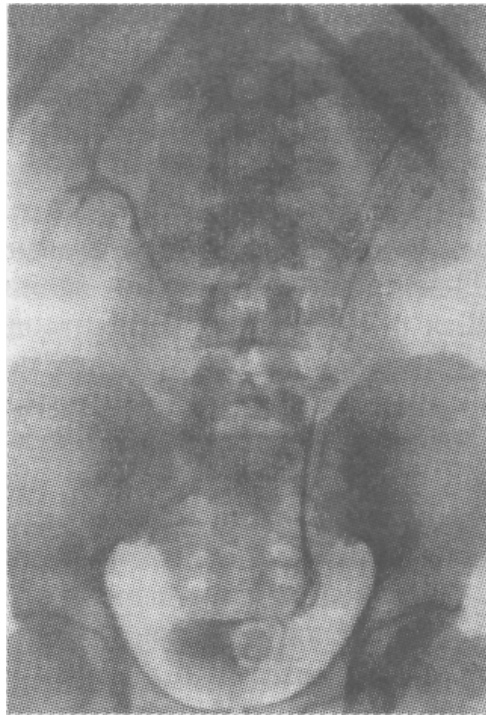
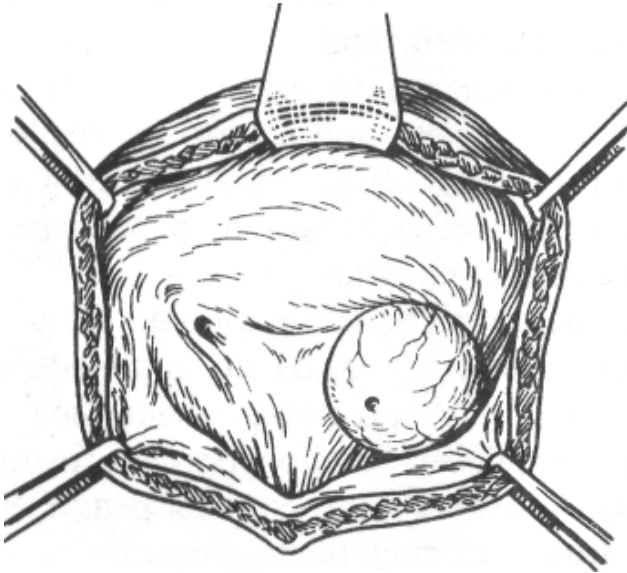
ShAKLINING TABIIY KURINISHDAN UZGACHA BULISHI.

Parma va xalkasimon bulgan siydik yullarining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi juda kam uchraydi.

Siydik yuli tuzilishining uzgacha bulishi.

Ureterotsele - siydik yulining intramural bulimining xamma kavatini Qovuq ichiga dabbasimon bulib chikishi (52- A-rasm). Uning ustki kismi Qovuqning shillik pardasi bilan koplanib, ichi esa siydik yulining shillik pardasi bilan yopilgan; bu katlamlar orasida mushak tolalari biriktiruvchi tukimalar bilan bir-biriga aralashib ketgan. Kreterotsele biryoki ikki tomonlama bulishi mumkin. Siydik yuli teshigining tor bulishi, uning distal kismini chuziluvchanligini birga bulishi va Qovuq ichiga osilib chikishi sabab buladi. Ureterotselening katta-kichikligi xar-xil, 2 ml dan Qovuqning xajmigacha teng bulishi mumkin. Ayollarda ba'zi vaktlarda ureterotsele Qovuqdan siydik kanalidan tashkariga chikib, utkir yoki surunkali siydik tuxtashiga sabab bulishi mumkin. Yosh bolalarning ba'zi kasalliklarida paydo bulgan paradoksal ishuriyani (siydikning tuxtab koishi uning ushab kolaolmasligi bilan birga kelishi) enurez deb notugri xisoblaydilar. Uzok vakt aniklanmagan ureterotsele yukori siydik yullarining kengayishiga, pielonefrit va toshning rivojlanishiga sabab bulishi mumkin.

Beldagi ogrik, dizuriya va gematuriyalar ureterotselening klinik belgilari bulib xisoblanadi. Bunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulishni sistoskopiya natijalariga asoslab aniklanadi. Siydik yulining teshigi soxasida, odatdagi shillik pardasi bilan koplangan, vakti-vakti bilan tulib va bushayotgan kistaning kurinishi mumkin. Ureterotsele natijasida paydo bulgan , Qovuqdagi tulik nuksonni aniklashga ekskretor urografiya imkon beradi. Siydik yulining pastki kismining kengayishi ilonning boshiga uxshaydi. (52-rasm).



52-rasm.

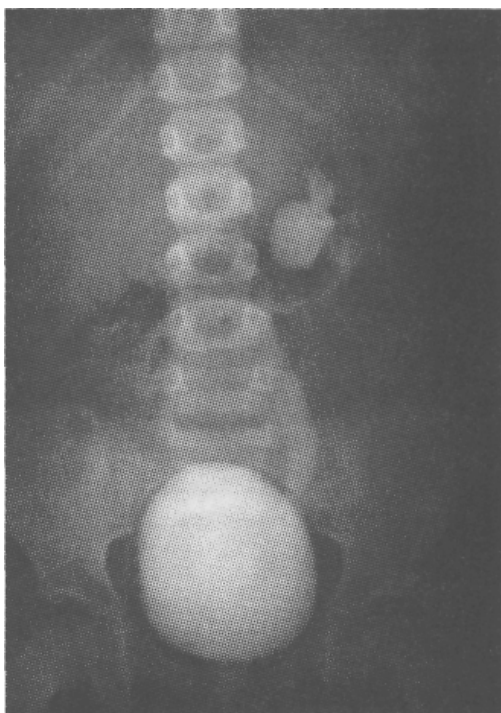
Ureterotsele.

A-chapdagi ureterotsele; B-ekskretor urogramma; ureterotsele va chap siydik bulinishi.

yulining

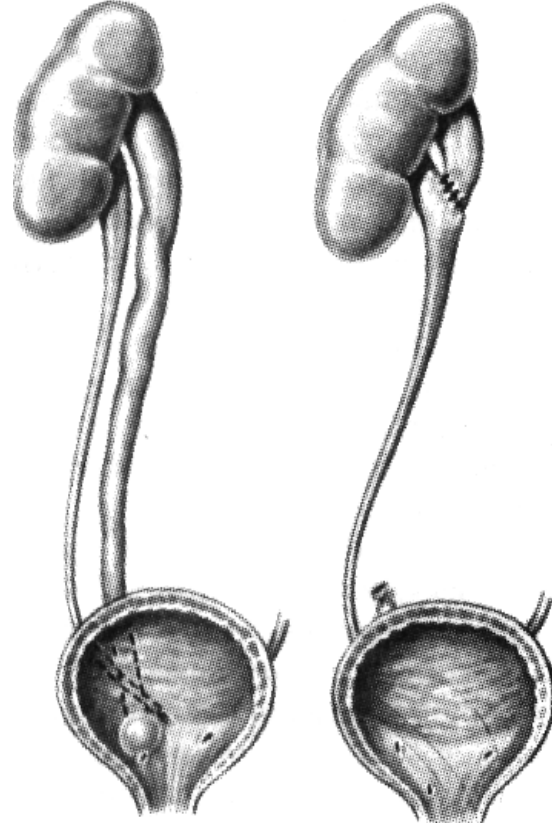
Davosi – siydik yulining teshigini Qovuq ichida yorib va transuretral elektrozeksziya kilishdan iborat, ureterotsele katta balsa, uni Qovuq usti orkali Qovuqni kesib operatsiya yuli bilan olib tashlanadi.

Siydik yullarining neyromushak displaziyasi – siydik yuli teshigining



tugma torayishi uning intramural pastki sistoidi neyromushak displaziyasi bilan birgalikda buladi. Siydik yuli teshigini va uning intramural bulimining torayishi sababli, xamma siydik yulini kuch kuvvatining buzilishi sistoidlarini chuzilishi va kengayishiga olib keladi. Pastki sistoidning kengayishini axializiya deyiladi; bu vaktida yukori sistoidning urodinamikasi saklanib koladi. Ikki yukori sistoidlarning zurayishi, siydi yuli uzunligining kupayishi bilan birga bulishi megaureter deyiladi. Bunday xolatda siydik yuli juda kengayib va uzun bulib, uning kiskarish xarakati sekinlashib yoki umuman bulmay koladi, shuning natijasida siydik yulining bushash dinamikasi ancha buzilgan buladi.

Siydik yullarining neyromushak displaziyasi- ikki tomonlama anomaliyaning bulishidir. Uning rivojlanish boskichlari quyidagicha:
1-boskich – yashirin yoki tenglashgan (



siydik yullarini axializiyasi);
2-boskich – zurayishning rivojlanishi natijasida megaureterning paydo bulishi;
3-boskich – gidroureteronefrizning rivojlanishi. Bu kasallik kupincha yosh bolalarda va usmirlar uchraydi.

Siydik yullari displaziyasining uziga xos klinik kurinish belgilari bulmaydi. Bu kasallik pielonefrit yoki buyrak etishmovchiligi kushilganda aniklanadi. 1-boskich kasallikning belgilari kuzatilmaydi. 2-boskichda birinchi klinik belgilari paydo buladi; umumiy bushashishlik, tez charchash, bosh ogrigi, korinda simillagan ogriklar va doimiy piuriya. Xromoitstoskopiya vaktida siydik chikarish teshigining tabiiy kurinishdan uzgacha bulgan joyidan indigokarminni chikishi buziladi, ekskretor urogrammalarda-siydik yulining xamma kismi kengaygan buladi, urokinematogrammalarda esa siydik yulining shiddatli va sust kiskarishini kurish mumkin. 3-boskichda klinik kurinish ancha ravshanrok buladi. Konning zardobida mochevina mikdori 17-25 mmolG⁻¹ gacha etadi. Kup bemorlarning yukori siydik yullarida anatomik faoliyatini ancha uzgarishi kuzatiladi, siydik yullari juda kengayib, diametri 3-4 sm ga etib uzayadi va gidronefrotik uzgarish paydo buladi.

Urokinematografiya shuni kursatadiki, siydik yulining axaliyasida kiskarish tulkinini pastki sistoidgacha etib, keyin tarkalmaydi, megaureter va gidroureteronefrozdada kiskarish tulkinlari juda kam yoki butunlay bulmaydi, xuddi shu vaktida kinematotsistogramma Qovuq siydik yuli refleksini aniklamaydi. Bu farklovchi-tashxis belgi bulib, siydik yulining neyromushak displaziyasini boshka sababdan bulgan gidroureteronefrozdadan ajratish uchun xizmat kiladi. Kasallikning tugma ekanligini, odatda zurayishning ikki tomonlama bulish isbotlaydi. Hidroureteroneyrotik transformatsiya albatta surunkali etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bu davolash tadbirlarini uz vaktida utkazishga majbur etib, bularning orasida xar xil jarroxlik davolash usullari bosh urinni egallaydi.

Maksad buyrak ish faoliyatini saklash va tiklanishiga yordam berish yoki fakat siydik yullarining bushatilish dinamikasini yaxshilashdir.

Jarroqlik davolashning asosiy xillaridan biri – kengaygan siydik yulida dublikatura yaratib, antirefleks ureterotsistoanatomoz yoki siydik yulining ingichka ichak segmenti bilan urin almashtiriladi.

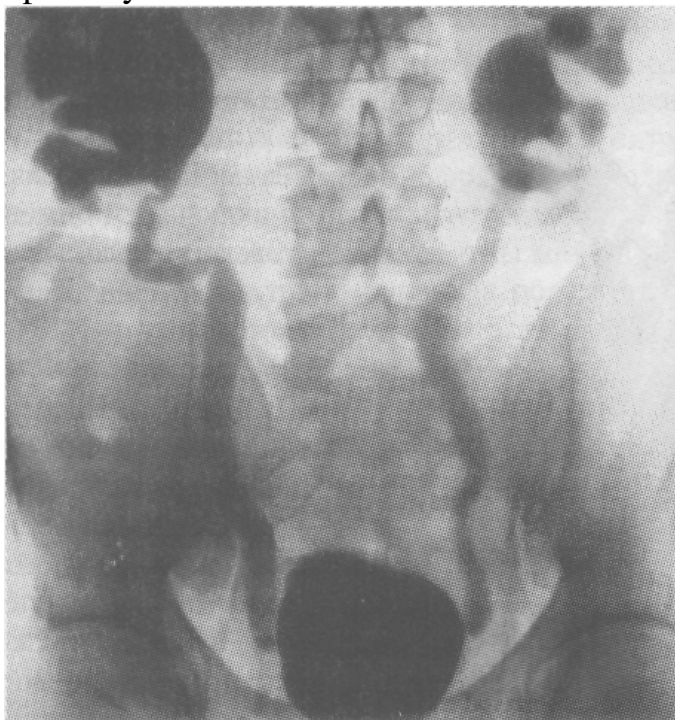
Siydik yulining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishining boshka xillari: gipoplaziya, klapanlar, divertikulyar juda kam uchraydi.

Qovuq – siydik yuli reflyuksi.

Qovuq-siydik yuli kuyilish joyiga etilib tulik tugallanmasa kupincha Qovuq-siydik yuli reflyuksi (KSYR), tez-tez pielonefrit xujumiga sabab bulib, keyinchalik u gidroureteronefrozning paydo bulishiga olib keladi.

KSYR tashxisi murakkab emas. Siyish vaktida buyrakda ogrikning bulishi uning borligini kursatadi. KSYR ni miktsion sistografiya kilayotgan vaktida aniklash mumkin.

KSYR kup xollarda bolalarning yoshi kattalashganida, shillik parda tagida siydik yulining Qovuq kismi rivojlanishi tugallanib, etarli darajada uzunligi usishi sababli yuk bulib ketadi. Katta yoshdagi bolalarda KSYR bulsa antireflyuks operatsiyalari kilinadi.



Yosh bolalarda Qovuq-siydik yuli reflyuksi.

Siydik yullari infeksiyasi bulgan bolalarning turtasidan bittasida KSYR borligi aniklanadi. KSYR ni uziga xos belgilari bulmaganligi sababli u pielonefrit kurinishlarida yashirinib, KSYR fakat sistografiya vaktida aniklanadi. Rentgenokonstrast moddaning kurinishiga va yukori siydik yullarining kengayishiga karab KSYR besh darajaga ajratiladi: siydik yuliining kuyi bulimi rentgenokonstrast modda bilantulishi.

Buyrak kosachalari tuzilmasi va siydik yulining rentgenokonstrast modda bilan tulishi.

Siydik yulining buyrak jomi bilan biroz kengayib, kosachalar gumbazining yumalok bulishi.

Siydik yulining anik va ravshan kengayib, ilon izi bulish, buyrak jomi-kosachalarining kingir-kiyshikligi.

Gidroureter va buyrak parenximasining juda yupka bulishi.

Kupincha KSYR patologki zanjirning oxiri buladi; bu dinamikbuzilish bulib, u siydik infeksiyasini rivojlantiradi, bu esa uz navbatida siydik yuli va Qovuq devorlarini buyrakka xar doim kutarilib turishiga yordam beradi. Agar siydik yuli teshigining yopilish asbobining bir oz tugma etishmoviligi bulsa, yalliglanish

zurayishi kushilmay yoki zararsiz utsa, yoshning utishi bilan bu kismning etilishi mumkin. Bunga uroantiseptikalar, kukat sharbatlari bilan konservativ davolashlar va Qovuq tashki sinusoidal elektrostimulyatsiya yoki dinamik toklar yordam beradi. 1-3 darajali reflyukslarni 70% bolalarda yuk bulishiga erishish mumkin. Bir yillik davolash natija bermasa, antireflyuks operatsiyalar kilinadi.

Greguar usuli yaxshi natijalarni beradi: Qovuqning mushak pardasini va Qovuq ichini yormasidan kesish, 2-3 sm siydik yulining shillik kavatini tagiga joylashtirib, uning ustidan kesilgan detruzorni tikish. 4-5 darajali reflyukslarda siydik yulining distal kismini rezektsiyasini Politano-Lidbetter shaklida uretrotsistoaneatomoz kilish kerak- yorilgan Qovuqda siydik yulini, Qovuqning shillik pardasi tagidagi tunnel orkali utkazishdan iborat buladi.

Agar Qovuqning buynida va siydik chikarish kanalida tusik bulsa, avval uni bartaraf kilib, undan sung reflyuksni operatsiya kilish kerak.

Qovuq siydik yuli reflyuksi sababli operatsiya bulgan bolalar uzok vakt urolog va nefrolog nazoratida bulib, vakti-vakti bilan rentgenologik tekshirishlarda (ekskretor urografiya va miktsion sistografiya) bulishlari zarur.

Qovuq, siydik chikarish kanali va erkaklar jinsiy a'zolarining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Qovuq embriogenezing ikkinchi oyida allantoisning urta kismidan rivojlanadi. Avval allantois divertikulaga uxshab, ichak nayining kuyi bulimidan chikadi-kloaka. Kloakani frontal tusik bilan parallel bulganda allantois bir shakldan ikkinchi shaklga utadi. Uning distal kindikka yunalgan kismi torrok bulib, siydik yulining kurtagi (uraxus) paydo buladi. Allantoisni urta kismi kengayib, Qovuqqa aylanadi. Kloakana yakin kismidan, urogenital sinus shakllanib, unga paramezonefral(mollerli) va mezonefral yullari (volfov) kushiladi. Mezonefral yullar siydik yulining boshlanishi bulib, ularning tashki chikarish teshigi asta-sekin yukoriga kutarilib, Leto uchburchagining burchaklarini xosil kiladi.

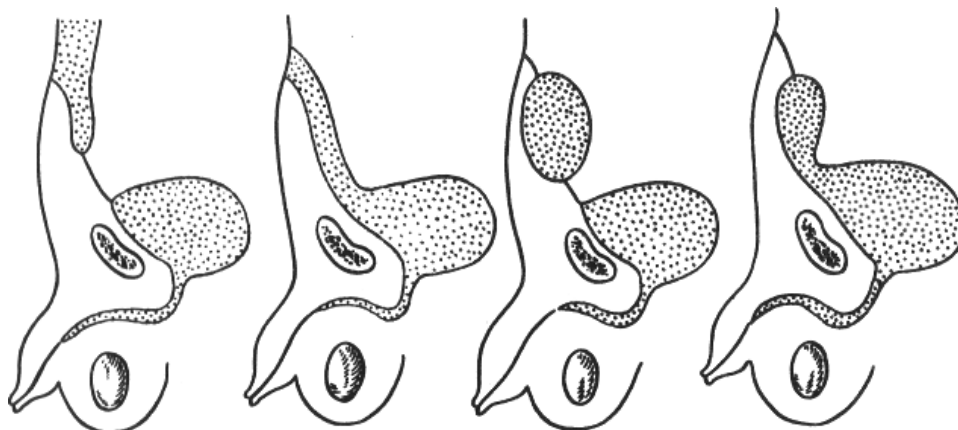
Siydik chikarish kanalining orka bulimi birlamchi kloakani embrional xayotining 30-40 kunlari urtasida bulingandan keyin, oddiy tugri ichak va jinsiy-siydik sinusi xosil buladi. Ikkinchi oyning urtalarida uretraning orka bulimi tula shakllanib, jinsiy tepaligining tagida ochiladi. Jinsiy tepalik 5-xaftada kloakani biroz kranialrok tomonida paydo buladi. 6-xaftada uning ustida uretraning burmasi yon tomonlarida moyak xaltachasining lula bolishi paydo buladi. Jinsiy dunglik kizlarda 1-12 xaftada pastga karab egila boshlaydi, ugil bolalarda u tugri bulib, tezda kattalashib, olatni paydo kiladi. Olatning pastki yuzasidan uretrani juyagi rivojlanib, undan esa naysimon narsa-siydik chikarish kanali rivojlanadi. Jinsiy siydik teshigining sinusi atrofida uretra tarnovining oxiri boshlanib, olat boshiga karab tarkaladi. Siydik kanalining bosh bulimi 15-20 xaftadasida aloxida shakllanib va undan keyin siydik kanalini proksimal kismiga kushiladi. Uretra bilan bir vaktida olatning kertmagi va yuganchasi rivojlanadi. Uchinchi oyda boshining tepasida uning dorsal yuzasida epitelial usmasi paydo bulib, u asta-sekin vetral yuzasiga utadi. Turtinchi oyning oxiri va beshinchi oyning boshlarida bu narsa siydik chikarish bulimini anastomoz joyiga utib, yuganchani xosil kiladi.

Uraxusning tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Uraxus yoki siydi yuli, odatda bolaning tugilishidagina bitib ketib, Ligamentum umbilicale mediale ni xosil kiladi. Lekin ba'zi vaktlarda, ayniksa chala

tugilgan bolalarda, tugilish vaktiga kolganda, u ochik kolib , uning bitib ketishi xayotining birinchi yoshida bulishi mumkin.

Uraxusning bitib ketishi buzilganda, uning butun uzunligini buyicha (Qovuq-kindik okma yarasi) yoki uning ayrim joydan ochik bulib kolishi mumkin (53-rasm). Uraxusning distal bulimi bitmasa, kindik okma yarasining paydo bulishiga olib keladi. Agar uraxusni urtalari ochik kolsa, kista paydo bulib, ba'zida juda kattalashib, yiringlashiga olib kelishi mumkin. Uraxusni proksimal bulimi bitmasa, Qovuqni divertikulasi paydo bulib, unda siydik yigilib, yalliglanish zurayishini rivojlantiradi. Bitmagan uraxusning diagnostikasi kindikdan suyaklikning okib chikishi, siydikda infektsiyaning bulishi, sistografiya va fistulografiyalarning axborotlariga asoslanib kuyiladi.



53-rasm. Bitmagan uraxusning xar xil shakllari.

A-kindik orka yarasi. B-Qovuq kindik okma yarasi. V-uraxusning kistasi, G-Qovuqning divertikulasi.

Uraxusning proksimal bulimini bitmaganligini sistoskopiya aniklash mumkin. (Qovuqning tepasidagi divertikulani kurinishi). Qovuq-kindik okma yarasining borligini kuk rangli metilen bilan kilingan sinov tasdiklaydi: agar uraxus bitmasa, uretra orkali Qovuqqa yuborilgan rangli suyaklik kindikdan okib chikadi. Kupincha uraxusning kistasida tashxis kiyinchiliklar bulib, kindik va Qovuq orasida, urta chizik buylab joylashgan paypaslanayotgan usimta narsaning borligiga asoslanib aniklanadi.

Butunlay bitmagan uraxusni davosi kirtishlab olib tashlashdan iborat. Yalliglanishlarning rivojlanish avfi borligi sababli operatsiya yosh bola xayotining birinchi oylarida bajariladi. Uraxusni tula bulmagan okma yarasida konservativ davolashlarni uz ichiga olgan permanganat kaliyli vannalar, 1% kuk brilliant suyakligi bilan kindikdagi yara tozalanadi va 2-10% kumush nitratida kuydiriladi.

Bir yoshdan katta bulgan bolalarda konservativ davolash natijasiz bulsa, fakat operatsiya kilinadi. Uraxus kistasining davosi fakat operatsiya bulib xisoblanadi. Kistani olib tashlash bemorni noxush sezishlardan xolis kilib, buladigan asoratlarning oldini olishga xizmat kiladi; korin bushligida teshilishi, sepsis, xavfli usma bulishdan va boshkalar.

Qovuqning tabiiy kurinishdan uzgacha bulishi.

Qovuqning ageneziyasi (tugma yuk bulishi) – juda kam uchrab, odatdagi xayotda tugri kelmaydigan nuksonlardan biri bulib xisoblanadi. Koidaga kura bolalar

shunday tabiiy kurinishdan uzgacha bulish bilan ulik tugiladilar yoki yoshligidayok ulib ketishadi.

Qovuqning kushalok bulishi – eng kam uchraydigan nukson bulib xisoblanadi. Qovuqning urtasida ikkiga bulgan tusik bulib, uning xar biri ichida siydik yulining teshigi ochiladi. Bunda Qovuqning xar bulagi aloxida buyinga ega. Qovuqni tula kushalokligi siydik yulining kushalokligi bilan uchraydi. Tuliksiz kushalok bulganda, kushalok bulgan Qovuqni umumiy buyni va bitta siydik chikarish kanali bulishini ajratish kerak. Ba'zida tuliksiz tusik bulib, Qovuq bushligi sagittal va frontal yunalishda bulib turadi. Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishni ikki xonali Qovuq deyilib, Qovuq bushatilishning buzilishi va surunkali yalliglanishning rivojlanishi bilan kuzatiladi. Davosi- tusikni tarashlab olib tashlash.

Qovuqning divertikulasi uning devorini kopga uxshab burtib chikishi. Divertikulalar bitta va kup, xakikiy va soxta bulishi mumkin. Xakikiy divertikula Qovuq devorining xamma kavatlaridan iborat buladi. Xakikiy divertikulaning paydo bulishi Qovuq devorining notugri shakllanishiga boglik. Soxta divertikulalar kupincha kup bulib, detruzorning mushak dastalari bilan shillik pardasining orasidan burtib chikishidan iborat bulib, xar-xil tusiklar (Qovuq buynining sklerozi, prostata bezini adenomasi, siydik chikarish kanalining qopqoq va torayishlari va boshka xildagi Qovuq ichidagi tusiklar) tufayli Qovuqning kiyinchilik bilan bushatilishi natijasida paydo buladi.

Divertikulalar odatda Qovuqning orka va yonbosh devorlarida, siydik chikarish teshigi atroflarida anchagina, lekin ondasonda Qovuqning yukori va pastki soxalarida joylashgan buladi. Kupincha divertikula katta bulib, Qovuqning xajmidan ortik buladi. Divertikulaning bulishi unda siydikning igilishiga (ayniksa divertikulani buyni tor bulganda), sistit va pielonefritning rivojlanishiga olib keladi. Siydik chikarish teshigi soxasida divertikulaning bulishi uning yopilish faoliyatini buzilishi kuzatiladi, buning natijasida Qovuq-siydik yuli reflyuksi paydo buladi. Oxiri siydikning divertikulada igilib turishi, tosh va usmaning paydo bulishiga sabab buladi.



Qovuq divertikulasining asosiy belgilaridan siyishni kiyinligi, xattoki uni tula tuxtab kolishi xamda siyishning ikki marta bulishi:

Avval Qovuq bushaydi, undan sung divertikula.

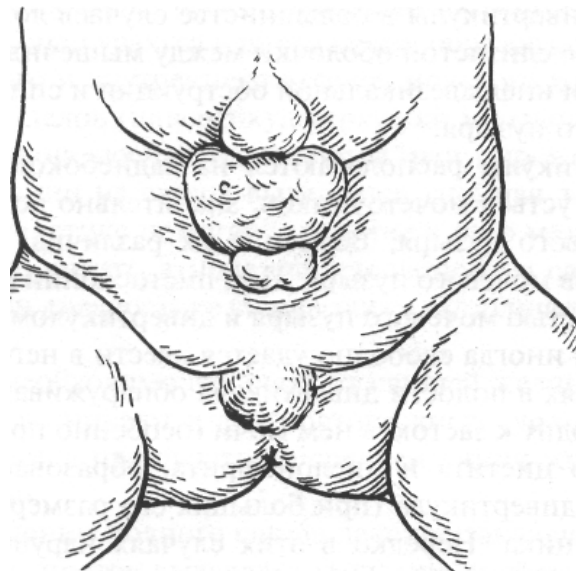
Divertikula tashxisida xal kiluchi urinni sistografiya egallaydi, u kushimcha bushlikning borligini va uning Qovuq bilan kushilganligini aniklashga imkon beradi. (54-rasm). Divertikulaning kulankasi kuprok kiyalab yoki yonbosh tasvirida ravshan aniklanadi. Divertiklani aniklashda sistoskopiya ma'lum darajada yordam beradi. Divertikulaga kirish joyi yumalok teshikka uxshab, shillik pardaning radial burmalari xam kurinadi.

54-rasm. Sistogramma. Qovuqning divertikulasi.

Divertikulaning davosi uni tula tarashlab olib tashlashdan iborat. Siydik yuli divertikulaga kuyilsa, uni Qovuq devoriga implantatsiya (ureterotsistoanatomoz) kilinadi. Soxta divertikulalarda esa, Qovuqdan siydikning okishiga bulgan tusiklarni bartaraf kilish bilan kifoyalanadi.

Qovuqning ekstrofiyasi - uning oldingi devorini tugma yukligi (55-rasm). Bunda tabiiy kurinishdan uzgacha bulish 40000 tugilgan boladan bittasiga tugri keladi. Ugil bolalarda Qovuqni ekstrofiyasi kizlarga karaganda 3 marta kuprok uchraydi.

Ekstrofiyaning klinik kurinishi uziga xosdir: oldingi korin devorining nuksonidan yalongochlangan Qovuqning orka devorining shillik pardasi bilkillab kurinib turadi. Shillik pardasi yorug kizil rangda, ogriydigan, kiyimning tegishi bilan tez-tez yaralanadigan va kon okadigan buladi. Yosh bola kuchanganida, bakirganida Qovuqning devori ancha burtib chikadi. Leto uchburchagi saklangan bulib, siydik yulining teshigi tashkariga konussimon tepalikning yukorisidan ochiladi. Okib chikayotgan siydik son va oralik terisini ilvirashiga yoki terini yalliglanishiga olib keladi. Kindik yuk bulib yoki u teri Qovuq shillik pardasi plastinkasining chegarasida joylashadi.



Kov suyaklari ancha ayrilgan bulib, sonni tomonga burib, «urdak» yurishga olib keladi. Eksktrofiya xamma vakt siydik chikarish kanalining nuksoni bilan kuzatiladi. total epispadiya kupincha chot churrasi, tugri ichakning chikib turishi, yukori siydik yullarining tabiiy kurinishdan uzgacha bulishlari, surunkali pielonefritlar bilan birga buladi. Qovuq ekstrofiyasining davosi fakat operatsiya bulib xisoblanadi. Operatsiyalarning usullari uch guruxga bulinadi: maxalliy tukimalar bilan Qovuqning plastikasi; Qovuqni kesib sigma yoki tugri ichakka ulash; Qovuqni yoki siydik yulini ichakning aloxida buginiga kesib ulash.

Odatda gudak bolalarda maxalliy tukimalar bilan Qovuqning plastik operatsiyalari kullaniladi. Qovuq shillik pardasining polipozi va kolgan kichik mikdoridagi devori bunga kursatma bula olmaydi.

Afsuski, bu operatsiyalar xamma vakt siydikning tuxtata olmasligini bartaraf kila olmaydi, shuning uchun kaytadan operatsiya kilishni talab etadi.

Rudimentar Qovuqni kesib, ichakka ulash bilan siydikni sigma yoki tugri ichakka tushirish, anal sfinkteri siydikni ushlab kolishi mumkinligi asoslangan. Siydikni ichakka tushurish chun asosiy kursatma bulib, ekstrofiya blgan Qovuq maxalliy tukimalarning rekonstruktsiyasi uchun yaroksizligi yoki ularning natija bermasligi xisoblanadi. Shuni kursatish kerakki, siydikni ichakka tushurganda, buyrakning infeksiyalanish xavfi bulganligi sababli, uchinchi guruxdagi operatsiyalar siydik bilan axlatni ajratishga asoslangan buladi. Qovuqni aloxida tugri ichakdan kilinadi, lekin bunday operatsiyalar xam kamchilikdan xoli emas. Sigma va tugri ichak yoniga, oralikka tushiriladi, anal sifnkter axlatni va siydikni

ushlashga xizmat qiladi. Aloxida bulgan Qovuqni ichak segmentidan yasash oson emas, chunki ba'zi operatsiya vaktida anal sfinkteri shikastlanib, axlatni tuta olmaslikka olib kelishi mumkin.

Shu bugungi kunda Qovuqning ekstrofiyasida keng tarkalgan operatsiyalardan sistosigmoanastomoz bulib kolmokda. Operatsiya andotraxeal narkoz orkali bajariladi. Teri va shillik parda atrofidagi kletchatka bilan ajratib olinadi. Qovuq plastinkasining chekkasi tarashlanib, katta kichikligi 2x3 sm bulgan tuxumsimon laxtak siydik yuli teshigi bilan kesilib olinadi. Paristal korin pardasi yorib ochiladi, sigma ichagi chikarilib, uni taenia libera buyicha 3 sm kesiladi. Qovuq plastinkasini sigma ichagining kesilgan chekkasiga ikki kavatli kilib tikiladi. Korin pardasi berkitilib, korin parda devori kavatma-kavat kilib tikiladi. Tugri ichakda yugon naycha tarnovini vaktini ya'niy 5-6 kunga kirgiziladi.

Operatsiyadan keyingi davrda gomeostaz sinchiklab korrektsiya kilinadi. Axlat chikarishni ushlab turish va anastomozning yaxsh sharoitda bitishi uchun afyun sharbatidan beriladi. 5-10 kunlari teri choklari olib tashlanadi. Operatsiyadan keyingi tarbiya xususiyatlari yukorida aytilganlarga boglikki, chunki operatsiya kupincha yosh bolalarda utkaziladi. Tugri ichakka va kichik tos chanok bushligiga tarnov kuyiladi. Tugri ichakdan tarnov naychani (operatsiyadan sung 5-6 kun) olgandan keyin, axlat va siydikni mustakil va ixtiyoriy chikishi boshlanadi, lekin siyishga va axlat chikarishga bemorda istak, operatsiyadan sung 2-3 xaftada, ba'zida esa kechrok keladi. Operatsiyadan sung kasallikdan koladigan asorat siydik infektsiyasi, siydikning okib, yigilishi va Qovuq oldi kletchatka flegmonasi, kisman yoki tula ichakdan utmay kolishlik extimoli bulishi mumkin.

Bemor uzok muddat dispanser nazoratida bulib, uz vaktida ichak siydik yuli reflyuksini rivojlanishini aniklash uchun ekskretor urografiya va irrigografiya kilinib turiladi. Siydikni ichakka tushishi va uning surilishi, ayniksa operatsiyaning birinchi oylarida giperxloratsidozining rivojlanishiga karab bulgani uchun suv-tuz tengligini kuzatib turishni talab kiladi. Vakt utishi bilan ichak devoriga siydikning ta'siri natijasida oshikcha ajralib chikkan shilimshik bilan koplanib, surilish kobilyatini yukotadi, bu esa elektrolit buzilishlarining xavfini ancha ozaytiradi.

Infravezikal buzilish.

Qovuqning buynida yoki siydik chikarish kanalida siydikning okishi uchun tusik bulsa, buni infravezikal «buzilish» deb tushunish kerak. «Infravezikal buzilish» atamasi yiguvchi va kup bulgan tabiiy kurinishdan uzgacha bulish kasalliklarni uz ichiga olib, bularning asosiylari Qovuq buynining kontrakturasi, siydik chikarish kanali orka bulimining qopqoqlari, siydik chikarish kanalining torayishi va bitib ketishlari xisoblanadi.

Bu kasalliklarning klinik alomatlari bir xil. Kiyinchilik bilan siyishi asosiy belgilardan bulib, kupincha tugilgan vaktidan boshlab, tula siydikni tuxtab kolishi va paradoksal ishuriya bulishi mumkin.

Dastlab Qovuq detruzorning tenglashtirilgan gipertrofiyasi buzilgan joydan, siydikni siydik yullaridan bemalol chikara oladi. Lekin detruzorning gipotrofiyasi gipotoniya, keyinchalik esa atoniya bilan almashadi. Yosh bola kovugini bushatish uchun korin mushaklarini kattik taranglashtirib, kullari bilan korinning pastki kismni bosishiga tugri keladi.

Qovuqda siydikning tuxtab kolishi sistit, pielonefritlarni rivojlanishiga Qovuq-siydik yuli reflyukslarini va soxta divertikulalarning paydo bulishiga imkon beradi. Bolalar odatda ranglari okargan va jismoniy rivojlanishlardan orkada kolgan buladi. Qovuqni kurganda ancha chuzilganligi aniklanadi.

Qovuq buynining kontrakturasi, uning buynini shillik pardasi ostida va mushak katlamlarida fibroz tukimalarning rivojlanishi natijasida paydo buladi. Gistologik tekshirishlarda kupincha fibroz bilan birga surunkali yalliglanishlarning belgilari xam aniklanadi.

Kasallikning rivojlanib borishini uch davrga bulish mumkin.

1. – kisilib siyish biroz bilinib siydikning okldigi bulmaydi, buyrak faoliyati buzilmaydi. Vakti-vakti bilan leykotsituriya buladi.

– siyish ancha kiyinlashadi, siydikning koldigi paydo buladi, pielonefritning belgilari bulib, buyrakning ish faoliyati buziladi; rentgenologik tekshirishda Qovuq-siydik yullarining reflyukslari va buyrak jomi xamda siydik yullari kengayganliklari aniklanadi.

– siydikning tuxtab kolishi paradoksal ishuriya xiliga uxshab, surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanadi; rentgenda ikki tomonlama gidroureteronefroz aniklanadi. Qovuq buynining kontraktura tashxisi ancha kiyin. Urofloumetriyani sistomanometriya bilan birgalikda tekshirganda buzilishning borligini va detruzorning ish faoliyatini aniklashda ma'lum darajada yordam beradi.

Tsistoureterografiyada Qovuqning pastki devori kutarilgan va trabekulyar bulib, siydik chikarish kanali etarli darajada kontrastlanmaganligi aniklanadi. Sistoskopiya vaktida Qovuq devorining trabekulyar bulgani, undan tashkari buynining orka devorining burtib chikkani, ba'zi bemorlarda-Leto uchburchagi mushaklar gipertrofiyasining aksini kursatib turadigan, siydik yullari orasidagi burma aniklanadi. Kupincha asosiy tashxis operatsiya vaktida Qovuqni reviziya kilayotganda aniklanadi.

Davosi: engil xilida konservativ davolash bilan kifoyalanib, siydik chikarish kanali buj bilan kengaytiriladi, bakteriyalarga karshi dori darmonlar beriladi. Buzilish darajasi yukori bulsa, Qovuqdan chikish joyini kengaytiradigan operatsiyalar orkali labini endovezikal yoki Qovuqning xamma buyin kismini rezektsiya kilib, buynini buyiga karab kesib yoki Y-V plastika kilinadi.

Siydik chikarish kanalining tugma qopqoqlari pardadan iborat bulib, ikki tomonidan shillik pardasi bilan koplangan.

Uretraning uch xil qopqoqlari buladi: 1-xil qopqoqlar (odatda ikkita) urug dunligining pastki kismida joylashib, kosacha shaklida buladi (juda kup uchraydi); 2-xil qopqoqlar voronkasimon qopqoqlar (kupincha kup) urug dunligidan Qovuqning buyniga karab keladi;

3-xil qopqoqlar kundalang diafragmaga uxshab, urug dunligining yukori yoki pastida joylashgan buladi (56-rasm).

Qopqoqlarning kelib chikishi paramezonefral yullar yoki urogenital membrananing tuliksiz reduktsiyasiga boglik.

Siydik chikarish kanalining klapanlari kupincha siydik yulining distal bulimining torayishi, Qovuq buynining kontrakturasi va siydik yuli orasidagi boglamning gipertrofiyasi bilan birgalikda uchraydi.

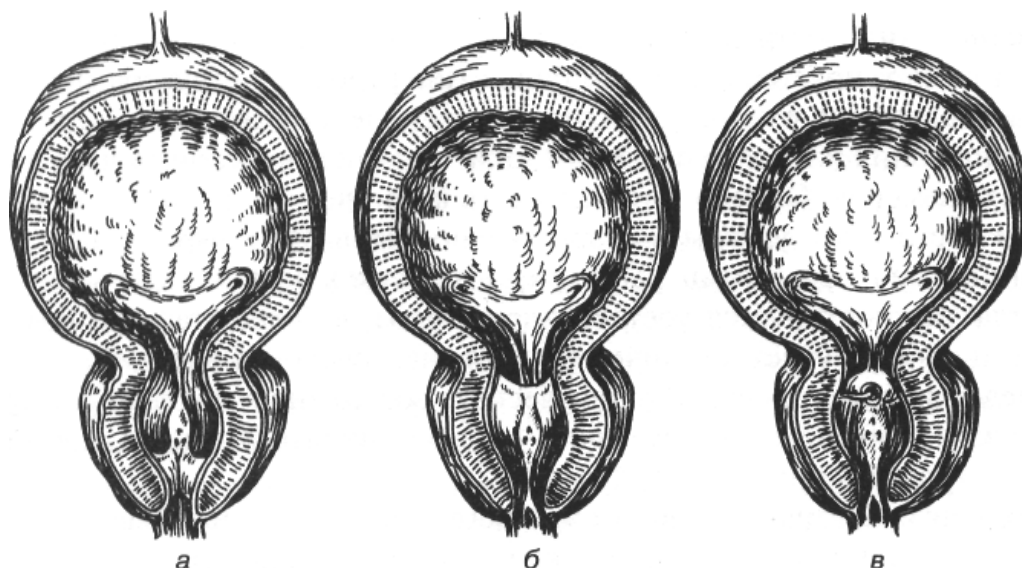
Uretraning qopqoqlarida detruzorning dekompensatsiyasi juda tez paydo bulib, pielonfritning ogir shakli etilib, xayotning birinchi yillarida, xattoki boshlangich oylarida buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Siydik chikarish kanali qopqoqlarining tashxisi uchun bulgan tekshrish usullari, Qovuq buynining kontraktura tashxisi uchun xam shu usullar kullaniladi.

Uretra qopqoqlarining Qovuq buyni kontrakturasidan farki shundaki, bujlar, kateterlar va sistoskoplar bemalol Qovuqqa utadi. Qopqoqning borligini qopqoqchali buj bilan aniklash mumkin, chunki u bemalol Qovuqqa kirib, uni chikarayotgan paytda uretraning orka bulimida tusikning borligi seziladi. Katta yoshdagi bolalarda uretroskopiya vaktida qopqoqlarni kurish mumkin. Sistoureterogrammalarda Qovuqning kattaligini, uretraning orka bulimini kengayganligi, kupincha divertikulalar va Qovuq siydik yuli reflyukslarining borligi aniklanadi.

Siydik chikarish kanali qopqoqlarining davosi operatsiyadir. Katta yoshdagi bolalar va kattalarda qopqoqlarni transuretral elektrozerektsiya kilinadi. Yosh bolalarda oralik orkali qopqoqlar olib tashlanadi yoki u uretra bilan birga zerektsiya kilinadi.

Urug dunligining gipertrofiyasi –tugma tabiiy kurinishdan uzgacha bulib, urug dunligining xamma elementlari giperplaziyasidan iboratdir. Urug dunligining kattaligi ba'zi vaktlarda shunday bilinarli darajada bulib, u uretra yulini tusib Qovuq bushligiga chikib turadi.

Yukori yozilgan klinik kurinishdan tashkari urug dunligining gipertrofiyasi siyish vaktida ogrikli erektsiyaga olib keladi. Kupincha kasallik xavfli bulib, tezda bolani ulimga olib keladi.



56-rasm. Orka uretra qopqoqlarining xillari.

A-I xil, B-II xil, V-III xil. Tushuntirish yukorida yozma ravishda bayon etilgan.

Siydik chikarish kanalining orka bulimidagi nuksonning tashxisi sistoureterografiya yoki kutarilayotgan ureterografiya orkali aniklanadi.

Qovuqni kateterizatsiya kilayotganda uretraning orka bulimida tusikning borligi sezilib, ba'zida urug dunligi, buj yoki kateter bilan shikastlanib biroz kon okishini paydo kiladi. Tashxisda uretroskopiya uchun katta yordam beradi, lekin uni yosh bolalarda utkazish vaktida kiyinchiliklar buladi.

Urug dunligi gipertrofiyasining davosi, uni endouretral yoki oralik orkali rezeksiya qilishdan iboratdir.

Siydik chikarish kanalining butun buylab tugma bitib ketishi juda kam uchraydi va xayot uchun xavfli. Kupchilik ugil bolalarda aloxida bugin bitib ketishi uchraydi. Bitib ketish joylari kupincha odatda bulboz bulimida yoki siydik chikarish kanalining kayiksimon chukur soxasida buladi. Uretraning bitib ketishida siydik ba'zida bitmagan uraxusdan yoki tugma Qovuq-tugri ichak yoki Qovuq-kin orka yarasi orkali ajralib chikadi.

Tugilgan bola birinchi xayotining 24-48 soatlarida siymasa demak siydik chikarish kanalining bitib ketganligi xakida uylash mumkin. Qovuqning kateterizatsiyasi natijasiz bulsa tashxisni tasdiklaydi.

Qovuq usti punktsiyasi orkali kilingan sistografiya bilan bitib ketgan joyini va okma yaraning borligini aniklash mumkin.

Davosi: Agar bitishi kichkina bulsa, uni ajratib va kesib tashlab, uretraning uzgarmagan joylarini bir-biriga tikish kerak. Bir vaktida Qovuqni orka yaralari xam tugatiladi.



Siydik chikarish kanalining tugma torayishi, uning xar kandy joyida uchrab, kupincha distal bulimida joylashadi. Bu tabiiy kurinishdan uzgacha bulishining asosiy belgilaridan biri kiyinchilik bilan kupincha tez-tez siyish va kechasidagi enurez bulib xisoblanadi. Asoratlari xuddi boshka infravezikal buzilishlarnikiga uxshaydi.

Buj kilish (andozosini ulchash) va uretrografiya (pastga tushayotgan va kutarilayotgan) orkali tashxis aniklanadi.

Uretrogrammada siydik chikarish kanalining proksimal bulimi kengaygan bulib, sistogrammada yakkol kuringan torayish bulsa, Qovuq devorining trabekulyar belgilari, soxta divertikulalar aniklanadi. Qovuq-siydik yuli reflyukslari va siydikning koldigi bulishi mumkin. Uretraning andozasi, kalpoksimon bujalr bilan bajarilib, uzining yoshiga tugri keladigan bujning kichikrogidan boshlanadi.

Yakkol kurinmagan uretradagi buzilishlarning davosi, uni buj kilish bilan kifoyalnadi. Buj kilish yordam bermasa va torayishi kuprok bulsa, uning toraygan

joyi rezektsiya kilinib, uretraning odatdagi kolgan bulaklari tikiladi. Siydik kanalining eng distal bulimida torayish bulsa, meatotomiya (uning tashki teshigi kesiladi) kilinib, bolaning yoshiga teng bulgan kateter uretrada bir necha kun koldiriladi.

Siydikning bemalol okishiga karshi bulgan tusiklarni bartaraf kilgandan keyin , infravezikal buzilishning natijasi buyrakning zararlanish darajasiga va pielonefritga karshi kurashning muvaffakiyatlariga boglik buladi.

Siydik chikarish kanalining boshka anomaliyalari.

Siydik chikarish kanalining kushalok bulishi – juda kam uchraydigan anomaliyadir. Kushalok uretra olatning (diffaliya) kushalok bulganda yoki bulmagan vakt da xam uchrashi mumkin.

Kushalok uretra tulik va tuliksiz bulib uchrashi mumkin. Tula kushalok bulganda kushimcha siydik chikarish kanali Qovuqning buynidan boshlanib, olatning boshida yoki olat tanasida ochiladi. Tuliksiz kushalok bulganda kushimchasi asosiy uretradan boshlanib, olatning boshida ochilib, uning ventral yoki dorsal yuzasida berk bulib tugaydi. Xar xil shakldagi kushalok bulganlardan, parauretral yullari eng kup uchrab, ular tor va berk bulib, olatning bosh soxasida aloxida teshik orkali ochiladi.

Kushimcha uretra va parauretral yullarda fakat yalliglanish va siyish kiyinchilik bilan bulganda ularning klinik axamiyati oshadi.

Ularning davosi tarashlab kesib tashlashdan iboratdir.

Siydik chikarish kanalining tugma divertikulasi – juda kam uchraydigan tabiiy kurinishdan uzgacha bulib, uretraning orka devoridan burtib chikkan xaltachaga uxshaydi. Uretraning osilib turgan bulimidan usimtga uxshash narsa aniklanib, siyayotgan vakt da u kattalashadi. Uni bosganda uretradan loykalangan siydik yoki yiring chikadi.

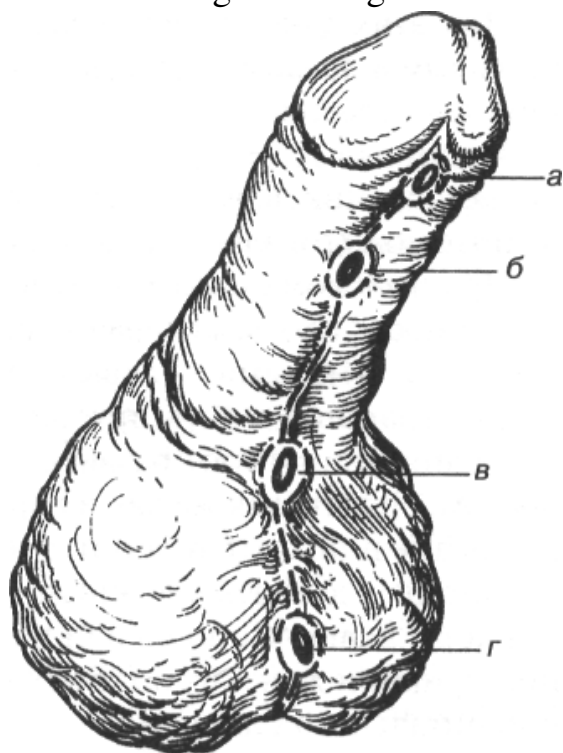
Siydik kanalining orka bulimidagi divertikula tugri ichak orkali aniklanib, u xuddi xamirga uxshagan usimta bulib, bosganda bu narsa bushab koladi. Divertikulaning bulishi kiyinchilik va ogrik bilan siyishga, siydik yullarini infektsiya bilan zararlanishiga olib keladi.

Divertikulani buyni tor bulsa, uning bushligida toshlar paydo bulishi mumkin.

Uretrografiya va uretroskopiya orkali tashxis tasdiklanadi.

Davosi- divertikula operatsiya orkali olib tashlanadi.

Gipospadiya - siydik chikarish kanali orka devorining distal kismining bulmasligi. Bunda siydik chikarish kanalining tashki teshigi, odatdagidan proksimalrok ochiladi: boshida yoki olat tanasining orka yuzasida, moyak xaltasi soxasida yoki oralikda. Shunga muvofik gipospadiyaning turt shakli (darajasi) buladi: boshida, tanasida, moyak xalta



soxasida yoki oarlikda (57-rasm).

57-rasm. Gipospadiyaning shakllari.

A-boshida; B-tanasida (penalnaya); V-moyak xaltasida, G-oralikda.

Uretra tashki teshigining distopiyasidan tashkari, gipospadiya yana uretra va kavernoza tanalarining uzunligi bir-biriga tugri kelmasligi bilan ifodalanadi. Kalta bulgan uretra orka tomoniga olatni kingir bulib kolishiga sabab buladi. Siydik chikarish kanalining tashki teshigi juda kam xollarda uz joyida bulib, uretraning katta bulishi sababli olat deformatsiyasi bulib u ilmokka uxshab koladi-xorda shaklidagi gipospadiyalar (uning boshka nomlari: elkanga uxshash gipospadiyalar, «gipospadiyasiz gipospadiyalar», tugma kalta bulgan uretra).

Kasallikning alomatlari. Bosh gipospadiyasi – eng engil shakli bulib, u xamma gipospadiyalarning 70% ni tashkil kilib, siydik chikarish kanalining teshigi gultoijuyagiga siljigan buladi. Odatdagi uretra tashki teshigining urnida, uncha katta bulmagan chukurcha bulib, teshigi esa olatning yuganchasida joylashgan buladi. Ventral yuzasida kertmak yuk bulib, dorsalida esa ochik bulgan olat boshining ustida etakka uxshab osilib turadi. Boshi biroz kiyshaygan buladi. Ba'zi bolalarda ektopiya uretraning teshigi toraygan bulib, yoki siyishni kiyinlashtirib, butunlay uni yopib turadigan yupka parda xam buladi.

Tanasida bulgan gipospadiyada olit rivojlanmay va olatning boshida ektopiya bulgan uretraning teshigiga karab ketayotgan fibroz tortilmalar (xordalar) xisobiga olat orkaga karab kiyshayib turadi. Yoshning utishi bilan olatning kiyshayishi kupayib, erektsiya paytida ogrik paydo buladi. Katta yoshdagilarning gipospadiyasida olatning juda kup kiyshayganligi sababli kupincha jinsiy aloka kilaolmasligi va uretraning ektopiyasi tufayli maniy kinga tushmaydi.

Moyak xaltachasining gipospadiyasida olat yana xam rivojlanmay va olatning kiyshayishi yakkolrok kurinadi. Kiyshaygan olat ilmoksimon shaklida bulib, moyak xaltachasiga tortilgan va bulingan bulib, katta jinsiy lablarni eslatadi. Olat boshining orka yuzasidan ektopiya bulgan siydik chikarish kanalining teshigigacha rudimentar uretraning yupka shilimshik pardasi utadi. Bemorlar utirib siyadi, siydikni xar tomonga sachrashi sababli, son terisi yumshab va kizarib ketadi.

Oralik gipospadiyasida tashki jinsiy a'zolarining keskin uzgarishlari kurinib, ba'zi vaktlarda bolalarning jinsiy aniklashda kiyinchilik buladi; moyak xaltachasi xuddi jinsiy lablarga uxshab bulingan bulib, olat uzining kattaligi va shakli bilan klitorni eslatadi. Bu xildagi murakkab gipospadiyada bulib ularning orasida kriptorxizm birinchi urinni egallaydi. Xattoki gipospadiyani juda ogir shakli bulganda xam koidaga kura, siydikni ushlayolmaslik bulmaydi, chunki Qovuqning sfinkteri bunga kushilmaydi.

Ayniksa gipospadiya germafroditizm bilan birga bulganda bolaning va otonasining ruxinitushiradi. Bolalar juda erta uzining nukson bilan rivojlanishini bulib, serjaxl va pismik bulib usadi. Shu sababli uning xakikiy jinsini aniklashda siydik chikarish kanalining nuksonini uz vaktida bartaraf kilish kerak.

Xakikiy germafroditizm – bir vaktida moyak va tuxumdonning bulishi juda xam kam uchraydi. Odatda kupincha erkak soxta germafroditizm xili bulgan bemorlar kuzatiladi (bitta jinsning gonadlari, ikkilamchi jinsiy belgilari – boshkasida).

Soxta erkak germafroditizmida mlyaklar koidaga binoan, korin bushligida joylashib, moyak xaltachasi bulinib, olat rivojlanmay , gipospadiya kuzatiladi. Ayollarnikida esa klitor gipertrofiyalangan bulib, tuxumdonlar odatda nomus lablarining ichida joylashganligi sababli ularni bulingan moyak xaltachasida deb bilish mumkin.

Ayollarning soxta germafroditizimida, kupincha buyrak usti bezlari pustlogining usma yoki giperplaziyasida androgenlar ajralib, ular ayollarning jinsiy bezlarining ish faoliyatlarini pasaytiradi. Bu xolatni androgenital sindrom deb ataladi. U bemorning usishini tezlashtirib, junlarni erkaklarcha erta paydo bulishiga, uz vaktidan oldin epifiz va suyaklarning usish kismini kotish bilan ajralib turadi.

Tashxisi. Jinsiy aniklashda sinchiklab kurish, laboratoriya va rentgenologik tekshirish usullarining natijasiga asoslanib kuyiladi. Bunga kertamakning joylanishi sabab bulishi mumkin. U ugil bolalarning gipospadiyasida butunlay olatning dorsal yuzasida joylashib, soxta germafroditizmida kertmak klitorni ventral yuzasiga utib, kichkina nomus lablariga kushiladi. Ba'zi gipospadiyada rudimentar kin bulib, uning farki shundan iboratki, soxta germafroditizmida kin yaxshi takomillashgan buladi. Lekin ayollarning soxta germafroditizmida tashki tomondan kin aniklanmay, uretraga siydik-jinsiy sinusiga uxshab kushiladi.

Siydikda 17-ketosteroidlarni va epitelial xujayralarning yadrolarida jinsiy xromotinlarni aniklash, laboratoriya tekshirishlarini uzichiga oladi. Buyrak usti bezining giperplaziyasi yoki usmasida 17-ketosteroidlarning siydikdagi mikdori ancha kupayadi. (odatda bir kecha-kunduzi 0,5-8,1 mg urniga ba'zida 60 mg gacha buladi). Kirib olingan terida erkaklar jinsiy xromatini 5-10 %, ayollarda esa 70-80% xujayralar aniklanadi.

Suyak rentgenografiyasi, androgenital sindromida suyaklarning kotish yadrolarining barvakt paydo bulganini aniklashga imkon beradi. Ginekografiya orkali bachadon va uning ortigini aniklash mumkin. Uretrografiya yordamida siydik-jinsiy sinusi aniklanadi. Korin pardasining orka bushligiga xavo yuborilib (pnevmoretroperitoneum) birgalikda tomografiya kilish buyrak usti bezi giperplaziyasi yoki usmaning tashxisiga imkon beradi.

Juda kiyin xollarda jinsni aniklashda, ayollarning ichki jinsiy a'zolarini bilishga, laparoskopiya va diagnostik laparotomiyalar imkon beradi.

Gipospadiyaning davosi operatsiyadir. Ikki asosiy operatsiya boskichi bilan olat tugrilanib va etmayotgan siydik chikarish kanalining bulimini yaratishdan iboratdir.

Davolashning birinchi davri – olatning tugrilash odatda 1-2 yoshda kilinadi. Operatsiya kilish ikki tarkibiy kismdan iborat: olatni kiyshik bulib turgan tortmani tarashlab kesish, xamda olatni ventral yuzasidan (keyinchalik uretroplastika kilish uchun), uchburchak laxtalarni almashtirish yoki kertmak terisini kuchirish bilan teri tayyorlanadi. Kavernozi tanalarni, odatdagidek rivojlanishiga sharoit yaratish uchun operatsiyani barvakt kilish kerak.

Davolashning ikkinchi davri – uretroplastika bemorni 13-15 yoshida olatning rivojlanishiga va operatsiyani xiliga karab bajariladi.

Xozirgi zamonda ikki asosiy guruxdagi uretroplastik operatsiyalari kullaniladi: maxalliy plastikani olat va moyak xaltachasi tukimalari, xamda erkin teri laxtaklari bilan plastika kilish.

Bolalardagi «gipospadiyasiz gipospadiyani» davolash uretra kesilib, kavernoza tanalarni tugrilash embrional biriktiruvchi tukimali tortmani tarashlab kesish xisobiga bulib va olatning ventral yuzasidagi ruparadan kelayotgan uchburchak laxtaklar bilan plastika kilishdan iborat.

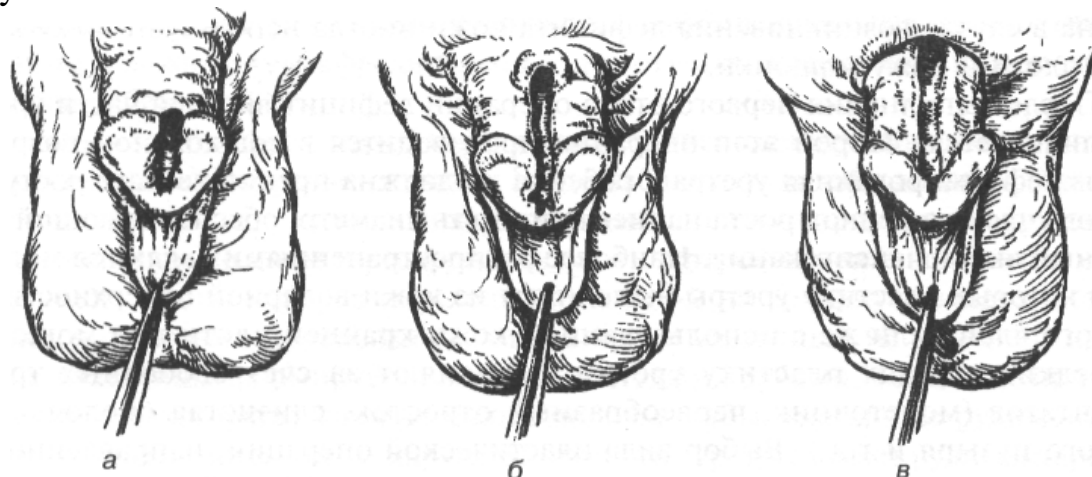
Ikkinchi davrida xuddi boshka gipospadiyalarda kilinadigan uretroplastika kilinadi.

Olatning bosh kismida gipospadiya bulsa, bunda bir oz kiyshayish bulganligi sababli davolashni talab kilmaydi. Agar uretrani tashki teshigining torayishi uning pardasi bilan birga bulsa, unda meatotomiya yoki pardani tarashlab kesib tashlanadi.

Kiz bolalarda gipospadiya juda xam kam uchraydi, unda uretraning tashki teshigi kinga kuchganligi ma'lum buladi. Bu paytda kizlik pardasining yukori gumbazi yorilgan buladi. Siydik kinga tushib, shilimshik pardasi kizarib yumshab ketadi, ya'ni vulvovaginit bulib, siydik infeksiyasi yukoriga kutarilishi mumkin. Agar uretra butun buylab etilmagan bulsa, total gipospadiya paydo bulib, Qovuq buyni bilan kin orasida bir-birini kushadigan yorik xosil buladi. Ba'zi «ayollar gipospadiyasida», doimo siydikni tutaolmasligi kuzatiladi. Davosi kinning devoridan uretra kilishdan iborat buladi. Siydik tutaolmaslik kasalligida Qovuq sfinkterining plastinkasi bajariladi.

Epispadiya – siydik chikarish kanalining dorsal (oldingi) devorining bir kismini yoki xammasini tugma yorilishidir. U 50 000 tugilgan gudaklarda bitta, ugil bolalarda kizlarlarga nisbatan 5 marta kuprok uchraydi.

Epispadiyaning uch xili uchraydi: ugil bolalarda – bosh kismidagi epispadiya, olatning epispadiyasi xamma kismida bulgan epispadiya kizlarda – klitorli, subsimfizli xamma kismida bulgan yoki retrosimfizli epispadiya (58-rasm). Xamma kismida bulgan (total) epispadiya boshka shakllariga karaganda uch marta kuprok uchraydi.



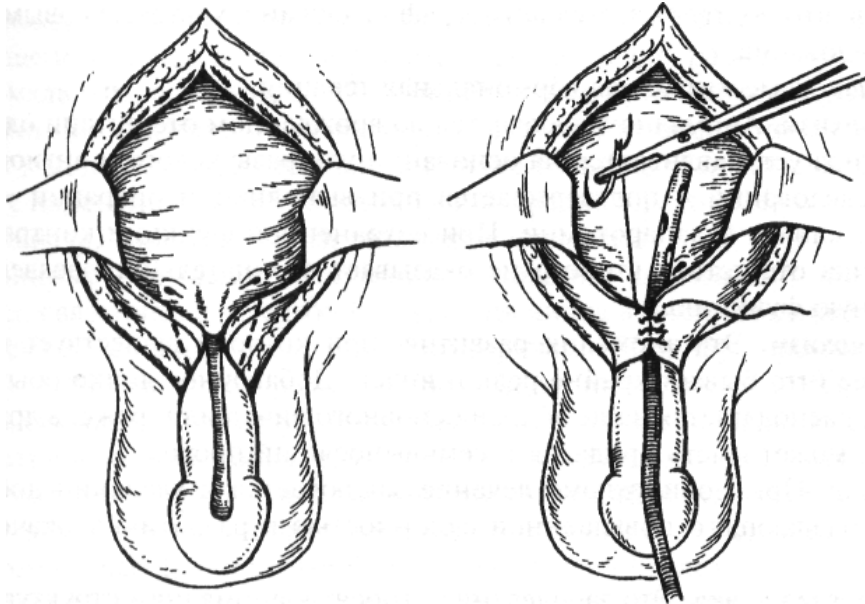
58-rasm. Epispadiyaning shakllari.

A-bosh kismidagi; B-tanasidagi; V-xamma kismida.

Alomatlari – bosh kismidagi epispadiyada olatning boshi biroz yukoriga kiyshaygan buladi. Olatning boshi zichlangan kretmakning yukori kismi yorilgan bulib, tashki siydik chikarish kanalining teshigi, olatni dorsal yuzasining gultoj juyagida ochiladi. Siyish ixtiyoriy bulib, biroz siydik sachrab chikadi. Olatning rivojlanishi va uning ish faoliyati buzilmaydi.

Olatning epispadiyasida uning kiyshaygani yakkol kurinib turadi. Bosh kismi yorilgan bulib, uning dorsal yuzasidan pastlik boshlanib, yupka shilimshik parda

bilan chukur shaklli ektopiyalangan siydik chikarish kanalining tashki teshigigacha koplangan buladi. Qovuqning sfinkteri saklangan bulib, lekin kupincha yutalganda, kulganda, jismoniy xarakat kilganda siydikni tutaolmasligi buladi. Siyish vaktida siydik okimini atrofga sochilib chikishi, bemorning olat kertmagidan orkaga tortib, utirib siyishga majbur kiladi. Kupincha bu shakldagi epispadiyada kov suyaklari va korinning tugri mushaklarining ayrilishi uchraydi, kov suyaklariga yopishgan kavernoza tanalar xar xil tomonga ayrilgan bulishi, olatni kushimcha kaltayishiga va oldingi korin devoriga yakinlashishiga olib keladi. Kattalarda olatning kiyshikligi yakkol bulganligi sababli jinsiy aloka kilish ancha kiyin bulib va mumkinligi bulmay koladi.



Total epispadiyada Qovuqning ayrilishi bir butun bulib, siydik doimo tashkariga okib, kiyimlarga va atrofdagi tanaga tegib, bolalar tarbiyasini kiyinlashtirib, ularni jamiyat orasida bulishiga imkon bermaydi.

Olat rivojlanmay, ilmokka uxshab, yukoriga kutarilmay, teri burmalari ichida kurinmaydi. Uning dorsal yuzasida ayrilgan kavernoza tanalari orasidan doimo namlangan shilimshik yul utadi. Kov suyaklari bugining keng ayrilishi sababli «urdak» yurish buladi. Moyak xaltachasi rivojlanmagan bulib, kupincha gipoplaziya bulgan moyaklardan iborat buladi. Kasallik kupincha kriptorxizm, prostata bezining gipoplaziyasi, buyrak va siydik yuli nuksonlari bilan birga buladi. 30% bemorlar pielonefrit bilan xastalangan buladi. Kizlar epispadiyasida anatomik uzgarish ozrok bulib, uning yoshlik vaktidagi tashxisi ancha kiyin buladi. Epispadiyaning klinik belgilari uning nuksonli darajasiga boglik buladi.

Klitorli shaklida klitor ayrilgan bulib, uning ustida tepaga siljigan uretra ochiladi, lekin siyish buzilmagan buladi. Nuksonni amaliyotda axamiyati yuk.

Subsimfizli shaklida klitor bir yula butun ayrilgan bulib, kichik va katta jinsiy lablar orasida, uning oldingi tomonida kushilgan joyi bulmaydi. Tashki siydik chikarish kanali keng va chukurrok shaklida buladi. Qovuqning sfinkteri kisman ayrilgan bulib, siydikni tutaolmasligiga sabab buladi. Kov suyaklarining ayrilishi kuzatilmaydi.

Bir butun (retrosimfizarli) shaklida siydik chikarish kanalining oldingi devori va Qovuq buynining oldingi bugini tamomila bulmaydi.

Uretra tarnov shaklida buladi. Siydik doimo okib turadi va fakat tananing gorizontol xolatida Qovuqda uning biroz mikdori yigiladi.

Jinsiy lablar va ko bugini bir yula ayrilgan bulib, korinning tugri mushaklarida xam ayrilish buladi. Siydikni tutaolmasligi sababli tashki jinsiy a'zolarning va sonning terisi yumshagan va kizargan buladi.

Davosi: bosh kismidagi va klitorli epispadiya shakllarida davolanishni talab kilmaydi. Boshka shakldagi epispadiyalarni operatsiya kilish yuli bilan davolanishga siydik tutaolmaslik va pardozli nuksonlar kursatma buladi. Davolashni maktabgacha bulgan yoshda utkaziladi. Operatsiyadan avval ogiz bushligini va siydik yullarini sogaytirib, terining shilingan va yaralangan joylarini yukotish kerak. Operatsiyaning maksadi maxalliy tukimalar xisobiga etmagan uretra kismini yaratish xamda siydikni tutaolmasligini kursatish uchun Qovuq buynini plastika kilish.

MOYAKLARNING ANOMALIYALARI.

5% bolalarning moyaklari tabiiy kurinishdan uzgacha bulib tugiladi. Moyaklarning anomaliya soni, tuzilishi va joylanishlari xar xil buladi. Soni jixatidan monorxizm, anorxizm va poliorxizmlar buladi.

Monorxizm – tugma bitta moyakning yuk bulishi. Tashxisi odatda kriporxizm sababli kilinayotgan operatsiya vaktida , korin orti pardasi bushligi keng ravishda tekshirilib moyak topilmagan vaktida kuyiladi. Agar ikkinchi moyak odatdagidek bulsa, monoxizm xech kanday uzgarishlarga olib kelmaydi.

Anorxizm - tugma ikkala moyakning yuk bulishi. Bunda bir vaktida moyak ortiklarini rivojlanmasligi yoki urug chikarish yullari yuk bulishi mumkin. Bunday xolat juda kam uchrab, gipogonadizm va evnuxoidizm yakkol kuzatiladi.

Davosi – garmonlar bilan urnini bosish orkali chegaralanadi.

Poliorxizm - uchta yoki undak kuprok (juda xam kam uchraydi) moyaklar bulishi mumkin. Kushimcha moyak asosiy moyakning yonida joylashib, odatdarivojlanmagan bulib, uning ortigi va urug chikarish yuli bulishi mumkin.

Davosi – kushimcha moyak xavfli usmaga utib ketishga kuprok moyil bulganligi sababli, u operatsiya yuli bilan olib tashlanadi.

Tuzilishining anomaliyasiga moyakning bir va ikki tomonlma gipoplaziyasi kiradi. Gipoplaziya bulgan moyakning kattaligi bir necha millimetrdan oshik bulmaydi. Moyakning ikki tomonlama gipoplaziyasi amaliyotda anorxizmga teng . Bir tomonlama bulgan gipoplaziyada rivojlanmagan moyakning malignizatsiyasi xavfi borligi sababli uni olib tashlash afzalrok.

Moyaklarning uzgacha bulib joylanishi kuprok uchraydi. Bularga moyakning kriporxizm va ektopiyasi kiradi.

Kriporxizm - moyakning tushishini tuxtab kolishi. Uning kelib chikishiga gormonal uzgarishlariyoki mexanik tusiklarga (moyak kon tomirining kaltaligi, ularni embrional tortmalari ichki chot xalkasida ushlab turish, chot kanalining rivojlanmaganligi va boshkalar) boglik. Gormonal omillar kupincha moyakning ikki tomonlama retentsiyasiga, mexaniklari esa – bir tomonlamasiga olib keladi.

Kriporxizm korinli va chot xillariga bulinadi. Korinli kriporxizmde moyak korinning u yoki bu tomonida joylashadi. Chotli xilida esa- chot kanalida joylashgan buladi. Bundan tashkari xakikiy va soxta kriporxizm buladi. Soxta kriporxizmde

moyakni tortib xaltachasiga tushirish mumkin, lekin u yana uz urnini egallaydi. Balogat yoshiga etish vaktida moyakni xaltachasiga butunlay tushishi sababli, bu xolat davolashni talab kilmaydi.

Moyakning ektopiyasini kriptorxizmdan farkini, uni moyak xaltachasiga tushayotgan vaktida boshka tomonga ogishi bilan aniklanadi. Moyak chot kanalidan chikkandan keyin uning boshka tomonga ogishi boshlanadi. Moyak xaltachasiga kirish joyi parda bilan tusilganligi sababli, moyak sonining chot soxasida, oralik yoki moyak xoltachasining karama-karshi tomonlarining teri ostida joylashishi mumkin. Shunga muvofik chot, son, oralik va kundalang kesib utgan moyak ektopiyalari buladi; kupincha chot ektopiyasi uchraydi.

Korin bushligida xaroratni moyak xaltachasidan 2-30S yukori bulishi sababli tushmagan moyak, usishdan va rivojlanishdan orkada koladi. Shunday xaroratning ta'sirida moyakda sklerotik uzgarishlar rivojlanishi mumkin, ularni 10 yoshdan keyin kaytarib bulmaydigan buladi.

Chot kanalida joylashgani, odatda joylashgan moyakka karaganda moyak kuprok shikastlanib va issiklik ta'sirida buladi. Bu omillar davolash tadbirlarining zarurligini kursatadi, lekin kupincha moyakning uzini moyak xaltachasiga tushishi sababli davolash tadbirlarini utkazish uchun shoshilish kerak emas. Xayotining birinchi yoshi davomida moyakning tushishi (70%) gacha kuzatiladi. Lekin bu tushish extmoli balogat yoshiga etgunga kadar buladi.

Alomatlari – moyak xaltachasida moyak yuk bulsa, shu tomoni sillik bulib rivojlanmay koladi. Bemorlar kupincha korinda tortilib turgan ogriklarga va chotida shishib kolgan narsani borligidan shikoyat kiladilar. 5-10 % bemorlarda endokrin uzgarishlar alomatlari bulib, kupincha ikki tomonlama kriptorxizmda u yakkol kurinib turadi. 25% bemorlarda kushimcha chot churrasi aniklanadi.

Oxirgi vaktlarda kriptorxizmning xar xil turlari (chot, korinli) tashxisida moyakning stsintigrafiya usuli 99mTs – pertexnet bilan aniklanadi.

Bemorning venasiga 5-15 mKi moddasi yuborilib (chot kriptorxizmda 5-7 mKi, korinlisida 10-15 mKiG`0,5-I soatdan keyin gamma kamerada tekshirish boshlanadi. Moyak xaltachasidagi uzgarmagan moyaklarning stsintigrafiyasida ularning tashki ta'siri tugri bulab, moddaning tuplanishi va tarkalishi bir tekis buladi. Urtadagi tusigi anik kurinadi (59-rasm).

Stsintigrafiya ma'lumotlariga asosan kupincha kriptorxizmda moyakning fakat joylashishi aniklanmay (59-rasm B, V) lekin unda radioindikatorlarning tarkalishiga xam baxo beradi. Tashki kurinishining kiyshikligi va moddani notekis yigilishiga karab moyakning patologik zurayishi borligini taxmin kilish mumkin. Ultratovush skanirovaniyasi moyakning borligini, joylanishini va uning xolatini, moyak xaltachasida yukligi xakida asosiy axborotlarni beradi.

Davosi konservativli, murakkab operativ bulishi mumkin. Endokrin uzgarishlari bulgan bolalar va ikki tomonlama kriptorxizmi bor bemorlar konservativ davolashnisha kursatma bulib, ular xorionik gonadotropin oladilar.

Ayniksa testosteron-propionat va xorionik gonadotropinni yoshiga va me'yoriga karab birgalikda kullash maksadga muvofikdir. 6-10 yoshdagilarga testosteron-propionat mushak ichiga 10 mg berilib, bir davolash davriga 15 in'ektsiya, katta yoshdagilarga yoshiga karab 2 - 2,5 bordan oshiriladi. 10 yoshgacha bulgan bolalarga xorionik gonadotropin mushak ichiga 5000 ED kun – olis yuboriladi (bir

davolash davriga 30 ta in'ektsiya). Katta yoshdagi bolalar me'yorni 2 barobar oshiriladi.

Kriptorxizmning asosiy davolash usuli operatsiya kilishdan iborat.

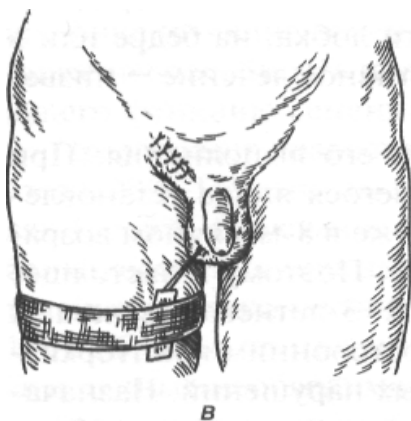
Operatsiya (orxipektsiya) 6-9 yoshida bajariladi. Orxipektsiyani bolalarda ikki davr bilan bajariladi (operatsiyadan avvalgi tayyorgarlik fakat umumiy).



a



b



B

Birinchi davr-chot burmasi buylab teri kesilib, chot kanali ochiladi. Moyak va urug tizimchasi embrional yopishgan joylardan ajratiladi. Kin usigining korin pardasi urug tizimchasining elementlaridan ajratilib, buynidan tikib boglanadi. Moyak xaltachasini munosib tomonidan tukimalarni ayrib moyak uchun joy kilinadi. Moyak xaltachasi va son terisining kesilgan joyidan, moyakni sonning keng festsiyasiga keltirib, moyakni ok pardasiga tikib kuyiladi. Moyak xaltachasini kesilgan joylari son terisi bilan bir-biriga tikib, moyak xaltachasi-son «anastomozi» tashkil kilinadi. Martinov usuli bilan chot kanali plastika kilinadi. Operatsiyadan keyin moyak kon tomirlarini oshikcha tortilmasligi uchun oyogini Beler taxtakachiga kuyiladi. Yurish uchun 5 kecha-kunduzdan keyin ruxsat beriladi.

Ikkinchi davrida operatsiya 2-3 oydan sung bajariladi. Maxalliy novokain anestiziyasi orkali moyak xaltachasi- son «anastomozi» ajratilib, moyak xaltachasiga kuchiriladi. Moyak xaltachasi va sonning teri nukson chekkalari tikiladi. Bemor operatsiyaning ikki kecha-kunduzidan keyin shifoxonadan urologyoki xirurg nazorati uchun ambulatoriyaga chikarib yuborilishi mumkin va u erda 7 kecha-kunduzdan keyin iplari olinadi. Katta yoshdagilarda orxipektsiyani bir davrda bajarib, moyak xaltachasiga tushirilgan moyakni, yugon ipak ipni uning ok pardasidan utkazib, moyak xaltachasining pastki kismidan tashkariga chikarilib, u yoki bu usul bilan sonning ichki yuzasiga tortilib mustaxkamlanadi (60-rasm, rangli yopishtirilgan varakka karang).

Kriptorxizmning natijasi asosan moyakning rivojlanmagan darajasiga boglik. Xisoblashlarning natijasiga karaganda operatsiyasiz 10% kriptorxizimli erkaklar uruglik kobilyatiga ega. Operatsiyadan sung bir tomonlama kriptorxizmda uruglik 80% gacha kutarilib, ikki tomonlamasida esa 30% buladi.

Moyakning ektopiyasi, odatda 6 yoshda bir davrda bajariladi, chunki urug tizimchasi etarli darajada buladi.

Natijasi koidaga kura yaxshi.kundalang kesib utgan moyakning ektopiyasi davolashni talab kilmaydi.

Moyak pardasi va urug tizimchasining sarik suv kasalliklarini bir-biriga kuyilishi (gidrotsele, funikotsele), kin usigining korin pardasi bitib ketishi va yosh bolalarda limfatik tomirlarni etishmaganligi anomaliyaning paydo bulishiga sababchi buladi. Buning natijasida moyak pardasi bilan urug tizimchasi orasida kisman bulgan bushlik orkali korin bushligi kushilgan buladi. Shuning uchun bunday sarik suv kasalligini bir-biriga kushilib turgani deb ataladi. Sarik suv kasalligini joylashgan joyiga va uning korin bushligi bilan kushilishiga karab turli xil shakldagi sarik suv kasalliklari paydo buladi. (61-rasm).

61-rasm. Moyak pardasi va urug tizimchasidagi sarik suv kasalliklarining xar xil turlari. A-moyak pardasi va urug tizimchasidagi sarik suv kasalliklarining bir-biriga kuyilishi. B-urug tizimchasi pardasi va sarik suv kasalligining bir-biriga kushilish. V-urug tizimchasining zardobli shishi. G-moyak pardasining aloxida sarik suv kasalligi, ba'zida bola tugilgandan keyin sarik suv kasalligi aniklanadi, lekin kupincha u xayotining birinchi xaftasida paydo buladi.

Moyak xaltachasining bir yoki ikkala tomonining katta bulishi, sarik suv kasalligining klinik kurinishi bulib xisoblanadi. Odatda kattalashishi bolani bezovta kilmay, u kun buyi uzgarmaydi yoki kechkurunga kadar asta-sekin yugonlashib boradi. Sarik suv kasalligini paypaslaganda u kayishkok narsaga uxshab moyakning atrofini urab turadi.

Uning chot churrasidan farki shundan iboratki, suv kopining ichidagi xamma narsani bir yula korin bushligiga kirgizib bulmaydi. Diafanoskopiya yordamida suv xaltasidan yoruglikning utishi sarik suv kasallining uziga xos bulgan alomatlaridan bir bulib xisoblanadi.

Korin parda kin usigining obliteratsiyasi 1,5 yoshi davomida bulishi mumkin, shuning uchun operatsiyani shu davr utgandan keyin kilish kerak. Agar suv suyukligi tezda yigilib, moyakni bosib tursa, bir yoshgacha bulgan bolalarda suv xaltachasini kaytadan punktsiya kilib ichidagi suyuklik surib olinadi.

Bir-biri bilan kushilgan sarik suv kasalligida operatsiya kilib, korin pardasi kin usigining proksimal bulimi boglanib va uni moyak pardasigacha tarashlab kesiladi. Moyakning uz pardasida tuynik koldiriladi. Birinchi vaktlarda paydo bulgan suyukliklar bu tuynik orkali atrofga tushib, shu erda surilib ketadi.

Katta yoshdagi bolalarda (10 yoshdan keyin) bir-biriga kushilmagan sarik suv kasalligida Vinkelman operatsiyasi bajariladi (moyak pardasi kesilib, u moyakning orkasiga tuntarilib tikiladi).

OLATNING ANOMALIYASI.

Olat anomaliyasi bu olat chekka kertmagi teshigining tugma tor bulishi va kertmak teshigining tor bulishi tufayli olat boshini yalangoch kilish imkoni bulmasligidir.

Bu xolat yosh bolalar xayotining birinchi yoshida fiziologik bulib, agar kertmak xaltasida yalliglanish-balanopostit rivojlanmasa, kertmakning tashki teshigini bitib ketishiga olib keladi. Bu xollarda dizuriya, notinchlik, siyish oldidan vaximalar paydo buladi. Yosh bola siyishni tuxtatib turadi. Bu xolat asta-sekin Qovuqning xajmini oshirishga, uni atoniya va yukori siydik yullarini gipotoniyasigacha, sistit va pielonefritlarning rivojlanishiga olib keladi.

Kertmak xaltasi siyish vaktida siydik bilan ancha puflagan bulib, kertmakning tor teshigidan ingichka okim bilan chikadi.

Kaytalanadigan balanopostit kertmakning bitishini rivojlantirib, olat boshi bilan kertmak xaltasining orasida kattik chandiklarni paydo bulishiga olib keladi. Shunday kilib fiziologik kertmak teshigi patologik kertmak torayishiga aylanadi.

Fiziologik kertmak teshigining torayishi yosh bolaning birinchi yillarida, odatda davolashni talab kilmaydi.

Agartor kertmakning tagida bolishga uxshab yoki gultoj juyak atrofida aloxida toshlarga uxshab ancha smegma yigilsa, kukarib ketgan kertmak tugma asbob yordamida ajratib, olat boshi ochiladi. Yigilgan smegma olib tashlanib, odatda olatning boshi tozalangan vazelin yogi bilan surkab, kertmak esa avvalgi xolatiga keltiriladi. Undan sung 3-4 kun davomida 0,1% permanganat kaliy eritmasida yalangochlangan olat boshi vanna kilinib, kertmak xaltasiga vazelin yogi tomiziladi. Agar kertmak xaltasining uzi 3-4 yoshgacha ochilmasa, uni temir tugma asbob yordamida aylanma xarakat bilan kertmakni olat boshidan ajratiladi. Kertmak yakkol bitib ketsa, kayta-kayta balanopostit bulib tursa, kertmakni aylanasiga kesib olib tashalanadi.

Parafimoz - olat boshining tor kertmakda kisilib kolishi. Bunda olat boshining shishib ketishi, kuchli ogriklar, kiyinchilik bilan siyish paydo bulib, olatning terisi xam birdaniga shishib, katta bulib ketadi.

Agar uz vaktida tugrilanmasa, kisilib kolgan kertmakning xalkasi va xattoki olatning boshida nekroz rivojlanishi mumkin.

Davolash uchun olat boshi tugrilanishi kerak. shuning uchun ba'zi vaktlarda kisilgan xalka kesilib, kertmakning aylanasi tarashlab kesilib operatsiya kilinadi.

Olatning kalta yuganchasi, yosh bolalarda olatning boshini kertmak xaltasidan chikarish tuskinlik kiladi. Kattalarda esa erektsiya vaktida olat boshi kiyshayib jinsiy alokani kiyinlashtiradi. Ba'zida jinsiy aloka vaktida yugancha yorilib ketib ancha kon okishi kuzatiladi.

Davosi yuganchani kundalangiga kesib, yarasini buyniga karab tikishdir.

5 BOB

GIDRONEFROZ

Suv buyrak (yunoncha - suv va buyrak) siydikni buyrakdan pastga yunalishi tuxtab, sekinlab kolishi va buyrakdagi gemotsirkuletsiyani (kon aylanishini) buzilishi natijasida, buyrakni jomi va kosachalarini kengayishi, buyrak tukimasining kurinishi va uni boshka barcha vazifalarini, kelajak tarakkiyotini tubdan buzilishiga olib boruvchi buyrak kasalidir. Oxirgi yillarda bu kasallik ba'zi bir mamlakatlarda gidronefrotik transformatsiya (suv buyrak xolati) deb atala boshladi.

Tasnifi.

Tajriba nukta nazardan va suv buyrak xajmidagi zamonaviy nazariyalarga asoslanib kasallikni ikki turga bulishlik ma'kul.

- Birlamchi suv buyrak, ya'ni jom va siydik naychasini bugimini tugasa torligi natijasida, siydik okimining buzilishidan paydo buladi.
- Ikkilamchi ottirilgan suv buyrak, biror kasallik (siydik tosh kasalligi, buyrak tosh, siydik naychasi usmasi, siydik yullarining shikastlanishini asorati va boshka sabablar tufayli vujudga keladi.

Birlamchi xamda ikkilamchi suv buyrak ochik, yopik yoki intermitik (ilimtik) bulishi mumkin. agar yukorida kayd kilingan siydik tusiklaridan birortasi, siydik naychasining eng pastki kismida paydo bulsa, bir tomonlama gidroureteronefroz (suv-siydik naycha buyrak) paydo buladi. Agar tusiklik Qovuqning buyin kismida yoki siydik kanalida bulsa, ikki tomonlama gidroureteronefroz (suv siydik naycha-buyrak) paydo buladi. Suv siydik naycha buyrak bolalar urologiyasida keng tarkalgan. Kuprok 20-40 yoshlardagi kattalar orasida. Ayollarda erkaklarga karaganda 1-1,5 barobar kuprok. Asosan bir tomonlama uchraydigan kasallikdir.

Etiologiyasi.

Suv buyrakda xar vakt siydik yulining biron bulimida, ya'ni kuprok naycha kismida paydo buladigan gov natijasida yuzaga chikadi. S.P.Federov bu govlarni 5 kismga buladi. Zakar va kovugdagi gov.

1. Siydik naycha buylab tashkarisidan kisadigan gov.
2. Siydik naychasini yunalishini uzgarishdan paydo buladigan gov.
3. Siydik naychasi jomlar devoridagi siydikning okishini buzadigan govlar.
4. Siydik yullarini chiki kismidagi govlar.

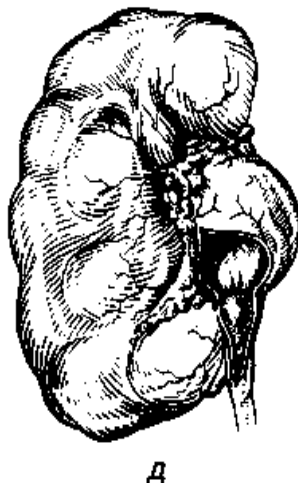
Patogenez.

Suv buyrak xakidagi zamonaviy nukta nazarga kura kasallikni yunalishi 3 devorga bulinadi: 1 davr-fakat jomni uzini kengayishi bilan bir katorda, buyrakni vazifasini xam oz mikdorda bulsada buzilishi bilan; 2 davr - jomni uzini emas, balki kosachalarni xam kengayishi (gidrokalikoz-suv kosa), buyrak parenximasini yupkalanishi, xamda buyrakni vazifasini anchagina buzilishi bilan; 3 davr – buyrakparenximasini juda yupkalashib, buyrakni xalta xoliga kirib kolishi bilan

ifodalanadi. Sekretsia va reabsorbtsiya jarayoni saklanib tursada reabsorbtsiyani sekretsiasidan sustligi, buyrakni jom va kosachalarida siydikni dam bulib kolishiga sabab buladi. Bu xolat buyrakni suv buyrakning barcha davrlarida xam uz vazifasini utmay beradigan a'zolar tarkibiga kiritishga imkon beradi.

Radioizotop tekshiruvlarni kursatuviga kura, damlangan buyrak jomchasidan yod izotoplarini, natriyni, kolloid tillani kongga kayta surilishi aniklangan.

Suvbuyrak xolatni boshlangich davrlarida, buyrak kismidagi siydik dimigi, buyrak jomi va kosachalarini devorlaridagi mushaklarini tolasini kattalashib ketishi ruyobga chikaradi. Kosachalarni spiral mushaklarini asta-sekin kattalashib ketishi, siydikni surgichlari va fornikal zonalarga bulgan bosimini, buyrak kanalchalaridagi



sekretor bosimdan xam ortirib yuboradi, bu esa siydikni surgichlaridan, buyrak jomiga ajralishini buzadi. Bu xolat siydikni ajralishini kamaytirish bilan oz muncha teglashtiradi. Ammo buyrak vazifasinin bunday nisbiy muvozanati uncha uzok davom etmaydi. Buyrak jomi va kosachalarini devoridagi muskul tolalarini vikar kattalashib ketishi asta-sekin ularni yupkalashuvi bilan

almashinadi natijada siydikni yunalishi buzilib, jom va kosachalarini kengaytiradi, buyrak surgichlari va buyrak tukimalarini atrofiyaga olib boradi. Suv buyrakni kelib chikishidagi asosiy omillaridan yana biri, buyrakni xali uz vazifasini yukotmagan kismilarida siydikni tikilib kolishidadir. Bu xolat xali uncha kengaymagan jomlarda kiska vakt mobaynida ichki bosimni ortib ketishi xolatlarida xam uchraydi. Buyrak jomidagi bosimni ortib ketishi, yangi kelib kushilayotgan siydiklar tufayli bulib kolmay, balki suv buyrakni boshlanish jarayonida gipertrofiyaga uchragan va kupincha kattik ogriklarga sababchi bulgan kosachalarni muskullarini ayniksa fornikal sfinkterlarni xamda kosachalarni sfinktrlarini kiskarishiga boglik. Bu gipertrofiyaga uchragan sfinktrlarini kismilarini, kosachalarini devorlarini butunligini buzadi va ajralgan siydikni jomlardan, kaytadan parenximasiga tomon xaydaydi.

Siydik naychalarida tugon paydo bulgan paytdan karayib 24 soat chamasi utgan, transformikal shish ezganligi sababli, buyrak piramidalarini atrofiyasi boshlanadi, surgichlari asta-sekin yalliglanadi. Oradan 6-10 kun utgach piramidalarni atrofiyasi anchagina avjiga chikadi: surgichlari asta-sekin ichiga tortiladi. Ikkinchi haftaning oxiriga borib, forniksalar yukoladi. Bertiniev ustunlari uz xolatida koladi. Genli sirtmoklari kaltayadi yoki asta-sekin yukolib boradi. Bu vaktida buyrak koptokchalarini jaroxatlashuvi xali uncha kup emas. Ba'zi koptokchalar baland filtratsion bosim bilan boshkalar esa past bosim bilan ishlab turadi. Shunga kura, buyrakni balandrok kon bosimi bilan ta'minlangan bulimlaridagi koptokchalardan ajralgan glomerulyar filtrat, kosachalar va jomlarga etib boradi u erdan esa tubulyar reflekslar tufayli, pastrok kon bosimi bilan ta'minlangan buyrak tukimasini

koptokchalariga, yiguvchi kanalchalarga kaytadi. Kon bosimi xar xil bulgan bu ikki grappa koptokchalari, siydikning kayta surilishini ta'minlaydi.

Fornikslarni yukolishi tufayli, yiguvchi kanalchalarni ichi kengayadi. Bu esa siydikni jomdan kanalchalarga kaytishini osonlashtiradi. Siydikni okimi xech tuxtamaydi. Pielovenoz rkflyuk va limfa reabsorbtsiyasi teskari glomerulyar filtraiyaga almashadi. Endi buyrak ichida aylanib yurgan siydik, tubulyar apparatining sezilarli atrofiyasi tufayli koptok filtratiga uxshab koladi. Uzgarib turuvchi korin bushligini bosimini bu uzgarishlarga kushilishi asta-sekin buyrak koptokchalarida sirkulyatsiyasini buzilishiga va (kupincha 6-8 xafta oxiriga borib) emirilishiga olib boradi. Tugon davom etaversa bora-bora kosachalarni gumbazlari yoriladi natijada siydik okimini tukimalari orasiga kon tomirlarga limfa sistemasiga bemalol yunalishiga imkoniyat tugiladi. Tukimalar orasidagi bosimni ortishi bu erda kon aylanishini buzadi va piramidalarni atrofiyasi sabab buladi. Uzok vakt davom etgan transformikal shish natijasida buyrak parenximasini, buyrakdagi kobux katlamida joylashgan bertiniev ustunchalaridan kura, uni piramidalarida yakkolrok kuzga krinadi. Kobux xamda kapilyarlardagi kon aylanishining buzilishi, buyrak tukimalaridagi umumiy kon aylanishini buzilishiga olib boradi, bu esa kislorod tankisligiga va tukimalarda modda almashuvini buzilishiga okibatda buyrak kobigining umumiy atrofiyasiga olib boradi.

Shunday kilib gidronefrotik transformatsiya ikki fazada : birinchi fazasida buyrakning miya kismi, ikkinchisida kobux kismi atrofiyaga uchraydi.

Gidronefrotik transformatsiya sharoitida buyrakni kon tomirlar apparti xam anchagina uzgarishlarga duchor buladi. Gidronefrotik kayta kurish paytida, kobix kon tomirlari ingichkalashadi va uzunlashadi. Shuning bilan bir katorda buyrakni ichki tomirlarini endoteliyasini proliferatsiyasi xamda ularni elastik membranalarini buzilishini kuzatish mumkin.

Gidronefrotik transformatsiyani anchagina eskirgan xolatlarida xam, glomerulyar filtratning oz bulsa, kayta surilishi, siydikning ajralishi va uni buyrak jomchasiga yigilishi davom etaveradi: fornikslar butunlay yukolganda xam filtratning reabsorbtsiyasi tubulovinoz reflyuks orkali davom etadi, demak gidronefrotik transformatsiyani paydo bulishida, jom buyrak reflyukslarining katta urni bor.

Bu kompensator mexanizmlar buyrakni kosa jom sistemasida bosimni kamaytiradi va shu bilan buyrak sekretsiyasini saklab turadi.

PATALOGIK ANATOMIYA.

Suv buyrakpatalogik anatomiyasi, buyraklarning tuzilishini anatomik variantlariga va kasallikni stadiyasiga boglikdir. Gidronefrotik transformatsiyaga duchor bulayotgan buyrak kasallikni boshlangich boskichlarida tashki kurinishidan, jomni buyrakni ichida yoki uni tashxisida joylashgan bulishligidan kat'iy nazar soglom buyrakdan kam fark kiladi. Kasallikni boshlanishida asosiy uzgarishlar jom va kosachalarda boradi. Jomlarni ichki bosimini tobora ortuvi natijasida, kosachalarni xam xajmi orta boradi, tuzilishi uzgaradi: ular yumaloklashadi, buyin kismi kattalashadi va kengayadi. Bunday xolat (gidrokalikoz, suv kosa) jomni kupincha buyrakni ichki kismda joylashgan paytlarida yuzaga chikadi. Kosachalar xali kengayguncha bulmay turib, jomni xajmi kattalashadi (pieloktoziya) keng jom.

Bu xolat jomni buyrakni tashkarisida joylashgan kezlarida anchagina tezrok rivojlanadi. Shunday kilib, gidrokalikozga, pielotaziya, kushilsa, gidronefroz paydo buladi. Jomning devori undagi muskul tukimalari atrofiyasi va ularning urnini kushuvchi tukimalar egallashi natijasida asta sekin yupkalashadi, nerv tolalari atrofiyaga uchraydi, kon va limfa tomirlarini bushligi berkilib ketadi. Siydikni okimiga bulgan tugon yukolsa, jomni ichki bosimi kancha kup vakt baland bulib tursa, jom va kosachalarning nerv muskullarini tarangligi shuncha pasayadi.

Gidronefrozni oxirgi boskichlarida buyrak jomini devorlari yupkalashib, kupolya kushuvchi tukimadan iborat bulgan xaliaga aylanib koladi. Kengayib borayotgan jom asta sekin buyrak tukimalarini itarib chetga suradi. Buyrak tukimalari jom, xamda buyrakni kobiz pardasi orasida kisiladi, kosachalarni ichki bosimi, buyrak surgichlarini ezadi va ularni yalpaytiradi, gumbazlaridagi arteriya va vena kon tomirlari xam eziladi, buyrak tukimalarida avvalom bor atrofiyani tezrok borishiga sababchi bulgan, buyrakni miya kobigidagi kon va limfa aylanishi buziladi. Olib tashlangan buyraklarni arteriyaografiyasi, xamda gidronefroz bemorlarning buyraklarini arteriografiyasini sinchiklab urnailganda, ulardagi buyrakning asosiy arteriya kon tomirlarini torayganligini va venalarini bujmayib, berkilib kolganligini kurish mumkin. Buyrak tukimalarini atrofiyasi kancha rivojlangan bulsa, undagi kon tomirlar shuncha toraygan buladi va ular bir birlaridan shuncha uzoklashadi. Suv buyrakning oxirgi bokichlarida buyrak juda xam kattiklashadi, uning eti juda yupkalashadi.

Belgilar.

Suv buyrak kupincha xech kanday belgisiz rivojlanadi. Ba'zan kasallikka infektsiya kushila, buyrak biror narsaga urilishi natijasida shikastlansa yoki bemorni korni paypaslaganda kulga biron usma urilgandagina, kattalashib kolgan buyrakni borligini tushunish mumkin. Suv buyrak uchun xos birorta xam belgi yuk. Kupincha buyrak soxasidagi uzgarib turuvchi yoki bir xilda ezib turadigan yoki tulgoksimon sanchik bulishi mumkin. bemorlar kupincha siydik mikdorini ogrik paytida keskin kamayib, ogrik bosilganda esa yana kupayib kolishligini kayd kiladilar. Suv buyrakni sunggi boskichlarida keskin ogriklar yukolib boradi. Suv buyrakni sunggi boskichlarida keskin ogriklar yukolib boradi. Ba'zan suv buyrak bemorlarda buyrak sanchigi paytida tana xaroratini kutrailishi, pielovenoz reflyuksi tufayli yalliglanish jarayoni kushilishiga boglikdir.

Kasallikni ikkinchi belgisi, kovurga ostida paypaslab topiladi, ba'zan esa gidronefroz juda katta bulganda kovurga ostidan burtib kuzga tashlanib turadigan usmani topilishida kon siyish suv buyrak tez-tez uchrab turadigan va ba'zan esa uni birdan-bir belgisidir. Bu belgi siydikni okimini ba'zan kiska vaktga yaxshilanib, buyrakni ichki bosimini keskin pasayishi natijasida paydo buladi.

Bir tomonlama aseptik suv buyrak asta-sekin rivojlangani munosabati bilan, bemorlar uzok vaktgacha uzlarini soglom sezaverishadi. Ikkinchi buyrak kasal buyrakni vazifasini xam utagani tufayli bir tomonlama suv buyrakni ogir xolatlarida xam, buyrak etishmovchiligi yuzaga chikmaydi.

Ikki tomonlama suv buyrak asta – sekin rivojlanuvchi surunkali buyrak etishmovchiligiga va uremiya okibatida ulimga olib boradi. Suv buyrakning okibatlariga misol kilib, utkir va surunkali pielonefritlarini, ikkilamchi siydik

toshlarini va gidronefrotik buyrakning yorilib ketishi kabi xolatlarni kursatish mumkin.

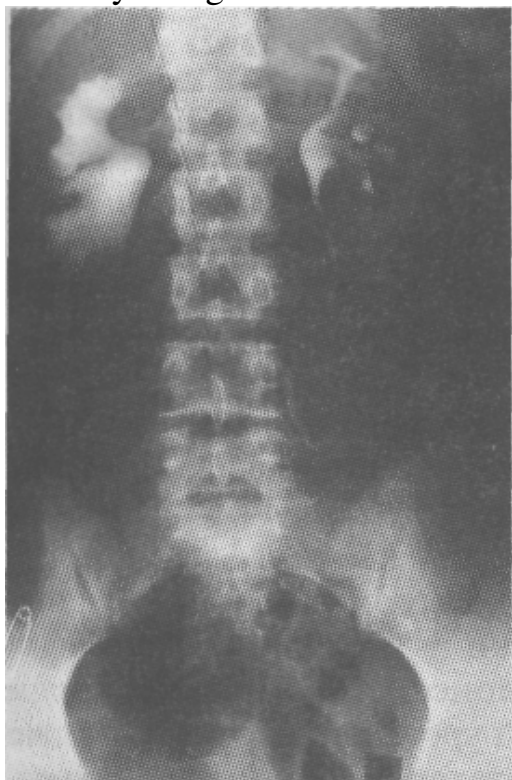
T a s h x i s i.

Kasallikni tarixini urganilganda bemorda tez-tez bulib turgan buyrak sanchiklari yoki buyrak soxasidagi xar xil ogriklar, tashxis uchun asos bula oladi. Bemorni paypaslab, kattalashib ketgan gidronefrotik suv buyrakni topish mumkin. Tukkitlatib urish yoki tekshirilayotgan usmani esa korin bushligiga yoki uni tashkarisiga alokador ekanligini aniklash mumkin. chunki suv buyrakda olinadigan ovoz tungrok buladi. Agar suv buyrak katta bulsa, uni ustini bertikib turgan ichaklar ichkariga tomon siljiydi va olingan ovoz utmas bulib eshitaladi.



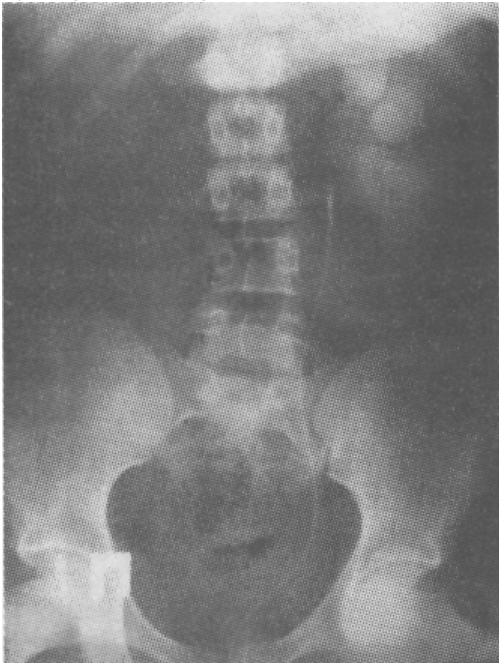
Xromotsistostokopiya kushimcha omillardan bulib, uning yordamida buyrakni ishlash kobilyatini aniklash, suv buyrakni bor yukligini gumon kilish mumkin. Suv buyrakda indigokarmin jaroxatlangan buyrak jumbagidan umuman ajralmaganligi yoki kechikib juda kuchsiz, rangi pastrok bulgan okim xolatida ajralish mumkin.

Suv buyrakni tekshirishda riadoizotop renografiya va dinamik nefrostsintigrafiya, buyrak tukimalarini ishlash kobilyati tugrisida kerakli ma'lumotlarni beradi.



Ren tgenologik tekshirishlar kasallikni aniklashda asosiy urinni egallaydi. Bemorni yaxshilab tayyorlab kilingan rentgen rasmi kattalashib ketgan buyrakni va uning ichidagi toshlarni aniklashda yordam beradi. Ekskretor urografiya, esa soglom va kasal buyraklarni tukimalarini ishlash kobilyatlarini va ularning siydik yullarini

xolatlari xakida anchagina ma'lumot beradi. Tukimalari anchagina yaxshi saklangan buyraklarni tekshirishda vena kon tomiriga rentgenokonstrast modda yuborilib 10 minut utkazib kilingan urogrammalarida, kosalarni ichida uncha anik kurinmaydigan tosh soylari topiladi, chunki buyrak tukimalaridan odatdagiga nisbatan oz mikdorda ajralgan rentgen kontrast moddali siydik kosa va jomlarda tuplanib turgan siydik bilan aralashib suyulib koladi. Vakt utgach rentgenokonstrast modda, jom va kosachalarda yigila boradi. Bunga sabab undagi siydikni ajralib chikishi kiyinlashgan. Keyingi rentgen rasmlarda, vazifasi anchagina buzilgan buyrakni ichki tuzilishidan tasavvur beruvchi, kengayib ketgan jom va kosachalarni soylarini, ba'zan esa ularni kengaytirib yuborgan sabablarni kurish mumkin.



Ichki tuzilishi va asosiy vazifasi anchagina yomonlashgan buyrak tukimalaridan siydikni sekin ajralishi va jom kosachalarga kechikib yigilganligi sababli, ularning ichki kurinishini kontrast venaga yuborilganidan 1-2 soatdan keyingina aniklash mumkin. Agar tukima juda kup uzgargan bulsa, u xolda rentgenokonstrast modda xech ajralmaydi, ba'zan utkir tusik paydo bulishi

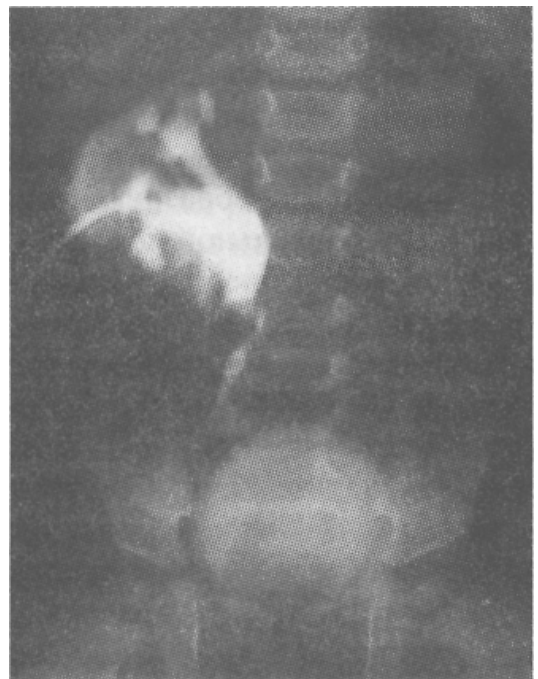
natijasida buyrak tukimalarini vaktincha charchab ishlamay xam koladi va damba olib tashlansa yana ishlab ketadi.

Suv buyrakni kechki darajalarida buyrakning xolati tugrisida etarlicha ma'lumot olish uchun venaga yuboriladigan rentgen kontrast modda mikdorini ikki borabar oshirishga yoki infuzion usulni kullashga tugri keladi.

Urogramma suv buyrakni tuzilishi xar xil tasvirlanadi, oz mikdorda kengaygan jomcha shaklidan yumalok yoki uzunchok ammo katta xajmdagi jom va yumalok shaklli kosachalar sifatida kuzga tashlanadi. Suv buyrakni kaysi darajasida bulmasin, uni jom va kosachalarini tashki shakli urogrammalarda tekis va anik kurinadi. Bu esa suv buyrakni pielonefritdan, sildan va pielonefrozdand farklab turadi. Ureterogrammada siydik naychasidagi tusik, egri-bugri, kengaygan yoki toraygan joylari anik kurinadi. Jomni siydik naychasiga u joydagi keskin ajratib turuvchi soylar kupincha klapan yoki kushimcha tomirlarga xos buladi.

Rentgenokonstrast eritmasini pastdan yukoriga yuborib kilingan rentgen rasmlarda yukorida aytilgan soylar yanada anik kurinadi.

Ammo bunday tekshirishlarni extiyotkorlik bilan kilingan ma'kul, chunki tusik tomonda yalliglanish jarayonini kuchaytirib yuborish mumkin va shu sababli tezlik bilan operatsiya kilish extimolini tugilishini nazarda tutmoklik kerak. Juda zarur



balsa bunday tekshirishlar operatsiya arafasida utkazilgani ma'kul. Plastik operatsiyalardan keyin jomga utkazilib kuyiladigan drenaj naychasi siydikni oson



okib chikishini ta'minlaydi va shu bilan birga yalliglanish jarayonini tuxtatib turishga imkoniyat beradi. Shuning uchun retrograd pielografiya kilingandan sung kateterni darrov olib tashlanmagani, balki 1-1,5 soatdan keyin, yuborilgan rentgenokonstrast modda okib chikib ketganidan keyingina olingani ma'kul.

Xar kaysi buyraklardan aloxida siydik olib tekshirish, mikroflorasini antibiotiklarga moyilligini, pielonefritli suv buyraklarni tashxisini tulatadi. Suv

buyrakni darajasini va kushimcha tomirni aniklash uchun angiografiya kilinadi. (116 rasm). Xamma kursatilgan usullar, suv buyrakni aniklashga uning darajasini belgilashga, buyrakni tukimalarini va siydik yullarini xolatini bilishga va ayniksa kasallikni keltirib chikargan sabablarini topishga karatiladi. Bularning xammasi davolash yulini tugri belgilashga yordam beradi. Xamma kurib utilgan choralar bajarilib bulmasa yoki kasallikni tugri aniklash imkoniyat topilmasa, teri orkali kilinadigan antigrad pielografiya kilishga tugri keladi.

Oxirgi yillarda gidronefrozni aniklashda radiozotop tekshirish usullari, xamda dinamicheskaya stsintigrafiya, nepryamaya pochechnaya angiografiya kullanilmokda. Ularning yordamida, shikastlangan buyrakni tukimalarini va kon aylanishining xolatini, siydikni xosil kilish va uni ajratish kobilyatini aniklash mumkin. Ultrazvuk yordamida suv buyrak buyrakda suyuklik tuplangan bushliklarni aniklash mumkin.

F a r k l o v c h i t a s h x i s .

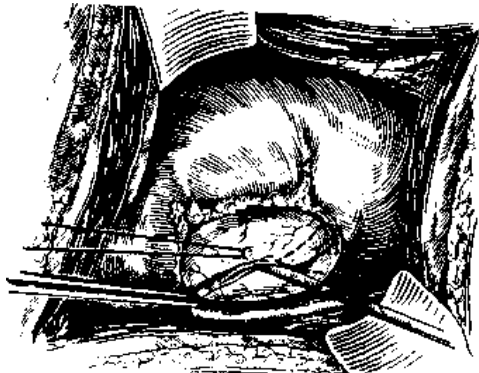
Suv buyrak rivojlanishida kaysi belgisini kuprok gavdalanganiga kura uni buyrakning va korin bushligining a'zolarini ba'zi bir kasalliklardan farqlash kerak.

Ogrik belgisini buyrak toshda, nefroptozda uchraydigan ogrikdan farqlash kerak. Buning uchun rentgen kilinsa, rentgenonegativ toshlarni topilib kolishi, buyrak tosh kasalligini borligini tasdiklashni mumkin. Nefroptozda uchraydigan ogrik belgisi asosan xarakat kilinganidagina kuchayadi, agar bemor tinchlansa va kimirlamay yotsa, ogrik yukoladi yoki pasayadi. Buyrakni vazifasi nefroptozda buzilmagan buladi. Paypaslaganda aniklangan usmani suv buyrak polikistoz, salitar kista va buyrak usmasi deb xam uylash mumkin. Odatda buyrak usmasi paypaslaganda u kamrok siljiy, anchagina kattik, yukorisi tekis bulmaydi. Jomni rentgen kilinsa uni ichki tuzilishi uzgargan, ayrim joylari ezilgan yoki kesilgan buladi. Paypaslaganda aniklangan usmani suv buyrak polikistoz, salitar kista va buyrak usmasi deb xam uylash mumkin. odatda buyrak usmasi paypaslaganda u kamrok siljiydi, anchagina kattik, yukorisi tekis bulmaydi. Jomni rentgen kilinsa, uni ichki tuzilishi uzgargan ayrim joylari ezilgan yoki kesilgan buladi. Polikistoz kasalligida esa xar ikkala buyrak xam barobar kattalashgan, yukorisi gadir-budir buladi, kupincha buyrak etishmovchiligi xam buladi. Rentgen kilinsa, buyrak jomchasini yarmi oysimon uzaygan, torayganligi, kosachalarni mayda shoxchalarga uxshash xolati vujudga

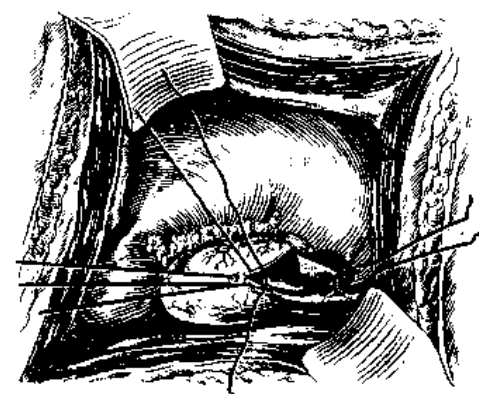
keladi. Salitar (yakka) kista (suv usma) bulsa, jomcha va suv usma joylashgan kosachalarini tashkaridan ezilganini kurish mumkin. Siydik bilan kon ajralgan xolatlarda suv buyrakni, jomni usmasi va uning sili bilan farqlash kerak buladi.

Davosi.

Suv buyrakning davosi uni keltirib chikargan sabablarni yukolishiga karatilgan bulishi kerak.



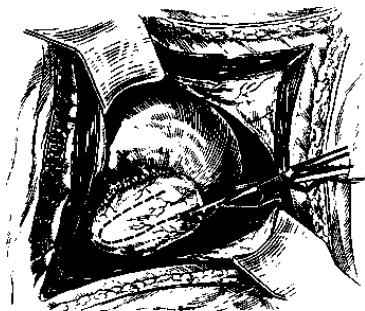
a



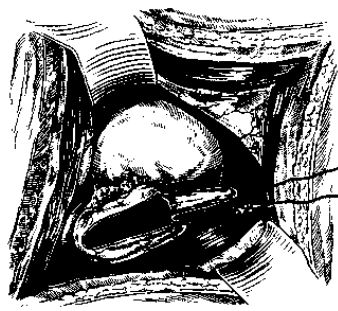
asosiylari
kuyidagilar
Fenger
operatsiyasi,
jom-naycha
bugimini
toraygan joyini
uzunasiga
kesib, yarani
kundalangiga

tikib kuyishdan iborat. Foli operatsiyasi esa jom yaqinida varonkasimon kengaygan joy barpo kilishdan iborat. Buning uchun jom devorini naychaga davom etadigan kismidan «u» simon kilib laxtak kesiladi va bu burchak yamokni siydik naychasining tor kismiga, uni devorlari bilan aylantirib tikiladi. Bu bilan siydik naychasini torayib

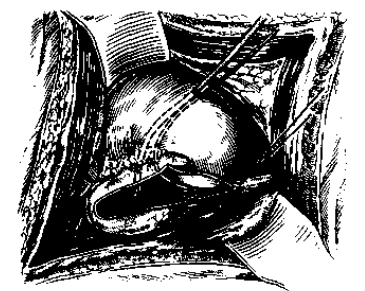
kolgan kismi etarlicha kengaytiriladi.



a



b



Buyraklarning kon tomirlarini tuzilishini uziga xos bulganligini nazarga olinganligi xolda, sidik naychasini biron devorini ezib, suv buyrakning kelib chikishiga sabab bulayotgan xar kanday kon tomirlarini xam tekshirib kurmay turib, kesib tashlab yuborish mumkin emas. Chunki, u oziklantirib turgan buyrak tukimalarini nekroz bulib kolishi mumkin. Kushimcha kon tomirlarini, yukori siydik yullarini jom naycha kismlari yaxshilanib

chigallardan ajratilib, jom yoki naycha kesiladi, tomirni old tomoniga utkazilib yana uz xoliga keltirib «jom-jom», «naycha-naycha» kilib ulanadi. Shu bilan tomir va naychalarning uz'aro joylashuvini munosabati uzgaradi va natijada ular tomir oldiga utib koladi va endi tomir naychani eza olmaydi.

Jom naycha uchogini «yon-yoni» kilib tikishlik anchagina kup tarkalغان. Operatsiya siydik naychasini toraygan joyini devorini uzunasiga, orkadan yukoriga tomon kesib keyin jom va naychalarni yonboshlarini bir-biri bilan ulab kuyishlikdan iborat.

Toraygan joyni uzunligi ancha uzun bulsa, uni kengaytirish uchun jom devoridan yamok bichiladi va uni aylantirib, toraygan joy kengaytiriladi. Bunda yamokni kirgoklarida naycha davomida keng jom-naycha bulimi xosil buladi.

Buyrakni ichki kismida joylashgan jomlarda yukoridagi operatsiyalarni bajarib bulmaydi. Bunday xolatlarda naychani kosa devorlari bilan ulab kuyish mumkin.

Kupincha plastik operatsiyalarda keyin, jomni ichiga buyrak tukimasi yoki naycha devori ingichka rezina naychasi utkazilib kuyiladi. Bu naycha odatda 2-3 kun keyin olib tashlanadi. Jomdagi naycha esa siydik esa jomdan bemalol ajraladigan bulgandagina olib tashlanadi.

Buni bilish uchun antigrad pielografiya kilib kurish yoki ichki bosimini aniklash kerak buladi.

Tukimasi atrofiyaga uchragan va siydik ajralishi juda pasayib ketgan buyrak tukimalari, yaxshi xolatlarda bulgan karama-karshi buyrak bor bulgandagina olib tashlanishim mumkin. Ammo kasal buyrakni olib tashlamaslik xam xavflidir. Chunki aks xolda xar xil falokatlar (utkir pielonefrit, nefrogen arterial gipertenziya va boshkalar) kelib chikishi mumkin. Katta yoshdagi kishilarda kupincha yomonlashib kolgan buyrak olib tashlangani ma'kul. Agar ikkinchi buyrakni olib tashlash mumkin emas. Xam kasal bulsa u xolda buyrakni jom yoki siydik naychalarini teshib, rezina tikib kuyishlik aloxida operatsiya sifatida juda kam bajariladi. Uni fakat bemorni ogir xolatlaridagina kilish mumkin. Yigilib kolgan siydikni tezda chikarib kasallikning xolatini yaxshilash maksadida asosiy operatsiyadan oldin, terini teshish yuli bilan nefropielostomiya kilish mumkin.

Bolalarda kilinadigan operatsiyalar asosan buyrakni saklab kolishga karatilishi lozim, chunki ularda regeneratsiya jarayoni anchagina yukori. Agar buyrak butunlay ishdan chikkan takdirdagina, uni olib tashlashlik. Mumkin. kupincha xar xil rekontriktiv operatsiyalar natijasida, ishlamasligiga ishonch xosil bulgan buyraklar xam operatsiyadan keyin ishlab ketish xollari uchraydi. Buyrakni saklab kolish maksadida operatsiyaga tayyorlangan bemorlarda asosan infektsiya bilan operatsiyadan keyin pielonefritni kuchaymasligi uchun kurash tarzida borgani ma'kul buning uchun ba'zan 2-3 hafta muddatga buyrak ichiga naycha kuyiladi.

Jomni ichiga 18-26 kunga naycha koldirishlik, operatsiyadan keyingi muddatni yaxshi utishligini asosiy omillaridan biridir. Bu muddat utgandan keyin jom naycha kismini kenglik xolati tekshiriladi. Agar u yaxshi bulsa, naycha olib tashlanadi, teshik uz xolicha berkilib ketadi.

O k i b a t i .

Suv buyrak kasalligidan yaxshi tuzalib ketishlik anchagina murakkab, chunki kilingan operatsiyalar xamma bemorlarda xam yaxshi natija beravermaydi. Bir

tomonlama suv buyrak xayot uchun xavfli bulmasa, ikki tomonlamasi anchagina ogir, chunki bu xolat kupincha buyrak etishmovchiligini keltirib chikaradi.

Buyrakni saklab koluvchi operatsiyalar kancha tezrok kilinsa okibat shuncha yaxshi buladi. Yaxshi natijalar 3 yoshgacha bulgan bolalarda 90 % gacha. 15 yoshgacha bulganlarida 80% gacha va kattalarda 50% gacha bulishi mumkin.

VI-BOB

NEFROPTOZ

Nefroptoz (buyrakning pastga tushishi) deb shunday xolatga aytiladiki, bunda buyrak uz joyidan chikib, odatdagiga karaganda pastrok joylashib, tananing xolati uzgarda, uning xarakatlanishi fiziologik chegaradan chikib ketadi. Kasallikning ma'nodosh nomi shundan kelib chikib, buyrakning patologik xolati deyiladi.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI.

Buyrakning odatdagi urnida ushlanib turishida korinning boglamlari, buyrakning urnini xosil kilgan fastsiyalari, diafragma, korin mushaklarining devori va buyrak fastsial yog tukimalarinin axamiyati katta.

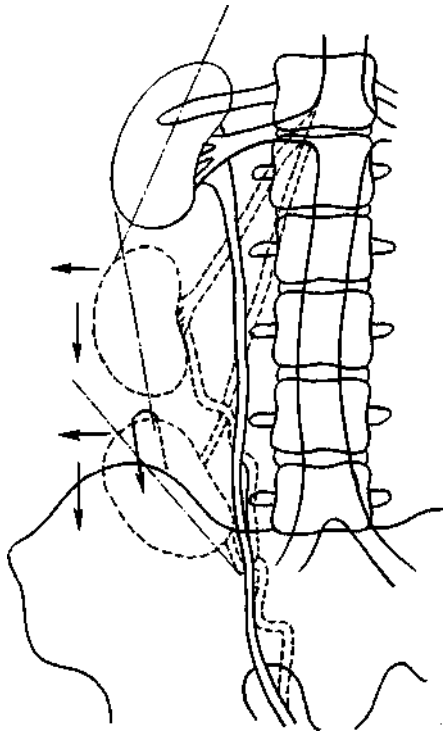
Buyrakning pastga tushishi asosan uning boglovchi asboblarining uzgarishiga boglik. Ung buyrakning maxkam ushlanib turishi korin buomasining oldini tusib turgan va bir necha boglamlarni tashkil kilgan Lig hepatorenale va lig.duodenorenale xisobiga buladi. Chap buyrakni Lig pancereaticorenale va lienorenale maxkam ushlab turadi.buyrakni maxkam turishida kupincha fibroz kapsulasi muxim axamiyatga ega, chunki u buyrak jomi bilan yopishgan bulib, buyrak oyokchasiga utib, tomirlar kini bilan kushilishib ketadi.

Buyrak kapsulasining fibroz tolalarining bir kismi, diafragma oyokchasini yopib turadigan fastsiya tarkibiga kiradi. Kapsulaning bir kismi asosiy maxkamlanish ega bulib, u Lig.suspensoriam renis deb ataladi. Buyrakning tugri saklanib turishiga uning yogli pardasi sapsula adiposa renis muxim axamiyatga ega. Bu kapsulaning xajmi kamaysa, nefroptozga va buyrakning buralib kolishiga olib keladi. Buyrakning tugri turishiga uning fastsiyalari va yukori kutb soxasidagi fibroz tortmalar, xamda buyrak usti bezi va buyrak orasidagi kattik yog kletchatkasi sabab buladi.

Bir necha patogenetik omillar buyrakning boglovchi asboblarining uzgarishga olib kelib, nefroptozning rivojlanishiga sabab buladi. Bu omillarining asosiysi mezenximaning faoligini pasaytiradigan yukumli kasalliklar, xamda korin devori mushaklarining kuch-kuvvat darajasini susaytiradigan, birdaniga ozish va boshkalar buladi. Ba'zi xollarda nefroptoz splanxnoptozning bir kismi bulishi mumkin. Shikastlanish nefroptozning rivojlanishida muxim urinni egallaydi (yukoridan pastga yikilish, birdaniga tanani egilishi) bunda boglovchilarning yorilishi yoki buyrakning yukori kutbidagi gematoma buyrakni uz urnidan pastga surishi mumkin.

Ayollarda ekfroptoz erkaklarga nisbatan kuprok uchrab (10:1, 5:1), asosan ung tomonda rivojlanadi. Birinchi xolatda ayollar organizmning konstitutsion xususiyatlariga karab tushuntiriladi, jumladan tosning kengligi, xomiladorlik va tugishlarning natijasida korin devorining kuch-kuvvat darajsining pasayishi, ikkinchi-ung buyrakning pastrok joylashib va chap buyrakning boglovchi asobolarining kuchlirok bulishi.

Xozirgi zamonda nefroptoz ayollarda 1,5%, erkaklarda 0,1 % aniklanib, asosan 25-40 yoshda buladi.



Nefroptozning rivojlanishi uch davrdan iborat: I davr- nafas olganda buyrakning pastki bugini yakkol paypaslanadi, nafas chikarganda u kovurga tagiga kirib ketadi; II davr – kishi vertikal xolatda tursa, buyrakning xammasi kovurga tagidan chikadi, lekin gorizontal xolatda kaytadan uz xoliga keladi yoki kul bilan kaytadan uz joyiga ogriksiz kuyiladi; III- davr – buyrak butunlay kovurga tagidan chikadi va yana osonlikcha katta va kichik tosga suriladi. II davridan boshlab buyrakning tushib kolishiga uning oyokchasi atrofida buralib kolishi kushiladi. (76-rasm).

76-rasm. Nefroptozning davrlari. Buyraklarning xarakat yunalishlari kursatilgan.

Buyrakning tushib va buralib kolishining kuchayib borishi, uning tomirlarini kuprok chuziltirib va burab kuyadi. Buyrak arteriyasining diametri 1,5-

2 marta ozayadi, uning uzunligi esa 2 marta kupayadi. III-davr siydik yuli bukilgani buyicha maxkamlanib kolib, siydikning chikishi buzilib, kosacha-buyrak jomlarining kengayib ketishi mumkin.

Nefroptozning II-III davrlari buyrakning gemo va urodinasikasini xamda buyrakdan limfa okshining buzilishiga olib keladi. Buyrak arteriyasining tortilishi natijasida uning torayishiga olib kelib, buyrakning ishemiyasini vujudga keltiradi. Buyrak venasining buralib kolishi undan konning okishini uzgartirib buyrakning vena gipertenziyasiga olib keladi. Kon va limfa okishining buzilishi buyrakda yalliglanishning zurayishiga imkon yaratadi. Bu esa buyrak atrofidagi chandiklarning paydo bulishiga olib keladi va maxkamlangan nefroptozni vujudga keltiradi.

ALOMATI VA KLINIK DAVRI.

Nefroptozning I davrida alomatlari juda oz bulib, ularni aniklash kiyin buladi. Bel soxasida simillagan, xar doim bulmaydigan xususiyatga ega bulgan ogriklar bulib, jismoniy xarakatda kuchayib, tinch va tananing xolatiga yukolib ketadi. Ogriklar reflektor xsusiyatga ega bulib, buyrak darvohasi urnidagi nerv tolalarining tortilishi natijasida paydo buladi. Uning siljishining kupayishi bilan kasallikning alomatlari kuchayadi. Korinning xamma joylarida ogriklar paydo bulib, bel soxasiga karab tarkaladi. II davrdan boshlab bir oz proteinuriya va eritrotsituriyalarni mumkin. III davrda ogriklar doimiy bulib, xattoki bemorni gorizontal xolatida xam yukolmay ish kobilyatini ancha susaytiradi.

Nefroptozda psixologik depressiya, ishtaxaning yukolishi va ichaklar ish faoliyatining buzilishi mumkin.

Kasallikning zurayishi vakt utishi bilan yangi yoki ilgari bulgan nefroptozning alomatlarini ancha kuchayishiga olib kelishi mumkin. Buyrak sanchigi, proteinuriya, gematuriya va eritrotsituriya, piuriya va leykotsituriya-patalogik xarakatlangan buyrakning asorat belgilari bulib, ulardan pielonefrit, fornikal kon okish, arterial

gipertenziya va gidronefrozlar uchraydi. Kup bemorlarda pielonefrit yoki arterial gipertenziyaning xujumlari, nefroptoza ning birinchi klinik kurinishi bulishi mumkin.

Pielonefrit- nefroptoza ning eng kup uchraydigan asoratlaridan buladi. Nefroptoza da venadan konning okishi va siydikning ajralib chikishi buzilib, buyrakning oralik tukimalarida infektsiyani tushib kolishiga kulay sharoit yaratadi.

Vena gipertenziyasi sababli buyrakdan kon okishining kiyinlanishishi, nefroptoza da fornikal kon okishiga olib keladi. (buyrak venalarining torayishi) . Shunday yukori darajadagi gipertenziyada fornikal soxadagi venalar yorilib ketishi mumkin. Shuning uchun nefroptozi bulgan bemorlarda jismoniy xarakatdan keyin gematuriya bulib, bemorning gorizontol xolatida yukolib ketadi.

Nefroptoza da arterial gipertenziya vazorenal xsusiyatga ega. Buyrak arteriyasining torayishi, uning tortilishi va buralib kolishi natijasida gemodinamik buzilishlar ularning sababi bulib xisoblanadi. Bundan tashkari, nefroptoza ning uzok vakt davom etishi, buyrak arteriyasining fibromuskulyar torayishini xosil kilishi mumkin, bu esa arterial gipertenziyaga olib keladi.

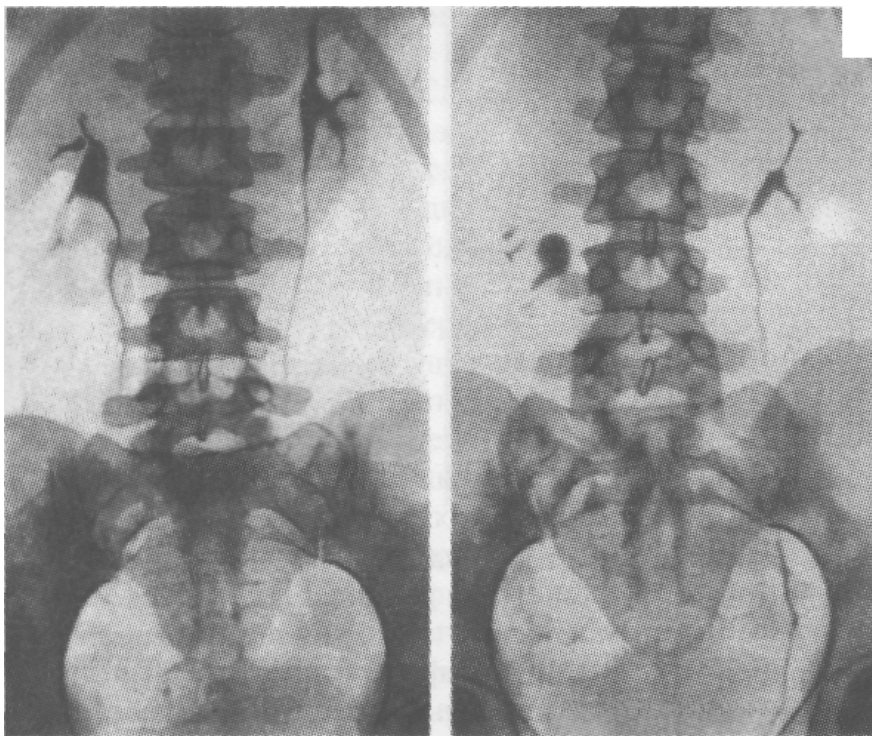
Tortilma chandik yoki kushimcha tomir bilan siydik yuli kiyshayib tusilgan bulsa, patalogik xarakatlanan buyrakning III- davrida kupincha gidronefroz bulishi mumkin.

Tashxisi. Bemorni surayotgan vaktida beldagi simillagan ogriklarni tananing vertikal xolatida va jismoniy xarakat vaktida, kupincha kunning ikkinchi yarmida kuchaishini aniklashga imkon beradi.

Gematuriya bulganda uning jismoniy xarakat bilan yakkol boglik ekanligi aniklanadi. Surab surishtirish vaktida yakin urtada yukumli kasalliklar bilan ogrikanligi, ozish va shikastlanishlarning bulgan-bulmaganligi aniklash kerak. Bemorni tekshirayotgan vaktida tananing astenik xolatiga, yog kletchatkasining ionsiz rivojlanishiga va oldingi korin devori mushaklarining kuch-kuvvatining susayganligiga e'tibor berish kerak. Odat xarakatlangan buyrakni ayniksa bemorning vertikal xolatida paypaslash imkoni buladi.

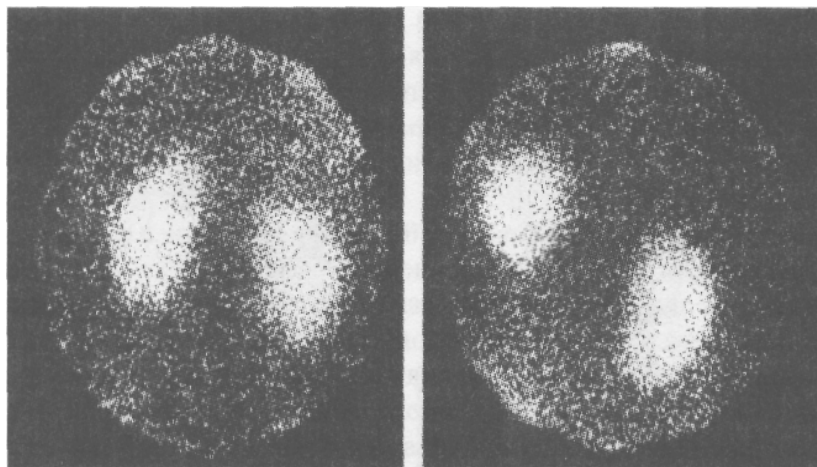
Nefroptoza da xromotsistoskopiya vaktida juda kam xollarda indigokarminning kechikib chikishi aniklanadi.

Nefroptoza ning asosiy tashxisi rentgenologik usul bilan tekshiriladi. Bemorning gorizontol va vertikal xolatlarida kilingan ekskretor urografiya eng katta axamiyatga ega. (77-rasm).



77-rasm. Bemorning gorizontal (A) va vertikal (B) xolatlaridagi ekskretor urogrammalari. Ung tomonlama nefroptoz.

Tananing vertikal xolatidan gorizontal xolatiga karaganda buyrakning 1,5 umurtka pogani siljishi nefroptozni bor deb aytishga imkon beradi. Buyrakning



radioizotop renografiya va skanirovaniyasi (stsintigrafiya) xuddi shunday xolalarda patologik xarakterlangan buyrakning joyini va ish kobilyatini aniklashga imkon beradi (78-rasm).

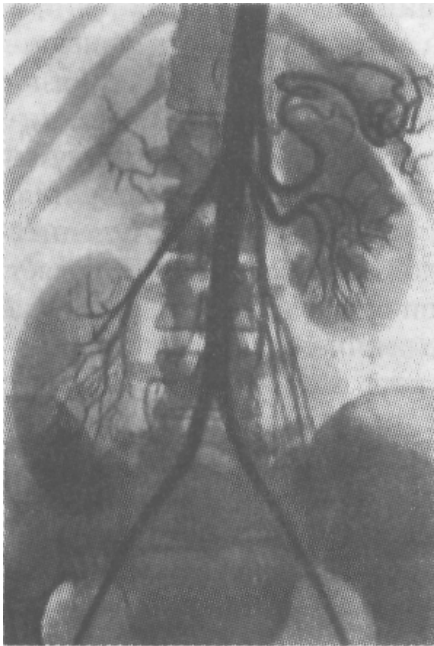
78-rasm. Ung tomonida nefroptozni bor bemorning stsintigrammasi. A-tananing gorizontal

(kornida) xolatida; B-tananing vertikal xolatida.

Retrograd pielografiyaga juda kam, fakat tegishli xollarda murojat kilinib, uni katta extiyotkorlik bilan bajarish zarur.

Siydik yuli bukilib maxkamlanganida va kattik kateter kulanilganda, uning bukilgan joyidan teshilishi mumkin, shuning uchun retrograd uretropielografiya kilishda kateterni siydik yuli teshigidan 10sm yukori yubormay, 3-5 ml dan kup bulmagan rentgenokonstrast suyuklik moddasi ishlatiladi.

Ayniksa, arterial gipertenziya asorati bulgan nefroptozni agniklashda, fakat tananing vertikal xolatidagi aortografiya muxim axamiyatg ega bulib, bu buyrakning distopiyasidn ajratish va buyrak arteriyasining uzgarishini aniklashga imkon beradi (79-rasm). Buyrakning radiozotop tekshirishlari orkali. Nefroptozga xos, buyrak kon aylanishi, parenximaning tozalash va yukori siydik yullari orkali chikarish ish faoliyatlarining buzilishlari aniklanadi.



79-rasm. Bemorning vertikal xolatdagi arteriogrammasi. Ung tomondagi nefroptoz.

Davolash usullarini tanlash, operatsiyaga kursatmalarni tugrirok aniklash va splanxnoptozning extimoli borligini bilish uchun oshkozon-ichak yullarining rentgenoskopiyasini kilish kerak. Nefroptozning asoratlarini aniklashda kon va siydiklarning taxlil tekshirishlari katta ahamiyatga ega bulib, yashirin davrda turgan pielonefritning yoki buyrak vena gipertenziyasini aniklashga imkon beradi. Oxirgi xilida ortostatik (tananing vertikal xolatida kuringan) proteinuriya kuzatiladi.

Farklovchi tashxisi. Avvalambor nefroptozni, buyrakning distopiyasidan ajratish kerak. Buning uchun ekskretor urografiya, retrograd pielografiya

kullaniladi, ba'zida esa bu fakat aortografiya yordamida imkon buladi. Distopiyada siydik yuli kalta tortilgan bulib, buyrakning oldingi yoki tashki tomonidan chikkan buladi; bunday buyrakning arteriyalari, odatda kup bulib, ularning chikish joyi aortaning pastrogida buladi.

Agar buyrak paypaslanib va gematuriya bulsa, unda buyrak usmasini istisno kilish kerak. Bunday xolda ajratish tashxisining asosiy usuli aortografiya bulib xisoblanadi. Paypaslangan buyrakni korin bushligi usmasidan, ut kopini sarik suvidan va boshkalardan ajratish kerak. Buyrak sanchigi bulganda farklovchi tashxisini korin buligi va ayollar jinsiy a'zolarining yalliglanish kasalliklari bilan utkazish kerak.

Davosi. Nefroptozning davosi konservativ yoki operativ bulishi mumkin. Agar kasallik buyrak sanchigi va pielonefrit xujumlari bilan kuzatilsa, krovatning oyok tomonini kutarib, bemorni yotkizish kerak, chunki bu buyrakning, odatdagi xolatiga kaytib kelishiga imkon beradi, bundan tashkari ogriklar, tortilishlarni yukotadigan va bakteriyalarga karshi dori- darmonlarni buyurish kerak. Nefroptozning konservativ davosi, belbog kullash bulib, ayniksa kasallikning I davrida bu juda kul keladi. Belbog xar bir shaxsga aloxida tayyorlanadi. Bemorlar ugonishlari bilanok gorizont xolatda nafasni chikarib, belbogni takishlari kerak. Belbog bilan yurishni, oldingi korin devori mushaklarini mustaxkamlaydigan maxsus badan tarbiya mashgulotlarini kilishni va ozgin bemorlar buyraklarini atrofida yug katlamini kupaytirish uchun sifatli kuchli ozik-ovkatlarni uz vaktida iste'mol kilishlari kerak. Yukorida kursatilgan tavsiyalarni bajarish kupincha nefroptozning asoratlarini oldini olishga xizmat kiladi. Nefroptozni operatsiya bilan davolashga bemorning ish kobilyatini yuk kiladigan kattik ogriklar, surunkali kaytalanadigan pielonefrit, fornikal kon okishi, turgun bulib turgan arterial gipertenziya va gidronefrozlar kursatma buladi.

Pielonefrit bulsa, operatsiyaga tayyorlash uchun yalliglanishga karshi 10-14 kun davolash kerak. Operatsiyaga 3 kun kolganda bemorni operatsiyadan keyingi xolatga urgatish uchun krovatning oyok tomonini 20-25 sm kutarib kuyish tavsiya kilinadi.

Operativ davosi buyrakni odatdagi darajaga kutarib, maxkamlashdan iborat (nefropektsiya). Maxkamlanish puta va ishonchli bulib, buyrakning tula xamda fiziologik xarakatchanligi saklanishi kerak. Bundan tashkari nefropektsiya uzun uk

yunalishida, odatdagicha biroz kiyshaygan bulib, buyrak oldi klechatkasida, ayniksa buyrak kiyshaygan bulib, buyrak oldi klechatkasida, ayniksa buyrak jomi siydik yuli buginida yalliglanish uzgarishlrini paydo kilmaslik kerak.

Sovet jarrox va urologlari nefroptozning kup tashxis va davolash usullarini ishalb chikdilar. Uz vaktida Fyodorov usuli- buyrakni yugon ketgut bilan XII kovurgaga maxkamlash keng tarkalgan edi. Lekin bu va boshka kup nefropeksiya usullari tufayli buyrakning fiziologik xarakatchanligi yuk bulishi ularning kamchiliklaridan biri bulib xisoblanadi.

Ayniksa sintetik tukimalarga buyrakni joylab, uni XII kovurgaga maxkamlash usulidagi nefropeksiyalar uzini oklamadi. Bunda a'zoning xarakatsizligidan bemorlarda «toshbaka kosasi» ga uxshagan paranefrit rivojlanib, kattik ogriklar va arterial gipertenziyani vujudg keltiradi. Bu asoratlari tufayli, ikkinchi marta operatsiya kilishga tugri keldi; buyrakni chandiklardan ajratish, ba'zida esa , nefrektomiya kilishga tugri keldi. Ptel-Lopatkin usulidagi nefropeksiya eng fiziologik operatsiya bulib xisoblanadi. (80-rasm. Yopishtirilgan rangli varakka karang).

80-rasm. Pitel-Lopatkin nefropeksiyasi.

A- buyrakning pastki buginidagi fibroz pardasining tagidan mushak laxtagini utkazish; B-oxirgi kurinishi.

Lyumbotomiyadan sung buyrakni yalangochlab, uzunligi 15-18 sm, kalinligi 1 sm bulgan laxtak uzunasiga oyokchasi bilan bel mushagidan ajratilib, uning pastki uchi buyrakning pastki kismidagi fibroz parda tunnelling tagidan utkazib, pardaga choklar kuyib maxkamlanadi. Shunday kilib, buyrakning fiziologik xarakatchanligi saklangan odatdagi xolatini ushlab turadigan yangi boglam yaratiladi.

3-xafta davomida bemor krovatining oyok tomoni kutarilib turushi operatsiyadan keyingi olib boriladigan xususiyatlardan biri bulib xisoblanadi.

Operatsiyadan keyin 2-3 xafta yalliglanishga karshi davolash davom etadi. Axlari chikarish vaktida bemorning birdaniga va uzok kuchanishdan saklanish kerak, shu maksadda zaruriyati bulganda ichni suradigan engil dori-darmonlar va mikroklizmalar ishlatiladi. Bunday operatsiyadan keyin kupchilik bemorlar sogayib ketadilar.

Natijasi. Davolanmasa, kasallikning natijasi yaxshi bulmaydi. Bemorlar 20 % ish kobiliyatini yukotadi. Kasallik tobora kuchayib borsa turli asoratlarning paydo bulishiga olib keladi. Uz vaktida konservativ va operativ davolarni boshlagan bemorlarda natija juda yaxshi buladi.

7 BOB

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARNING NOSPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

SIYDIK YO'LLARI INFEKTSIYASI

Klinik va eksperimental ma'lumotlarga ko'ra, uretra ichiga mikroorganizmlarning tushishi ko'proq uchraydi va SIYDIK YO'LLARI INFEKTSIYASI (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 chogida 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 SYI ni 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 yigish manbai siydik kopidagi 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 qontseptsiya 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 qontseptsiyasiga ko'ra, ma'lum bir bakterial shtammlar, 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 yalliglanish 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 echimini topganicha yo'q/

Ayollarda asoratlanmagan o'tkir tsistitda siydikning o'rta ulushidagi (MSU), uropatogenlarning 1 ml siydikdagi miqdori $\geq 10^3$ –koloniya hosil qiluvchi birlik (KHQB) bo'lganda.

Ayollarda o'tkir asoratlanmagan pielonefritda 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 punktsiya 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 ishonchliligini 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 hisoblanishi mumkin.

Bir sutka davomida yoki undan kamroq muddatda (≥ 24 soat) olingan siydikning kamida ikki kulturasida bir xildagi bakteriyalar shtammi aniqlansa, simptomsiz bakteriuriya tashxislanadi va bu holatda bakteriuriya $\geq 10^5$ KHQB uropotogen/ml ko'rinishda bo'ladi.

Darhaqiqat, siydikni yigish usullari, ekmaga olish, laborator tekshiruvlar sifati farq qilishi mumkin. Shuning uchun bemorlarni tekshirish chogida ikki xil standartlar darajasidan foydalanish lozim bo'ladi. Asosiy standart odatiy, birmuncha yuqori standartlar esa ilmiy baholash uchun zarurdir. Tekshirishda siydik pufagida saqlanadigin 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 boshhalar baholanadi. Hozirgi kunda ushbu tekshiruvlarni har qanday laboratoriyada bajarish mumkin.

Gistologik tekshiruvlar juda kam hollarda yalliglanish 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: pielonefrit, ureteritlar (asosan gistologik va rentgenologik olinadi), tsistit, prostatit, prostatovezikulit, uretrit, funikulit, epididimit yoki orxit. Lekin siydik – tanosil tizimining turli hismlari bir-biri bilan aloqada bo'lganligi natijasida bakteriyalar bir hismdan boshqa hismga ham o'tadi. Amaliy

jihtadan SYI va erkaklar jinsiy a'zolari infeksiyasi klinik belgilariga qarab tasniflanadi:

- pastki siydik yo'llarining asoratsiz infeksiyasi (tsistitlar)
- asoratsiz pielonefrit
- asoratli SYI pielonefrit bilan yoki pielonefritsiz
- urosepsis
- uretritlar
- alohida shakllari: prostatit, epididimit, orxit.

SYI turli darajalarining namoyon bo'lishi va olib borilishi hayot davomida o'zgarishi va u bemor ahvoriga bogliq bo'lishi mumkin. Shuning uchun alohida guruh bemorlar (qariyalar, boshqa somatik kasalligi yoki immuniteti past bo'lganlar) hisobga olinishi kerak.

Asoratlanmagan siydik yullari infeksiyasi.

O'tkir asoratsiz SYI ga kattalarda o'tkir tsistit va o'tkir pielonefritlar 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, soglom 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 pielonefrit rivojlanadi. Simptomsiz bakteriuriyani davolash SYI kelib chiqish xavfini kamaytiradi. Ko'pincha SYI homiladorlarda o'tkir tsistit 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 pielonefrit yoki retsidivlangan infeksiyalar bilan oqrigan o'smirlar hamda erkaklardagina o'tkaziladi.

Kattalardagi o'tkir asoratlanmagan SYI. Kattalarda uchraydigan o'tkir asoratlanmagan SYI ga o'tkir tsistit va o'tkir pielonefrit kiradi. SYIning asoratlanmagan xili, ayollarda asoratlarga va antibakterial terapiya nosamaraligiga olib keluvchi omillar bo'lmagandagina uchraydi. SYI ning asoratlanmagan holda kechishi kam tarhalgan. 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 kateterini uzoq muddat olib yurish, siydik yo'llarida yaqinda
- O'tkazilgan muolajalar.
- Siydik yo'llaridagi funktsional va anatomik anomaliyalar.
- Yaqinda antibakterial preparatlar qabul qilganligi
- Simptomlarni 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 (tsistit) yoki yuqorigi siydik yo'llar, (pielonefrit) infeksiyasi ham uchraydi. Qaytalanuvchi SYI yosh soglom, 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 tugiladi. Siydik yo'llari infeksiyasi haqidagi ma'lumotlar anomaliyasi bo'lmagan postmenopauzadagi soglom ayollarda SYI chegaralangan bo'lishiga qaramasdan, ko'pincha bularda SYI asoratsiz kechadi. Katta yoshdagi soglom erkaklarda SYI haqidagi ma'lumotlar ham etarlicha emas. Shu sababli diagnostika va davo usullari to'liq ishlab chiqilmagan.

Bolalarda SYI. SYI chahaloqlarda va bolalarda klinik kechishi tipik bo'lmasligi mumkin. Agar qizchalar anamnezida SYI ning 2 xil ko'rinishi va o'gil bolalarda 1 xil ko'rinishi bo'lsa, chuqur tekshiruv o'tkazishni talab qiladi, bu obstruksiya, qovuq-siydik nayi refluyksi va orqa miya shikastlanishlari. Shuningdek fimoz, jinsiy olat lablari yopishishi, qabziyatlarni inkor etish maqsadida utkaziladi.

Ultrasonografiya siydik yo'llarini tekshirishda asosiy usul bo'lib, qo'shimcha ravishda chahaloqlar va kichik bolalarda ko'tariluvchi ttsistouretroografiya (KSUG) o'tkazish mumkin. Katta yoshli bolalarda KSUG usuli bevosita radionuklidli tsistografiya usuli bilan almashiladi.

Buyrak parenximasi chandiqlanishi surunkali pielonefritda juda erta, asosan SYI buyrak ichi va vezikoureteral refluyukslar, ba'zan bachadon displaziyasi bilan birga kelganda rivojlanadi. 2 yoshdan keyin yangi chandiqlar hosil bo'lishi kam kuzatiladi. Reflyuksni barvaqt diagnostikasi va uni davolash refluyuks 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 tarhalgan bakterial infeksiya ko'rinishida kechib, odatda oqibati yaxshi bo'ladi. Lekin ko'krak yoshdagi va yosh bolalarda oqibati yomon bo'lib, ayniqsa SYI rivojlanish anamaliyalari bo'lganda buyrak parenxemasi chandiqlanishigacha bo'lgan o'zgarishlar kelib chiqadi. Buyrak parenxemasi chandiqlanganda gipertenziya, proteniuriya (24% bolalarda) surunkali buyrak etishmovchiligini terminal bosqichlarda – gemodializ zarur. Bu bemorlar hisobiga surunkali buyrak etishmovchiligi kattalarda ko'proq uchraydi.

Maktab yoshidagi 5% kizchalar 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-oygacha bo'lgan bolalarda kasallanish chastotasi turlicha bo'lib, asosan erkak jinsli bolalar kasallanadi. 6 oylik chahaloqlarda o'gil va qizlarda kasallik nisbati 10:1.

Yangi tugilgan 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 kizchalarda uchraydi.

Bakteriuriyaning klinik simptomlari bilan kechadigan turi 0,14% yangi tugilgan chahaloqlarda va 0,7%i 6 oylik o'gil bolalarda, 2,8% 6 oylik qizchalarda qayd etiladi.

Yangi tugilgan chahaloqlarda 25% kaytalanish uchraydi.

Etiologiyasi. Bu kasallikni chaqiruvchi Gramm manfiy bakteriyalar, asosan ichak mikroflorasi hisoblanadi.

Yuqoridagilardan SYI ni 90% hollarda E.coli chakiradi 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 ragbati kattarak.

Patogenezi

Siydik traktida har xil anamaliyalarning rivojlanishi SYI ning obstruktsiyasiga, masalan uretra klapani, LMS strukturasi yoki siydikning noobstruktiv stazi, bundan tashqari jinsiy olat labchalarining bir-biriga yopishib holishi 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 haltachasiga 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 etishi mumkin. Ko'pgina boshqa mikroorganizmlar infektsiya o'chogiga perivezikal va ureteral limfa tomirlari bo'shliqlari orqali o'tadi.

Yangi tugilganlarda infektsiya 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 bogliq. Bu asosan PMR ga nisbatan sfinkterning disenergiyasi ikkilamchi obstrutsiyada kuzatiladi. Pastki motor neyronning zararlanishi ham rezidual siydik tutilib kolishi mumkin.

Buyrak zararlanishi va SYI o'rtasidagi bogliqlik 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, lekin bola yoshi bilan bevosita bogliq.

Chahaloqlarda SYI. Ishtaxaning pasayishi, rivojlanishdan orqada holish, 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 bulishi, 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 (pielonefrit) va pastki (tsistit) SYI ga ajratish mumkin. Chunki bu yoshda bemorlar kasallik simptomlari va kaerda ogriyotganini aniq ko'rsatishi mumkin.

SYIning ogirlik darajasi. SYI ning ogir va engil kechishini amaliy nuqtai nazardan ajratishni talab qiladi, chunki bu urgentslikning darajasini va diagnostik chora-tadbirlarning saqlanishiga va davo choralariga ta'sir ko'rsatadi.

SYIning ogir kechishi. Tana harorati $>39^{\circ}$ C ogriq, tinimsiz qusish, suvsizlanishning engil va ogir darajasi kuzatilib, bu davolash natijasida yaxshi natija bermaydi.

SYIning engil 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 ogriq buralib holishdagidek bo'lishi mumkin. Perekrut sababli bolalarda moyaklarda prepubertant yoshida kuzatiladi.

Diagnostikasi

Fizikal ko'rish zaruriy bo'lib, fimozni, olat labchalarining yopishib holishini, pielonefrit yoki orxoepididimit belgilarini inkor qilish uchun fizikal ko'rish zarur. Isitmaning yo'qligi infeksiyon jarayonning yo'qligini anglatmaydi.

Laborator taxlillar. Siydikni ekish: ba'zan analiz uchun siydik olish biroz qiyinchilik tugdiradi 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 tutish kerakki siydikdagi bakteriyalar soni siydik namunasini olish usuliga, diurezga saqlash usuliga va olingan siydikni tashib borish usuliga ham bogliq.

Siydik taxlillari:

Siydik cho'kmasining mikroskopik taxlili leykotsitlar va uropatogenlar to'grisida to'liq ma'lumot beradi. Bundan tashqari nitrit testi va leykotsitlar sonini sanash (indiqtator tasmachalar yordamida) foydali hisoblanadi.

Piuriyasiz bakteriuriya bakterial kontaminatsiya holatlarida aniqlanadi, bunda siydikni 24 soatdan keyin olgan maqsadga muvofiq. Hatto isitmali bolalarda musbat natijali bakterial siydik ekmasi va bunda yana piuriyaning bo'lmasligi SYI diagnostikni 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 diagnostikni qo'yish yoki quymaslik uchun ishonchli ko'rsatkich hisoblanmaydi.

Taxlil natijalariga yana quyidagi omillar ta'sir qiladi: organizmning suvsizlanish darajasi, namuna olish va sentrifugalash usuli, cho'kma o'lchangan hajm va interpritatsiya sub'ektivligi.

Bolalarda ikkita usulni qo'shgan holda olib borish, bunda isitma bo'lganda, >10 kg/mm va 50,000 KOE/ml aniqlanganda SYI uchun aniq natija bo'lib, infeksiyalar va kontaminatsiyalarni farqlash uchun etarli hisoblanadi.

Landan fikriga ko'ra, bolalarda piuriyaning tana harorati kutarilishi bilan birga uchrashi o'tkir pielonefritdan 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 pielonefrit, simptomsiz bakteriuriya orasida farq hisoblanadi. S-RO ko'rsatkichi 20 kg/ml dan yuqori bo'lsa o'tkir pielonefrit deb hisoblash mumkin.

Siydik yo'llarini kuzdan kechirish (vizualizatsiyasi). Tekshirish usullarining oltin standarti bo'lib ko'p ma'lumot berishgan ogriqsiz, xavfsiz, minimal yoki radiatsion yuklamasi yuq 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 ogriqsiz, tez bajariladi, radiatsion nur qo'llanilmaganda ham aniq natijalarni buyrak parenximasi va yiquvchi sistema holatini ko'rsatadi.

Radionuklid tekshirish: Texnitsiy 99m DMSA radiofarm preparat hisoblanib buyrak proksimal kanalchalari hujayralari bazal membranasi bilan boglanadi. 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 skanirlash radioaktiv indikatorning yulduzchali defekt sifatida buyrak parenxemasida aks etadi, bu esa o'tkir pielonefrit 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 skanirlanish reflyuks nefropatiyada maqbul diagnostik usul hisoblanadi va bu fokal chandiqlanish sifatida yoki yutilishning pasayishi sifatida buyrak parenxemasida kuzatiladi. RUSHTON va boshhalar 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% bulishini 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 boglik.

Buyrak parenximalaridagi pielonefrit natijasida hosil bo'lgan chandiqlar qaytmas jarayon ekanligi 40% hollarda uchrashi isbotlangan.

Radionuklid skanirlash barvaqt diagnostika usullaridan, chunki u o'tkir pielonefritning 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.

Ttsistouretrografiya. Buning 2 ta usuli bor.

1. Standart ko'tariluvchi tsisto-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: infektsiya

tushish ehtimoli, siydik pufagini retrograd to'ldirish zaruriyati va radionuklid nurlanish ehtimoli yuqori bo'lishi.

2. Radionuklid tsistografiya dinamik renografiyaning hismi hisoblanadi. Bu alternativ usul qabul qilingan tsistografiya hisoblanadi, ayniqsa bemorda KSNR bo'lganda va nur yuklamasi ham kam bo'ladi. Usul kamchiligi aniqlikning pastligi va SChI anomaliyalarini 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 tsisto-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 nurlanish 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 chandiqlik hosil qilishni oldini olishda muvaffaqiyatsiz bo'lib chiqdi. Faqat kam bolalarda SYI urologik buzilishlar asosida yotadi, lekin shunday buzilishlar ulim bilan yakunlanishi mumkin. Shuning uchun qizlarda kupi bilan 2 ta va o'gil bolalarda 1 ta xolatdan 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 tsistografiya 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 korrektsiyasi

SYIning ogir 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.

Tsefalosporinlarga allergiyasi bo'lgan taqdirda, azitromitsin yoki gentamitsin ham ishlatilishi mumkin.

Aminoglikozidlarni buyurish zaruriyati tugilganda, ularning qon zardobidagi qontsentratsiyasini nazorat qilish kerak. Agar siydik ekmasida kokklar aniqlansa, ularga ampitsillin yoki klavulon kislota bilan amoksitsillin buyurish lozim.

Chahaloqlarda dozani nazorat qilish shart. Bolalarga xloramfenikol, sulfanilamidlar, tetratsiklinlar, rifampitsin va seftriaksonni buyurish mumkin emas.

Katta yoshli bolalarga tetratsiklin (emalni bo'yaydi) va ftorxinolon (togay 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.

Ogiz 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, sefaklor, kuproq samarador.

SYI ning engil kechishi.

Asoratlar berish xavfi kam bo'lgan infeksiya SYI ning engil 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, sefaleksim yoki amoksitsillin Ogiz orqali qabul qilishga o'tiladi. Davo kursi tugagach 6 oy mobaynida antimikrob profilaktika buyurish kerak. Davo naf bermagan hollarda asoratlar va bakteriemiya kelib chiqqanda bemorni statsionarga yotqizish va parenteral davoga o'tish lozim. Antimikrob preparatlarning yosh va vaznga boglik dozalari jadvalda keltirilgan.

Mikrobg qarshi preparatlar	Qo'llanilishi	Yoshi	Umumiy doza	Kunlik doza
Ampitsilin	v/i	3-12 oy	100-300 мг/кг BW	3
Ampitsilin	v/i	1-12 yosh	60-150 мг/кг BW	3
Amoksitsilin	Ogiz orqali	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	2-3
Amoksitsilin	Ogiz 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	Ogiz orqali	3-12 oy	37,5-75 мг/кг BW	2-3
Amoksitsiklin/klavulanat	Ogiz orqali	1-12 yosh	37,5-75 мг/кг BW	2-3
Tsefaleksin	Ogiz orqali	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	3
Tsefaleksin	Ogiz orqali	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	3
- profilaktika uchun	Ogiz orqali	1-12 oy	10 мг/кг BW	1-2

Tsefaklor	Ogiz orqali	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	3
Tsefaklor	Ogiz orqali	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	3
Tseftriakson	Ogiz orqali	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	1-2
Tseftriakson	v/i	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	1
Azitreonam	v/i	1-12 yosh	50-100 мг/кг BW	1
Azitreonam	v/i	3-12 oy	50-100 мг/кг BW	3
Gentamitsin	v/i	1-12 yosh	5-7,5 мг/кг BW	3
Gentamitsin	v/i	3-12 oy	5 мг/кг BW	1-3
Trimetoprim	Ogiz orqali	1-12 yosh	6 мг/кг BW	1-3
- profilaktika uchun	Ogiz orqali	1-12 yosh	1-2 мг/кг BW	2
Nitrofurantoin	Ogiz orqali	1-12 yosh	3-5 мг/кг BW	1
- profilaktika uchun	Ogiz orqali	1-12 yosh	1 мг/кг BW	2

Buyrak etishmovchiligi, transplantatsiyadan keyin, qandli diabetda va immunosuppressiv holatlarda SYI.

Ba'zi mualliflar o'tkir pielonefrit normal buyrakning chandiqlanishiga olib keladi deb ta'kidlaydilar. Tarhalish va shikastlanish hajmi har xil bo'lsa ham obstruksiya va reflyuks kabi vaziyatlar potologik jihatdan o'xshash jarayon. KSNR ning buyrak ichi reflyuksi va chiquvchi infektsiya kabi elementlarning shikastlanuvchi ta'siri va buyrak parenximasini chandiqlashi faqat bolalik davrida to'gri keladi.

Siydik yo'llarida infektsiyaning mavjudligi tana temperaturasi va o'tkir fazali reaksiyalarning ko'tarilishiga (masalan: S-reaktiv oksil va EChT), A gurux immunoglobulinlar paydo bo'lishi va sitokinnlarning 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 planda vaqtning uzoq davr kechishida o'rin tutadigan buyrak qontsentratsion funktsiyasining pasayishi ham kuzatilishi mumkin. Bunda serologik immun javob mexanizmi ham mavjudligi aniqlangan. Bunda 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 boglanadi. Klinik amaliyotda Enterobacteriaceae patogenligini 2 tip fimbriyalar belgilaydi: kam miqdordagi asimptomatik bakteriya va tsistit bo'lgan bolalarga nisbatan 90% bolalar o'tkir pielonefrit bilan.

Bakterial adgeziya organizmda turli oqibatlar bilan tugashi mumkin. Turli mexanizmlar yordamida esa qo'zqatuvchining lokalizatsiyasini aniqlash va eradikatsiyasini engillashtirish 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 kontsentratsion xususiyati pasayishi 40% ida kasallik isitmasiz o'tganligi aniqlandi. Bu kasallarga kirgan bakteriyalarning adgezivlik xususiyati past bo'lgan. Balki shuning o'zi ham ularni buyrak parenximasiga kirishini ta'minlagan va doimiy harakterga ega bo'lgan struktur va funksional shikastlanishni shakllantirgan.

Chandiqlanish reflyukssiz, 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 holli DMSA skanerlash yoki KT kabi vizual diagnostik usullar bilan isbotlanishi mumkin. Shunday bir tekshirishda o'tkir pielonefrit 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% kasallarda saqlanib qolgan. "20-30 yil mobaynida kuzatuvlar o'tkazilgan 29 ta ayolda buyrak to'qimasining kengayib boruvchi shikastlanishi isbotlangan va gistologik tekshiruvlarda surunkali pielonefrit topilgan" deb yozadi.

Bu tekshirishlarda shikastlash xususiyati past texnikalardan foydalanilgan va shuning uchun yo'ldosh patologik o'zgarishlar aniqlanmagan. Balki bu bemorlar guruhida buyrak parenximasida boshlanqich shikastlanishlar bo'lgandir va uzoq vaqt oraligida buyrak etishmovchiligi 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 pielonefritning o'tkir 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 reflyuks yoki obstruktiv uropatiyani aniqlash imkonini beradi.

Xullas zamonaviy diagnostik usullar bilan parenxemada joylashgan chandiq o'chogi o'tkir noobstruktiv pielonefrit natijasida hosil bo'ladi. Bunday chandiq mavjud kasallarda surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanmaydi. Bu chandiqlar reflyuks nefropatiyada hosil bo'lgan chandiqlardan farq qiladi. Bu uzoq vaqt davomida olingan klinik ma'lumotlarga mos keladi. O'tkir infeksiyon 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 ogir 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 pielonefrit rivojlanish xavfi oshadi. Infektsiya kirish yo'li - asosan qandli diabet kasallarida ko'p uchraydigan Klebsiella spp., pastki siydik yo'llaridan chiquvchi infektsiyadir. Simptomsiz bakteriya qandli diabeti bor ayollarda keng tarhalgan va agar bu holatni davolanmasa, oqibatda buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Bu jarayonda qatnashadigan mexanizmlar oxirigacha o'rganilmagan va bu o'tkir asoratlanmagan pielonefritga ham tegishli, bunda qo'shimcha yashirin omillarni ham hisobga olish kerak: bu omillar siydik chiqaruv disfunktsiyasiga olib keluvchi avtonom neyropatiya va diabetik nefropatiya asosida yotishi mumkin. Organizm umumiy qarshiligining pasayishi nefropatogen mikroblarning persistentsiyasiga va buyrak asoratlari rivojlanishiga moyillik tugdiradi. Lekin bu xususida ma'lumotlar etarli 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 diabet kasallarda gistologik mikroabstsesslar bilan o'tkir piogen infiltratnig bo'lishi va surunkali buyrak etishmovchiligi 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 abstsessining yashirin formasi shakllanishi mumkin. Bu paranefral bo'shliqni teshib o'tib m.psoas dagi abstsessga 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 ogir bo'lishi mumkin.

Qandli diabet kasallarda asosan o'tkir pielonefrit bo'lganda papilyar nekroz ko'p uchraydi. Bu holat buyrak parenximasining uzluksiz chandiqlanishi bilan bogliq. 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 etishmovchiligining terminal bosqichiga olib kelishi mumkin. Ammo interstitsial va granulematoz kasalliklarining yashirin shakllari fibroz, kaltsifikatsiya yoki obstruksiyasiz ham buyrak etishmovchiligiga 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 etishmovchiligining 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 etishmovchiligining boshlanishi va persistirlanuvchi SYI orasida bogliqlik borligini inkor qiladi. Infektsiyadan holos 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 pielonefrit ko'p uchraydi va buning manbai infektsiyalangan kistalar hisoblanishi mumkin. Kistalarda infektsiya bo'lganda antibakterial davoning samarasi kistalar proksimal (aktiv sekretsia) yoki distal kanalchalardan (passiv diffuziya) chiqish chiqmasligiga yoki qo'llanilgan preparatlarning yogda eruvchanligiga bogliq. Sefalosporinlar, gentamitsin va ampitsillin o'tkir pielonefritning 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 tugdirmaydigan va surunkali buyrak etishmovchiligining oxirgi bosqichida kelib chiqadigan buyrakning orttirilgan kistoz kasalligidan farqini ajratib olish shart. Asosan erkaklardagi buyrak polikistoz kasalligida SYI ning ogir klinik ko'rinishi yomon oqibatga olib keladi; infeksiyon nefrolitiaz, struvit toshlar, obstruktiv uropatiya va ogir reflyuks barcha hollarda bo'lmasada, ko'pincha infektsiyani keltirib chiqarishi shubhasiz. Simptomsiz bakteriuriya yoki hatto engil o'tuvchi SYIning intensiv davolashda ham shubhali natijalar olinadi.

Bemorlarda buyrak ko'chirib o'tkazilgandan keyingi SYI. 35-80% bemorlarda bakteriuriya uchraydi. Ammo zamonaviy transplantatsion xirurgiya tatbiq etilsa, immunosupressatlar dozasi kamaytirilsa va antibiotiklarning profilaktik dozasi qo'llansa bakteriuriya xavfi kamayadi. Infektsiyaning erta yuzaga kelishiga donorda infektsiya mavjud bo'lganligi sabab bo'ldi. Buyrakni qonteynerdan 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 (retselening o'z) ko'chirib o'tkazilgan buyrakda infektsiya kechishini ogirlashtiradi. Qandli diabet, infektsiyalangan PMR, polikistoz kasalligi va infeksiyon toshlar bo'lganda uchraydigan papilyar nekrozda bu muammo

duch keladi. Agar buyrak transplantatsiyasi rejalashtirilgan bo'lsa siydik pufagida o'tkazilishi zarur xirurgik aralashuvlar, rutinli yoki o'zgaruvchan kateterizatsiya yordamida urokinamikani to'liq baholash bajarilishi shart. Siydikni chiqarish bilan siydik pufagini 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 pielonefrit va bakteriuriyaning kelib chiqish darajasi kamayadi. Shu bilan birga urologik tomondan xech qanday asoratlar (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. Infektsion agentlar eradikatsiyasini yo'qotish amaliy jihatdan mumkin emas (to buyraklar yoki nekrozlangan segmentni olib tashlanmaguncha).

SYI ning ogir kechishida transplantatning bir necha ko'chish mexanizmi mavjud. Ilgari transplantatsiyadan keyingi refluks mavjudligi tufayli pielonefrit va parenxemaning chandiqlanishi kelib chiqadi degan fikrlar mavjud edi. Bu ma'lumotlar o'z isbotini topmadi va transplantatsiya bilan shugullanuvchi xirurglar antirefluks mexanizmlar yaratish bilan shugullanmadilar. Ammo nazariy infeksiya buyrak transplantatning ko'chishini turli yalliglanish kaskadidagi reaksiyalarga erkin radikallar, o'sish faktori, sitokinlarning bevosita ta'siri kabi yo'llar bilan amalga oshiradi. Ammo infeksiyaning transplantatining ko'chishidan farqlash juda qiyin.

Buyraklarning transplantatsiyasi va surunkali buyraklar etishmovchiligida antibakterial terapiya. Surunkali buyraklar etishmovchiligida 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 keldi. Ikkinchidan antibakterial preparatlar va immunosupresantlarning o'zaro ta'sirini unutmash kerak.

Buyrak funksiyasi pasaygandagi SYI ni davolashda qo'llaniladigan antibakterial preparatlar.

- Ko'pgina antibakterial preparatlar etarlicha terapevtik indeksga ega; 20ml/min dan kichik bo'lgan glomerulyar filtratsion ko'rsatkichgacha dozalash rejimi korrektsiyasini olib bormaslik kerak.
- Dializ paytda chiqib ketadigan preparatlarni dializ seansidan keyin buyurish kerak
- Halkali diuretiklar va sefalosporinlar kombinatsiyalanganda nefrotoksik ta'sir qiladi
- Nitrofurantoin va tetratsiklin mumkin emas, ammo doksitsiklin buyurish mumkin
- Aminoglikozidlar dozasini korrektsiyalash kerak

Antibakterial preparatlar dializlanuvchanligi

Dializlanuvchilar	Nisbatan dializlanuvchilar	Dializlanmovchilar
-------------------	----------------------------	--------------------

Ampitsillin Karbenitsillin Tsefalosporinlar* Aminoglikozidlar* Trimetoprim Metronidazol Aztreonam* Flyuqonazol*	Ftorxinolonlar Ko-trimaksozol Eritromitsin Vankomitsin	Amfoteritsin Metitsillin Teykoplanin
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

* Bu preparatlar peritoneal dializda organizmdan chiqadi.

Surunkali buyrak etishmovchiligida tuberkulyozni davolash

- Rifampitsin va Izonikotin kislota gidrazidi dializlanmaydigan antibakterial preparatlar hisoblanadi; bir vaqtning o'zida piridoksin buyuriladi
- Etambutol dializlanmaydigan antibakterial preparat; glomerulyar filtratsiya <30 ml/min tezlikda bo'lganda dozasini 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-sulfametaksozol 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, aminoglikozidlar amfoteritsin B eritromitsin, TMP-SMX,

TMP-SMX = trimetoprim-sulfametaksozol

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 dozasini 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 tsiklosporin A bilan manfiy ta'siri kuzatilmaydi, garchan yuqori dozada TMP tsiklosporin A bilan nefrotoksik ta'sir qilsa-da qolgan preparatlarning ham birgalikdagi ta'siriga e'tibor berish kerak (gentamitsin, TMP-SMX va amfoteritsin B).

Zamburuqli shikastlanish.

Immunosupressiyali bemorlarda, asosan surunkali siydik tutilishi bo'lgan qandli diabet kasallarda va doimiy kateter yoki stentlar bilan yuruvchi bemorlarda ko'pincha Candida turkumiga mansub zamburuqlar uchraydi. Hatto klinik belgilari namoyon bo'lmaganda ham zamburugga qarshi preparatlardan (flyukonazol, 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 korrektsiyalash zarurligini aniqlash kerak.

Immunosupressiya.

Immunosupressiyaning SYI rivojlanishidagi o'rni haligacha aniqlanmagan. Buyrak etishmovchiligining oxirgi davridagi bemorlar ko'pincha SYI chaqiradigan Gr(-) floraga 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, xudi ransplantatsiyadan keyingi bemorlarda o'tkazilgandek bajarilsa foydali bo'lmaydi, bu ilgari shu preparatga nisbatan chidamlilik rivojlanganligidan bo'lishi mumkin. Va albatta yuqorigidagi guruhda virusli va zamburuqli bemorliklar ko'p uchraydi.

SYI ASORATLARINING UROLOGIK MUAMMOLARI

- Asoratlangan SYI - bu qandaydir funktsional yoki SYI bilan bogliq siydik tanosil traktining anatomik muammolari ishtirok etishi, yoki organizmning himoya xususiyatini hosil qilib, o'z navbatida orttirilgan infeksiya xavfini oshiradigan yoki o'tkazilgan davoning samarasini kamaytiradigan bemorliklarning birgalikdagi

ta'sirdan kelib chiqadi.

- Bakteriyalarning keng doirasi asoratlangan SYI (asoratlarining) sababchisi bo'lishi mumkin. Asoratlanmagan SYI (asoratlarini) davolashda qo'llanilgan antibakterial preparatlarga nisbatan chidamli bakteriyalar va asoratlanmagan SYIning nisbatan ko'proq xilma-xilligi.

- Enterobacteriaceae va E.coli keng tarhalgan qo'zqatuvchilar, ammo noferment (masalan, Pseudomonas aeruginosa) va gramm musbat kokklar (masalan, staphylococci va enterococci) ham asosiy bemorlikka bogliq holda muhim rol o'ynashi mumkin.

- Davolash algoritmi bemorlikning ogirligiga bogliq, va u 3 yo'nalishda olib borilishi mumkin: urologik buzilishlarni olib borish taktikasi, antimikrob terapiya va zarurat tuqilsa quvvatlovchi terapiya. Rezistent shtammlar 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'zqatuvchilar 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.

- Boshlanqich terapiya etarli bo'lmasa yoki klinik ogir 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 davo 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 funktsial muammolari, yoki organizm himoya xususiyati ishlashi uchun qarshilik qiladigan bemorliklar bo'lishi, buning natijasida o'z navbatida infeksiya yuhishi xavfi ortishi yoki o'tkazilgan davo 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 reflyuksi yoki funktsional buzilishlari.
- Siydik traktining yonbosh qovuzloq yoki haltacha kabi ko'rinish

o'zgarishlari.

- Uroepiteliyning radiatsion yoki kimyoviy zararlanishi.
- Operatsiyadan oldingi yoki keyingi SYI.
- Buyraklar etishmovchiligi va transplantatsiyasi, qandli diabet va immun tanhisligi.

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 ekstraktsiyasi, doimiy kateterlarni olib tashlash.

2. Bemorlarda qoniharsiz 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, qovurqa-umurtqa burchagida tarangla- shish, qov ustida ogriq va temperatura). Klinik kechishi ogir o'tkir obstruktiv pielonefritdan tortib urosepsis rivojlanishi bilan operatsiyadan keyingi SYI kateterlash bilan bogliq holda rivojlanishi va bu kateterni olib tashlangandan keyin o'z-o'zidan yo'holishigacha bo'lishi mumkin. Pastki siydik yo'llari (LUTS) simptomlarini differentsiatsiya qilish va nafaqat asoratlangan SYIning keltirib chiqargan simptomlar, balki boshqa urologik bemorliklar prostataning xavfsiz giperplaziyasi (VRN), prostata bezining transuretral rezektsiyasi va boshhalarni differentsiatsiya qilish kerak.

Urologik o'zgarishlardan tashqari, har xil urologik zararlanishlarning etiologiyasi bo'lib hisoblanadigan hamroh bemorliklar qandli diabet, buyrak etishmovchiligi, ko'pincha SYI ning asoratli kechishi tarzida uchrashi mumkin.

Siydik bakteriologik tekshiruv

Asoratlangan SYI da bakteriuriya erkaklar va ayollarda o'rta siydik portsiyasida ≥ 105 KOE/ml va ≥ 104 KOE/ml hisobda bo'ladi. Agar siydik analizi to'g'ri kateterlanib olinsa va ≥ 104 KOE/ml bo'lsa, SYI bor deb qaraladi. Bakteriuriya simptomsiz kechayotgan kasallarda siydik ikki portsiyada olinadi (1 chi va 2 chi portsiya orasida 24 soat bo'lishi kerak) va mikroorganizmlar soni ≥ 105 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 oqirgan bemorlar xuddi umumiy va gospital infeksiyadagi kabi, agar asosiy kasallik 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 shtammlar kam, buning uchun siydik chiqarish yo'llarida anomaliyalar

(anatomik va funktsional) yoki asoratlangan SYI ga olib keluvchi kasalliklar bo'lishi kerak.

har xil turdagi bakteriyalar asoratlangan SYIning 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 tarhalgan qo'zqatuvchilar 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 bogliqligi

Siydik chiqaruv yo'llarining toshi bilan boglik 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 ugleslota 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 guruxiga kirmaydigan koaguloza negativ stafilokok va streptokoklarning patogenetik ahamiyati hozircha munozaraligicha qolmoqda. Ma'lum sharoitlarda, toshlar yoki yot jismlar bo'lsa, stafilokoklar 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 ogirligiga bogliq. Urologik kasallarga antibakterial terapiya berilishi shart. Agar mustaqamlovchi terapiya kerak bo'lsa, unda uni buyurish kerak. Kasalxonaga yotqizish bemor ahvoliga boglik.

Antibakterial preparatlar tanlash

Asoratlangan SYI simptomli kechganda - empirik davolash qo'zqatuvchilar spektr imkoniyatlarini bilish, mahalliy mikroorganizmlarning antibakterial preparatlarga chidamliligini va urologik kasallik bilan yotgan bemorning ogirlik 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'pchilik dokladlar quyidagi chegaralovchi omillar tufayli rutinli taktikani qo'llash bilan chegaralanadilar:

- Tanlangan bemorlar guruhi haqida axborotning etishmasligi
- Kasallikning ogirlik holatini noto'g'ri baholash
- Nozokomial va maishiy sharoitda tarhaluvchi 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 biron bir preparat yaxshi va nixoyatda samarali va haralgan da'voga infeksiyon mikroorganizmlar mos kelgan holda ta'sir qilishi ko'rsatilmagan. Kasallarda buyrak etishmovchiligi urologik kasalliklar oqibatida to'g'ri 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 tsistitda bir martalik doza ko'rinishida berish kerak.

Aminopenitsillin, ampitsillin yoki amoksitsillin E.coli ga qarshi aktiv emas. Boshlanqich terapiyaning noadekvaqligi yoki mikrobiologik malumotlar hali olinmagan 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, ogir hollarda kasalxonaga yotkizib antibakterial preparatlarni parenteral buyurish mumkin va aminoglikozidlarning q-laktamaz kombinatsiyasi yoki ftorxinolon emperik buyuriladi. Parenteral davolashdan sung bemorning ahvoli yaxshilangach, Ogiz orqali davolashga o'tish mumkin. Infeksiyon agent identifikatsiyasi va sezgirliги aniqlangandan keyin davolashni qayta ko'rib chiqish lozim.

Asoratlangan SYInı muvaffakiyatli davolash effektiv qo'shma antibakterial terapiyadan tashqari, urologik kasalliklarni optimal olib borish va hayotiy muhim funktsiyalarnı adekvat ta'minlashdan iborat.

Antibakterial terapiya davomiyligi

Odatda davolanish 7-14 kun, biroq uning davomiyligi zararlanishga bogliq. Ba'zan klinik holati hisobga olinib davolanish 21 kungacha cho'zilishi mumkin

Siydik tosh kasalligi bilan bogliq asoratlanmagan SYI.

Agar kandaydir 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 terapiya, toshni 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 chidamligi oshib ketmasligi uchun antibakterial preparatlar qo'llanilmaydi. qisqa muddat kateterlashda vaqtida antibakterial preparatlarni buyurish bakteriuriyani tezlashtiradi, lekin asoratlanish darajasini kamaytirmaydi. Asoratlangan SYIning klinik simptomlari paydo bo'lganda kateter qo'yilgan joyiqqa qarab tor spektrdagi antibakterial moddalar buyuriladi. Davolashning optimal davomiyligi belgilanmagan. qisqa muddatli, shuningdek uzoq muddatli antibakterial davolash mikroorganizmni 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'tkazish yaramaydi. hozirgi paytda davolash 7-10 kun o'tkazilmokda. Ushbu guruh bemorlarda antibiotiklar tanlash shart emas.

Emperik davo o'tkazish uchun tanlangan antibakterial preparatlar

Bemorning 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 ogir kechganda tavsiya qilinadigan preparatlar

1. Ftorxinolonlar (agar ular boshlanqich 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-sulfametaksazol (faqat ma'lum qo'zqatuvchilarda)
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 ahamiyatli. Shu sababdan

davolanishdan oldin va keyin ham siydik ekmasi olinib qo'zqatuvchi va uning sezuvchanligi aniqlanadi.

Xulosa

Kasallikka olib keluvchi omillar aniqlanmaguncha, infeksiyadan kutilishning iloji yo'q. Imkoniyatga qarab patologik o'zgarishlarni rostlash, davolashning bir kismidir. qaytuvchi infeksiya qaytalanuvchi infeksiya (o'sha qo'zqatuvchi ehtimoli) va reinfeksiya (yangi qo'zqatuvchi) natijasida kelib chiqadi. Shu sababdan davolanish tugagandan 5-9 kundan va 4-6 haftadan keyin siydikni ekish kerak.

SIYDIK – JINSIY A'ZOLARINING NOSPETSIFIK YALLIGLANISH KASALLIKLARI.

Eng kup uchraydigan siydik – jinsiy a'zolarining nospetsifik yalliglanish kasalligi, umumiy urologik kasalliklari 2/3 kismini tashkil kiladi, bu pielonefrit. Siydik – jinsiy a'zolarining nospetsifik yalliglanish kasalliklariga - pionefroz, paranefrit, korin pardasi orti fibrozi (Ormond kasalligi), tsistit, paratsistit, uretrit, prostatit, vezikulit, epididimit, orxit, balanit, balanopostit i kavernitlar xam kiradi.

PIELONEFRIT.

Pielonefrit – nospetsifik yalliglanish protsessidir; bunda buyrak jomi, kosachalari va va buyrak parenximasi, asosan va birinchi navbatda uning interstitsial tukimasi zararlanadi. Kasallikni oxirgi boskichlarida kon tomirlar va buyrak ko'ptokchalariga tarkaladi. Shunday kilib pielonefrit interstitsional nefritni bakterial turi bulib ko'rinadi.

Oldin ishlatiladigan «pielit» termini xozirda xastalikni boshlangich davrida ishlatiladi, kutariluvchi infeksiya sababli kosacha va jomcha sistemasini yaliglanishi birinchi boskichda bulganda. Buyrak jomining (ayrim xolda yalliglanadigan) mustakil kasalligi emas eakan.; yalliglanish protsessida buyrak parenximasi xam, albatta, ishtirok etar ekan va aksincha.

Pielonefrit buyrak xastaliklarini ichida eng kup uchraydigan kasallik xisoblanadi barcha yoshdagi gruppalarda. Bolalarda pielonefrit 2-3chi o'rinda turadi, nafas olish sistemasi kasalliklaridan keyn. Statsionarga murojat kilgan bolalar ichida 4-5 % zi pielonefrit bilan gospitalizatsiyaga sabab buladi. Utkir pielonefrit 3-5 % xomiladorlarda uchraydi. Pielonefrit bilan xastalanadigan bolalarda, onalari xomiladorlik mobaynida, utkir pielonefrit bulishi kuprok sabab buladi (10% da). 100 000 axoliga olganda - kattalarda 100 ta, bolalarda 480-560 ta uchraydi.

Patalogoanatomik statistikaga ma'lumotlariga kura autopsiya vaktida pielonefrit 8-20 % topiladi. Lekin bu tashxis q kism xastalangan kasallarda kuyish mumkin. 60-75% xastalik 30-40 yoshda rivojlanadi, kuprok ayollarda defloratsiyadan sung, xomiladorlik vaktida, tugkandan sungi xolatda. Bolalarda eng yukori diagnostik kursatkich 2-3 yoshga tugri keladi. Yosh ulgaygan sari pielonefrit kuprok kizlarda uchraydi. Kizlarda pielonefrit 4-5 barobar kuprok uchraydi, erkaklarga karaganda. Buning sababi ayollarning siydik chikaruv kanalaning anatomik xolati: u kaltarak, erkaklarga nisbatan, jinsiy a'zo bilan yondosh joylanishi, va bu uz navbatida

infektsiyani kutariluvchi yul bilan Qovuqqa osonrok borib korlishiga olib keladi. Shuning uchun asimptomatik bakteriuriya kizlarda 10 barobar kuprok uchraydi, erkaklarga karaganda. Vulvovaginit eng kup kizlarning siydik yullarini yalliglanishiga sabab buladi. Asimptomatik bakteriuriya karshi kurash kuchi passayishi tufayli utkir pielonefrit bulishiga sabab buladi. 5-10% xomiladorlarda asimptomatik bakteriuriya siydik yullarini tonusini pasayishi, gormonal uzgarish tufayli va xomilador bachadon siydik nayini kissishi tufayli utkir pielonefritni asoratlanishiga yoki surunkali pielonefritni kuzgalishiga olib keladi.

Pielonefrit ugil bolalarda va urta yoshdagi erkaklarda kuprok siydik tosh kasalligi, surunkali prostatit, siydik chikaruv kanali strikturasi, turli xil buyrak va siydik yullari anomaliyalari bilan boglik. Keksa yoshdagi erkaklarda pielonefritni kuprok uchrashi prostata bezining xavsiz giperplaziyasi (adenoma) bilan boglik, siydik passaji buzilishi tufayli.

Etiologiya. Pielonefrit infeksiyon kasallik bulgani bilan, spetsifik kuzgatuvchisi bulmaydi. Bu kasallik odam organizmida doimo boladigan mikroblar (endogen infeksiya), shushindek, tashki mixitda buladigan mikroblar (ekzogen infeksiya) ta'siriga vujudga keladi. Pielonefrit bilan xastalangan bemorlarning siydigidan kuprok ichak tayokchasi, protey guruxidagi bakteriyalarni, stafilokokk, enterokokk, kuk yiring tayokcha, klebsiellalarni uchraydi. Mikoplazma, virus, kandidomikozlarni etiologik sababi aniklangan.

Bemorlar siydigidan aniklangan stafilokokk, kuprok bulib utgan yiringli yalliglanishida (panaritsiya, mastit, furunkul, angina, pulpit, sinusit, otit va x.k.) uchraydi. Pielonefrit bilan xastalangan bemorlarni siydigida aniklangan ichak tayokchasi, kuprok sovukda kolgan va oshkozon-ichak kasalliklari bilan xastalanganlarda uchratsa buladi. Pielonefrit bilan xastalangan bemorlar siydigida protey guruxidagi bakteriyalar, kuk yiring tayokchasi - kuvukni kateterizatsiyasi, buyrak va siydik yullari instrumental tekshirishi (gospital mikroflora) yoki utkazgan tashrix tufayli uchraydi.

Ba'zi pielonefrit bilan xastalangan bemorla mikroorganizmi, nojuya ta'sir tufayli (antibakterial terapiya, antibakterial antitellarni titri kupligi, siydik rN uzgarishi) L-shakl va protopalastlarga uzgarishi mumkin, pustini yokotkanligi tufayli. Bunday mikroorganizmlar oddiy oziklanuvchi muxitlarda rivojlanmaydi, tashki uzgarishlarga ta'sir kilmaydi. Lekin xayirli bulgan muxitda uz shakliga kaytalanib, xastalikni kaytalanishini olib keladi. Mikroorganizmlarni protoplast turlari bilan kuzgatilgan pielonefrit kiynrok davolanadi va utkir pielonefritni surunkaliga utishiga sabab buladi.

Oxirgi yillarda gospital shtamli mikroorganizmlar axamiyati pielonefrit kuzgatuvchisi xolatida kupaydi. Bu xolat aseptika va antiseptikaga turli instrumental tekshiruvlarda (ttsistoskopiya, retrograd ureteropielografiya va x.k.) kattik axamiyat berishlikka chakiradi.

Patogenez. Infeksiya buyrakka 3ta yul bilan kirishi mumkin: 1) gemotagen; 2) kutariluvchi, yoki o'rinogen, yuli; 3) kutariluvchi siydik yullari devori bilan. Asosiy yul – gematogen. Avval infeksiyani buyrakka limfogen yul bilan kirishi, misol ichaklardan, deb aytilgan. Xozirda klinik va eksperimental tekshiruvlar asosida

aniklangan, pielonefritda kengaygan limfotik yullardan infeksiya buyrakdan chikib ketadi, lekin buyrakka mikroorganizmlarni kirishi emas. Pielonefrit kuzgatuvchilari buyrakdan limfatik yullari orkali evakuatsiya kilinadi, umumiy kon aylanish tizimiga tushadi, kegin kayta buyrakka tushadi (buyrakni limfogematogenn yalliglanish yuli). Buyrakni limfoottoki buzilishida (misol, pedinkulitda) mikroorganizmlarni buyrak parenximasida tuplanishi va rivojlanishi, pielonefrit bulishiga zamin bulib koladi.

Gematogen yuli bilan, infeksiya buyrakka lokal birlamchi yalliglanish uchokdan, siydik yullaridan tashkarida (otit, tonzillit, sinusit, karies, bronxit, pnevmoniya, furunkul, osteomielit, mastit, yalliglangan yara va x.k.), siydik yullaridan (tsistit, uretrit), va jinsiy organlardan (prostatit, vezikulit, orxit, epididimit, adneksit, vulvovaginit).

Intakt buyraklarda eksperimental xayvon kon tomiriga protey, kuk yiring tayokchasini yuborilganda yalliglanish protsessii rivojlanmadi, demak bakteriemiya tashkari, olib keluvchi faktorlari bulishi kerak. Pielonefrit rivojlanishiga siydik passajini buzilishi, kon va limfa aylanishini uzgarishi mixim axamiyatga ega. Yukori patogen plazmokoagulyatsiyali stafilokokklar turlari bundan istisno, bular utkir gematogen pielonefritni soglom buyrakda kuzgatishi mumkin.

Agar bakteriemiya bulsa, soglom buyrakdan siydik bilan bakteriyalarning chikishi mumkin. (fiziologik bakteriuriya deb atalgan) degan avvalgi fikrni zamonaviy tekshirishlar tasdiklamaydi.

Buyrak koptokcha tomirining chigallarida, chukib kolgan mikroblar, endoteliyda degenerativ uzgarishlardan tortib butunlay emirilishlargacha paydo kilib, naychalarning ichiga kirib, u erdan siydik bilan chikadi. Buyrak yalliglanishining birinchi davrida bakteriuriyaning kup bulshi kasallikning birdan bir alomati bulib xisoblanishi mumkin.

Keyingi kunlarda bakterial tromblar atrofida yalliglanish jaryoni rivojlanib, oralik tukimasida leykotsitar infiltratsiyalari xosil buladi. Shu davrda mikroorganizmlar siydikda kup bulib, leykotsitlar soni xam ancha buladi. Yalliglanish leykotsitar infiltratsiyasining utish joyida naychalar devoridagi degenerativ va destruktiv uzgarishlar deykotsituriyaga sabab buladi.

Agar kasallikning 7-10 kundagi davri yaxshi utsa, utkir yalliglanish alomatlarining pasayishi boshlanadi. Koptokchalar shu vaktida, koidaga binoan, infeksiyadan xolis buladi. Buyrakdagi oralik tukimalarida, leykotsitar infiltratsiya asta-sekin tukimalarning profiferatsiya elementlariga almashtiriladi. Limfotsitlar, gistiotsitlar, fibroblastlar, plazmatik xujayralar paydo buladi. Uchinchi xaftada buyrakning pustlogi va miya moddasida biriktiruvchi granulyatsion tukima xiliga uxshagan, kuprok tomchi yosh shaklidagi biriktiruvchi tarkibiy kismlar va kapilyarlarning usganligi aniklanadi. Vakt utishi bilan, granulyatsion tukimaning xujayra tarkibiy kism va tomirlari kamayib, u zichlanib va xaemi ozayib, chandika aylanadi.

Kutarilayotgan yoki o'rinogen yuli bilan Qovuqdan buyrakning infeksiyalanishi, fakat Qovuq-siydik yulining reflyuksining bulishiga boglik. Infeksiyani buyrak jomidan uning parenximasiga kirishi kupincha shu yul bilan buladi. Buyrak jomida yukori bosimning paydo bulgan vaktida, kasallikning kuzgatuvchilari pielovenoz va pielolimfatik reflyukslar orkali umumiy kon aylanish tuzilmasiga kirib, yana kon orkali buyrakka kaytadai. Shunday kilib, bu xolda xam

buyrakning zararlanishi gematogen yul bilan bulib, keyinchalik buyrakda yalliglanish jarayonining rivojlanishi xuddi yukorida yozilgandek buladi. Bundan tashkari, infektsiya buyrak jomining shikastlangan fornikal kismidan (fornikal reflyuks) yoki siydik chikarish kanallari (tubulyar reflyuks) orkali buyrak tukimasiga kirishi mumkin.

Siydik yullarining devorlari buylab kutarilgan yul Qovuq bilan buyrak parenximasining orasida, siydik yulining subepitelial tukimalari tufayli uzviy aloka bulib, bu tukima, buyrak darvozasi soxasida bevosita buyrakning oralik tukimasiga utib ketadi. Bu suyuqepitelial tukimalar orkali infektsiya pastki siydik ullaridan, buyrakning oralik tukimasiga tarkalish mumkin deb xisoblaydilar. Siydik yulining subepitelial tukimasiga infektsiyaning kirganligi sababli, uning devorida yalliglanish infiltratsiyasi paydo bulib, u siydik yulining kiskarish ish faoliyatini buzadi. Bunday sharoitda, Qovuqdan reflyuks orkali siydik yuli buylab, infektsiya buyrakka kirishi mumkin.

Limfa yuli, limfa tomirlari orkali infektsiyani buyrakka kirish extimoli xali tula xam bulmagan masala bulib xisoblanadi. Buyrak va ovkat xazm kilish a'zolarining urtasida limfa alokasini xamda ularda siydik infektsiyasiga uxshash mikroblarning kup bulganligi sababli, limfa yullari orkali infektsiya buyrakka kirib, yalliglanish jarayoni paydo kilish mumkin. Xozirgi eksperimental tekshirish va klinik tuzatishlar shuni tasdikladiki, pielonefritda buyrakning kengaygan limfa tomirlaridan infektsiya chikariladi, lekin unga mikroblar kirmaydi.

Yukorida aytilganidek buyrakda yalliglanish jarayonining rivojlanishi uchun unga infektsiyaning kirishi bilan birga kulay sharoit yaratadigan omillar kerak. Ularni umumiy va maxalliy xillarga bulish mumkin.

Tananing umumiy xolati pielonefritning paydo bulishida va rivojlanishida muxim o'rinni egallaydi. Umumiy omillardan eng muximi immunologik karshilik kursatish kobiliyati bulib xisoblanadi. U kupincha uzok va sust davom etib, tananing xar kandy joyida yalliglanish jarayoni bulgan bemorlarda pasaygan buladi. Immunologik karshilik kursatish kobiliyatidagi nukson, tananing kabul kilish faoliyatini, xattoki kuchsiz virulentli infektsiyalarni xam kabul kilishni oshirib, pielonefritning kaytadan paydo bulishiga imkon yaratadi. Birlamchi surunkali pielonefriti bor bemorlarning 40% da kushimcha surunkali kasalliklar (osteomielit, xoletsistit, oshkozon yarasi va boshkalar) bulib utgan infektsion kasalliklar, xaddan tashkari sovib ketish, charchash va avitaminozlar immunologik karshilik kursatish kobiliyatini pasaytiradi. Kandli diabet xam shunday omillardan bulib, pielonefritning paydo bulishiga sharoit yaratib, shu kasalligi bor bemorlarda pielonefrit 4 marta kuprok bulib, kupincha papillit nekrozi asorati bilan buladi. Bu tukimalarni infektsiyaga nisbatan mustaxkamligini pasaygan bulib, kupincha papillit nekrozi asorati bilan buladi. Bu tukimalarni infektsiyaga nisbatan mustaxkamligini pasayganligiga boglik.

Pielonefritning paydo bulishiga maxalliy omillardan. Kupincha kulay sharoit yaratadigani siydik okib chikishining buzilishi bulib, ularning sabablaridan: buyrak va siydik yullarini xar xil tabiiy ko'rinishdan uzgacha bulishi, buyrak va siydik yuli toshi, prostata bezining adenomasi va siydik yullarining torayishilari bulib xisoblanadi.

Pielonefrit tabiiy ko'rinishidan uzgacha bulgan kishilarda buyrak polikistozi, takasimon buyrak, kushalok buyrak va boshkalarda 7 marta kuprok paydo buladi. Ayollarda yukori siydik yullari bushatilishining buzilishi, xomiladorlikning asoratlarida, ginekologik kasalliklarda va jinsiy a'zolarida bulgan operatsiyalardan keyin bulishi mumkin.

Ba'zi siydik okishining buzilishi siydik yulini tashkaridan usma, yalliglanish infiltrati yoki rivojlangan retroperitonal fibroz (ormond kasalligi) bilan bosilganda paydo buladi.

Xar kanday siydik okshining buzilishida, kosacha-buyrak jomi va buyrakning naycha asboblarida gidrostatik bosim kutariladi. Bundan tashkari buyrak jomi tulib toshganida, yumshok yupka buyrak venalari bosilib, unda bosim yukori bulib kutariladi. Venada konning tuxtab kolishi, buyrakda kon va limfa aylanishining buzilishiga olib keladi.

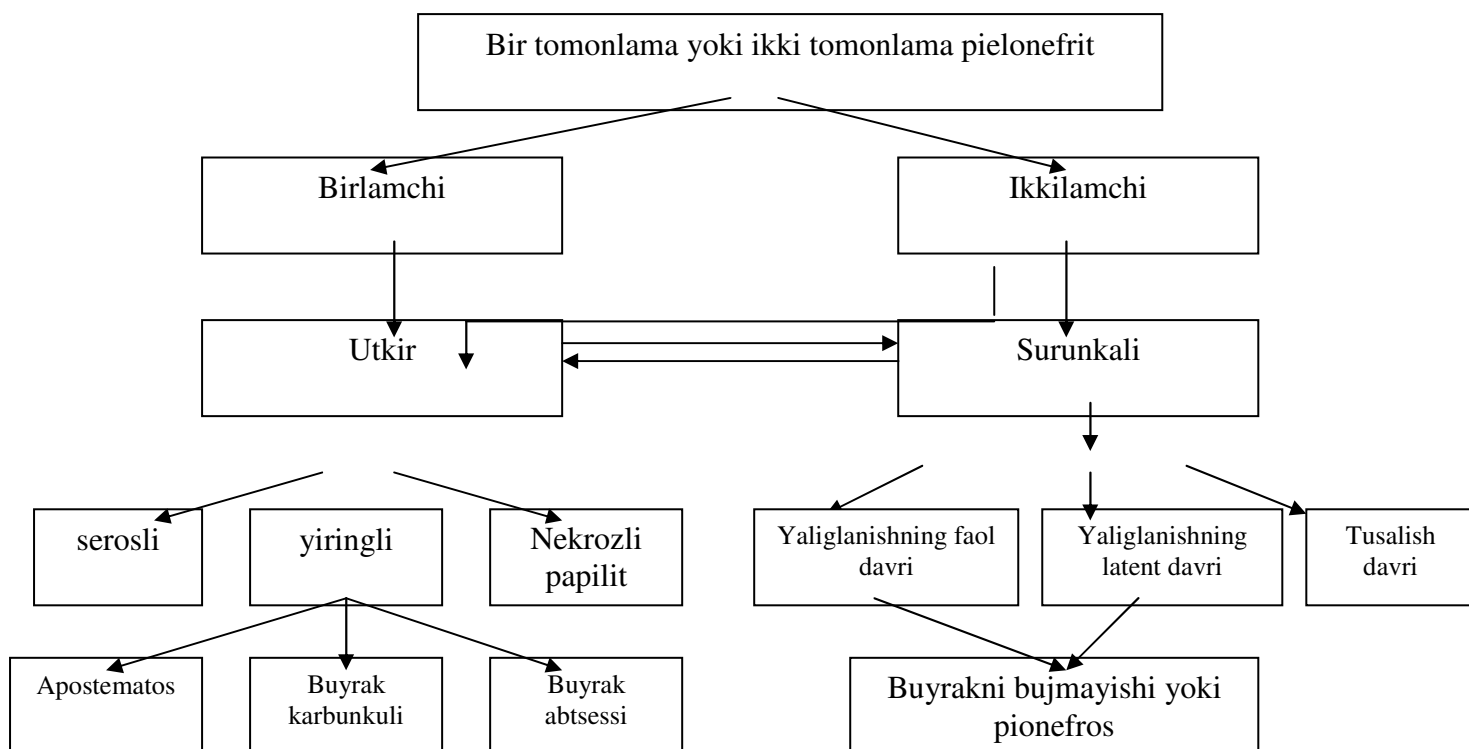
Venaning kon bilan tulishi va stromada shishni paydo bulishi natijasida buyrak ichidagi bosim kutarilib, tukimalar trofikasi buziladi. Bu buyrak tukimasining infeksiyaga karshi bulgan kobilyatini pasaytirib, bakteriyalarning tezda kupayishiga olib keladi.

Qovuq-siydik yuli reflyuksi muxim sharoit yaratadigan maxalliy omillardan bulib, kupincha u yosh bolalarning intravezikal buzilishida (Qovuq buynining kontrakturasi, siydik chikarish kanalining stenozi yoki kopkogi, urug dungligining gipertrofiyasi, fimoz) prostata bezi adenomasi yoki siydik kanali toraygan va kovugida uzok vakt davom etayotgan yalliglanish jarayoni bulgan bemorlarda uchraydi.

Kupincha buyrak va siydik yullarini xar xil asboblar orkali tekshirganda pielonefritning rivojlanishiga imkon yaratiladi. Tsistografiya va tsistoskopiya, uretroografiya, ayniksa retrograd pielografiya «gospital» infeksiyaning borligi sababli, bu tekshirishlar katta xavf tugriradi, chunki ular juda kup antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga yukori darajada mustaxkam buladi. Xatto Qovuqni oddiy kateterizatsiya kilishga befark bulish kerak emas, kupincha bundan sung siyishning buzilishi, siydikda infeksiya, uretrit, tsistit, prostatit, keyinchalik esa pielonefrit paydo buladi. Doimiy kateterning Qovuqda 2-3 sutkadan ortik turib kolishi, odatda barcha kasallarda siydik infeksiyasining rivojlanishiga olib keladi.

Pielonefritning rivojlanishiga imkon yaratadigan buyrakdagi nokulay maxalliy sharoitlar surunkali glomerulonefrit, diabet nefrosklerozi va buyrakning sil kasalliklari buladi. Pielonefrit bu vaktida kasallikning borishini va natijasini ancha keskinlashtiradi.

PIELONEFRITNING TURKUMLARI



UTKIR PIELONEFRIT

Utkir pielonefrit kup xollarda ogir infeksiyon kasallikka uxshab, tananing ko'ringan yakkol zaxarlanishi bilan kuzatiladi. Avval buyrak va siydik yullari kasalliklari bulmagan bulsa, utkir pielonefrit birlamchi bulishi mumkin. Agar bironta urologik kasallik sababli siydikning okishi yoki buyrakda kon va limfa aylanishi buzilsa, ikkilamchi pielonefrit deb ataladi. Utkir pielonefrit axolining xamma yoshidagi guruxlarida uchrab, lekin bolalar xamda yosh va urta yoshdagi ayollar kuprok xastalanadilar.

Utkir pielonefritning borishi ikki davrga bulinadi: seroz va yiringli yalliglanish. Buyrakning ogir yalliglanish jarayoniga apostematoz (yiringli) pielonefrit, buyrakning karbnkli va abtsessi kiradi. Ayrim xollarda kasallik tirsaklar nekrozi asoratini berishi mumkin.

BIRLAMCHI UTKIR PIELONEFRIT

Ilgari buyrak va siydik yullari kasalligi bilan ogrimagan bulsa bu shartli ravishda birlamchi pielonefrit deb ataladi, lekin kup xollarda birlamchi pielonefritdan avval kiska muddatli, odatdagi tekshirish usullari bilan aniklanmaydigan urodinamikani buzilishlari buladi.

PATOLOGIK ANATOMIYASI.

Utkir serozli pielonefritda buyrak kattalashib, tanglashadi, buyrak oldi yog pardasi esa shishgan buladi. Buyrakning miya katlami oralik tukimalarida kup yalliglanish infiltratlarini asosan kon tomirlar buylab joylashgan mikroskop ostida ko'rinadi. Utkir serozli pielonefritning yalliglanish infiltratlaridan yiringlisiga utishid, yiringchalar paydo bulib, kup mayda asbtsesslar fakat miya katlamida bulmay, buyrakning pustlok moddasida xam xosil buladi – apostematoz pielonefrit rivojlanadi.

Buyrak pustlogidan piramidalarning tirsaklarigacha yalliglanish infiltratlari kulrang-sargish yulga uxshab tarkaladi, ba'zida esa tirsaklarni nekrozi va ularning zurlik bilan tortib olinganligi kuzatiladi. Mikroskop orkali tekshirganda leykotsitar infiltratsiya, buyrakning oralik tukimalarida xamda buyrak naychalarining ichidatopiladi. Buyrakning pustlogida mayda yiringchalarning kushilishida yoki katta tomirlarni septik embol bilan tusilganida buyrak karbunkuli rivojlanib, uning yuzasidan burtib chikib, miya katlamining ichigacha tarkaladi. Yalliglangan joylarning bitishida ular fibroz tukimalarga aylanib, buyrak yuzasida tortilgan chandiklarning xosil bulishiga olib keladi.

ALOMATI VA KLINIK KO'RINISHI.

Uchta alomat birlamchi utkir pielonefritga xos buladi: tanadagi yukori xarorat, buyrak soxasidagi ogrik, siydikdagi yalliglanish jarayoniga xos bulgan uzgarishlar (leykotsituriya, bakteriuriya). Odatda kasallik loxaslik, bezgak titrogi, tana xaroratining 39-400S kutarilishi, yalliglanish jarayoni bilan zararlangan buyrak soxasida ogrikning paydo bulishi bilan boshlanadi (ya'ni bel soxasida, kovurga tagida). Ogriklar jadal bulishi mumkin, lekin doimo simillagan bulib, sanchik ogriklarga xos bulmaydi. Bemorlar bosh ogrigiga, umumiy kuchsizlikka, chankokga, ishtaxaning yukligiga, ba'zida kungil aynish, kusish, korinning dam bulishiga va ichning kotishidan shikoyat kiladilar. Til kuruk va oppok buladi. Tomir urishi tez-tez buladi.

Kechkurunlar tananing 39-400S kutarilib, ertalab 37-380S pasayadi. Pasternatskiy alomati musbat buladi. Koidaga binoan siyish buzilmaydi, bundan boshka xollarda, kachonki utkir pielonefrit utkir tsistitning asorati bulib yoki Qovuqning yalliglanishga olib kelsa, siyishning buzilishi mumkin. Kup terni ajralganligi sababli siydikning mikdori kamayadi.

Bolalarda ayniksa yosh bolalarda kupincha utkir pielonefrit tananing yukori xarorati, kusish, notinchlik, meningeal alomatlari bilan ko'rinadi. Xuddi shunday klinik ko'rinish yosh bolalarda ba'zi boshka infeksiyon-yalliglanish kasalliklarida kuzatiladi. Shuning uchun ularda ayniksa utkir pielonefritni aniklash ancha murakkab.

Tashxisi. Birlamchi utkir pielonefritning boshlanish davrida, kachonki leykotsituriya bulmagan vaktida, kasallikning klinik ko'rinishi kupincha xoletsistit, appenditsit, gripp, ich termala va boshka yukumli kasalliklar deb xato izoxlanadi. Shu sababli birlamchi utkir pielonefritni aniklash muxim va ma'suliyatli masala bulib xisoblanadi.

Anamnezda tananing yiringli joylarini borligiga)furunkul, gaymorit, pulpit, mastit va boshkalar) xamda bulib utgan yukumli kasalliklarga (gripp, angina,

pnevmoniya, xoletsistit, enterokolit va boshkalar) e'tibor beriladi. Birlamchi utkir pielonefritga xos alomatlar bulgan xollarda (yalliglanish jarayonini kursatadigan tana xaroratining kutarilishi, bel soxasida ogriklar va siydikning uzgarishi) kasallikni aniklash kiyin bulmaydiyu

Utkir pielonefritning tashxisida kup axamiyatga ega bulgan tekshirish taxlil usullaridan birinchi navbatda bakteriuriya va leykotsituriyalar xamda ularning darajalarini aniklaydigan siydikdagi faol leykotsit va Shtergeymer-Malbin xujuayralari bulib xisoblanadi.

Siydikni bakteriologik tekshirishda fakat mikroblarning xilini aniklash maksad bulmay, uning sonini aniklashdan iborat bulib, ya'ni 1ml siydikdagi mikroorganizmlarning soni xisoblanadi. Xozirgi vaktida shu narsa aniklandiki, soglom kishilarning siydikdagidan kupincha mikroorganizmlarni aniklash mumkin, shular katorida shartli- patogenlilar xam buladi (ichak tayokchasi va protey), chunki ayol va erkaklarning siydik chikarish kanalining distal bulimida doimo mikroorganizmlar yashaydi. Agar soglom kishilarning yangi chikargan 1 ml siydigida koidaga binoan 20 -103 gacha mikroorganizmlar topilsa, buyrak yoki siydik yullarida infeksiyon yalliglanish jarayoni paydo bulganda, bakteriuriya sezilarli darajada – 105 kupayib, 1 ml sidikda esa undan xam kuprok mikroorganizmlar topiladi.

Shuni uktirib utish kerakki, avval singib ketgan bakteriologik tekshirishlar uchun siydikni ayollardan albatta Qovuqni kateterizatsiya kilib olish kerak degan fikr notugri, chunki kateterni uretra orkali utkazgan vaktida, Qovuqni infeksiyalanishi mumkin. Shu sababli tekshirish uchun tashki siydik a'zolar antiseptik suyukligi (1:5000 furatsilin eritmasi, 2% borat kislota va boshkalar) shimdirilgan paxta soddacha orkali diqqat bilan tozalanib, siyayotgan vaktida siydikning urta kismi olinadi. Ajralib chikkan siydik xona xaroratida saklansa 1 soatdan, agar muzxonada saklansa (+4⁰C) 4 soatdan kech koldirmay siydik ekilishi kerak.

Utkir gematogen pielonefrit tashxisida bakteriuriya darajasini aniklash muxim o'rinni egallaydi, chunki bu alomat kasallikning birinchi kunlarida leykotsituriyadan ancha avval paydo buladi, ba'zi xollarda bu yagona kasallikka xos belgilardan biri bulib xioblanishi mumkin. Lekotsituriya kasallikning boshlanishidan fakat 3-4 kechakunduz va undan kuprok utgandan keyin rivojlanishi mumkin. Buni va pielonefritning keng tarkalganligi sababli shifokor xamma noanik utkir kasalliklarda, tana xarorati yukori darajaga kutarilganda, utkir pielonefritning borligi xakida uylab, odatda kilingan siydik taxlili bilan birga bkteriuriya darajasini xam aniklash kerak. Bu tekshirish xar xil soddalashtirilgan usullarini kullash bilan bajarilib, kattik ozik-ovkat muxitiga (agar) siydikni ekish, TTX ning (trifenil tetrazoliyxlorid) kimyoviy moddalar bilan uzaro ta'sir etishida, tezlikda buyalishiga karab va undan afzalrok FK-4 va MFA –2 fazovokonstrast usuli bilan mikroskop orkali siydikning chukmasidagi bakteriuriya darajasiga baxo berishi mumkin.

Bakteriuriyani bakteriologik va bakterioskopik usullar bilan birga aniklash muxim axamiyatga ega. Ba'zi birlamchi utkir pielonefritli bemorlar antibakterial dorilarni 12-24 soat olgandan keyin siydigi ekilsa, mikroorganizmlarning usishi bulmaydi, lekin yoml siydikning chukmasida 105 va undan kuprok bakteriyalarni aniklash imkoni buladi. Leykotsituriya pielonefritning muxim belgilaridan bulib, u koidaga binoan ancha kuprok bulib, (mikroskopning bir ko'rinishida 3-40 leykotsitlardan kuprok) xamma bemorlarda faol leykotsitlar aniklanib, Shterngeymer-

Malbin xujayralari ularning yarmidan kuprogini tashkil kiladi. Kupchilik bemorlarda proteinuriya kuzatilib, lekin siydikda oksilning mikdori 1g/l dan oshmaydi. Ba'zida biroz silindruriya bulib, u ko'ptok asbobida yalliglanishni kursatadi. Ok konning ifodasi leykotsitozga uxshab, chap tomonga siljishi va SOE kutarilishi bilan uzgarishi ko'rinadi.

Xromotsistoskopiya birlamchi va ikkilamchi utkir pielonefritning farklovchi tashxis usuli bulib xisoblanadi. Indigokarminni odatdagidek bulib ajralib chikishi, buyrakda birlamchi yalliglanish borligini aytishg imkon beradi. Lekin ekskretor urografiya yordamida bu tashxisni ishonch bilan kuyish mumkin, chunki bu buyrakning odatdagi yoki zararlangan buyrakning ish faoliyatini biroz pasayganligini va siydikning okishi uchun tusikning kursatadi. Tekshirishni siydik yullarining umumiy rentgenografiyasi bilan boshlash kerak.

Farklovchi tashxisi. Utkir pielonefritni kupincha umumiy yukumli kasalliklar (sepsis, gripp va boshkalar) xamda utkir appenditsit va utkir xoletsistitlar bilan farklay olish kerak. Kasallikning birinchi kunlarida kachonki unga xos klinik belgilari ko'rinmasa, farklash tashxisida kiyinchiliklar paydo buladi. Kupincha utkir pielonefrit kasalligining birinchi kunlariga xos belgilardan bri, leykotsituriyasi bulmagan bakteriuriya bulib xisoblanadi.

Agar buyrakda yalliglanish jarayoni chegaralangan bulib, kilinayotgan antibakterial davolash ta'sirida asta-sekin pasayib borsa, kasallikning klinik belgilari tobora noanik bulib, umumiy yukumli kasalliklar bilan farklash tashxisi ancha kech bulganligi sababli kiyinchilik paydo kiladi. Bu xollarda, biroz bulgan leykotsituriya va siydikda faol leykotsitlarning bulishi, pielonefritning xisobiga ekanligini unutmashlik kerak.

Kurichakning chivalchaksimon usimtasi chanokka joylashgan vaktida siyish tez-tez bulib, utkir pielonefritni utkir appenditsitdan farklab olish zarur buladi.

Lekin asta-sekin chot va yonbosh soxasiga ogriklarning kuchayishi va korin pardasining ta'sirlanish belgilari, utkir appenditsitning borligining guvoxi buladi. Bundan tashkari, tugri ichak orkali paypaslaganda keskin ravishda bulgan ogrik aniklanadi. Kurichakning chivalchangsimon usimtasi retrotsekal joylashgan bulsa, odatda korin pardasining ta'sirlanish belgilari yuk buladi, lekin ogriklarning xususiyatlari va ularning joylashishi appenditsitga xos buladi. Utkir pielonefritni utkir appenditsitdan farki, bunda ogrik epigastriya soxasida paydo bulib, kungil aynish va kusish bilan kuzatilib, undan sung ogrik ung yonbosh soxasiga utadi. Utkir appenditsitda tananing xarorati asta-sekin kutarilib, yukori rakamlarda turgun bulib turadi, utkir pielonefritda birdaniga 38,5-39,0 C gacha kutarilib, kaltirok va kup ter chikish bilan kuzatilib, ertalab birdaniga tushib odatdagi rakamlargacha pasayishi mumkin.

Utkir pielonefritni va utkir xoletsistitdan farklash tashxisida shuni xisobga olish kerakki, xoletsistitda ogriklar ung kovurga tagida bulib, kurak va elkaga tarkalishi va korin pardasining kitiklangan belgilari bulishi unga xos buladi.

Utkir pielonefrit, utkir appenditsit va utkir xoletsistitlarning farklash tashxisida, siydikning taekshirilgan ma'lumotlari muxim axamiyatga ega leykotsituriya, ancha bulgan bakteriuriya va siydikda faol leykotsitlar soning kup bulishi – utkir pielonefritning belgisidir.

Davosi. Birlamchi utkir pielonefritning davosi kup xollarda konservativdir.

Bemorning kun tartibi kurpa-yostik kilib yotishdan iborat bulishi kerak. Kup suyukliklarni iste'mol kilish (sharbatlar, shirali ichimliklar), bir kecha-kunduzi 2-2,5 litrgacha, uglevodga boy bulgan ovkatlarni (pudinglar, engil xamir ovkatlar, xul va pishirilgan mevalar va boshkalar) va sutli, nordon oksillar (suzma, katik va boshkalar) tavsiya kilinadi. Utkir pielonefritda kup oksillarning parchalanishi sababli bemorlarga parenteral orkali oksil suyukliklarini yuborish kerak.

Bemorlarning axvoli yaxshilangandan keyin, engil xazm buladigan oksillar (tuxum va sut bilan kilgan kuymok, buzok gushti) xisobiga parxez kengaytiriladi. Agar bemorda ikki tomonlamam ogir buyrak zararlanishi, yukori arteriya bosimi bilan bulmasa, osh tuzi chegarlanmaydi.

Davolanishning asosiy makadi kasallikning tarkatuvchisiga antibiogramma ma'lumotlariga asoslanib, antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar bilan ta'sir kilishdan iborat.

Utkir pielonefritning davosi, buyrak yalliglanishjarayonini tez yukotadai, uning yiring-nekrotik boskichiga utishga yul kuymaydigan, siydikning mikroflorasiga sezgir bulgan, eng foydali antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarni berishdan boshlash kerak. Siydik florasini antibakterial moddalarga sezgirligini aniklash uchun nusxa gardish yordami orkali 2 kecha-kunduz kerak bulib, TTX-testga asoslanib, tezlashirilgan usulida natijasini 6-9 soatdan keyin olish mumkin. Bu usulni xar kanday poliklinikada kullash mumkin, chunki buni ishlatishda bakteriologik taxlilxona talab kilinmaydi.

Usulning moxiyati shundan iboratki, bir nechta toza bir tomoni berk shishi naychalarga bemorning 2 ml siydigi va 0,5 ml TTX eritmasi kuyiladi. Undan keyin xamma bir tomoni berka sqisqa naychalarga (nazoratdan tashkari) kandaydir antibakterial moddalar ma'lum mikdorda kuyilib, ular 6-9 soat xarorati 37,0 S bulgan termostatga kuyiladi. Bundan keyin tekshirishlar natijasiga baxo beriladi. Mikroorganizmning usib va kupayish jarayonida degidrogenezalar xosil bulib, ular rangsiz TTX eritmasini kizil rangli bulgan trifenilformazinga utkazadilar. Siydikning florasini TTX ta'siri tula bossa, sezgirligi shu moddaga bor deb xisoblanadi, nazoratda turgan bir tomoni berk sqisqa naychadagiga karaganda, uning ta'siri tezligi pasaygan bulsa – kuchsiz sezgirli, ta'sir tezligi nazoratda turgan bir tomoni berk sqisqa naycha tezligi bilan xuddi uxshash bulsa, sezgirli emas deb aytiladi.

Agar kasallikning kuzgatuvchisini zamonaviy antibakterial moddalarga sezgirligini tezlik bilan aniklash mumkin bulmasa, mikroorganizmlarning xiliga karab sezgirligiga taxminan xukm chikarishga tugri keladi. (2-jadval), chunki pielonefritning asosiy kuzgatuvchilarini zamonaviy antibakterial moddalarga taxminan sezgirlik ma'lumotlari mavjud. Agar utkir pielonefritli bemorning siydigidan kasallik kuzgatuvchisini ajratib chikarishning iloji bulmasa, kasalxona yotgunga kadar kilingan antibakterial davolash foydali bulsa, uni davom ettirish kerak.

2-jadval.

Pielonefritning asosiy kuzgatuvchilarini antibakterial moddalarga sezgirligi

Mikrobning turi	Antibakterial moddalarga sezgirlik %
-----------------	--------------------------------------

	penitsillin	streptomitsin	levomitsetin	tetratsiklin	eritromitsin	monomitsin	neomitsin	Tetraolean	ampitsillin	karbenitsillin	Negram (nevigramon)	ntamitsina sulfat)	furagin	5-NOK
Ichak tayokchasi	5	12	52	23	8	56	54	43	65	72	54	78	48	74
Protey tayokchasi	0	11	37	14	5	33	29	31	67	13	43	61	31	44
Kuk yiring tayokchasi	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 kilinishi va klinik amaliyotda kullanishi sababli pielonefritni davolashda sulfanilamid moddalarning axamiyati ko'rinarli darajada oshdi. Ular bir kecha kunduzi 1 grammadan 2 marta 7-10 kun davomida kullaniladigan buladi. Ular kuk yiring tayokchasidan tashkari kupchilik uziga xos bulmagan buyrak yalliglanish kasalliklariga nisbatan keng ta'sir kilish kobiliyatiga ega. Biroz foydasi bulgan sulfanilamid moddalarni (sulfadimetoksin, etazol, urosulfan va boshkalar) bir kecha-kunduzi 0,5 grammdan 4-5 marta beriladi. Sulanilamid moddalari suyuklikni kup iste'mol kilish bilan (bir kecha-kunduzi 2 litrgacha) kabul kilinadi.

Urologiyada keyingi 20 yil mobaynida nitrofuran katoridagi moddalar (furagin, furadonin, solufar va boshkalar) muvaffakiyat bilan ishlatilmokda. Ular grammanfiy floraga sulmanilamid moddalarga uxshab ta'sir kilib, enterokokk va stafilokokkga muxim ta'sirini utkazadi. Nitrofuran moddalarning yaxshi tomonidan biri shundan iboratki, ularning siydik infeksiyasiga asta-sekin rezistentligi rivojlanadi. Furaginning kaliy tuzi- solafur suvda yaxshi erib, moddani venaga yuborish uchun imkon beradi. Nitrofuran moddalarini keng va uzok yillar davomida kullanilishiga karamay, siydik florasining sezgirligi uziga xos bulmagan buyrak va siydik yullar yalliglanishlari bulgan bemorlarda ularga nisbatan deyarli pasaymmaydi. Kishi tanasidan nitrofuran moddalarining asosiy chikish yuli – siydik bilan bulib, shu sababli surunkali buyrak etishmovchiligi bulgan bemorlar tanasida uning tuxtab kolishi tufayli zaxarlanishi kuzatiladi.

Nevigramon (sinonimlari: negram, nalidiksin kislotasi) kupchilik grammanfiy mikroblarga, bular katorida vulgar proteyga xam ta'sir kuchi buladi. Kuk yiring tayokchasi bu moddaga chidamli buladi. Nalidiksin kislotasi nordon va ishkoriy muxitda xam infeksiyaga bakteriotsid ta'sir kursatadi. Bu moddaning nisbiy zaxarligining borligi sababli 2 xaftadan kuprok berish mumkin emas. Agar bu moddani berish zarurati bulib kolsa, unda moddaning me'yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Gramo'rin (oksolin kislotasi) – xozirgi zamonda eng kup foydali kimyoviy antibakterial moddalardan biri bulib xisoblanadi. Uni 0,25 grammdan bir kecha-kunduz 4 marta 12-15 kun davomida beriladi. Bu moddaning kadr-kimmatini shundan iboratki, unga gospital shtamm mikroorganizmlar kupincha sezgirli bulib, ular odatda

kupchilik kulanilayotgan antibiotik va antibakterial kimyoviy moddalarga mustaxkam buladi.

Vatanimizda ishlab chikarilgan nitroksolin moddani, kimyoviy tuzilish va uzining yaxshi ta'sir kuchini kursatgan Yugoslaviya 5-NOK moddasiga uxshaydi. Buyrak va siydik yullarining uziga xos bulmagan yalliglanish kasalliklarining asosiy kuzgatuvchilariga nisbatan nitroksolin keng spektrli ta'sir etish kobiliyatiga ega. Agar boshka moddalarni (nevigramon, sulfanilamidlar) siydikda etarli darajada kontsentratsiyasi yigilmay, kerakli terapevtik ta'siri bulmasa, kup mikdorda siydik bilan ajralib chiksa, surunkali buyrak etishmovchiligi bilan xastalangan bemorlarni davolash uchun kullash mumkin.

Pielonefritning kuzgatuvchilariga nisbatan eng kup 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) bulib xisoblanadi. Pielonefritni davolanayotgan vaktida kulanilayotgan antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga infeksiyani mustaxkam bulib kolmasligi uchun ularni xar 5-7 kunda almashtirib turish kerak.

Karbenitsillin kuk yiring va vulgar proteyiga ta'sir etish uchun tanlangan moddadir., chunki, shifokorning ixtiyorida bu xil mikroorganizmlarga ta'sir etish kobiliyatiga ega bulgan moddalar oz buladi. Buyrakda infeksiyon-yiring jarayoni ogir bulib, septitsemiya bilan kuzatilsa, bu moddaning zaxari ozrok bulganligi tufayli uning me'yorini 30 g gacha kupaytirish mumkin. Modda vena ichiga yuboriladi. Karbenitsillinni penitsillinga allregeriyasi bulgan bemorlarga berish mumkin emas, chunki bu xollarda xuddi shunday allergiya bulishi mumkin.

Ampitsillin grammanfiy va grammausbat mikroorganizmlarga karshi faol bulib xisoblanadi. Penitsillinazani xosil kilayotgan stafilokokklar, ampitsillinni inaktivatsiya kiladi, shuning uchun ularga ta'sir eta olmaydi. Siydikning xar kanday ta'siriga bu modda faol buladi.

Yarim sintetik sefalosporinlar protey, ichak tayokchasi-gemolitik streptokokk, plazma koagulyatsiya kiladigan stafilokokk xamda penitsillinazani xosil kiladigan stafilokokk infeksiyalariga foyda beradi. Buyrakning odatdagi ish faoliyatida moddalarning me'yorini bir kecha-kunduzi 160-240 mg buladi. Gentamitsin sulfat buyrakdan filtratsiya yuli bilan chikadi, shuning uchun ish faoliyati past bulgan bemorlarga u extiyotkorlik bilan tayinlanadi. Koptokchalar filtratsiyasi 60 ml dakikadan past bulsa, moddaning me'yorini ikki marta ozaytirish kerak.

Kanamitsin disulfat gentamitsinga uxshab bakteriotsid xususiyatga ega bulib, bitta guruxdagi antibiotiklarga – aminoglikozidlarga kiradi. Bu moddalar siydikning ishkoriy ta'sirida ancha faoldir. Moddaning muxim baxosi shundan iboratki, u vulgar proteyga ancha foydali, chunki u odatda juda kup antibiotiklarga mustaxkam bulib xisoblanadi. Bu modda gentamitsin sulfatga uxshab, asosan koptokchalar filtratsiyasi orkali siydik bilan ajralib chikadi. Shuning uchun uni buyrak ish faoliyati past bulgan bemorlarda extiyotkorli bilan kullash kerak, undan tashkari, u VIII juft miya nervlariga nisbatan zaxarli xususiyatga ega bulib, kar bulishga olib keladiyu

Tetraolean (sinonimi : sigmamitsin) keng spektrli ta'sir etish kobilyatiga ega bulib, birinchi kullashda u juda foydali antibakterial modda bulib xisoblanadi. Xozirgi vakt da grammusbat va grammanfiy bakteriyalarning kup xillar uzining sezgirligini bu antibiotiklarga yukotdi, shuninguchun ularni antibiogrammalarning ma'lumotisiz tayinlash va venaga xam yuborish mumkin emas.

Kasallikning retsidiv bulish extimolini va uning surnkali shakliga utib ketmasligi uchun antibakterial davolashni uzluksiz 6 xaftagacha davom ettirish mumkin. Bu shu narsa bilan boglikki, buyrakka infektsiyani kirish vaktidan boshlab utkir pielonefritning davri yaxshi kechsa, yalliglanish jarayonini tula yuk bulib ketishi uchun urtacha 5 xafta utadi.

Keyingi yillarda antibakterial moddalarning immunologik axvolini kuchlantiradigan dorilar muvaffakiyat bilan kushib berilmokda. Bulardan eng foydalirogi tekaris (levamizol) bulib, uni 150 mg dan xaftada bir marta ichish uchun 6-8 xafta davomida beriladi, prodigiozan – 50 mg dan xaftasiga mushak ichiga 6-8 xafta davomida beriladi. Tanada immunologik axvolni kuchaytiradigan kobilyatga ega bulib, vitaminlar, aloe ekstrakti va boshka moddalar xisoblanadi.

Birlamchi utkir pielonefrit davosi erta boshlangan kupchilik bemorlarda uning davri yaxshi bulib utadi. 3-5 kecha-kunduzdan keyin tana xarorati odatdagi rakamgacha pasayadi, bemorning umumiy axvoli yaxshilanib, bel soxasidgi ogriklar ozayib, keyinchalik yuk bulib ketadi. Birinchi xaftada bakteriuriya, keyinchalik leykotsituriya, 7-10 kundan keyin yuk bulib ketadi. Yakin 3-4 xaftada SOE odatdagi rakamlargacha pasayadi. Umumiy bushashlik ancha vakt davom etib, kasallikning boshlanishidan 3-4 xafta keyin kupchilik bemorlarda klinik sogayish boshlanadi.

Lekin ba'zi sharoiti yaxshi bulmagan bemorlarda (ayrim virulentli infektsiya, tana immunologik kuchining ancha pasayishi birlamchi utkir pielonefrit juda shiddat bilan utib, 2-3 kecha-kunduzdan keyin apostematoz pielonefrit yoki buyrakda kup kabbunkullar rivojlanganligi sababli operatsiya kilish zarurati bulib, buyrakning dekapsulyatsiyasi bajarilib, yiringli joylar yoriladi, buyrak total ravishda zararlanisa, nefrektomiya kilinadi.

Utkir birlamchi pielonefritning davri yaxshi utsa, bemorlar kasalxonada davolanish uchun urtacha 10-12 ku bulib undan keyin ambelatoriya sharoitida uzluksiz antibakterial moddalarni kabul kilb, 6 xafta davomid muntazam ravishda urolog nazoratida buladi. Klinik sogaygandan keyin antibakterial davolanishdan 2-3 xafta tannafus kilish kerak. Undn sung bemorning kon va siydigini sinchiklab tekshirib, nazorat kilish kerak. Siydik tekshirishiga kuyidagilar kiradi: umumiy taxlil, usullarning biri bilan leykotsit, eritrotsit va silindlarning sonini xisoblash, xamma bakteriuriyaning darajasini va siydik mikroflorasining xususiyatlari aniklanadi.

Agar bemorda kasallikning remissiyasi bulsa, retsidivga karshi unga 6 oy mobaynida, xar oyda 7-10 kun davomida antibakterial davolash olib boriladi. Davolash uchun avval pielonefrit kuzgatuvchisining sezgirligi aniklb, shu tegishli moddalarni ishlatish maksadga muvofikdir. Keyinchalik kasallikning avj olish belgilari bulmasa, 2 yil mobaynida, xar 3 oyda bir marta nazorat tekshirishi utkaziladi. Birlamchi utkir pielonefrit bulib utgan bemorlarni retsidivga karshi davolash va ularda uzok vakt dispanser nazoratini kuzatish zarurati shundan iboratki, bu bemorlarni uzok vakt dan keyin (pielonefrit xujumining 2-2,5 yilidan keyin) tekshirganda, ularning 20-28 % da kasallikning surunkali shakli aniklanadi.

Natijasi. Agar utkazilgan antibakterial davolash kasallikning turgun remissiyasiga olib kelsa, utkir birlamchi pielonefritning natijasi yaxshi buladi. Agar utkir pielonefrit kasallikning surunkali shakliga utsa, asoratlarning (surunkali buyrak etishmovchiligi, nefrogen gipertenziya, siydik tosh kasalligi) rivojlanishi tufayli natijasi. Ravshan bulmaydi.

IKKILAMCHI UTKIR PIELONEFRIT

ALOMATI VA KLINIK DAVRINING BORISHI

Ikkilamchi utkir pielonefritning birlamchidan farki shundaki, uning klinikasida maxalliy belgilarning yakkol bulib ko'rinish xususiyati tez va osonlik bilan aniklanishi imkon beradi.

Ikkilamchi utkir pielonefritning eng kup sababi (urtacha 3/2 bemorlarda) buyrak va siydik yuli toshi, undan keyin siydik yullarining tabiiy ko'rinishidan uzgacha bulishlari, xomiladorlik, siydik yuli va siydik chikarish kanalining torayishi, prostata bezining adenomasi, yosh bolalarda esa intravezikal buzilishlar bulib xisoblanadi. Agar tosh yoki tusadigan omil bulsa, pielonefritning xujumidan avval kupincha sanchigi buladi. Siydikning yigilishi va infektsiyaning bulishi utkir pielonefritning klinik ko'rinishini, buyrak rakdagi birlamchi yalliglanishni jarayoniga karaganda yakkol kilib kursatadi. Bemorning axvoli tezda yomonlashadi, tana xarorati kutarilib, u 38-39,0 S bulib turadi. Umumiy xolsizlanish, bosh ogrigi adinamiya, chankoklik, ogiz bushligining kurishi kuchayadi, kusish, kayfiyat buziladi, taxikardiya paydo buladi. Ogriklar bel soxasida shiddatli va doimiy tusga kiradi. Kattalashgan kattik va ogrikli buyrak paypaslanadi. Kovurga tagini paypaslaganda ogrik kuchayib, «kuyganday» bulib, Pasternatskiy belgisi yakkol bulib bilinadi. Bel mushaklari va oldingi korin devorining ximo kilib tarnglashishi yakkol ko'rinishi kuzatiladi.

TASHXISI. Anamnezida ilgari bulgan buyrak sanchigiga, toshlarning chikishiga, siyishning buzilishiga, shikastlanishlarga, avval prostatit va uretrit bilan ogriganligiga e'tibor berish kerak. Xolisona ma'lumotlardan ikkilamchi utkir pielonefrit tashxii uchun tana xaroratining yukori, gektik xususiyati va ayniksa, juda kuchli kaltirok xamda yukoridagi maxalliy belgilar zararlangan buyrak soxasida bulishi muxim bulib xisoblanadi.

Tashxisni tasdiklash uchun taxlillarning tekshirish usullari muxim axamiyatga ega. Bakteriuriya va leykotsituriya zararlangan buyrakning siydik yuli tula tusilishidan tashkari, boshka xollarda xamma vakt yakkol ko'ringan buladi. Siydikda katta mikdorda faol leykotsitlar (50% va undan kup) va kupchilik bemorlarda Shterngeymer-Malbin xujayralari topiladi. Bakteriuriya kupincha birlamchi utkir pielonefritga karaganda protey guruxi va kuk yiring tayokchasi bakteriyalarining borligiga boglik. Kupincha proteniuriya taxminan 1 g/l mikdorda kuzatiladi. Siydikning imunokimyoviy taxlili uroproteinlarning orasida molekulyar massasi 200000 dan kup bulmagan oksillar borligini aniklaydi. Proteniuriyani tubulyar xili uning selektiv xususiyati bilan birga kushilgan buladi.

Koidaga binoan, palochkoyader neytrofillarning kupayishi xisobiga konda yukori leykotsitoz va uning leykotsitar ifodasi neytrofilyoz bilan chapga siljib

(ba'zida 15-10% gacha va undan kuprok) kuprok yosh shakllari bilan paydo buladi. SOE xamma vakt urtacha 40-45 mm soatgacha kupayadi.

Bir tomonlama pielonefritda yoki ikki tomonlama yalliglanish jarayonida kaysi tomondagi buyrak kuprok zararlanganini aniklashda, solishtirma leykotsitozni aniklash tashxis axamiyatga ega buladi. Barmokdan va ikki bel soxasidan olingan kondagi leykotsitlar soni xisoblanadi. Kondagi eng kup leykotsitoz kasallikning bulgan tomonini kursatadi.

Ikki tomonlama ogir xolatdagi utkir pielonefritli bemorning 25-30 % konning sarik suvida mochevina mikdori yukori buladi, chunki ularning kupchiligida ikki tomonlama buyrak yalliglanish jarayoni bor. bir tomonlama kasallikda konning sarik suvidagi mochevina mikdori buyrak jomi-buyrak reflyukslari va kontralateral buyrakka toksinlarning ta'siri sababli zararlangan buyrakdagi siydikning rezorbtisiyasiga boglik bulishi mumkin.

Ba'zi xollarda ikkilamchi utkir pielonefritli bemorlarda xromotstsistokopiya buyrakdan siydikni okib chikishini buzilishining borligini, uning sababini va darajasini aniklashga imkon beradi. Siydikning okib chikishining buzilishiga sabab bulgan siydik yulining intramural bulimida tosh yoki ureterotsele bulsa, siydik yuli teshigida burtib chikkan shishining borligi aniklanadi.

Rentgenologik tekshirish usullari ikkilamchi utkir pielonefritning tashxisida eng muxim o'rinni egallaydi. Siydik yullarining obzor rentgenografiyasi kushimcha kulankalarni buyrak va siydik yullarining shubxali toshlarini xamda zararlangan buyrakning kattalashganini, bel mushaklari kirgoklarining notekisligini va umurtka poganasining zararlangan tomoniga biroz bulgan skoliozni aniklashga imkon beradi. Siydik yullari tusilgan bemorlarning ekskretor urogrammalarida rentgenokonstrast moddaning kulankasi, zararlangan buyrakda va siydik yuli buylab yoki (kisman utmay kolganda) keyinrok ko'rinib, siydik yuli tusigining kengaygan yukori kismini buyrak jomi va kosachalarini tuldiradi. Bu keyinrok bulgan urogrammalarda (40-50 dakikadan keyin q soat va kechrok) yaxshiro aniklanadi.

Retrograd ureteropielografiyani fakat zarurati bulgan vaktida bajariladi. U rentgenonegativ toshlarni yoki siydikning okishini buzadigan boshka sabablarni ular shu tekshirish nixoyat zarur bulganida, xamda tezlik bilan operatsiya kilish masalasini xal kilishi zarurati bulganida kerak bladi. Bunda siydik yulining kateterizatsiyasi bir vaktida davolash axamiyatga ega bulishi mumkin.

FARKLOVCHI TASHXISI. Utkir ikkilamchi pielonefritning rivojlanishida asosiy omildan siydik yullarining buzilishi bulib, uning eng birinchi klinik belgilaridan zararlangan buyrak soxasida kupincha ogriklar, buyrak sanchigiga uxshaydi. Bu xolat ikkilamchi utkir pielonefritning farklash tashxisini umumiy yukumli kasalliklar, utkir xoletsistitlar bilan osonlashtiradi. Pasternatskiy belgisining borligi, dizuriya, bakteiuriya, leykotsituriya, siydikda kup mikdorda faol leykotsitlarning bulishi, kasallik bulgan tomonidan buyrak ish faoliyatining pasayishiyoki tuxtashi, ikkilamchi utkir pielonefritning borligining guvoxi buladi. Ba'zi xollarda toshni siydik yulining pastki kismida bulganligi sababli utkir ikkilamchi pielonefritni, bachadon ortiglarining utkir yalliglanishidan farklash zarur. Ogriklarni korinning pastki kismida bulishi, chanok korin pardasining kitiklangan belgilari bilan kuzatilishi, kin orkali tekshirganda bachadon ortiklarini kattalashishi

va ularning ogriishi, siydikning okishi buzilmay, leykotsituriya va bakteriuriyaning bulmasligi utkir adneksit tashxisini kuyishga imkon beradi.

DAVOSI. Ikkilamchi utkir pielonefritning davosini buyrakdan siydikni okib chikishini tiklashdan boshlash kerak.

Uncha katta bulmagan tosh bilan, siydik yulining tusilishi tufayli utkir pielonefrit bulib, buyrakda utkir yalliglanish jarayonini boshlanish vaktida (bir kecha-kunduzdan 3 kungacha) va undan keyin toshni mustakil chikishiga ishonch bulsa, siydikni okishini tiklash uchun siydik yulini kateterizatsiya kilish kerak. agar kateterni, toshning yonidan buyrak jomiga utkazish imkon bulsa, uning ichidagi siydikning evakuatsiyasi utkir pielonefritning xujumini tezlik bilan pasaytirib yuk kiladi. Agar buyrak jomi u yoki bu sabablar bilan kateterizatsiya kilish (kupincha siydik yulining toshi bor joydan utkazmaydigan tusik bulsa) imkoni bulmasa, dori-darmonlar bilan kilingan terapiya 3 kecha-kunduz davomida utkir pielonefritning xujumini yukotmasa, tezlik bilan ureterolitotomiya operatsiyasi kilinadi.

Agar buyrak jomi-siydik yuli segmenti yoki siydik yuli tosh bilan tusilgan bulsa, kattaligi sababli tezlikda chikib ketishiga imkon bulmasa, darxol operatsiya kilish kerak bemorni operatsiyaga tayyorlashda vaktincha yordam sifatida siydik yulini yoki buyrak jomini kateterizatsiya kilish mumkin

Buyrak jomidan siydik yuli kateteri orkali siydikning okishi uchun sharoit yaratganligi sababli, maksadga muvofik olib borilgan intensiv antibakterial davolash bemorning axvolini yaxshilaydi, tana xaroratini odatdagi rakamgacha tushiradi, titrokni yukotadi, buyrak soxasidagi ogrikni ozaytiradi, kondagi leykotsitozni pasaytiradi. Utkir pielonefritning xujumi yukoladi. Lekin ikkilami utkir pielonefriti bor bemorlarning siydigida xamma vakt kup shilimshik yiring kuyimlari bulib, ular siydik yuli kateterining ichini tusib kolib yana siydikning okishini buzishi mumkin. Kasallikning ancha kech davrida (4-6 kea-kunduz) buyrakda yiring-nekrotik jarayon paydo bulganligi sababli buyrakdan yoki siydik yulidan toshni olgandan keyin albatta buyrak jomiga pielo- yoki nefropielostomiya orkali nay kuyish kerak.

Yiring – yalliglanish jarayonining kech davrida tananing zaxarlanish belgilari yana xam yakkol ko'ringanda operatsiyaning asosiy maksadi buyrakni dekapsulyatsiya kilib, unga nay urnatishdan iborat buladi, agar ikkilamchi utkir pielonefritning saababini yukotish operatsiyasi (masalan: siydik yulidan toshni olib tashlash) bemorning axvolini ogirlashtirmasa, uni kilish mumkin. Buyrakning kup karbunkullarida uning parenximasini yiring bulib erib ketishida, pionefrozda va kontralateral buyrakning ish faoliyati yaxshi bulsa nefrektomiya kilinadi.

Yana shuni kursatib utish kerakki siydik yullarining tusilishi sababli utkir pielonefrit tufayli bulayotgan konservativ davosida, eng kuchli antibiotik vaantibakterial kim'yoviy moddalarni kullanilishiga karamay, u etarli darajadagi yutukni bermaydi. Aksincha siydikning okishi uchun bulgan tusik uz vaktida yukotilmasa yoki siydik yulidagi mayda tosh uzi mustakil tushib ketsa, utkir pielonefritni xujumini tezda kaytarishga olib keladi.

NATIJASI. Ikkilamchi utkir pielonefritning natijasi birlamchiga karaganda urtacharok, chunki bu bemorlarda yalliglanish jarayoni kupincha surunkali shakliga utadi.

Pielonefrit davosining yutugi va uning natijasi asosan buyrakdan siydikning okshini tiklanishiga boglik.

XOMILADORLARNING UTKIR PIELONEFRITI.

Ikkilamchi utkir pielonefritning yakkol ko'ringan misollaridan xomiladorlarni utkir pielonefriti bulib xisoblanadi, uni yukori darajada kup bulishi sababli ular asosiy shakllarga ajratilgan xomiladorlarning urtacha 2,5% da fakat xomiladorlikning ikkinchi yarmida utkir pielonefrit kuzatiladi. Xomiladorlarda kuyidagi omillar pielonefritning paydo bulishiga sharoit yaratadi.:

1. nefrogumoral, kupincha gormon xususiyatidagilarning siljishlari sababli yukori siydik yullarining kuchini pasayishi;

2. xomilador bachadonning siydik yullarini mexanik ravishda ayniksa ung tomonni bosishi;

3. 5-10 % xomiladorlarda asimptomatik bakteriuriyaning bulishi. Oxirgi xolat fakat muxim axamiyatga ega, chunki utkir pielonefritning urtacha 30% asimptomatik bakteriuriyasi bulgan xomiladorlarda paydo buladi. Asimptomatik bakteriuriyasi bulgan xomiladorlarni xattoki antibakterial davolarni olishiga karamay, siydigi toza bulgan xomiladorlarga karaganda ularda pielonefrit kuprok paydo buladi. Xomiladorlarda utkir pielonefrit kupincha ung tomonda uchraydi, chunki kattalashgan bachadon kuprok ung siydik yulini bosadi.

Bemor kasalxonaga tushgandan keyin buyrakdan siydikning okib tushish xususiyatini aniklash uchun darxol xromottsistoskopiya kilish kerak. Agar utkir pielonefritli xomiladorlarda siydikning okishi buzilmasa utkir pielonefritning xujumini kaytarish uchun bemorni soglom tomniga yotkizib, krovatning oyok kismini kutarib, antibakterial davoni berish kifoya buladi. Agar kasal bulgan tomondagi siydik yuli teshigidan indigorkarmin chikmasa xamda bemorning tanasini uzgartirish va antibakterial davo berish tufayli bir-necha-knduz bemorning axvoli yaxshilanmasa, siydikning okishini siydik yuli kateterini buyrak jomiga utkazib, uni 2-3 kecha-kundzga koldirish kerak.

Antibakterial terapiya shunday kuyilgan tarnov bilan birgalikda kupchilik bemorlarning axvolini yaxshilashga imkon beradi. Juda kam xollarda, konservativ davo shu vaktlarda utkir pielonefritning xujumini kaytarmasa, unda operatsiyani kilish kerak- nefropielo yoki pielostamiya orkali buyrakka tarnov kuyish kerak. Uz vaktidagi operatsiya buyrakda ogir yiring jarayonini rivojlanishini oldini olishga imkon beradi, nefropielostomani bulishiga karamay xomila tezlikda oadtdagi tugish bilan yakunlanadi. Nefropielostomik tarnovni tukkandan keyin siydik yullarining kuch-kuvvatini tiklashga kadar (4-6 xafta) saklash kerak.

Xomiladorlikdagi utkir pielonefritning natijasi odatda yaxshi buladi. Agar utkir pielonefrit xomilador vaktida ilgari bulgan pielonefrit okibatida bulsa, tukkandan keyin tula soglomlashtirishga etkazilmay, ikkinchi xomiladorlikda utkir pielonefrit paydo bulsa, surnkali pielonefritning rivojlanishi sababli va uning asoratlari tufayli natijasi konikarli bulmaydi.

APOSTEMATOZ PIELONEFRIT.

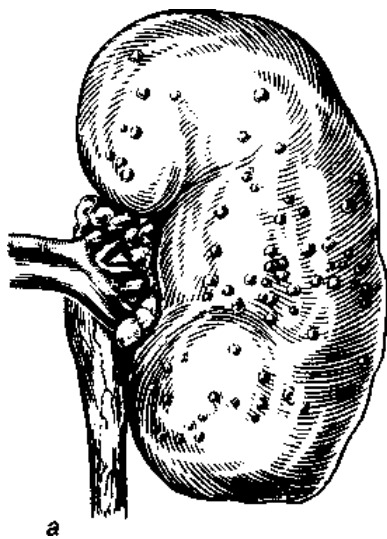
Yiring-yalliglanish jarayoni kupincha buyrakning miya katlamida kup mayda yiringchalar (apostem) bilan bulishiga aytiladi.

Kup xollarda apostematoz pielonefrit asorat natijasida paydo bulib yoki ikkinchi utkir pielonefrit davrida va undan ozrok yiringli infektsiya bilan

«metastatik» zararlanishi sababli, siydikning okishi buzilmagan vaktida rivojlanadi. Mikroorganizmlar asosan buyrakning oxirgi tomirlarida va koptokchalar tugining tomirlarida chukadilar. Buning natijasida xosil bulgan bakterial tromblar miliard xildagi yiringchalarni manbai bulib xisoblanadi. Mikroskopik tekshirishlarda koptokchalar atrofida kup infiltratlar aniklanib, kapillyarlarda esa bakterial tromblar topiladi. Tomirlar atrofida interstitsial tukimalarda xam abtsesdirovanilga moyil bulgan infiltratlar topiladi.

ALOMATI VA KLINIK DAVRI.

Apostematoz pielonefritga tananing yukori gektik xarorati xosdir 39-400S gacha kaytalanib turadigan kaltirok xolat , titrok va terining kuyilib okib turishi, tananing yakkol ko'ringan zaxarlangan alomatlari bilan bulishi (tezlikda rivojlangan umumiy xolsizlik, bosh ogrigi, taxikardiya, kungil aynish, kusish, skleraning ikterichnost bulishi, tilning kurishi, adinamiya), kaltirok odatda 10-15 dakikadan 1 soatgacha davom etadi. Kupchilik bemorlarda u buyrak sanchigidan yoki bel soxasining ogriknlarning kupayishidan bir kecha-kunduzdan keyin bir necha marta paydo buladi. Kaltirokdan bir oz vaktidan keyin tana xarorati odatdagi va subodatdagi songacha pasayib. Kup mikdorda ter chikib va bel soxasidagi ogriklar pasayadi.

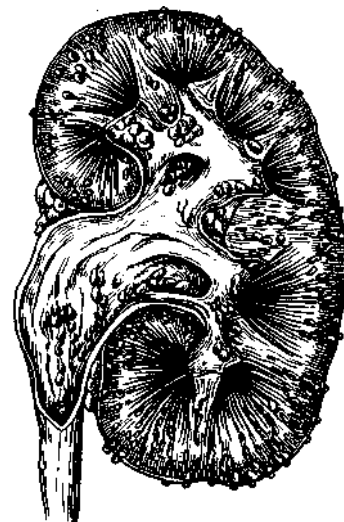


Kupchilik bemorlarda u buyrak sanchigidan yoki bel soxasining ogriknlarning kupayishidan bir kecha-kunduzdan keyin bir necha marta paydo buladi. Kaltirokdan bir oz vaktidan keyin tana xarorati odatdagi va subodatdagi songacha pasayib. Kup mikdorda ter chikib va bel soxasidagi ogriklar pasayadi.

Apostematoz pielonefritda alomatlarning shunday ketma-ket bulishi yiringli siydikning uzida bulgan kup mikdordagi mikroorganizmlarni, ularning toksinlarini va

yalliglanish jarayonidagi chikindilarning buyrak jomidan kon aylanish sistemasiga, buyrak jomi-buyrak reflyukslari orkali kirishi tufayli buladi. Bu tananing yakkol ko'ringan zaxarlanishiga va bemorning axvolini tezlikda yomonlashishiga olib keladi.

Xamma vakt zararlangan buyrak soxasida bel va oldingi korin devorini paypaslaganda, ularning mushaklarini ximoyalani taranglashganini va ogriknlarning borligi va juda kup suyak – umurtka burchagida «yongan utday» ogrikning borligi aniklanadi.



Kupincha kattalashgan va ogrikni sezadigan buyrak paypaslanadi. Konda leykotsitlarning soni birdaniga kupayib, konning ifodasi chapga siljib, leykotsitlarning zaxarlangan donachalari paydo buladi. Leykotsituriya kasallikning boshlanish davrida bulmasligi mumkin. Bakteriuriyaning yukori darajada bulishi, kasallikning eng avvalgi alomatlaridan bulib xisoblanadi. Leykotsituriya faol leykotsitlar bilan kechrok paydo bulib, lekin u kupincha biroz ozrok (1ml da 25 ming leykotsitlagacha yoki siydikning umumiy taxlilida mikroskopning bir ko'rinishida 15-20 leykotsitlargacha) buladi.

TASHXISI. Tashxis asosan yukorida kursatilgan klinik va taxlillarning belgilariga karab kuyiladi. Rentgenologik tekshirish usullari ba'zi bir kushimcha ma'lumotlarni beradi.

Siydik yullarining umumiy rentgenografiyasida, kasallik bulgan tomonda, bel mushaklarining tashki tomoni ko'rinmaydi, buyraklar kattalashadi, zararlangan buyrak tomonda umurtka poganasining skoliozi buladi. Ekskretor urogrammalarda kosacha va buyrak jomlarining tashki ko'rinishi noanik buladi, buyrak kattalashadi, nafas olganda buyrakning xarakatchanligi cheklanib yoki butunlay bulmaydi, zararlangan buyrakning ish faoliyati pasayadi. Rentgenologiya surat fakat ikkilamchi apotematoz pielonefritni tasvirlamay, kasallikning birlamchi xususiyatini aniklaydi.(masalan, siydik yulining toshi va boshkalar).

«Birlamchi» apotematoz pielonefritli bemorlarning yarmisida xromotsistoskopiya zararlangan buyrakning siydik yuli teshigidan, siydik yulining tusilishi bulmasa xam indigokarminni susayib yoki butunlay chikmasligini aniklashga imkon beradi. Ikkilamchi apotematoz pielonefritli bemorlarda indigokarminnining ajralib chikishi xamma vakt buzilgan buladi.

Apostematoz pielonefritni ajratish tashxisi birlamchi va ikkilamchi utkir pielonefritlarning tashxisidan xech kanday farki bulma, xuddi bir-biriga uxshash kasalliklar bilan ajratiladi.

Tananing yukori xarorati (39-400S gcha) kaltirok, titrok va kup terning kuyilishi, zaxarlanishning yakkol ko'ringan belgilari, zararlangan buyrak tomonida suyakumurtka burchagida «yongan utday» bulgan ogrik ancha leykotsituriya kup mikdorda bulgan faol leykotsitlar bilan, salmokdor bakteriuriya, proteriuriya, zararlangan buyrakning ish faoliyatining pasayishi va uning nafas olish ekskursiyasining cheklanishi apotematoz pielonefritning boshka utkir yalliglanish kasalliklaridan farkini bildiradi.

DAVOSI. Pielonefritning apotematoz tashxisi kuyilganda tezlik bilan operatsiya kilishni talab etiladi.

Fyodorov usuli bilan lyumbotomiya kilinadi, buyrak orti fastsiyasi yoriladi. Papanefral klechatkada shishning borligi, buyrakning parenximasida utkir yalliglanish jarayoni borligining guvoxi buladi. Utkir va utmas yul bilan yogli paranefral klechatkadan buyrak ajratiladi. Agar buyrakning yuzasida yiringchalar (apostem) bulsa, buyrakning fibroz pardasini uning kavorigi buylab kesiladi, extiyotlik bilan parda ajratilib, buyrak darvozasi oldida u kesib olib tashlanadi. Agar apotematoz pielonefrit utkir, ikkilamchi pielonefritning asorati bulsa bu xolda buyrakka nefropielo yoki pielostomiya yuli orkali tarnov kuyiladi. Buyrakning dekapsulyatsiyasiga kadar nefropielostomiyani kilish zarur. Buning uchun buyrak jomini orka yuzasini yog klechatkasidan ajralib, u 0,5 sm uzunlikda yoriladi. Egilgan metall kiskichining tumshugini (Fyodorov, Satin) buyrak jomining kesilgan joyidan urta yoki pastki kosachalarga shunday utazish kerakki, mumkin kadr u okma yaraning kanalini xosil kilsin, chunki keyinchalik u rezina nayning almashtirishini osonlashtirsin. Yonboshida ikkita teshigi bulgan rezina yoki polixlorvinilli nayning uchini kiskich bilan ushlab, buyrak jomiga yuborib, uni buyrak parenximasiga ikki tomonidan ketgut iplari bilan maxkamlash kerak. Rezina nayning diametrini buyrak jomining xajmiga shunday tanlsh kerakki, chunki uning oz bulgan xajmida katta rezina nayi, siydikning yigilishiga, joy kuymaganligi sababli, uning nayi konikarli

bulmaydi. Buyrak jomining yarasi 2-3 ketgut iplari bilan tikiladi. Rezina nay orkali yuvilayotgan suyuklikni erkin , bir tekis okib chikishi tugri kilingan operatsiyaning guvoxi buladi. Nefropileostomani kuygandan keyin buyrak dekapsulyatsiya kilinib, nefropielostomik nayning maxkamlangan soxasida parda tegmay koldiriladi.

Buyrak jomining kesilgan joyidan pielostomiya kilinganda, unga ingichka rezina yoki polietilenli, diametri 0,3-0,5 sm bulgan tarnov trubkasi kuyilib, uni buyrak jomining devoriga ketgut iplari bilan maxkamlanadi. Rezina nayi atrofidagi buyrak jomining yarasi ketgut iplari bilan tikiladi.

Buyrakni dekapsulyatsiya kilingandan keyin unga 2-3 ta sellofan-marlidan iborat bulgan tampon kuyiladi. Yaraning oldingi kismi siyrak kilib tikiladi, orkadagi burchagi esa yaxshi tarnov bulishi uchun ochik koldiriladi. 3-4 kecha- kunduz keyin tamponlar almashtiriladi. Siydikning okishi tiklangandan keyin, antegrad pielografiya ma'lumotiga karab, nefropielostomik yoki pielostomik tarnov 3-5 xaftadan keyin olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyingi davrda yiringli zaxarlanish va buyrak ish faoliyatining pasayishi sababli venaga kuyidagilr yuboriladi: 20%-500 ml glyukoza suyukligi (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% korglyukin suyukligi, 15% - 60 % mannitol, 20-60 mg furosemid (laziks), 250 ml nativ plazma , 100 ml neokompensan, 400 ml gemodez, 250 ml yangi tayyorlangan sitratli kon. Nordon – ishkoriy xolatni korrektsiya kilish uchun, uning aniklangan nazorati ostida 40-50 ml 4-8% natriy gidrokorbonat (ikki uglekislotali soda) kuyiladi.

Yakkol ko'ringan zaxarlanishda, buyrak ancha zararlanib va kontralateral buyrakda ko'rinarli darajada uzgarish bulmasa , kari kishilarda (60-65 yoshdan yukori) ba'zida bemorning xayotini saklab kolish uchun nefrektomiya kilish maksadga muvofikdir.

Apostematoz pielonefritda ulimning yukoriligi 5-6 % etishi, xamda keyinchalik buyrakda surunkali yalliglanish jarayonining rivojlanishi, kupincha uning bujmayishi bilan tugallanishi tufayli natijasi xamma vakt jiddiy masala bulib xisoblanadi.

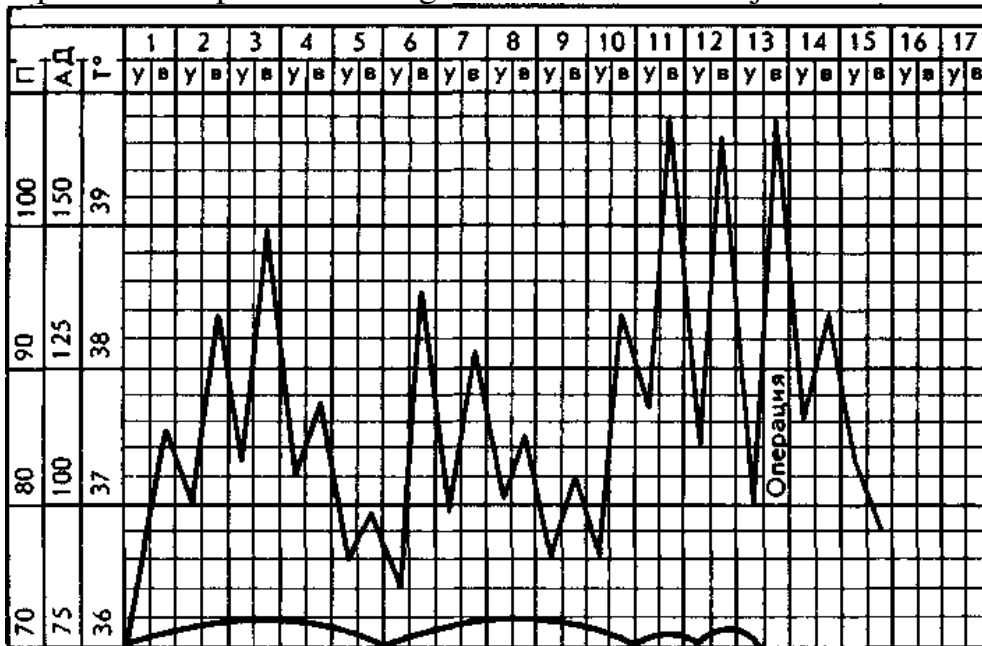
BUYRAKNING KARBUNKULI

Buyrakning karbunkuli xuddi birlamchi kasallikka uxshab, uzokda turgan yiringli joydan salmokli bakterial invaziya sababli paydo bulishi mumkin. bunda buyrak pustlok moddasining katta kon tomirida yoki bir-biri bilan yakin turgan bir nechta mayda tomirlarda tromb xosil buladi. Birinchi xolda septik infarktning katta markazi xosil buladi, ikkilamchisida – bir nechta mayda manbalar xosil bulib, tezlik bilan bir-biriga kushilib ketadi. Agar karbunkul yiring bulib erib ketsa, u buyrakning miya kismiga utib buyrak jomig yoki paranefral klechatkiga yorilishi mumkin, bu esa yiringli paranefritning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Agar buyrakning karbunkuli utkir pielonefritning asorati bulsa, unda bu katta kon tomirining gematogen septik trombozi natijasida, xamda uning ichini yalliglanish infiltrati bilan bosilishi tufayli paydo bulishi mumkin.

Buyrakning karbunkuli yumalok shakldagi narsani burtib turganiga uxshaydi. Kesib kurulganda u nekrozli tukimalardan iborat bulib, juda kup mayda bir-biriga

kushilib sanchilib turgan yiringchalarga uxshab, ponesimon bulib buyrak parenximasining ichiga kirib ketgan buladi. Karbunkulning asosiy kismi buyrakning fibroz pardasiga tegib turadi, u xamma vakt yalliglanish jarayoniga kirib ketishi mumkin. avval unda infiltrat bulib, yugonlashib, buyrak yuzasiga kushilib, keyinchalik yiringlab erib ketishi mumkin. Kupincha paranefral kletchatka xam shu jarayonga kirib ketishi mumkin. avval uning reaktiv shishi va infiltratsiyasi paydo bulib, keyinchalik yiringli paranefrit rivojlanadi.

Alomati va klinik davri. Agar buyrakning karbunkuli ikkilamchi utkir pielonefritning asorati bulib rivojlansa, unda u siydik okimining buzilishi tufayli bulgan apostematoz pielonefritning klinik ko'rinishidan juda xam fark kiladi.



Juda kam

xollarda, buyrakda cheklangan gematogen septik manba bulib, urodinamikaning buzilishisiz karbunkul paydo bulsa, uning klinik ko'rinishi xuddi umumiy infeksiyon kasalliklarning belgilariga uxshaydi: tananing belgilariga uxshaydi: tananing yukori xarorati (39-400S), kaytalanadigan titrok bilan terning kup kuyilishi , toborakuchayib borgan umumiy bexollik, nafas olish va tomir urishining tez-tez bulishi, kungil aynish , kusish, meterizm va ichning kotishi. Buyrak soxasida ogrikning yukligi , leykotsituriya, bakteriuriya va siyishning buzilishi, kasallikni uz vaktida aniklashni juda kiyinlashtiradi. Shu sababli karbunkuli bor bemorlarni kupincha davolash uchun jarroxlik, terapiya va yukumli kasalliklar bulimiga kuyidagi tashxislar bilan yotkiziladi: gripp, pnevmoniya, utkir xoletsistit, utkir appenditsit, noma'lum sababdan bulgan sepsis, ich termala, infeksiyon gepatit va boshkalar.

Tashxisi. Buyrak karbunkulining tashxisi asosan apostematoz pielonefritni aniklashdan fark kilmaydi. Yukorida kursatilgan ogir buyrak jarayonining klinik belgilari katta axamiyatga ega. Salmokli leykotsituriyani katta mikdorda faol leykotsitlar bilan va yakkol ko'ringan bakteriuriya karbunkulining kosacha – buyrak jomi bilan kushilishining guvoxi bulib, kasallikning tashxisini ancha osonlashtiradi. Kasallik bulgan bel soxasidan olingan kondagi leykotsitlar, barmok yoki karama-karshi bel soxasidan olingan konda leykotsitlarning yukori darajada kup bulishi, buyrak karbunkulining tashxisini kuyishga imkon beradi. Periferik konda aktivlashgan limfotsitlarning testini aniklash, buyrakning karubkulida ma'lum tashxis axamiyatga ega. Soglom kishilarning konida ularning mikdori 0,5%-1% dan

oshmaydi. Buyrakda yiring maba balsa, aktivlashgan limfatsitlarning soni 7-10% ga etadi.

Rentgenologik va radioizotop tekshirish usullari yordamida karbunkulning eng asosiy belgilari tekshiriladi. Agar karbunkul buyrakning yukori buginida joylashgan balsa, kukrak kafasi, a'zolarining rentgenoskopiya kasallik bulgan tomonda diafragmaning xarakatchanligini, chegaralanganligini va plevra sinusida suyuklikning borligini aniklashga imkon beradi. Umumiy rentgenogrammada paranefral klechatkada shishning borligi sababli buyrak chekkalarining burtib chikkani va bel mushaklari kirgoklarining noanik bulganligini kurish mumkin. Ekskretor urografiya nafas olib va chikarganda kilinsa kasallik bulgan tomonda buyrakning xarakatini yakkol cheklanganliginiyoki xarakat yukligini aniklashga imkon beradi. Buyrak karbunkulining asosiy rentgenologik alomatlaridan bosilish, deformatsiya, kosachalarning surilishi yoki amputatsiyasi xisoblanib, xuddi buyrakning parenximasidagi usimtaga uxshaydi. Zararlangan buyrakning ish faoliyati juda kam pasaygandagi alomatlari retrograd pielogrammalarda bundan xam anikrok ko'rinadi.

Buyrakning karbunkuli tashxisida buyrakning 157 Nd- neogidrin bilan kilingan stsintigrafiyasi asosiy yordamni berib, karbunkul bulgan joyda tuplangan nuksonning borligini aniklashga imkon beradi.

Ajratish tashxisi. Buyrak karbunkulining ajratish tashxisidagi katta kiyinchilik siydikning chikishi buzilgan bemorlarda bulib, xamda yiringli manbai buyrakning pustlok moddasida siydik yullari bilan kushilmay joylashishi natijasi paydo buladi. Buyrakning karbunkuli antibakterial davolash vaktida umumiy sust bulgan sepsis klinik alomatlari bilan bulib, bemorlarning koni ekilganda mikroorganizmlarning topilishi, ularni tasdiklaydigan asosiy belgilaridan biri bulib xisoblanadi. Dinamik stsintigrafiya – buyrak karbunkuli izotopning yigilish nuksoniga karab aniklanadi. Zararlangan buyrakda nafas olish ekskursiyasini chegaralanganligi va karbunkul bulgan joyda rentgenokontrast moddaning yigilish nuksoni borligi ekskretor urografiya yoki retrograd pielografiya yordamida aniklanganligi, buyrak karbunkuli tashxisini kuyishga asos buladi.

Davosi. Salmokli antibakterial terapiya, xattoki eng kuchli zamonaviy dori-darmonlar yiringli nekrotik manbani yorib va tarnov kuyilma karbunkuli bor bemorni tuzatmaydi.

Buyrak karbunkuli tashxisi kuyilganda tezlik bilan operatsiya kilish kerak, lyumbotomiya, buyrak dekapsulyatsiyasi karbunkulni kundalang shaklida yorish yoki karbunkulni kesib tashlab paranefriyaga rezina nay kuyish kerak. Buyrakka bir nechta sellofan-marli tamponlar kuyilib, yaraning orka burchagi tikilmaydi. Agar buyrakdan siydikning okishi buzilsa, uni nefropielo- yoki pielostomiya yuli bilan tarnov kilish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda ikki kecha-kundzdan keyin tamponlarni yangisiga almashtirib, yarani uzok vakt davomida nekroz tukimalaridan tozalanguncha va yaxshi granulyatsiya padoy bulgunga kadar rezina nay kuyiladi. Siydik va buyrak xujayralarining antibiogramma ma'lumotlariga asoslanib antibakterial davolash tayinlanib, dezintoksikatsion terapiya va davolash badantarbiyasi utkaziladi.

Ayniksa kari va keksa yoshda agar buyrakda kup karbunkullar bulsa, karama-karshi buyrak zararlanmay, uning ish faoliyati yaxshi bulsa, nefrektomiya kilish maksadga muvofikdir.

Buyrak karbunkulida natija ancha jiddiy bulishi mumkin, chunki bunday ogir yiringli intoksatsiya bemorning axvolini septik xolat kilib, kontrlateral buyrakning zararlanishiga xavf soladi.

Ayniksa kup karbunkullrda natija jiddiy bulib, xatto bemorning soglomlashishi, keyinchalik sust surunkali pielonefritni, buyrakning bujmayishi va arterial gipertenziyaning rivojlanishini cheklay olmaydi. Bitta karbunkul buylab, siydikning okimi buzilmasa, uz vaktida opertiv davo bulsa odatda natija yaxshi buladi.

BUYRAKNING ABTSESSI.

Buyrakning abtseSSI utkir pielonefritning asorati natijasida keng yalliglanish, infiltratning yiringlib erib ketishi yoki anastematoz pielonefritda bir gurux yiringchalarning kuyilishi tufayli yoki buyrak karbunkulining abtsedirovaniyasi bulgan vaktida paydo bulishi mumkin.

Buyrak abtseSSining umumiy belgilari xar kanday ogir septik kasallikning alomatlaridan fark kilmaydi. Tananing yukori xarorati, kaltirok, titrok bilan tomir urishi tez-tez va kuchsiz bulishi, xansirash chankok umumiy bushashishlik yoki bexollik, bosh ogrigi, skleraning akteranost bulishi (sargayishi) adinamiya, eyforiya. Tana xarorati yukori rakamlarda turib ($39-41^{\circ}\text{C}$) biroz kecha-kunduz uzgarishi 1°C gacha etadi. Maxalliy alomatlarining orasida buyrak soxasida intensiv ogriklar, buyrakda kon va limfa aylanishining buzilishi sababli oz tortish xususiyatiga ega. Kattik bulgan va va tarnglashgan fibroz pardada shishgan buyrak tukimalarining bosilishi, kasallikning tashxisida katta axamiyatga ega. Ayniksa kattalashib va tarnglashgan buyrakni paypaslaganda yoki bel soxasini tebratganda ogriklar kuchayadi. Bel mushaklari va oldingi korin devorining ximoyalani tarnglashgani xamma vakt yakkol ko'ringan buladi. Kupincha buyrakni abtseSSI bulgan bemorlar, oyoklarini korniga yakinlashtirib, majburiy xolatni kabul kiladi, chunki oyoklarini yozsa kasallik bulgan tomonning bel soxasida kattik ogrik paydo buladi. (reaktiv peoitning belgisi). Odatda bakteriuriya va lekotsituriya kasallikning kech davrida, siydik yullariga abtseSSning teshilganida paydo bladi. B –agar buyrakning fibroz pardasi erib ketib, abtseSS ichidagi suyuqlik paranefral klechatkaga tukilsa, yiringli paranefrit paydo buladi.

Buyrak abtseSSining davosi – buyrak dekapsulyatsiya kilinib, abtseSS yoritib va parennefriyaga sellofan doka tampon va naychalar orkali tarnovlar kuyishdan iborat. Agar siydik yullari tusilib kolsa, buyrakka tarnov kuyishda bemorning axvoli imkon bersa, uning tusilgan sabablarini (masalan , siydik yuliningtoshi) tuzatish xam birga kilinadi. Aks xolda siydik yullarini tikkalash ikkinchi davrda (1 - 2/1 - 2 oy va undan kuprok _ bemorning axvoli yaxshilanganda nefropielostom bitib ketgandan keyin bajariladi.

BUYRAK TIRSAKLARINING NEKROZI

Buyrak surgichlari nekrozining patogeneZida asosiy o'rinni mal'pigiY piramidalarining kon tomirlar emboliyasi yoki pielonefritda kon tomirlarini

yalliglanish infiltrati bilan bosilishi tufayli ishemiyasi egallaydi. N.I. Pirogov nomli 211 urologik klinikasida utkazilgan eksperimental tadkitotlar shuni kursatdiki, yukori patogenli plazmakoagulyatsiyalovchi stafilokokk kupincha buyrak, miya kavatining kon tomirlarini salmokli emboliyasiga olib kelib, buyrak surgichlarining nekrozini yuzaga keltiradi.

Buyrak surgichlarining nekrozi odatda surunkali pielonefritning navbatdagi xurujida paydo buladi va agar sidik yullariga kuchgan nekrotik tukimalarga tikilib kolsa, gematuriya va buyrak sanchigi biln birga kechadi. Siydikda bulgan surgich va uziga xos rentgenologik belgilar surgichlar va ichak jomchalarning emirilganligi, sekvestrlangan surgich soxasidagi xalkasimon soyalar yoki surgich tula kuchmagan taqdirda tulish nuksoni topilishi tashxisni tasdiklaydi.

Gisturiya- siydik bilan buyrak surgichlari nekrozining uziga xos immunokimyoviy belgisi bulib xisoblanadi. Buyrak surgichlarining nekrozi siydikning bakteriologik tekshirish yordamida sil tufayli bulgan nekrotik papillit bilan ajratish tashxisini utkazish kerak.

Buyrak tirsaklari nekrozining davosini xuddi utkir pielonefritning davosidagi koidalarga rioya kilgan xolda utkaziladi. Ayrim xollarda bitta buyrakning bir nechta surgichi nekrozga uchrab, konservativ usullar bilan tuxtatish imkoni bulmagan uzok davom etuvchi va bemor xayotiga xavf soluvchi kon okishi bulsa, nefrektomiya kilishga tugri keladi.

BAKTERIEMIK SHOK. Urologiyada sepsis sindromi (urosepsis).

Bakteriemik (endotoksik) shok – urosepsis, kasallarda yukori darajada ulimga olib keluvchi eng ogir asoratlardan biri bulib xisoblanadi. U xam grammasbat xam grammanfiy mikroorganizmlarning endotoksinlari bilan chakiriladi, ammo ikkinchi xil mikroob florasida birinchisiga karaganda kuprok xollarda rivojlanadi.

Urosepsis kupincha kekxa (60 yoshdan yukori), boshka yuldosh kasalliklari (kandli diabet, surunkali upka-yurak etishmovchiligi, latent gepatopatiya) bulgan bemorlarda rivojlanadi. Urologik kasallarda bakteriemik shokni kup uchrashiga olib keluvchi boshka omillarga, uziga xos bulmagan yalliglanish kasalliklarining kuzgatuvchilari kullanilayotgan antibiotik va kim'yoviy antibakterial moddalarga chidamliligi xamda protey, kuk yiring tayokchasi singari mikroorganizmlarning gospital shtammlarining mavjudligi kiradi. Kupincha bakteriemik shok buyrak va siydik jinsiy a'zolarida jarroxlik muolajasi (operatsiya) kilingan bemorlarda siydik yaxshi okib chikmaganligi tufayli, mikroorganizmlarni va ularning toksinlarini yalliglanish uchogidan umumiy kon aylanishiga utishi uchun kulay sharoit yaratilganda yuzaga keladi. Ayrim bemorlarda Urosepsis asboblar bilan urologik tekshirishlar va muolajalar (ttsistoskopiya, retrograd pielografi, uretrani bujlash) utkazilganda rivojlanadi, chunki bunda siydik chikarish kanalidan kongxa xali immunitet ishlab chikarilmagan patogen mikroorganizmlar utadi.

Urosepsining patogenezida muxim o'rinni tomir kollapsi egalaydi, bunda ung bulmagan kuyiladigan konning xajmi ozayib, kon aylanishining buzilishiga olib keladi. Birok, kon aylanishining buzilishidan tashkari, bakteriemik shokda nafas olish va gaz almashinuvining buzilishilari, gormonal regulyatsiya, koagulyatsion mexanizmlar xamda buyrak, jigar, oshkozon-ichak va boshka a'zolar ish faoliyatining buzilishlari xam muvjud buladi.

Urosepsis bilan oqrigan bemorlarda diagnozni ayniqsa asoratlangan SYI holatida, erta stadiyalarda qo'yish kerak. Sistemali yalliglanish reaksiyasi (isitma yoki gipotermiya, taxikardiya, apnoe, gipotenziya, oligouriya, leykotsituriya yoki leykopeniya) dastlabki belgilari multiorgan zararlanishi sifatida namoyon bo'ladi.

Urosepsisni davolash kombinirlangan mustaqkamlovchi davo, mos keladigan antibiotiklar, adekvat choralar (masalan: simpatonimitik aminlar, kortiqosteroidlar, 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 tarhalishiga qarab bakteriuriya, bakteriemiya, septitsimiya yoki sepsis-sindrom ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Sepsis sindromi infeksiyaning klinik belgilari, sistemali yalliglanish 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%. Urologiyada sepsis sindromi bemor organizmiing reaksiyasiga bogliq. Sepsis-sindromi asosan qariyalarda, diabetiklarda, immunodepresant, qabul qiluvchilarda, nur terapiya, kortiqosteroid qabul qiluvchilarda va orttirilgan immun tankisligi holati bo'lgan bemorlarda uchraydi.

Urosepsis mahalliy sharoitga ham bogliq, masalan: siydik yo'llarida tosh bor yo'qligi, siydik yo'lining qaysidir hismining obstruktsiyasi, tuqma uropatiyalar, siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasi yoki endoskopik muolajalar natijasida ham yuzaga keladi. Biroq bemorlarning hammasi siydik yo'lida yalliglanishni rivojlantiruvchi bakteriyalar bilan zararlangan bo'lishi mumkin.

Hozirgi vaqtda "sistemali yalliglanish reaksiyasi sindromi" septitsemiasiz rivojlanishi mumkinligi tan olinganki.

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: boshlangich yoki prodromal rivojlangan shok va kaytmas 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 ogir infeksiyasiga javoban sistemali reaksiyasi hisoblanadi.

- Ogir sepsis - bu a'zolar disfunktsiyasi bilan bogliq.- Septik shok - bu gipoperfuziya yoki gipotenziya persistentsiyasidir.
- Refraktor septik shok - davolash reaksiyasiga bogliq.
- Sepsis diagnozi infeksiyaning klinik belgilari sistemali disfunktsiya bilan birga kuzatilganda qo'yiladi.

Urosepsisning ertangi belgilariga tana xaroratining yukori kutarilishi, bezgak kaltirogi, terining issik va kurukligi, koronar etishmovchiligi bilan birga bezovtalik, arterial bosimning biroz pasayishi, oshkozon-ichak buzilishlari kiradi. Bakteriemiyaning aniklanishi bakteriemik shok tashxisini tasdiklashda muxim omil bulib xisoblanadi. Bakteriyalarni bemordan tana xarorati eng yukori kutarilgan va kaltirok xuruj kilgan paytda olingan konda bakteriologik yoki tezrok – fazovokonstrast mikroskopiya usullari yordamida aniklanadi. Rivojlangan bakteriemik shok davrida arterial bosim pasayishi, uykuchilik, sovuk ter chikishi, nafas kistashi, gipovolemiya, atsidoz kuzatiladi. Uchinchi, kaytmas shok davrida kasallikning klinik ko'rinishi buyrak etishmovchiligining belgilari (oliguriya), rivojlangan yurak-upka etishmovchiligi va dori –darmonlar bilan kutarib bulmas darajada arterial bosimining pasayishi, periferik kon tomirlar dekompensatsiyasi (terida patexial toshmalar yoki kon kuyilishlarining paydo bulishi) bilan ogirlashadi.

Sepsis va septik shokning klinik, diagnostik mezonlari

Zararlanishi	Aniqlash
Infeksiya	• Mikroorganizmning odatda steril joyda bo'lishi shart emas, xujayning yalliglanish reaksiyasi kuzatilishi
Bakteriemiya	• Bakteriyalarning qonda bo'lishi va qon bakteriya ekmasida tasdiqlanishi, o'tib ketuvchi bo'lishi mumkin.
Septitsemiya	• Bakteriemiya o'xshash, lekin ogir 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	• Infeksiya Q a'zolar perfuziyasi o'zgarish belgilari bo'lishi: gipoksemiya, laktat miqdorini oshirish, oliguriya, aqliy o'zgarishlar.
Gipotenziya	• Tsistolik bosim < 90 sim/ust teng yoki 40 sim/ust teng ga pasayishi. Gipotenziani chaqiruvchi boshqa sabab bo'lmagani holda.
Ogir sepsis	• Sepsis, a'zolar disfunktsiyasi bilan bogliq, 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-ishkor 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 yalliglanish reaksiyasi sindromi	Turli klinik belgilarga, buzilishlarga asoslanadi, sepsisdagi kabi infeksiya yoki infeksiyasiz etiologiyali (kuyish, pankreatitlar) bo'lishi mumkin.

Fiziologiyasi va bioqimyoviy 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 ogir darajasida, pielonefrit 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) tarhalgan sepsisning tipik belgilari hamda, infeksiyaning mahalliy belgilari bilan bogliq holda rivojlanadi. Bunday holatlarda bakteriyani aniqlash muvaffaqiyatsiz bo'lishi mumkin. Bemorlarning 30-60% ida oqibat ulim bilan tugashi mumkin.

Tsitoqinlar septik reaksiya markeri sifatida

Sepsis-sindrom patogenezida sitoqinlar peptidlar hisoblanadi va amplituda regulyatsiyasi va organizm yalliglanish reaksiyasi davomiyligida qatnashadi. Ular har xil hujayralar monotsit, makrofag va endotelial hujayralardan har xil infeksiyon stimulyatorlarga javoban ajraladi. Boshqa hujayralarda spetsifik retseptorlari bilan boqlanganda sitoqinlar yalliglanish reaksiyaga javobini o'zgartiradi. TNF-a, IL-1, IL-6, IL-8 sitoqinlar hisoblanadi, qaysiki ularning ko'pchiligi sepsis bilan bogliq. Infeksiya va yalliglanish bo'lganda organizm yalliglanishga qarshi preparatlar ta'sirida sitoqinlar ishlab chiqaradi.

Prokalsitonin sepsisning potentsial markeri hisoblanadi

Prokalsitonin kalsitoninning propeptidi hisoblanib, gormonal aktivlikka ega emas. Prokalsitonin halqonsimon bezning S-hujayralaridan ishlab chiqariladi va soglom odamlarda aniqlanmaydi. Ogir tarhalgan infeksiyalarda (bakterial, parazitlar va zamburuqli) prokalsitonin 100 ng/ml dan oshib ketadi va ogir virusli infeksiyalarda aksincha bo'ladi. Sepsis paytida prokalsitoninning birdan ko'payib ketishi yoki ko'p miqdorda bo'lishi bemorlarda infeksiya manbaini topishga yordam

beradi. Prokaltsitonin miqdorini aniqlash ogir yalliglanish sababini infeksiya yoki infeksiyasizligini farqlashda yordam beradi.

Profilaktika

Nozokomial infeksiya bilan yotkizilgan bemorlarda ulim sababi (20-60%) septik shok hisoblanadi. Sepsis kaskad hosil qiladi, bunda ogir sepsis rivojlanadi, keyinchalik septik shok belgilari paydo bo'ladi. Urosepsisda kombinirlangan adekvat davo va mos keladigan antibiotik davo hayotni saqlash uchun qo'llaniladi.

Effektivligi isbotlangan yoki bo'lishi mumkin bo'lgan preventiv choralar

Urosepsisning samarali profilaktikasi nozokomial infeksiya profilaktikasiga uxshash:

- qo'shimcha (perekryostnaya) infeksiyani oldini olish maqsadida bemorlarni izolyatsiya qilish.

- Profilaktika va davolash maqsadida infeksiyaning rezistent shtammlar selektsiyasi 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.

- Bemorni ahvoriga qarab doimiy uretral kateterlarni ertaroq va o'z vaqtida olib tashlash. Nozokomial SYI rivojlanishida siydik pufagini kateterlash, uretral stentlar qo'yilishi axamiyatli.

- 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 dezinfektsiyalash, qo'shilishi mumkin bo'lgan infeksiyalarni rivojlanish profilaktikasini tekshirib turish kerak.

Antibiotiklar bilan mos operatsion profilaktika

Profilaktika maqsadida antibiotiklarni kullashdan 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 tozalash, ular rezistent bakteriyalar yordamida chaqiriladigan infeksiya xavfini oshiradi.

- Kateter kuyilgan bemorlarga antibiotik kullash, bemorlarda bakteriuriyani bir necha kunga kamaytiradi va multirezistent bakteriyalar chaqiradigan infeksiya xavfini oshiradi. Shuning uchun immunodepresant qabul qiluvchilarga ularni cheklash lozim.

Asosiy kasallikni davolash

Har kanday siydik trakti obstruksiyasini drenajlash va yot jinsni olib tashlash (siydik kateteri yoki toshlar) bemorning sogayishiga va simptomlarning yo'holishiga olib keladi. Boshlanqich empirik davoda antibiotikni etarlicha bnerish kerak, keyinchalik bakteriologik ekma natijalariga mos holda qilinadi.

Yordamchi choralar

- Suv - elektrolit balansini tiklash sepsis sindromida ayniqsa shok bilan asoratlanganda hal qiluvchi omil hisoblanadi.
- Simpatomimetik 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 tarhalgan 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 kuyidagi printsiplar asosida amalga oshiriladi:

Buyraklar ish faoliyatini xisobga olgan xolda keng spektrli antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar kullaniladi: 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), senorin (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 karshi vena ichiga tomchilatib gipentenziv moddalar, bir kecha-kunduzga 1000-2500 mg dan gidrokortizon vazopressor moddalarning ta'sirini kuchaytiradi, kuyimolekulyar dektran, gematokni xisobga olgan xolda kon zardobi, atsidoz va elektrolit buzilishlarini bartaraf etuvchi moddalar tayinlanadi.

Antigistamik pereparatlar kullaniladi: 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 boshka antikoagulyantlar.

Oksigenoterapiya utkaziladi. Dori-darmonlar yordamida davolash bilan bir paytda siydik okib chikishini buyrak jomini kateterizatsiya kilish yuli bilan tiklash bakteriemik shokning yaxshi tugallanishi uchun zarur bulgan shart xisoblanadi; agar kateterning utishi uchun bartaraf kilib bulmaydigan tusik bulsa, bemorni shok xolatidan chikarilishi bilan nefropielo yoki pielostomiya kilinadi.

XULOSA

Sepsis-sindromi urologiyada ogir 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, mustaqkamlovchi va mos keladigan antibiotiklarni uygunlikda olib borishga bogliq.

SURUNKALI PIELONEFRIT.

Surunkali pielonefrit, odatda utkir pielonefritning natijasi bulib xisoblanadi. Buyrakdagi utkir infeksiyon- yalliglanish jarayonini surunkali jarayonga utishining eng muxim sabablari quyidagilardir.

1. Uz vaktida aniklanmagan va bartaraf etiladigan siydik chikishining buzilish sabablari (siydik tosh kasalligi , siydik yullarining torayishi, prostata bezining adenomasi, Qovuq – siydik yuli refluyukslar , nefroptoz va boshkalar).

2. Utkir pielonefritni notugri yoki etarli bulmagan darajada davolash, shuningdek utkir pielonefrit xurujini boshidan kechirgan bemorlar ustidan sistematik dispanser nazoratining ukyligi.

3. Pielonefritda bakteriyalarning formalari va protonplastlarning xosil bulishi, ular uzok vakt buyrakning oralik tukimasida onoaktiv xolatda bulib, organizmni ximoya kiluvchi immun kuchlari pasayganda avvalgi xolatiga utadi va kasallik xurujini keltirib chikaradi.

4. Organizmni kuchsizlantiruvchi va buyrak uchun doimiy infeksiya manbai bulgan yuldosh kasalliklar (kandli diabet, semirish, oshkozon –ichak kasalliklari va boshkalar).

Surunkali pielonefrit odatda bolalikda, kupincha kizlarda, utkir pielonefritning tipik xujumidan sung boshlanadi. Utkir infeksiyon va virusli kasalliklar (gripp, angina, pnevmoniya, etit, endorokolit va boshkalar) paytida yoki ulardan sung surunkali pielonefritning yangi xurujlari buladi va bu xurujlar yukorida kayd kilingan kasalliklarga uxshab, sezilmasdan utadi. Boshdan kechirgan infeksiyon jarayon va etarli bulmagan antibakterial davolash natijasida organizmning kuchsizlanishi surunkali pielonefritning yanada rivojlanishiga olib keladi. Keyinchalik bolada kasallikning kechishi tulkinsimon xususiyatga ega buladi. Kasallikning remissiya fazasi bilan , sungra aktiv yalliglanish bilan almashadi.

SURUNKALI PIELONEFRITNING TURKUMLARI.

(Buyrak yalliglanish jarayonining faoliyatiga karab).

I. Yalliglanish jarayonining faol davri:

- a) 1 ml siydikda leykotsituriya 25000 va undan kuprok,
- b) 1 ml siydikda bakteriuriyani 100000 dan undan kuprok,
- v) xamma bemorlarda faol leykotsituriyalarning buli (30% va kuprok),
- g) 25-50% bemorlarning siydigida Shterngeymer-Malbin xujalarining bulishi,
- d) Passiv gemagmotinatsiya reaksiyasida antibakterial sentitel titrini 60-70% bemorlarda kupayishi.
- e) 50-60% bemorlarda SLE 12 mm – soatda yukori bulishi.
- j) 75% bemorlarda Danilin reaksiyasini 0,4 ml past bulishi.

II. Yalliglanish jarayonining yashirin davri:

- a) 1 ml siydikda leykotsituriyaning 25000 gacha bulishi.
- b) 1 ml siydikda bakteriuriya bulmay yoki 10000 oshmaydi.
- v) 50-70% bemorlar siydigida (15-30% faol leykotsitlarning bulishi),
- g) Shtrengemyer – Malbin xujayralari bulmaydi (buyrak kontsentratsion ish faoliyat pasaygan bemorlar bundan istisno).
- d) PGA reaksiyasida antibakterial antisel titrini odatdagiday bulishi (1- 1,5 oy ilgari kasalligi kaytalgan bemorlar bundan istisno).

- s) SOE – 12 mm - soatdan past bulmaydi.
- j) danilin reaksiyasi –0,4 ml va undan kuprok.

III. Tuzalish davri yoki klinik sogayish.

- a) leykotsituriya bulmaydi.
- b) bakteriuriya bulmaydi
- v) faol leykotsitlar bulmaydi.
- g) Shterngaymer-Malbin xujayralarining yuk bulishi
- d) PGA reaksiyasida antibakterial antitel titrini odatdagiday bulishi.
- e) SOE - 12 mm (soatdan oz bulishi)
- j) Danilin reaksiyasini 0,4 va undan kuprok bulishi.

Faol davri davolash natijasida yoki uzluksiz busiz surunkali pielonefritning yashirin davriga utadi, bu uzok vakt davom etib (ba'zida bir necha oy) tuzalish yoki faol davrga almashishi mumkin. Tuzalish davriga kasallikning xech kandy klinik belgilari, siydikning uzgarishining bulishi xos buladi.

Yosh ayollarda kupincha utkir pielonefritning xujumi xomilador yoki tukkandan keyingi davrda paydo buladi. Xomiladorlik tufayli kup vakt siydik yullarining tonusini pasayishi pielonefrit davosini kiyinlashtirib, u uzok vakt yalliglanishning faol davrida kolish mumkin. Kaytadan xomiladorlik va tugishlar kup xollarda pielonefritning kuzgalishiga olib keladi.

Surunkali pielonefritning navbatdagi xar kuzgalishida yalliglanish jarayoniga, buyrakning ishlayotgan parenximasining yangi-yangi joylarini ishgol bulishi kuzatilib, ular keyinchalik biriktiruvchi tukimalarning chandiklari bilan almashadi. Bu esa oxiri buyrakning bujmayishiga, ikki tomonlama yalliglanish jarayonida surunkali buyrak etishmovchiligiga, uremiyaga va ulishga olib keladi. Kupincha buyrakdagi chandik-skleriotik jarayon nefrogen arterial gipertenziyaning rivojlanish sababi buladi.

Bolalarda xam xuddi kattalardagidek surunkali pielonefrit uzok vakt davom etib, faol davrda buyrakning yashirin yalliglanish jarayoni va tuzalish davri bilan almashinibturadi. Agar yosh bolada pielonefrit tuzalish yoki sogayish davrida tursa, odatda uning es-xushiga ta'sir kilmaydi. Fakat terida kamkonlik, vakti-vakti bilan kuzning kovok tagida «shishlar» paydo bulib, biroz charchashlikni sezadi.

Kasallikning faol yalliglanish davriga utganda yosh bolaning xis kilishi ko'rinarli darajada yomonlashadi: bushashishlik, xorginlik, tez charchash, ishtaxa pasayishi paydo bulib, terining kamkonligi va kuz kovogining tagida «shish»larning ko'rinishi yakkol bulib koladi. Ba'zi bolalarning kornida, bel soxasida sanchik ogriklar, siyish buzilishi va xattoki enurez paydo buladi.

PATALOGIK ANATOMIYA.

Pielonefritda infektsiya buyrakda bir tekis bulib tarkalmaganligi sababli kasallikning morfologik ko'rinishi aloxida- aloxida bulishi bilan fark kiladi. Buyrakning zararlangan joylarida plazmatik va limfoid xujayralardan tashkil topgan intersitsial infiltrat va chandik biriktiruvchi tukimalarning borligi aniklanadi. Lekin vakti-vakti bilan pielonefritning kaytalanishi sababli buyrak tukimalarida xar xil davrga xos yalliglanish jarayoni aniklanadi: ilgari bulgan uzgarish jarayoni bilan

birga yangi yalliglanish uzgarish joylarida polimorfyaderli leykotsitlardan iborat bulgan infiltratlar buladi.

Surnkali pielonefrit yalliglanish jarayonining rivojlanishi uch davrga ajratiladi.

1-davrida buyrak miya kateaminning oralik tukimalarida leykotsitar infiltratsiya va intakt bulgan koptokchada naychalarining atrofiyasi aniklanadi.

2- davrida interstitsiya va naychalarda asosan uzgarish chandikli – sklerotikga xos buladi. Bu esa distal bulimlardagi nefronlarni ulishiga va yiguvchi naychalarni bosilishiga olib keladi. Buning natijasida, buyrakning pustlok kismida joylashgan nefronlarning kengayishi va ularning ish faoliyatlarinigiga buzilishi paydo buladi. Egilib va bukilgan naychalarning kengaygan joylari kalkansimon bezning tuzilishini eslatadigan ok massa bilan tulgan buladi. Shu sababli buyrak «tireodizimini» surunkali pielonefritning morfologik ko'rinish belgisiga xos deb xisoblanadi. Kasallikning bu davrida bir vaktida koptokchalar va tomir atrofida chandikli sklerotik jarayonning bushab kolishi va gialinizatsiyasi aniklanadi. Tomir va tukimalarda, tomirlar atrofida yalliglanish jarayoni ularning bir kismini tusib, ba'zilarini toraytiradi.

3- oxirgi davrda buyrak tukimalari, tomirlari oz bulgan biriktiruvchi tukimalar va tula chandikli tukimalar bilan almashgani kuzatiladi.

Alomati va kilinik davri.

Surunkali pielonefritdan yalliglanish jarayoni buyrakning oralik tukimasida yillar mobaynida sust bulishi sababli yakkol bulgan klinik alomatlarisiz utishi mumkin. Surunkali pielonefritning ko'rinishi kupincha uning faolligida, buyrakda yalliglanish jarayonini tarkalishida va davriga boglik. Ularning xar xil darajada ko'rinishi va birga bulishi surunkali pielonefritning kup variantidagi klinik alomatlarini yaratadi. Masalan: kasallikning yashirin boshlanish davrida yalliglanish jarayonining chegaralanganligi sababli kasallikni klinik alomatlarini yuk bulib, fakat siydikda letsykotsitlar sonining biroz kutarilganining (kupincha 1 ml siydikda 6 . 10³ gacha) topilishi, ularning orasida faol leykotsitlarni aniklanishi pielonefrit borligini guvoxi buladi. Surunkali pielonefritning boshlanishi va yalliglanishi faol davrida engil noxushlik sezilib, ishtaxa pasayadi, charchashlik yukori buladi, ertalab bosh ogrigi va adinomiya, bel soxasida kuchsiz simillagan ogriklar, engil titrok, teri kamkon bulib, siydikda leykotsituriyalar (1 ml siydikda leykotsitlar 25. 10³ dan kuprok), faol leykotsitlar va ba'zi xollarda Shterngeymer-Malbin xujayralari va bakteriuriya (1ml siydikda 10⁵ va undan kuprok mikroorganizmlar) bulib, SOE kattalashib, antibakterial antibela titri yukorilashgan buladi.

Pielonefritning ancha kechrok davrida fakat faol va yashirin davrlaridagina bulmay, lekin tuzalish xam umumiy xorgin – ishtaxani yukligi seziladi. Bemorlar, ayniksa ertalab ogzida buladigan noxush ta'mga epigastriya soxasida bosilish tufayli bulgan ogriklarga, mustaxkam bulmagan najasga, metiorizm va bel soxasida bulgan utmas simillagan ogriklarga ular odatda axamiyat berilmaydilar.

Buyrak ish faoliyatining buzilishi chankoklika, ogizning kurishiga, nikturiya va poliuriyaga olib keladi. Teri koplami kuruk, kam konli, sarik kulrang tusda buladi. Anemiya va arterial gipertenziya kupincha surnkali pielonefritning alomatlaridan buladi. Engil jismoniy xarkat vaktida xansirashning paydo bulishi, kupincha anemiyaga boglik. Tsistolik urtacha 170-180 mm simob ustunida yukori diastolik

bosimni (110 mm simob ustunidan yukori) bulishi va gipotenzivli terapiyadan natijaning yukligi surunkali pielonefrit tufayli bulgan arterial gipertenziya xosdir. Agar pielonefritning boshlanish davrida bemorlarning 10-15 arterial gipertenziya kuzatilsa, kech davrida esa 40-50% uchradi. Surunkali pielonefritning yalliglanish jarayon davrlari xayotining davri va yoshiga karab ta'rifi 84 rasmda kursatilgan.

TASHXISI. Surunkali pielonefritning tashxisida tugri yigilgan anamnez muxim yordam beradi. Yoshlikda buyrak va siydik yullarining bulgan kasalliklarini kattik turib aniklash kerak. Ayollarda xomiladorlik vaktida yoki tukkandan keyin utkir pielonefritning yoki tsistitni bulganligiga axamiyat berish kerak. Erkaklarda ayniksa utgan umurtka poganasi Qovuq va siydik chikarish kanallarining shikastlanishlariga va siydik jinsiy a'zolarining yalliglanish kasalliklariga axamiyat berish kerak. undan tashkari, pielonefritning paydo bulishiga sabab buladigan omillarni buyrak va siydik yullarining tabiiy ko'rinishdan uzgacha bulishi, siydik tosh kasalligi, nefroptoz, shakarli diabet prostata bezining adenomasi va boshkalarni aniklash kerak.

Surunkali pielonefritning tashxisida taxlilxona, rentgenologik va radioizotop tekshirish usullarining axamiyati katta.

Leykotsituriya surunkali pielonefritning eng muxim va kup uchraydigan belgilaridan bulib xisoblanadi. Lekin siydikning umumiy taxlili pielonefritning yashirin yalliglanish davrida leykotsituriyani aniklashda kam axamiyatlidir. Umumiy taxlilning noanikliigi shundan iboratki, tekshirish uchun koplama oynakka sentrifugirovaniyadan keyin olingan toshning kattaligi chukkan siydining mikdori juda anik kilib xisoblanadi. Surunkali pielonefritning yashirin davrida bemorlarning deyarli yarmida siydikning umumiy taxlilida leykotsituriya aniklanadi. Shu tufayli surunkali pielonefritga shubxa bulganda leykotsituriyani Kakovskiy-Addis (bir kecha-kunduzgi siydikdagi leykotsitlarning mikdori). Amborje (1 dakikada ajralib chikkan leykotsitlar soni), de Almeyda – nechiporenko (1 ml da leykotsitlar soni). Stenfilda va Vebba (tsentrifugirlanmagan 1 mm³ siydikda leykotsitlar soni) usullari bilan aniklashga buladi. Yukorida kursatilgan tekshirish usullaridan eng tugri bulib Kakovskiy –Addis usuli xisoblanadi, chunki bunda siydikni katta vakt orasida yigiladi. Lekin bunda soxta natijalardan saklanish uchun siydikni ikkita sqisqa idishga yigish kerak: bittasiga siydikning birinchi kismi yigiladi (xar siyishda 30-40 ml olinadi), ikkinchisiga siydikning xammasi. Birinchi kismida kup mikdor leykotsitlarning bulishi, ular siydik chikarish kanalining ivish xisobiga bulib, fakat ajralib chikkan siydikni umumiy mikdorini xisoblashga ishlatiladi. Siydikning ikkinchi kismidan leykotsituriyani Qovuqdan yoki buyrakdan ekanligini aniklashga imkon beradi.

Agar shifokor bemorda surunkali pielonefritning tuzalish davri borligiga shubxa kilsa, kasallikni su'niy ravishda kuzgatadigan testlar kullaniladi(prednizalon yoki pirogenal).Prednizalon eki pirogenal yuborgandan keyin leykotsituriyani poydo bulishi surunkali pielonefritning borligini guvoxi buladi. Agar siydikda faol leykosit va Shterigejmer- Malbin xujayralari bir vaktida topilsa, ayniksa bu test ishonchli buladi.

Siydikni osmatik kontsentratsiyasining 400 mosi (L) ozayish va endogen kretenin klirensining pasayishi xam surunkali pielonefritda diagnostik axamiyatga

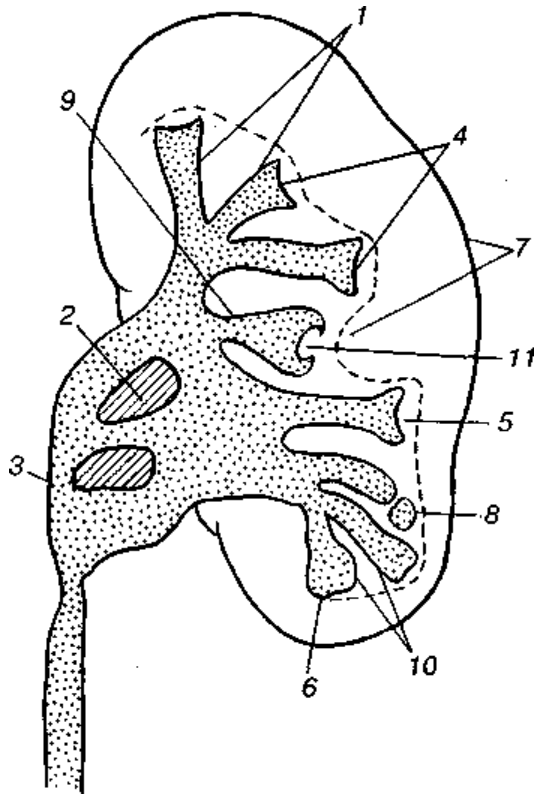
ega. Kasallikning boshlanish davrida kupincha buyrakning konsentratsion kobilyati ozayishi mumkin. Kon yunalishiga karab-naychalar osmatik gradientini saklab turishi, dital bulimlardagi naychalar kobilyatini buzilganligining guvoxi buladi. Naychalar sekretsiasining pasayishi xam surunkali pielonefritning eng boshlanish belgilaridan biri bulib xisoblanadi.

Protenuriyaning xususiyatlarini urganadigan antibakterial antitela titrlarini aniklab immunologin reaktivnostga baxo beradigan usullar muxim axamiyatga ega. Xozirgi vaktida xujayra va gumoral omillarni aniklaydigan bir necha usullar erdamida immunologik reaktivnostga baxo beriladi. Xujayrali usullardan eng kuptarkalgan usullardan biribulib, periferik konda immunokompetent xujayralarning sonini, ularning ish faoliyatini bir butunligini aniklaydigan usul bulib koldi. Immunokompetent xujayralar sonini rozetka xosil kiladigan reaksiyalar orkali aniklanib, ularning xar xil modifikatsiyalarini timusga boglik va timusga boglik bulmagan nulevoy immunokompetent xujayralar deb ataladigan sonlarni aniklashga imkon beradi. Periferik konda limfotsitlarning beasttransformatsiya reaksiyasini utkazishda immunotsitlarning tula ish faoliyati tugrisida axborat olinadi.

Immunologik reaktivnostning gumoral omillari konda xar xil klassdagi immunoglobulinlar-IgA, IgG, IgM, IgD, IgE izoizogemagglyutinlar, antibakterial, buyrakga karshi va sitotoksik antitela titrlarining darajasi tula ifodalanadi.

Surunkali pielonefritning surunkali glomerulonefritdan farki shuki, unda immunokompetent V-xujayralari, IgG, IgA antibakterial antitela titrlarining yukori darojali bulishidadir.

Tsistoskopiya vaktida Qovuq shillik pardasida juda kam xollarda uzgarish aniklanadi. Xromotsistoskopiya indigokarminning ajralib chikish darajasi sekinlashgani va siydikning va siydikning indigokarmin bilan buyalish tezligini 50% bemolarda buzilganligini aniklashga imkon beradi. Pielonefritning kechki davrlarda yuborilgan indigokarmin 12-15 dakikadan kegin chikadi. Rentgenologik tekshirish usullari surunkali pielonefrit tashxisida muxim erdam beradi. Kasallikning asoiy rentgenologik belgilardan kuyidagilar bulib xisoblanadi: 1)buyrakning katta-kichikligi va ko'rinishining va ko'rinishining uzgarishi. 2)rentgenokonstrast moddalarni buyrakdan ajralib chikishining buzilishi. 3)renalkortikal indeksining(RKI) patologik kursatmalari. 4) kosacha-buyrak jomchalarining deformatsiyasi. 5)Xondson belgisi. 6) buyrakning angioarxitektonikasining buzilishi.



85-rasm. Surunkali pielonefritning rentgenologik belgilari:

1-kosachalar buyinlarining yalliglanish infiltratining ikki tomonga surishi; 2-buyrak jomining kuch va kuvvati paysayishi; rentgenokonstrast modda bilan nukson bulib tulishi; 3-bel mushaklarining chekka belgilari; 4-buyrak tirsaklarining tekkislanishi; 5-kosachalarning likopsimon shaklda buli; 6-tugnagich bulib uzgargan kosacha; 7-xodson belgisi; 8-tortib olingan tirsak; 9-kosacha buynining kaltalashib va torayishi; 10-buyrak parenximasida sklerotik jarayoni tufayli kosachalar buynining yakinlashib va torayishi; 11- tirsakning nekrozi.

Surunkali pielonefrit umumiy rentgenogrammasida buyraklarning bittasini kichkina bulmaganligi, buyrak zichligining yukorilashganligi va zararlangan buyrak ukining vertikal bulib turishi aniklanadi. Ekskretor urografiyasining xarxil modifikatsiyalari surunkali pielonefritning asosiy rentgenodiagnostik usullaridan bulib xisoblanadi. Surunkali pielonefritning rentgenologik ko'rinishi pomorfizm va assimetriya uzgarishlari bilan fark kilib, ular rentgenokonstrast moddalarni yuborgandan keyin yakin (1,3,5 dakikadan keyin) va kechrok (1 soat, 40 dakikadan keyin) kilingan ekskretor urografiyalarda yakkol ko'rinadi. Kechrok kilingan urogrammalarda zararlangan buyrakning kengaygan naychalarida rentgenokonstrast moddalarni ushlanib kolinishi sababli ularning urogrammalaridan ajralib chikishi kechrok bulganligi aniklanadi.

Surunkali pielonefritning 1 davrida kachon infiltrativ jarayonlar kuprok bulganda, rentgenogrammalarda kosachalarning surilishi, ularning buyini va buyrak jomining kiskarishi aniklanadi. Kiskarish muddati 2030 sekund davom etganligi sababli ularni ekskretor urografiyasiga karaganda kupincha uroginematografiya ma'lumotlari aniklaydi.

Pielonefritning 2 davrida, kachon –chandikli sklerotik uzgarishlar rivojlanganda, buyrak jomi kosachalarining kuch-kuvvatini pasaygan siydik yulini biroz kengayganiga uxshagan va bel – mushak kirgoklarining belgilari paydo buladi. Buyrak jomi va siydik yuli bel mushaklari kirgoklarining bir-biriga tugri yopalok

bulib, ularning parallel bulishi kuzatiladi. Kosachalarning xar xil deformatsiyalari uchraydi: ular kuzikorinsimon, tugnagich shakllariga uxshab surilishadi, ularning buyinlari chuzilib va torayishadilar, tirsaklari tekislanadilar.

Surunkali pielonefrit bulgan bemorlarning 5/3 urtacha 3/2 kismida xodson belgisi aniklanadi. Uning moxiyati shundan iboratki, ekskretor yoki retrograd pielogrammalarda, pielonefrit bulib uzgargan buyrak tirsaklarining bir-biriga kushilgan chizigi, juda egri-bugri buladi, chunki chandikli buyrakning uzgargan joylari buyrakning yuzasiga yakinlashib, buyrak tukimalarining saklangan joylari undan ancha uzoklashgan buladi. Bu chizik soglom buyrakda bir tekis kavarik, pastga chukmay, buyrkaning tashki kirgogiga parallel bulib turadi.

Surunkali pielonefritda retrograd pielografiya, buyrakning ayniksa gospital shtampli bakteriyalar sababli juda kam xollarda kullaniladi.

Surunkali pielonefritning uziga xos rentgenologik belgilari 85-rasmda kursatilgan.

Surunkali pielonefritda buyrak parenximasi asta-sekin ozayib boradi. Buni renalkortikal indeksi (RKI) yordamida ancha anik kilib aniklash mumkin. Bu buyrak-jom kosachalari, maydon buyrak maydoniga nisbatan bulgan kursatkichdan iborat. RKI baxosi shundan iboratki, surunkali pielonefrit bemorlarda kasallikning 1 va 2 davrlarida buyrak parenximasini ozayganini kursatadi, chunki buni xisoblashsiz usuli bilan aniklash imkoni bulmaydi.

Surunkali pielonefritda buyrakning arxitektonikasini aniklashda buyrak arteriografiyasi muxim ma'lumot beradi. Surunkali pielonefritda buyrak tomirlarining uzgarishi uch davrga bulinadi.

I davrda mayda bugim-bugim (segmentar) arteriyalar soni kamayib, butunlay yuk bulib ketishi xam mumkin.

Kasallikning II davrida, ya'ni buyrak parenximasida sezilarli darajada uzgarishlar bulgan paytda, buyrak arterial tomirlarining toraygani ma'lum buladi.

III davrda buyrak bujmayib deformatsiyaga uchraydi, uni tomirlarining mikdori kamayadi va torayib koladi.

Surunkali pielonefritda buyrakning xar pallasi funksiyasini aloxida bilish uchun yoki uning kaysi tomoni shikastlanganini aniklash uchun radioizotop usullaridan renografiya kullaniladi.

Bu usul davolash paytida buyrak funksiyasining tiklanishini nazorat kilib turish uchun xam kulaydir.

Ishlab turgan parenximaning son va sifatini aniklash uchun dinamik stsintigrafiyani kullash maksadga muvofikdir. Buyrak segmentar shikastlanganda dinamik

stsintigrafiya shu zonadan gippuxaning yurishmay kolganini kursatib beradi.

Statik va dinamik stsintigrafiya pielonefritik bujmaygan buyrakning katta-kichikligini, unda preparatning kay darajada yigilganligini va tarkalganligini



Rasm . Aortogramma. Surunkali pielonofrit. «Yongan daraxt» Simptomi.

aniklashda yordam beradi. Bunda olingan renangiografiya buyrakning kon bilan ta'minlanish xolatini va uning davolash paytida tiklanish (sogayish) darajasini aniklashda yordam beradi. 86-rasm. Aortogramma, surunkali pielonefrit (I davri). Yongan daraxtga uxshaydi.

AJRATISH TASHXISI. Kupincha surunkali pielonefritni boshqa kasalliklardan farkli ularok, masalan: buyrak silidan va glomerulonefritdan ajratishga (ajratish kilishga) tugri kelib koladi. Bunda masalani kuyidagicha echish kerak. Agar organizmning boshqa a'zolari sil bilan kasallangan bulsa, shuningdek dizuriya, gematuriya yukori siydik yullarining chandiklashib torayishi, proteinuriya kamrok darajada bulsa xam leykotsituriyaning eritrotsituriyaga nisbatan ortishi buyrakning silligini bildiradi. Siydikda sil mikobakteriyalarining topilishi tsistoskopiya natijasidagi Qovuqning va rentgenologik ma'lumotlar buyrak silining anik alomatlari xisoblanadi.

Surunkali glomerulonefrit pielonefritdan siydikda eritrotsitlarning leykotsitlardan kupligi bilan fark kiladi. Shuningdek unga proteinuriyaning (siydikka molekulyar massasi yukori bulgan oksillarni utishi), glomerulyar tipi silindruriya kabilar xosdir.

Skleroz fazasida bir tomonlama surunkali pielonefritni buyrakning gipoplaziyasidan ajrata olishga tugri keladi. Bunda masalani rentgenologik tekshirishlar echadi. Buyrakning notekis shakli, kuyuk soyasi, kosacha, gudda, kopchalarning deformatsiyalanishi, RKI ning uzgarishi, buyrak faoliyatining pasayishi, «kuygan daraxt» kabilar pielonefrit foydasiga bulgan alomatlaridir. Buyrakning gipoplaziya alomatlari kuyidagilardir: kosacha vakopchaning deformatsiyaga uchramagan xolda kichayib kolishi, a'zoning tekis konturi, tukimaning normal zichligi, kosa-kopcha sistemasining uzgarmaganligi, buyrakning nisbatan konikarli faoliyati va anamnezda pielonefrit foydasiga ma'lumot bulmasligidir.

DAVOLASH. Surunkali pielonefritni davolashda asosan kuyidagilarga amal kilish kerak: 1. siydik yurishining buzilish sabablarini yukotish yoki buyrak kon aylanishining ayniksa vena kon tomiridagisining buzilish sabablarini yukotish. 2. antibiogrammada olingan ma'lumotlarga kura bakteriyalarga karshi preparatni tayinlash. 3. organizmning immunitet reaksiyasini oshirish.

Siydik okimini tiklash uchun avvalo xirurgik ishlarni amalga oshirish kerak. (buyrak va siydik yullaridan toshlarni olib tashlash, nefroptoz nefropeksiya, erkaklar prostatik bezidagi adenomadan xolis kilish, siydik chikaruvchi kanalning yoki buyrak jomi va siydik bugimlari plastikasi. Kupincha shu operativ ishlarni bajarganda kasallikni antibakterial preparatlarisiz remissiya xolatiga ya'ni avj olmaydigan, sezilmaydigan tinch xolatga olib kelib kuyish mumkin. Siydik yurishini roslamay turib antibakterial preparatlar yordamida kasallikni remissiya xolatiga keltirish kiyin.

Antibiotiklar va kim'yoviy antibakterial preparatlar siydikdagi mikroblarning antibakterial preparatlarga ta'sirchanligini aniklangan xolda tayinlashini kerak. (193-betga karalsin). Antibiogramma ma'lumotini olgunga kadar keng ta'sir kiladigan antibakterial preparatlar tayinlanadi. Antibiotiklardan ular katorini ampitsillin, tetrailan, kanamitsin, gentamitsin, levomitsin, levomitsetin, karbonitsillin (dozasi –

194 betda) kabilar kiradi. Keng ta'sir kiluvchi kim'yoviy antibakterial preparatlarga esa furagin (0,1g dan sutkasiga 3 maxal ichiladi). Nevigramon (sutkasiga 1 g dan 4 marta ichiladi). 5-NOK yoki nitroksolin (kuniga 0,1g dan 4 marta ichiladi). Sulfadimetoksin (1 kecha-kunduzt 0,5g dan 5-4 maxal ichiladi) va boshkalar kiradi.

Surunkali pielonefritning davosi sistemali ravishda uzok muddatda (1 yildan kam bulmagan davr ichida) utkazilishi kerak. avvalgi uzluksiz antibakterial davosi 6-8 xafta ichida utkaziladi. Bu davrda infektsiya agenti sundirilib yiringlash jarayoni asoratsiz, yaralangan (chandikli) parenxima tukimasi xosil kilinmagan xolda tuxtalishi zarur.

Kasallikni uzluksiz davolash natijasida remissiya xolatiga olib kelingandan sung, kasal davosini kiskarok vaktida damba-dam davom ettirish mumkin. Urtada beriladigan dam muddati buyrakning shikastlanish darajasiga karab va kasallikni yana zurayish alomatlarini paydo bulishiga karab ya'ni yiringlash jarayoni latent (yashirin) faza alomatlarining paydo bulishiga karab belgilanadi.

Pielonefritning kuzgalish alomatlarini uz vaktida bilib olish uchun 5 kunda siydikni kompleks ravishda tekshirib turiladi. Bu esa kuyidagilardan iborat: leykotsituriya darjasini mikdoriy aniklash usullari bilan topish, siydik aktiv leykotsitlarini aniklash, xamda bakteriuriya darjasini va siydik mikroflorasi xarakterini ruyobga chikarish. Remissiya fazasi uzok muddatda doim saklanib kolishligi uchun surunkali pielonefritga chalingan kasalliklarni kayta antibakterial davolash kursini kasallikning kaytalovidan (taxminan bilish mumkin) 3-5 kun ilgari boshlash zarur. Masalan: agar shunday kasallik 30 kundan keyin kaytalansa, kayta antibakterial davolash kursini 25-27 kundan keyin tayinlash kerak.

Kasallik kuzgatuvchi bakteriyalarga karshi preparatlar ilgari aniklangani xolda, ular bilan antibakteriyaal davolashning kayta kursi 8-10 kun davom etadi, chunki kasallikning latent fazasida va remissiya davrida bakteriuriya kuzatiladi. Infektsiyaning antibakterial preparatlarga kunikib kolmasligi uchun, preparatlar xar 3-5 kunda almashgan xolda beriladi.

Antibakterial preparatlar ichilar ekan oralikda esa kuyidagilar tayinlanadi: klyukva morsi (kuniga 2-4 stakan, diuretik xam antiseptik xususiyatga ega bulgan kuritilgan utlarning damlamasi, natriy benzoat (1 kecha-kunduz 0,5 g dan 4 maxal ichiladi) va metionni (1 kecha-kunduz 0,5g dan 4 maxal ichiladi). Natriy benzoat va klyukva morsi jigarda gippurat kislotasining sintezini oshiradi. U esa siydik bilan ajralib, pielonefrit kuzgatuvchi mikroblarga kuchli bakteriostatik ta'sir kursatadi. Agar infektsiyaga antibakterial preparatlar ta'sir etmasa, unda surunkali pielonefritni davolash uchun, siydikda keskin nordon muxit xosil kilish maksadida metioninning kattarak dozasi ishlatid. (1 kecha-kunduz 6 g gacha).

Surunkali pielonefritga duchor bulgan kasalliklardagi nespetsifik immunologik reaksiyani oshirish uchun xar oyda 10-15 kun davomida metiluratsiya yoki pentoksil ishlatiladi (1 kecha-kunduz 1 g dan 4 maxal ichiladi), (1 kecha kunduzi 0,3 g dan 4 maxal ichiladi).

Surunkali pielonefrit bilan kasallangan kishilar, truskovetsk, Jelevnovodek, Djermuke, Sairme va kurort sanatoriyalarda xam davolanishi mumkin. Kuchsiz minerallashgan suvlarni kabul kilish diurezni kuchaytiradi, bu esa uz navbatida buyrak va siydik yullaridan shamollash produktlarini olib chikib ketishga yordam beradi. Kasalning umumiy axvolining yaxshilanishi uning dam olishiga, turli kurort

ta'sir kuchlari (balneologik davo, suv, balchik ta'siriga, ratsional ovkatlanishiga) bog'lik. Bunday sharoitlarda buyrak, siydik yullari, jigar oshkozon, ichak va organizmning boshka a'zo va sistemalarining ish faoliyati yaxshilanib, pielonefritni davolashga ijobiy ta'sir kiladi. Shuni esda tutish kerakki, surnkali pielonefrit bilan kasallanganlar xo poliklinikada yoki kurortda jiddiy va muntazam davolanganlari yaxshi natija beradi. Shuning uchun surnkali pielonefrit bilan xastalangan, kasallik xo kuchaygan (faol) fazasida bulsin, xo latent fazasida, kurort sharoitlarida xam ilgari uzok muddat kuzatib davolanib yurgan vrach tavsiya kilgan sxema buyicha antibakterial davolanishni davom ettirish kerak.

NATIJASI. Kasallikning okibati uning chuzilishiga, aktiv yoki passivligiga, kaytaloviga bevosita bog'lik. Agar kasallik bolalikdan, buyrak yoki siydik yullari anomaliyasidan boshlansa, surunkali pielonefrit buyrak ish aoliyatining buzilishiga va nefrogen arterial gipertenziyaga sabab buladi. Ikkala asorat barobar kelib kolsa, okibat ayniksa noxush buladi.

Pionefroz. Pionefroz deb buyrakning spetsifik yoki nespetsifik yiringlashgan destruktiv shikastlanishining oxirgi stadiyasiga aytiladi. Pionefrotik buyrak yiring tufayli parchalangan blib, ayrim bushliklari yiring, siydik va tukimaning parchalanishi natijasida xosil bulgan moddalar bilan tulgan buladi. Buyrak xaltasining (jomining) devori koliplashgan, infiltratsiyaga uchragan. Pionefroz doim peri yoki paranefrit bilan birga yuradi. Pionefroz kupincha siydik tosh kasalligi tufayli siydik yullarida yalliglanishning aktiv fazasida uzok davom etgan anomaliyalar yoki ogrik bilan birga surunkali pielonefritning boshi xisoblanadi.

Alomatlari va klinik utishi. Pionefroz bilan xastalanganda, belining uziga xos joyida keskin bulmagan simillab ogrishlar paydo buladi. Bu ogrik kasallik avj olganda kuchayadi. Chertish usuli bilan sillik, zich va kattalshagna, xarakatchanlangan buyrak aniklanadi. Kasallik surunkali bulib utayotganida, Pasternatskiy alomati kam sezilarli darajada buladi, kuchayganda ijobiy buladi. Pionefrozda piuriya kuchayadi: siydik loyka bulib, parcha-parcha donalar suzib yuradi. Siydik idishi bilan koldirilganda esa siydik xajmining 4/1 ni tashkil kilgan yiringdan iborat chukma xosil buladi.

Tashxisi. Xromottsistoskopiya vaktida yuvayotgan suyuklik tezda loykalanadi, siydik yuli teshigi soxasida shilimshik pardadagi tomirlar kengaygan bulib, uning ichidan xuddi tyubikdan pasta chikkandek yiring chikib turadi: shikastlangan tomondan indigorkarmin ajralib chikmaydi. Rentgenologik tekshirish usullari pionefroz tashxisida xal kiluvchi axamiyatga ega. Umumiy rentgenogrammada yugonlashgan buyrak kulankasi aniklanib, bel mushaklarining shakli ko'rinmaydi.

Ekskretor urogrammalarda zararlangan buyrakda rentgenokonstrast modda aniklanmaydi yoki fakat kechrok 1-2/1 – 3 soat) bulgan rentgenogrammalarda uning kuchsiz va shaklsiz kulankasi buladi. Rentrograd pielogrammalarda xar xil kattalikda, kirgoklari tekis bulmagan, kengaygan tekshiklar ko'rinadi (87-rasm).

Ajratish tashxisi. Pionefrozni buyrak polikistozi va usmadan ajrata bilish kerak. Paypaslash bilan buyrak kattalashganini aniklash bu kursatilgan kasalliklarning umumiy belgisi bulib xisoblanishi mumkin. Lekin polikistozda kasallik ikki tomonlama bulganligi uchun ikkinchi kattalashgan buyrak xam paypaslaganda aniklanishi mumkin. Pionefrozda kattalashgan buyrakni

paypaslaganda ogrik urtacha buladi, usma bilan zararlangan buyrakning paypaslanishi esa ogriksiz buladi. Utkir pielonefritning anamnezida kaytalanган xujumlarni yoki surunkali pielonefritning faol yalliglanish davrining uzok davom etishi pionefrozning guvoksi buladi. Total ogriksiz bulgan gematuriya esa usmaga xosdir.

DAVOSI. Pionefrozni davolash fakat operatsiya yuli bilan buladi. Kupinchanefrektomiya kullaniyadi yoki (siydik yullari uzgargan chogda) nefruretorektomiyadan foydalaniladi. Pionefrozli bemorlarning ikkinchi buyragida chukur morfologik va funktsioanl uzgarishlar bulsa buyrak etishmovchiligi kuzatilganligi sababli, ba'zida palliativ operatsiya kilish bilan chegaralaniladi – nefrostomiya.

NATIJASI. Pionefroz radikal operatsiyadan keyin (nefrektomiya) uning natijasi xushkungil buladi, lekin ikkinchi buyragida surunkali pielonefrit va nefrolitiaz rivojlanib kolishi mumkin. Shuning uchun bemorlar buyragi olingandan keyin, bosha bitta buyragi bor bemorlarga uxshab xamisha urologning doimo dispanser nazoratida bulishlari kerak. Pionefrozli bemorlar jarroxlik yuli bilan davolanmasa, okibati ancha yomon , chunki buyrakda davom etayotgan surunkali yiringli jarayon jiddiy asoratlarga olib keladi: ikkinchi buyrakning amiloidoziga, gepatopatiya, buyrak oldi klechatkasi yiring yorib kirishi mumkin. bu esa sepsisga olib keladi.

Paranefrit. Paranefrit buyrak yonidagi tukimaning yiringlab yalliglanishidir. Ogir yiringli pielonefritga kushilib ketadigan fibrozli buyrak kapsulasini paranefrit stafilokokk ba'zida streptokokk, ichak tayokchasi va mikroblarning boshka turlari tufayli yuzaga keladi.

Paranefrit birlamchi va ikkilamchi bulinadi. Buyrak kasalligi bulmay turib, paranefral tukimaga organizmning yalliglangan uzok nuktalaridan yul bilan infektsiyaning (panaritsiy, furunkul, osteomielit, pulpit, angina va boshkalar natijasida) utishi birlamchi xisoblanadi.

Ikkilamchi paranefrit buyrakdagi yalliglanish jarayonini keskinlashishi natijasida kelib chikadi.ba'zi xollarda yiringli paranefral tukimaga buyrakning yalliglangan joyidan (buyrak karbunkuli chipkoni) buyrak abtsessi, pionefroz bevosita utishi natijasida boshka xollarda (pielonefrit misolida) limfatik va kon yullari buylab utishi natijasida paranefral tukimaga infektsiya yana kushni organlarning yalliglangan joylaridn (parakolit, retroperitonit, parametrit, paratsistit, appenditsit , jigar abtsessiYu plevrit, upka abtsessi va boshka xollarda) utishi mumkin.

Paranefral tukimadagi yalliglanishning joylanishiga karab, paranefritning oldingi orkangi, yukori , pastki va umumiya bulinadilar. Buyrakning orka yuzasi buylab kuprok yog tukimasi rivojlanganligi tufayli, kuprok orka pionefriti uchraydi. Ikki tomonlama paranefrit juda kam uchraydi.

Yalliglanishning darajasiga karab avj olgan yoki surunkali paranefrit deb buladilar. Avj olgan yoki keskin raishda utayotgn paranefrit avval shamollashning ekssudativ stadiyasini utab yo kayta rivojlanadi, yo yring stadiyasiga utishi mumkin. Agar yiringlash paranefrit tukimada tarkalayotgan bulsa , tukimalar orasidagi pardalar (mejfastsialnie peregorodki) emirilib , yiring belning nimjonrok joyiga karab, Pti va Lesgaft-Gryunfeld burchagiga karab yura boshlaydi. Keyingi

rivojlanishida yiring paranefral tukimasidan chikib korincha kabi bushlikda yara (flegmona) xosil kiladi. Yara ichakka karab yoki korin, parda bushligiga karab yoki Qovuqqa karab, yo chot teri ostida yorilishi mumkin. Bu xolda bel teshikchalar orkali belning ichki yuzasiga tushadi. Ammo bunday okibatga fakat paranefritni uzok muddat bilmay kolgandagina kelish mumkin.

Alomati va klinik utishi. Paranefritning keskin xolda utadigan avval sezilarli alomatsiz bulsa, keyinrok xar kanday shamollash jarayoni kabi badanning uvishishi va xaroratning 39-400S gacha kutarilishidan boshlanadi. 3-4 kecha-kunduz va undan ortikrok vakt utgandagina kasallik beldagi paydo bulgan ogrik tufayli uz joyini bildirib kuyadi. Buni esa kotovertebral burchakning uziga xos joyida ogrikni paypaslash yuli bilan xam ogrik tomonda – buyrak atrofida bel muskulaturasining paypaslash natijasida kimyoviy kiskarishtdan xam bilish mumkin. Keyinchalik esa bel muskulaturasini kimyoviy kiskarishtxisobiga skolioz, kasalning uziga xos xolatini, ya'ni korniga sonlarini turtib, kuyib yuborganda, bel muskulaturasi ogrishi xisobiga anik bulib koladi. Undan tashkari, terining shishib kolishi uni bel atrofida burtib kolishi, shu joyning giperemissi, belning ogriyotgan tomonidan olingan konning leykotsitozining oshishi anik bulib koladi. Paranefral tukimadan (kletchatka) punktsiya yuli bilan olingan yring paranefritning anik tasdigi xisoblanadi. Birok punktsiya natijasida yiring chukmasi paranefrit emasligi inkor etmaydi.

Surunkali paranefrit kupincha tez-tez keskinlashib turadigan surunkali kalpulyoz pielonefritning ogirlashishi natijasida yuzaga keladi yoki kattik ogrikka ega bulgan paranefritning natijasi xisoblanadi. Surunkali pielonefrit kupincha kletchatkani biriktiruvchi tukima bilan almashgani xolda (kosali pipimatoz paranefrit) yoki fibroz-pipomatoz tukima bilan almashgani xolda samarali yalliglanish tipi buyicha utadi. Buyrak odatda kalinlashgan yogochdek zich infiltratga koplangan bulib, operatsiya vaktida uni yorishga utkir tigli narsa ishlatiladi.

Tashxisi. Keskin paranefritni aniklashda rentgenologik tekshirishlar katta yordam beradi. Rentgenogrammada ogrik tomondagi diafragmani ekskursion xarakterlarining chegaralangani ko'rinadi. Rentgenografik kuzatishda belning umurka pogona bulimida skolioz doirasi (konturi) yukligi bilinadi. Nafas olib chikarish paytida olingan ekskretor urografiya sog buyraknikiga nisbatan shikastlangan buyrakning xarakatsizligini yoki xarakatini keskin kamayganini bildiradi. Surunkali paranefritni aniklash tashxisi murakkabrokdir.

Ajratish tashxisi. Belni siyplsh natijasida anik bulgan zich gadir-budir shishsimon xosilani buyrak shishidan ajrata olish kerak. Buyrakdagi yalliglanishni uzok davom etishi, piuriya, bakteriuriya va yana siydikda aktiv leykotsitlarning mavjudligi, pielonefrit uchun xos bulgan buyrak, xalta-xuruji sistemasi shaklining buzilishi, ogriksiz gematuriya (kurtsimon kon laypalarining ajralishi), kasallik paranefrit ekanligi isbotdir. Bu kasalliklarni ajratishda rentgenradioizotop tekshirishlar muxim axmiyatga ega.

Davosi. Keskin (kattik ogrikli) paranefritning boshlanishida antibakterial terapiyani ishlatish kupchilik bemorlarni operatsiya kilmasdan tuzalishiga olib keladi. Konli paranefritning sababchisi stafilokokk bulganligi uchun davolash paytida kuyidagi dorilarni kullash yaxshi natija beradi: yarim sintetik penitsillinar-ampitsillin va karbenitsillin, shuningdek benzilpensillinning natriyli tuzi (sutkasiga 500000 ED dan 4 maxal, muskul orasiga) va eritmitsin (kuniga 0,25g dan 4 maxal ichiladi).

Antibiotiklarni biseptol, poteseptil, sulfadimetoksin, etazol kabi sulfanilamidli preparat bilan almashlab turish maksadga muvofikdir. Agar paranefrit sababchisi grammanfiy bakteriyalar bulsa ampitsillin, karbenitsillin, gentamitsin, tetraolean, solafur, sulfadimetoksin va boshkalar ishlatiladi. Dorilar kuyidagicha buyuriladi. Gentamitsin sutkasiga 40 mg dan 4 maxal muskul orasiga (dumbacha) tetrolean sutkasiga 0,5g dan 2 maxal venaga, solafur – 0,1 li sulfadimetoksin sutkasiga 0,5g dan 6 maxal ichiladi. Antibakterial davolashdan tashkari organizmning immunologik reaksiyasini oshiradigan terapiya utkaziladi: pentoksil, kon va plazma almashtirish, vitaminlar, glyukoza eritmasi va boshkalar.

Yiringli paranefrit bulgan chogda operativ davolashga amal kilinadi. U lyumbotomiyadan iborat, ya'ni parnefral abtsessni ochib, doka-tsellofan tamponlarini zichlab kuyishdir. Yaraning orka tomoni tikilmaydi.

Surunkali paranefrit keskin (ogrikli) paranefrit misolidgi kabi antibakterial preparatlar bilan bir katorda fizioterapevtik usullar kullanib davolnadi (masalan, diametriya, balchik applikatsiyalari (yopishtirish), issik vannalar va xakozo). Undan tashkari badanda mustaxkam vositalari ishlatiladi.

Natijasi. Keskin (ogrikli) paranefritning okibati xushkungillidir. Surunkali paranefrit kupincha uzok davom etadigan ikkilamchi pielonefritning ogirlashgani bulgani uchun uning okibati asosiy kasallikning xarakteriga boglik.

KORIN PARDASI ORTI FIBROZI. (ORMOND KASALLIGI)

1948 yil birinchi Ormond kashf etib yozgan korinorti pardasidagi fibroz shundan iboratki, bunda shu parda klechatkasida zich fibroz tukimasi xosil buladi. Parda klechatkasidagi bu sklerotik jarayonining etiologiyasi va patogenezi aniklangani uchun mazkur kasallik shu nomga ega buladi: idiopatik retropeoitonal fibroz, plastik periureterit, perirenal fastsit, fibrozli stenozlashtiruvchi periureterit, fibrozli peritonit. Ormonda kasalligi va boshkalar (xammasi bulib 15 nom). Ulardan eng tarkalgani korin orti pardasining fibrozi (zabryushenniy fibroz).

Korin orti pardasining fibrozi bir tomonlama yoki kuprok ikki tomonlama buladi. KPF jarayonida siydik yullari kisilib boraveradi va xoxlagan joyda shikastlanishi mumkin, masalan: promontoriumdan buyrak jomi-yu siydik yuligacha. Birok bu shikastlanish kupincha IV-V bel-umurtka atrofiga tugri keladi. Siydik yulini sikish umurtkaning ikki tomoniga tarkaladi. Bu jarayonning chegarasi diafragma, pastkisi-promontorium atrofi, yon tomoni chegaralari – siydik yullari. Agar jarayon tarkalgan bulsa, kup xollarda pastki kovakni vena bilan aortani uz ichiga oladi.

Tekshiruvlarni kupchilik olimlarning fikriga karaganda KPF xotin-kizlarning jinsiy organlarini kasallanishi natijasida, xoltsistit va xolangit, panklatit, ileitlarning rivojlanishi natijasida kelib chikadigan nespetsifik shamolash kasalligidir. Boshka ma'lumotlrga karaganda bu kasallikning sabablaridan limfangit, granulematozli vaskulit, shikastlanish (travma) bulishi mumkin. Bundan tashkari oxirgi paytlarda kornorti parda klechatkasida fibrozli uzgarishlar sababi xisobida immunoallergik gipoteza olga surilmokda. KPF klechatkasining uzgrishi gistologik usul bilan tekshirilganda fazalarga bulingan nespetsifik surunkali shamollash aniklanadi. Birinchi fazada xujayralarida limfotsistlar, gistiotsitlar, eozinofillar kabi infiltratlar diffuzion ravishda kirib tulgan buladi. Ikkinchi fazasi asta kollagan iplari rivojlangan

biriktiruvchi tukimalarni fibrozli uzgarishi bilan xarakterlanadi. Uchinchi fazada sklerozni va fibrozli tukimaning bujmayganini kurasiz.

Alomati va klinik utashi.

KPF ning klinik tasvirida alomatlar kam. Kasallar bel atrofidagi va korin pastidagi simillagan (mijgov) ogrikka, bu jarayonga nerv sistemasi presakralga chalinganda esa tuxumlardagi ogrikka xam undan tashkari kungil aynishlarga kayt kilishiga, charchab kolayotganiga, ishtaxaning pastligiga, arterial bosimning ortishiga shikoyat kiladi. Kasallikning avj olishi bilan bularga yana siydikning kam chikishi va suvbuyrak natijasida buyrak faoliyatining naychasi kushiladi.

Tashxisi (kasallikni aniklash).

Kasallik tashxisi rentgenologik tekshirishlar natijasida kuyiladi.

Tekshirish siydik yullarining rentgenologik surati va ekskretor urografiya bel muskullasining va buyrakning noanik chiziklari(kon turi) katori suv buyrakning boshlanishini ikkov siydik yullarining medial siljishini va ularning fiziologik torayish darajasiga kengayganligini bildiradi. Buyraklarning ish faoliyati keskin kamaygan paytda yukorgi siydik yullari xoaltini ya'ni ularning torayganini, gidroureteronefrozini va medial tomonga siljishini aytib beradigan retrogradli uretropielografiya yordamid aniklash mumkin. Retrogradli ureteropielografiyani utkazish mumkin bulmay kolgan vaktida teri orkali buladigan antegradli pieloureterografiya utkaziladi. Buyrakning anastomiyasi va ish faoliyatini aniklashda tekshirishning radioizotop usullari (izotopik) renografiya, stsintigrafiya) muxim axamiyatga ega.

Ajratish tashxisi.

KPF ning klinik tasviri va rentgenologik alomatlari boshka urologik kasalliklarnikiga ya'ni ikki tomonlama suvbuyrak, sil yoki boshka etiologiyaga ega bulgan siydik yullari tuzilishi yoki ularning axialaziyasi alomatlariga uxshaydi. Ammo yukorida kayd kilingan kasalliklardan farkli ularok KPF uchun yonboshdagi kon tomirlari chotishgan joyida balandlikda siydik yullarini obstruktsiyasiga uchrashi xarakterlidir. Undan yukorirokda siydik yullari kengaygan, pastrokda esa uzgarmagan buladi.

Davosi. KPF ni davolash kasallikni joylashishiga, tarkalishiga, siydik chikishining buzilishiga, infektsiyasiga boglik. Kupchilik kasalliklar uchun, operativ davolanish zarur ya'ni siydik yullarini korin bushligiga burip ureteroliz, siydik yulini uchuni-uchiga anastomatoz kuyib rezektsiyasi siydik yullarini ingichka ichak bugimi bilan almashtirish yoki sili protez kilish zarur, lekin sintetik materiallardan siydik yulini almashtirish uchun sun'iy materialdan (silikondo) protez tayyorlashda, siydik shimilganda, uning tuzlar ta'sirida sinib ketishi nokulaydir, chunki Ormond kasalligi kupincha pielonefrit bilan murakkablashadi. Gidronefrotik uzgarishlarni chukurlashgan paytida yoki surunkali pielonefrit chogida siydik yulidagi Rekonstruktiv-plastik operatsiyalar nefropielo yoki pielostomiya yordamida siydikni vaktina (ba'zi vaktida uzokrok muddatda) borish bilan bir katorda olib boriladi. Operatsiyadan keyingi davrda fibrozda tukima paydo bulmasligi uchun kortikosteroidlarni ishlatish va boshka surilib ketishga imkon beradigan ya'ni kaytaruvchi kasallikning birinchi konservativ davo kortekosteroid va surilib ketishi uchun yordam beradigan dori-darmonlar bilan boshlanadi.

Natijasi. Korin orti pardasining fibrozi davolanmasa, gidronefrotik uzgarishlar kuupayib, surunkali buyrak etishmovchiligining kuchayishi natijasida okibati noxush buladi. Davolashdan keyin ayniksa operativ davolashdan sung natija ancha tuzuk bulib, lekin kasallik kaytarilib, kolishi extimoli buladi.

TSISTIT.

Tsistit tez-tez uchrab turadigan urologik kasal bulib, Qovuq devorining infeksiyon yalliglanishidir.

Etiologiyasi. Mikroblardan uning eng kup sababchisi ichak tayokchasidir, undan keyin stafilokokk, enterokokk, protey, streptokokk va boshkalar xisoblanadi. Tsistit kuprok ayollarda uchraydi, chunki ayollar siydik yuli uziga xos utzilgan bulib, infeksiya yukori tomonga karab tarkaladi. Erkaklarda tsistit kamrok buladi.

Infeksiyani kirib kolishi prostatit bezning shamollashi, shuningdek urug pufakchalarining, moyak ortigining va siydik chikaruvchi kanalning yalliglanishi natijasida buladi. Ba'zi xollarda siydik pufagiga siydik olish uchun kateter solinganda yoki urologik tekshirishlar vaktida asbob ishlatilganda infeksiya kilib kolishi mumkin. Ayollarning xomilador paytida yoki yangi tukkan paytida Qovuqning tonusi kamayganda, erkaklarda esa prostata belning adenomasi mavjud bulganda, ya'ni surunkasiga siydik tutilib tursa siydik pufagiga kateter solish ayniksa xavflidir.

Patogenez. Infeksiyasining yukoridan pastga yurishi buyrak yalliglanganda (surunkali pielonefrit, pionefroz) kuzatiladi. Uzok muddatli surunkali pielonefritda tsistit kam kuzatiladi. Pielonefrit faol fazada utayotgan, ya'ni asosan bakteriuriya oshgan vaktida uchraydi. Qovuqqa infeksiyaning gematogen yuli orkali kirib kolishi, infeksiyon kasallikdan sung tsistit paydo bulganda yoki organizmning uzokrok joyida yiringlagan joy bulsagina yuz beradi. Ayollarda Qovuq bilan jinsiy a'zolari urtasida tugri limfatik aloka mavjud, shuning uchun jinsiy a'zolar yalliglanganda infeksiya(salpinofarit, endometrit, parametrit va boshkalar siydik pufagiga lifalar orkali utishi mumkin. Kup eksperimental va klinik kuzatishlar orkali Qovuq shillik pardasi infeksiyaga karshi tura olishi aniklangan. Demak, tsistitning paydo bulishi uchun shunga moyil bulgan boshka omillar xam bulishi kerak. Ularning eng muximlari: siydik pufagi devorida va kichik kon aylanishining buzilishi, siydik chikib ketishining buzilishi, organizmning infeksiyaga karshi kurashining susayishi (gipovitaminoz uning sovuk yoyishi, charchashi va boshkalar), siydik orkali chikayotgan kimyoviy modda va zaxarlarning Qovuq devoriga nokulay ta'siri, radiatsion terapiya.

Keskin ogrikli tsistit bir nechtaga bulinadi: birlamchi va ikkilamchiga va difuzli, kataralli gemorragik, fibroz-yarali, gangrenali, undan tshkari radiatsion tsistit xam mavjud.

Patologik anatomiya.

Utkir katared tsistitda Qovuqning shillik pardasi shishib va kizarib ketadi. Agar shamollash davom etsa, bu jarayon shillik katlam ostiga utib, yiringli infiltratsiyani xosil kiladi. Tsistit ogirlashgan sari yalliglanish mushak katlamiga utib, Qovuq shilimshik pardasida ulik tukimalar pardasi bilan koplangan yaralarni paydo kiladi. Tsistitning ogirlashishi uzokrok davom etsa, ba'zi vaktida Qovuq devori nekrozga uchrab ajralib turadi. Qovuq devorini chukur zararlanib biriktiruvchi tukimalar bilan bitib ketishi surunkali tsistitga xosdir. Shilimshik parda yana xam yumshoklashib,

undan osonlikcha kon okadigan granulyatsiya va ba'zida esa kistaga uxshash narsalar paydo buladi. (cystitis cystica). Kupincha shilimshik pardada polipsimon shish kabi usgan nekrozli joylar paydo buladi. Tsistit interstitsial xiliga utgan Qovuq bujmayib koladi.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Siydikning tez-tez achishtirib chikib turishi, siydik pufagi atrofidagi ogriklar, piuriya va terminal gematuriya –ogrikli tsistitning uziga xos belgilaridan bulib xisoblanadi. Qovuqning shamollashi kancha kuchli bulsa, ogrik xam shuncha kuchli bulib, kasalning peshobi tez-tez kelib turdai. Tsistit ogirlashganda kasallar xar 20-30 minutda peshobini keskin ogrik bilan tukib turishga majbur buladilar, siyib bulgandan keyin bir necha tomchi kon xam chikib turadi. Kechasi-yu kunduzi davom etgan ogrik kasalni tinkasini kuritadi. Keskin ogrikli tsistitda ogriklar Qovuq tepasida siymaganda xam turaveradi, lekin Qovuq usti paypaslansa ogrik yana keskin ravishda buladi. Siydik pufagining yalliglangan joyidan ogrikning doim chikib turishi, detruzorni damba-dam kiskarib turishiga, pufak ichidagi bosimning oshishiga olib keladi. Shuning uchun Qovuqda juda kam mikdorda siydik tuplanganda xam uni chikarib turishga buyurilib turadi. Siydikni Qovuqning yalliglangan buynidan utayotgan vaktida bolalarda keskin ogriklarning paydo bulishlari ular kovugini bushatmaslikka xarakat kiladilar. Shu sababli bolalarda (ayniksa ugil bolalarda) siydikni keskin tuxtab kolishi kuzatiladi. Ogriklik tsistitga, Qovuq buyning yaliglanishi xam kushilganda ogrik chotga, orka teshikka va olotning bishiga tarkaladi. Utkir tsistitda bulib, kuvuk kiskargan vaktida uning yumshok yalliglangan shilimshik pardasidan konning okishi sababli terminal gematuriya paydo buladi. Terminal gematuriya kupincha aynan Qovuq buyni zararlanganda paydo buladi. Bemorlar siydikda kon aralashmasining borligiga yoki siyishdan keyin yana kon tomchilari ajralib chikishiga shikoyat kilishadi. Bemorlar siydigidan kup mikdorda leykotsit va bakteriyalar xamda Qovuqdan ajralib chikkan eritrotsitlar va epitelialarning bulgani uchun u loyka buladi. Utkir tsistit badan xaroratini kamdan-kam oshiradi. Chunki Qovuqdan buladigan shimilish juda kamdir. Tsistit paytidagi badan xaroratini oshishi, ayniksa, badan yuvilishi, shamollash jarayoniga buyrakning xam kushilganini (pielonefni) bildiradi. 7-10 kun davomida kasallik alomatlari pasayadi, kasalning axvoli yaxshilanadi. Lekin agar 2-3 xaftada tsistit tuzulmasa, kasallikni keltirib chikarayotgan sabablarni kidirishga tugri keladi. Aslida aloxida kasallik sifatida surunkali tsistit bulmaydi. Kupincha u Qovuqdagi, siydik chikarish kanalidagi, buyrakdagi, jinsiy a'zoldagi bor kasalliklarni ogirlashtiradi. Bu kasalliklar kuydagilardir: tosh, difertikula, Qovuqning shishi, prostata benzining adenomasi, siydikning tuzalishi, Qovuq buyning sklerozi, Qovuqning neyrogen disfunktsiyasi surunkali pielonefrit. Shu kasalliklarga boglik bulgani uchun Qovuq yalliglanishining uzok davom etganida, yukorida keltirilgan sabablaridan birini topishga o'rinish kerak. Undan tashkari kasallikning tub tabiatini aniklab (silni, trixomonadli invaziyami, shistosomozmi yoki boshkami) unlan xolis kilish kerak.

T A S H X I S I.

Utkir tsistit yukorida kayt etilgan belgilarga asosan, ya'ni ogrik, dizuriya, piuriya, terminal gematuriya asosida aniklanadi. Qovuqni paypaslanganda kov soxasida ogrik seziladi. Tashxis taxlilxona ma'lumotlari bilan tasdiklanadi: siydikning

urta kismida leykotsitlarning kupligi utkir tsistit paytida Qovuqqa xar kandy asbobni sukish va tsistoskopiya kilish mumkun emas, chunki bular xaddan tashkari ogrikni keltirib chikarib, kasallikni murakkablashtiradi. Surunkali tsistitni bilishda tsistoskopiya muxim rol uynaydi. U Qovuq shillik pardasiga uzgarishlarni ba'zida esa infektsiya sabablarini aniklashga yordam beradi. Surunkali sititni aniklashda buyrakni va yukori siydik yullarini rentgenologik jixatdan albatta tekshirish kerak.

Farklovchi tashxisi.

Utkir tsistitni tipik klinik tasviridan va antibakterial preparatlar bilan davolanganda uning tuzalishidan aniklash mumkin. Ammo kasallik chuziladigan bulsa, uning sabablarini kidiish kerak, ya'ni surunkali tsistitni boshka kasalliklardan ajrata olish kerak. Bular katoriga sil, yara, shistosomoz, Qovuqning raki, prostata bezining raki kirishr mumkin. Surunkali sovuk yalliglanishiga moyil kiluvchi omillardan kuyidagilar bulishi mumkin: prostata bezining adenomasi, Qovuqning toshlari uning divertikulasi, neyrogen disfunktsiyasi, infravezikal obstruktsiyasi va boshkalar.

Siydik pufagi tuberkulyozga chalinganligini tsistoskopik tasvir (ya'ni tuberkulyozga xos dungchalar, yaralar, chandiklar), siydikda tuberkulyoz kuzgatuvchi mikobakteriyalarning topilishi xamda buyrak va siydik yullaridagi uziga xos rentgenologik uzgarishlar bildiradi. Ba'zi vaktida tsistoskopiya kilinganda siydik pufagidagi shishni oddiy shamollash jarayonidan ajratib olish kiyin. Bunday paytlarda shamollash jarayonini yukotish uchun Qovuqqa dibunol instillyatsiyasining ma'lum bir davrasi utkaziladi (10-12 kun mobaynida 10% emulsiyadan 10 ml dan). Bundan keyin sitoskopiya siydik pfagining shishini aniklashni osonlashtiradi. Surunkali sititni, ayniksa granulematozli tsistitni Qovuq shishian eshdovezikal biopsiya muxim rol uynaydi. Siydik pufagining shamollashi va bu jarayonning tosh xosil kilinganda rivojlanishi kasalning xarakat paytida ogrik ila dizuriyaning kuchayishi, tinchiganda esa pasayishi bilan utadi. Prostata bezining (parauretral bezlarda) adenomasida tez-tez siyish tezlashadi. Siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasidagi surunkali tsistitida yoki prostata bezining II darajali adenomasi paytida Qovuqda kolgan siydikning bulishi kuzatiladi.

Davosi. Utkir tsistitli bemor yotib davolanishi kerak. Achchik, shur kabi ovkatlarni emasligi lozim. Diurezni oshirish va siydik yullarini yuvish uchun suyuklikni kuprok ichish kerak. (ishkoriy suv va sharbatlarni sutkasiga 2 l gacha). Siydik xaydovchi vositalar 0 ayikkulok, kirk bugin, buyrak choyi kabi utlar yaxshi natija beradi. Kovugiga issik kuysa yoki issik vanna kabul kilsa bemor engillik tortadi. Utkir tsistit paytida antibakterial preparatlar bilan davolash kasalning axvolini 3-4 sutada yaxshilab kuyadi. Odatda nitrofurani preparatlar tayinlanadi. (furagin, furadonin kuniga 0,1 g dan 3 maxal), sulfanilamidlar (etazol kuniga 0,5g dan 6 maxal), 5-NOK yoki nitroksolin kuniga 0,1g dan 4 maxal, antibiotiklar (levomitsetin kuniga 0,5g dan 4 maxal, oletetrin kuniga 0,25g dan 4 maxal). 7-10 kundan keyin odatda klinik tuzalish boshlanadi. Ammo kasallikning kaytarilmasligi uchun antibakterial davolashni kamida 3 xafta davom ettirmok lozim. Utkir tsistit paytida siydik pufagiga davo vositalarini instillyatsiya kilish man kilinadi.

Surunkali tsistitni davolashda Qovuqda shamollash jarayoniga kushimcha bulib turgan boshka sabablardan xolis bulish zarur (siydik pufagining toshi va

divertikulasi, prostata bezining adenomasi, siydik chikarish kanalining tuzilishi va boshkalar). Surunkali tsistitga duchor bulgan bemorlarga antibakterial preparatlar bilan bir katorida quyidagilar tayinlanadi: Qovuqni instillyatsiya qilish (0,25 – 0,5% li kumush gitrat 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 maxal), kurortlar (Jeleznovodsk, Borjomi, Sairmya va boshkalar) tavsiya etiladi.

Natijasi. Utkir tsistitning okibati yaxshi. Kup bemorlar uchun bu kiska muddatli kasallik esdalik bulib koladi. Agarda bunday keskin ogrikli tsistit siyishi kiyinlashgan shaxslarda paydo bulgan bulsa, kin devorining pasayishi, prostata bezining adenomasi, Qovuqning neyrogen disfunktsiyasi va boshkalar tufayli), kasallik surunkali formaga utib, sogayishi kiyinlashadi.

Septik tromboz, yalliglanish infiltrati tufayli kon tomirlarining kisilishi sababli Qovuqdagi kon aylanishining buzilishi natijasidir.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Bu kasallik surunkali tsistitga uxshab utadi. Qovuq soxasida ogriklar bulib, kasal tez-tez ba'zida kon aralash siyadi. Kasallik odatda uzok davom etadi, vakti-vakti bilan keskinlashadi. Keskinlashganda siyish yana xam tezlashib (bir kecha-kunduzi bir necha marta) ogrikli buladi. Ayollarda kasallik kupincha xayz kurishdan avval kekinlashadi.

Tashxisi.

Siydik pufagi oddiy yarasini aniklash anamnezida uzok muddat siydik yurishining buzilishiga (tez-tezligi va ogrikligiga) damba-dam terminal gematuriyaning paydo bulishiga, eng muximi Qovuqni tsistoskopiya qilgan vaktida yaraning topilishiga asoslanadi. Yara odatda teparokda, yakka va yumalok shaklda bulib chekkalari anik ko'ringan xolda joylashadi. Yaraning tagi och-kizil rangda , ba'zida fabrin – yringli koplama bilan koplangan, yara atrofi yalliglanib biroz shishgan buladi. Yaraga asbob bilan sal tegsa kon chikib ketadi. Kasallik ogirlashganda, siydikda leykotsit mikdori kupayadi, ogirlashmasa kam bulib yoki butunlay bulmaydi.

Farklovchi tashxisi.

Siydik pufagining oddiy yarasini boshka sabablarga kura yaralanganini (sildanmi,shishidanmi, radiatsiya okibatidanmi) aniklab olish kerak. Bunday xolda endovezikal biopsiya xal kiluvchi usullardan xisoblanadi.

Davosi.

Antibakterial preparatlarni kullash, siydik pufagiga kumush gitrat) eritmasini yoki balik yogini yoki sintomitsin linimenti kabilarni instillyatsiya qilish konservativ usullar bulib xisoblanadi. Konservativ usullar natija bermagan chogda, siydik pufagining transuretral elektrozeksitsiyasi yoki uning rezeksitsiya yoki ichak plastika (ichak buginidan kushimcha pufak tayyorlash) usullari kullaniladi.

Natijasi.

Kasallikning okibati kupincha noxushdir: konservativ terapiyani muntazam ishlatilganiga karamay interstitsial tsistit, avj olaveradi. Natijada siydik pufagi bujmayib koladi.

Operativ davolash okibati (siydik pufagini rezektsiya kilish) tuzukrok, ammo bu xam kasallikni kaytarilib kolishiga xoli kila olmaydi.

Qovuqning leykoplakiyasi.

Qovuqning leykoplakiyasi kam uchraydigan kasallik. Uning sababi Qovuqdagi surunkali yalliglanish jarayoni. Alomatlari tsistit alomatlariga uxshaydi. Tsistoskopiya shakli tekis bulmagan, ammo chetlari anik bulgan ok belgilar ko'rinadi. Bu belgilar siydik pufagini shillik pusti yuzasidan sal kutarilgan bulib, ba'zi joylari uyilgan xolda giperemiya zonasi bilan uralgan. Qovuq leykoplakiyasining davosi surunkali tsistitning davosiga uxshaydi. Ba'zida kasallik davom etaversa, cheklangan joylar shikastlangan bulsa, siydik pufagi rezektsiya kilinadi.

Paratsistit.

Siydik pufagi yonidagi yogli tukimani yalliglanishini paratsistit deyiladi. Bu kasallik pufak oldi va pufak orkasi paratsistitiga bulinadi. Lekin yalliglanish jarayoni kupincha butun paravezikal klechatkaga tarkalgan bulib, bu xolat total paratsistit deyiladi.

Paravezikal tukimaga infektsiya bir kancha yullar bilan utishi mumkin: tashkaridan shikastlanish natijasida, siydik pufagidan agar u yiringli yalliglangan bulsa (shu jumladan sil bulsa), yalliglanish jarayonining kushni a'zolardan utishi natijasida (yiringli prostatit, vezikulit, appenditsit, adneksit, parametrit, tos suyagining osteomieliti va boshkalar) natijasida organizmning uzokrogidagi yiringli joyi bulsa gematogen yuli bilan yoki siydik pufagidan va ichaklardan limfogen yuli bilan utishi mumkin. oxirgi paytlarda tsistitni uz vaktida va effektli davolanganlari uchun kam uchraydi. Paravezikal klechatkadagi patologik uzgarishlarga karab, paratsistit kuyidagi turlarga bulinadi: keskin infiltrativ, keskin yiringli, surunkali yiringli, surunkali fibrozlipomatozli.

Utkir paratsistit bilan xaroratini 39-400S gacha kutarilishi va yiringli intoksikatsiyaning alomatlari bilan utadi. Bemorlar kouvuk soxasida biroz shishini paydo bulib kolganiga shikoyat kilib, paypaslab kurulganda ogrikning borligini sezadi. Agar yalliglanish infiltrati yiringlab erib ketsa, abtsess paydo bulib, uning fmoktuatsiya joyi xam anik bulib koladi. Qovuq orkasidagi klechatkada paydo bulgan abtsessni ichak kin orkali tekshirish usuli bilan aniklash mumkin. Siyish tezlashib, ogrikli bulai. Agar utkir paratsistit, tsistit natijasida paydo bulgan bulsa yoki yiringlashgan joy siydik pufagi ichiga karab yorilgan bulsa, siydik yiringli buladi. Agar paravezikal klechatka abtsessi korin bushligiga yorilsa peritonit rivojlanad. Tsistoskopiya yalliglanish infiltrati yoki paravezikal koechatkadagi abtsessni Qovuq devorini bosib turganini, ba'zida agar paravezikal abtsess Qovuqqa yorilsa, yiring chikib turgan okma yaraning yulini aniklashga imkon beradi. Abtsess bulgan joyda Qovuqning shillik pardasi kizarib va shishibrok kolganligi aniklanadi. Sitogrammada siydik pufagining odatda ikki yon tomondan ezilib shakli buzilganligi aniklaydi.

Utkir paratsistitning infiltrativ boshlanish davrida keng ta'sir kiluvchi antibiotiklar (ampitsillin, kanamiin, gentamitsin, tetraolean, seporin) bilan bir katorda kimyoviy antibakterial preparatlar (biseptol kuniga 1 g dan 2 maxal, nevigramon 1g dan 4 maxal, 5-NOK yoki nitroksolin 0,1g dan 4 maxal furagin 0,1g dan 3 maxal va boshkalar) kullaniladi. Kasal yotib davolanishi kerak, infiltrat bulgan joyiga sovuk kuyish tavsiya kilinib, suyuklikni kup ichish tayinlanadi.

Shamollashga karshi ildam davolashlar natijasida infiltrat surilib yuk bulib ketishi mumkin. Paratsistitning yiringli formasi paydo bulgudek bulsa, abtsessni yorib, tamponlar kuyiladi. Agar yiringlashgan joy siydik pufagining oldida bulsa, kov usti soxasi agar orkasida bulsa, chot orkali kesiladi. Kupincha Buyalskiy usuli (yopilgan teshik orkali) yiringlashgan joyga yaxshi drenaj kuyishga imkon beradi.

Surunkali paratsistit kupincha utkir paratsistit bilan kasal bulganlarda uchraydi. Bunday kasallarda antibiotiklar, ta'sirida uning klinik kursatkichlari kam sezilarli bulganligi uchun aniklanmay koladi natijada parvezikal klechatkadagi shamollash, infiltrati xaltalashgan yiring yoki fibroz-lipomatozli jarayonga aylanib ketadi.

Kasalning umumiy axoli nisbatan konikarli buladi. Kasallar Qovuq ustida simillagan ogriklarga , badan xaroratining uktin-uktin subfebril rakamgacha kutarilishiga shikoyat kiladilar. Kul bilan siypalanganda siydik soxasida paravezikal kletchatkaning kam ogrikli zichlanganligini aniklash mumkin.

Agar paravezikal kletchatkada fibrozli-lipomatoz jarayon rivojlanayotgan bulsa, siydik pufagi bosiladi, uning devorida fibrozli uzgarishlar ruy beradi, bu esa uning xajmini kamaytiradi. Bu korin pastidagi ogriklar bilan tez-tez siydik kelishi bilan namoyon buladi. Paratsistit paytida tsistogrammada siydik pufagining bosilib , xajmi kamayganini va uning chetlari tekis bulmagani aniklanadi.

Xaltalashgan yiring joylari mavjud ekan, operatsiya kilib keng mikyosda drenaj kuyiladi va muntazam antibakterial terapiya utkaziladi. Paratsistit sklerotik formaga aylanganda, antibakterial davolash, fizioterapevtik davolash tadbirlari (suv , loy va boshkalar bilan isitish) kullaniladi.

URETRIT.

Siydik chikarish kanalidagi yalliglanish jarayoniga uretrit deb ataladi. Etiologik alomatlariga karab uretrit gonoreyali (gonokokkli), trixomonad, bakterial, virusli kandidamikotik xillariga bulinadi. Bundan tashkari, uretrit birlamchi va ikkilamchi bulishi mumkin. Yalliglanish jarayoni siydik chikarish kanalining uzidan boshlansa, birinchi uretrit, agar infektsiya uretraga yalliglanish jarayoni boshka a'zodan tushsa (Qovuq , prostatit bezi, urug pufakchalari, kushni tos a'zolari va boshkalar) ikkilamchi uretrit deb ataladi. Ikkilamchi uretrit kupincha jinsiy aloka vaktida infektsiyaning tushganidan paydo buladi.

Uretritning paydo bulishi uchun siydik chikarish kanalining shikastlanishi va undan birorta asbobining utkazilishi xam sabab bulishi mumkin. Bakterial uretrit stafilokokk, streptokokk, ichak tayokchasi, pnevmokokk va boshkalar mikroorganizmlar bilan chakirilishi mumkin.

Birlamchi uretritlarni, kateter yoki uretra strikturasi bo'lgan bemorlar va uropatogen yoki stafilokokklar qo'zgatadigan ikkilamchi uretritlardan farqlash kerak. Uretritning infektsion sababi kimyoviy, mexaniq omillar ta'sirida, infektsiyasiz yalliglanish 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 haraganda ko'proq uchraydi. Bu betartib jinsiy aloqa va past darajadagi ijtimoiy-iqtisodiy holat va N.Gonorrhoeae bilan izoxlanadi.

C.Trachomatis uchrash darajasida korrelyatsion bogliqlik mavjud.

Qo'zqatuvchilar

Qo'zqatuvchilariga N.gonorrhoeae, C.trachomatis,

Mycoplasma genitalium va T.vaginalis kiradi. qo'zqatuvchilarning 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 kadim zamonlardan ma'lum. Gonoreya – grekcha suz bulib, urugning okib tushishi deyilib, u zamonlarda uni siydik chikarish kanalidan yiringli ajralib chikishi deb bilishgan. Gonoreyali uretrit – venerik kasallik bulib, 1879 yilda Neysser tomonidan ochilgan. Gonoreyaning kuzqatuvchisi gonokokk bulib xisoblanadi. Bemor odam bilan jinsiy alokada bulish gonoreya kasaligining eng kup yukadigan yuli bulib xisoblanadi. Kam xollarda umumiy kullaniladigan jismlar – ich kiyimlar, yuvgich, sochiklar orkali yukish extimoli bor. Bolalar katta yoshdagi bemorlar bilan birga bulganda, umumiy tuvakni ishlatganida bir-biridan yukishi mumkin. agar onasi gonoreya bilan ogrigan bulsa, tugilayotgan vaktida yosh bola kuzining infeksiyalanishi mumkin.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Kasallikning alomatlari odatda yukkandan keyin 3-7 kunda paydo bulib, lekin ba'zi vaktlarda inkubatsion davri 2-3 xaftagacha kupayadi.

Yuqish yo'llari va patogenezini

Infeksiya qo'zqatuvchilari (N.Gonorrhoeae va C.Trachomatis) hujayra sirtida epitelial qavatda yoki epiteliyga kirib yiringli infeksiyaga sabab bo'ladi. Xlamidiyli va gonokokli ureritlarda infeksiya chuqurroq tarhalib erkaklarda epididimit va ayollarda servitsit, endometrit va salpingit rivojlanishi mumkin.

Klinikasining borishiga karab utkir yoki yangi boshlangan gonoreya (klinik belgilari boshlanishidan 2 oygacha bulgan davri) va surunkali xillariga bulinadi (kasallikning 2 oydan kuprok bulishi).

Utkir gonoreyada kasallik birdaniga siydik chikarish kanalidan kup sargich-kulrang kaymoksimon yiring ajralib chikishi bilan boshlanib, siyganda lovullagan achish va ogrik bilan kuzatiladi. Yalliglanish avval fakat siydik chikarish kanalining oldingi bulimida joylashgan buladi. Jarayon uning orka bulimiga utganda, bemorning axvoli ko'rinarli darajada yomonlashadi: tananing xarorati 38-39⁰C gacha kutariladi, umumiy bushashlik, darmonsizlik, bosh ogrigi paydo bulib, siyganda ogrik kuchayadi. Bu xodisalarni gonotoksinlarning rezorbtsiyasi deb tushuntirish mumkin.

Ba'zida uretrit surunkali bulib utadi. Buning sabablari kupincha kuyidagicha bulishi mumkin: 1. utkir gonoreyali uretritni etarli darajada davolamagan vaktida; 2. gonoreya jarayonini uretraning orka bulimiga va prostata beziga tarkalishi; 3. bemorning immunologik reaktivligini pasaytirishi.

Surunkali gonoreyali uretritning klinik ko'rinishi, odatda sust buladi. Bemorlar uretrada engil bulgan lukillash va kichishishni, siyishning boshida sanchilgan ogriklar xamda ertalab uretradan kup ajralib chikadigan shilimshik-yiringli suyukli sezadilar. Uretradan ajralib chikkan suyuklik mazoklaridan gonokokk

bilan birga ikkilamchi flora xam aniklanadi. Litter bezlarining chikarish yullari tusilib kolsa ularda yalliglanish infiltratlari va aloxida bulib kolgan yiringchalar paydo buladi. Siyish ogrik bilan kelib bemorning mumiy axvoli 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 luyasimon shaklga ega bulib, juft-juft bulib joylashib, egilgan yuzasi bilan bir-biriga karab, xujayralarning tashki va ichida joylashib, gramm va metilen kuk ranglarida yaxshi buyaladi. Musbat leykotsitar efir testi yoki ko'rish maydonida siydik birinchi ulushida leykotsitlar 10 tadan ko'p bo'lishi (x400) uretritni aniqlashda diagnostik mezon hisoblanadi. hamma uretrit bilan oqrigan 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.

Farklovchi tashxisi.

Uretritning boshka kasalliklar bilan odatda ajratishning zarurati yuk, chunki uning belgisi, ayniksa yiringli suyulikning siydik chikarish kanalidan ajralib chikishi, uning etarli xususiyatlaridan biri bulib xisoblanadi. Lekin uretritning etiologiyasi xamma vakt aniklashni talab etadi, shuning uchun gonoreyali uretritni siydik chikarish kanalidagi boshka yalliglanish jarayonlaridan, ya'ni uziga xos bulmagan bakterial yalliglanishi, trixomonad va boshka xildagi ureritlardan ajratish kerak. Siydik chikarish kanalidan ajralib chikkan suyuklikdan tayyorlangan mazoklarning bakterioskopiyasi ajratish tashxisida asosiy o'rinni egallaydi.

Davosi.

Keyingi yillarda gonokokklarning penitsillinga barkarorligini kupaygani aniklanmokda. Shu sababli xozirgi vaktida utkir uretritni davolash uchun preparatlrning davri me'yori 20000000- 300000 gacha kupaytirilgan, surunkaliliga esa 300000-500000 ED gacha.

Ekmonovotsillin bir kecha-kunduzi 600000 ED 2 marta yoki bir kecha-kunduzi 1200000 ED dan 1 marta kullaniladi. Utkir asoratsiz gonoreyali uretritning ekmonovotsillin bilan bulgan davr me'yori 2400000 ED bulib, surunkaligida esa 300000-500000ED ga etadi.

Birinchi ikki kun mobaynida eritromitsinni zarbali me'yori (bir kecha-kundzi 0,4 g dan 6 marta) keyinchalik bir kecha-kunduzi 0,4g dan 3 marta beriladi. Bir davrda davosiga 6-8 g preparat zarur. Birinchi 3 kunida oletetrindan xam zarbali me'yorida bir kecha-kunduzi 0,5g dan 4 marta beriladi, undan keyin yarim bulgan me'yori (bir kecha-kunduzi 0,025g dan 4 marta) beriladi. Kasallikning ogirligi va xiliga karab bir davra davosiga preparatning 4-7 g talab kilinadi.

Gonoreyali uretritni davolash uchun pentsillining yarim sintetik xillari (ampitsillin, oksatsillin, metitsillin va boshkalar) bir kecha-kunduzi 0,25g dan 4 marta beriladi.

Uretritning boshka xillariga kuprok talabchanlik bilan parxez (algokol va achchik ovkatlarsiz) kilish tavsiya etiladi. Asosan surunkali gonoreyali uretritda maxalliy davolash kullanidi. Agar yumshok infiltrat bulsa (xujayrali infiltratsiya va

goranulyatsion tukimalarning sishi) siydik chikarish kanalini kumush nitratining 0,25-0,5% suyukligi yoki 1-3 % kollargol suyukligida instillyatsiya kullaniladi. Agar kattik infiltrat bulib, chandikli-sklerotik jarayonlar kuprok bulsa, metall bujlar bilan siydik chikarish kanaliga buj solish kerak. agar yakkol ko'ringan granulyatsion uretrit bulsa, uretroskop orkali xaftada 1 marta, xammasi bulib, 6-8 marta 10-20% kumush nitrat suyukligi bilan kuydirish kerak.

Gonoreyali siydikdan sogayganini tasdiklash uchun davolanishning 7 kunidan keyin, agar siydikdan suyuklik ajralib chikmasa va tekshirish natijasida gonokokk topilmasa, murakkab bulgan sun'iy ravishda kasallik kuzgatiladi. (alimantar-utkir ovkat va alkogol iste'mol kilish, mexanikali – siydikka buj solish, kim'yoviy va biologik). Kasallikni sun'iy kuzgotgandan keyin, 3 kun davomida siydik chikarish kanalidan bulgn mazokda gonokokk va leykotsitlarning borligi tekshiriladi.

Agar ular yuk bulsa, 1 oydan keyin kasallikni sun'iy kuzgotish kaytariladi, undan siydikdan bulgan mazoklar va prostata bezining sekreti tekshiriladi. Bemorni kayta tekshirgandan keyin gonokokk va leykotsitlar bulmasa, gonoreyali siydikdan sogaygan deb aytish uchun asos buladi. Surunkali gonoreya bilan bulgan bemorni ikki oy mobaynida, ikki marta tekshirish kerak.

Bulib utgan kasallikdan keyin u uziga immunitet koldirmaydi, shuning uchun kaytadan gonoreya kasalligi yukishi 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 infektsiya 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.

Doksatsiklin va azitromitsin xlamidiy infektsiyasini davolashda etarlicha samara beradi.

Eritromitsinning foydasidan kura 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 utkir gonoreyali siydik uz vaktida davolansa, uning natijasi yaxshi buladi. Vakti utkazilib yuborilgan kasalliklar surunkali xususiyatga ega bulib, endoksinlarning tukimalarga skleroz ta'siri bulganligi sababli siydik kanalining torayishi mumkin. Gonoreyadan keyingi torayishlar kupincha juda kup bulib, xamma vakt siydik chikarish kanalining oldingi bulimida rivojlanadi.

TRIXOMONAD URETRITI.

Kasallik yukib 5-15 kun utgandan keyin trixomonadli uretrit rivojlanadi. Siydik chikarish kanalidan biroz kupikka uxshash ok suyuklik ajralib, engil kichishish bilan kuzatiladi. siydikdan ajralib chikkan suyuklik preratidan yoki yangi issik chikarilgan siydikning birinchi kismidan, kin trixomonadlarining topilishi, tashxisni tasdiklash uchun xal kiluvchi axamiyatga ega. Bu sharoitlarda trixomonadlarni, epitelial xujayralardan jgutiklarining jaddallik bilan bulgan xarakterlariga karab ajratish ancha oson. Buyalgan preparatda bu belgi yukolib, trixomonadlar kamrok uchraydi, shuning uchun trixomonadli uretritga shubxa bulganda, sidikdan chikkan suyuklikni bir necha marta tekshirish kerak. Surunkali trixomonad-uretriti kupincha (15-20% xollarda) trixomonad prostatiti bilan asoratlanib, kasallikning klinikasini murakkablashtirib davosini kiyinlashtiradi. Eng kup dori-darmonlarning ichida, trixomonadli uretritni davolash uchun taklif kilingan preparatlardan eng foydalirogi metronidazol (sinonimlari: flagil, trixopol) bulib xisoblanadi. Bu preparat birinchi 4 kunida 0,25 grammdan bir kunda 3 marta va keyingi kunida esa 0,25 grammdan bir kunda 2 marta tayinlanadi.

Infektsiyaning kaytalanmasligi uchun jinsiy alokada bulgan sherigi bilan xam bir vaktida dori-darmonlarni kabul kilishadi. Zarurati bulganda ikkinchi davrda davosi xam utkaziladi. Davolanayotgan vaktida va undan keyin 1-2 oy mobaynida alkogol va utkir ovkatlarni kabul kilmadi, suyuklikni kup iste'mol kilish tavsiya etiladi. Agar trixomonadli uretrit turgun bulib tursa, maxalliy davolash kullaniladi: siydik chikarish kanaliga 1 % trixomonadid suyukligi 10 ml dan 10-15 dakika xr kuni 5-6 kun mobaynida instilyatsiya kilinadi. Shuni aytib utish kerakki, erkaklarda trixomonad infeksiyasi juda oz blgan belgilar bilan ko'rinishi mumkin, ba'zi xollarda ularning yuk bulishi xam mumkin. ayniksa bunday bemorlar kupincha yukish uchun man'ba bulib xisoblandi.

BAKTERIAL URETRIT.

Bakterial uretrit kupincha tasodifan bulgan jinsiy aloka tufayli siydik chikarish kanaliga uziga xos bulmagan patogen bakterial infeksiyaning tushganidan keyin rivojlanadi.

Birlamchi bakterial uretrit utkir va surunkali buladi. Utkir bakterial uretrit klinikasining borishi buyicha, odatda gonoreyaligidan farki shundan iboratki, unda anik ma'lum inkubatsion davr bulmay, yakkol ko'rinmagan maxalliy yalliglanish reaksiyasi bilan utadi. Bemorlar uretrada kichishish va lovullagan ogriklarni sezadi. Siydikdan ajralib chikkan suyuklik shilimshik yiring yoki yiringli xussiyatga ega buladi. Siydik chikarish kanalining shillik pardasi va uning tashki teshigi soxasidagi tukimalarda biroz mikdorda shish buladi. Lekin xamma vakt shuni esda tutish keraki, kasallikning klinik ko'rinishini va siydik chikarish kanalidan okib chikkan

suyuklikning xususiyatiga qarab , ishonch bilan uziga xos bulmagan bakterial uretritni gonoreyadan ajratish kiyin.

Fakat uretradan okib chikkan suyuklikdan tayyorlangan preparatni gramma buyicha buyab, mikroskopiya kilganda xamda bakteriologik tekshirganda, sidik chikarish kanalidagi yalliglanish jarayonning etiologiyasini aniklashga imkon beradi. Bakterial uretrit ba'zida uzok davom etib surunkali shakliga utadi.. Klinik ko'rinishida ozgina shilimshik ajralib, biroz lukillatish bulib kiyinchilik bilan davolanadi. Siydik chikarish kanalining orka bulimida joylashgan urug dungligiga yalliglanish jarayoni utgan bulsa (kollikulit), unda urug chikarish va prostata bezining chikarish yullari bulganligi sababli eyakulyatsiyaning buzilishi kuzatiladi.

Agar infeksiyon kasallik (pnevmoniya, angina) yoki maxalliy yalliglanish jarayoni prostata bezida, urug pufakchalarida, kushnitos a'zolari va boshkalarda bulsa, ikkilamchi bakterial uretrit rivojlanadi. Ikkilamchi , uziga xos bulmagan yalliglanish uretriti, odatda yashirin va uzok davom etadi. Bemorlar siyish vaktida kuchsiz ogriklarga, siydikdan ozrok bulgan shilimshik-yiringni okib chikishiga, lekin ertalab esa ularni shiddatlirok bulishiga shikoyat kiladilar; siydik chikarish kanalining tashki teshigi lablarini yopishib kolishi kuzatiladi. Ikki stakan bilan tekshirganda, leykotsitlarning soni siydikning birinchi kismida , ikkinchi kismiga karaganda, ancha kuprok buladi. Agar siydikning uchala kismi tekshirilsa, siydikning uchinchi kismida leykotsitlarning soni odatdagidek buladi. Siydikdan chikkan suyuklikning bakterioskopiyasi, kasallik kuzgatuvchisining xilini avalrok aniklashga, imkon beradi, ajralib chikkan suyuklikni yoki siydik chikarish kanalining birinchi siydik kismi bilan yuvilgani utkazilsa mikroflorasi va uning antibiotik preparatlarga bulgan sezgirlik xususiyatlarini anklaydi.

Bakterial uretritning davosini , uning etiologiyasi va patogenezini xamda kuzgatuvchining sezgirligini aniklab olib borish kerak. Keyingi yillarda bakterial uretritning kuzgatuvchilari keng kullamdagi antibiotiklarga ancha turgunligi oshdi (penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, levomitsitin). Shu sababli xozirgi vaktida siydikni davolash uchun kuprok foyda beradigan antibiotiklar, masalan: ampitsillin, kanamitsin, sigmamitsin, gentamitsin, kim'yoviy antibakterial preparatlardan – nevigramon (bir kecha-kunduzi 1 grammdan 4 marta ichadi), sulfadimetoksin (bir kecha-kunduzi 0,5 grammdan 4 marta ichadi), 5-NOK yoki nitroksolin (bir kecha-kunduzi 0,1 grammdan 4 marta ichadi), furagin (bir kecha – kunduzi 0,1 grammdan 3 marta ichadi.) Agar umumiy davolash foyda kilmasa, surunkali bakterial uretritni maxalliy usul bilan davolanish kerak: siydik chikarish kanalini 0,1 g solafur suyukligida, kumush nitratning 0,25 % suyukligida, 1-2 % kollargol suyukligida instillyatsiya kilish kerak. Ikkilamchi uretrit davosining yutugi kasallikka foydali ta'sir kilishga asoslangan prostatit, vezikulit, siydik chikarish kanalining torayishi va boshkalar)

VIRUSLI URETRIT.

Virusli uretrit kupincha okulegenital xlamidozoon orkali chakiriladi. (Uretrokonyuktivita virusi). Bu virus siydikchikarish kanali, koyuktiv kin va bachadon buyinlarining epitelial xujayralarida rivojlanib shu a'zolarning yalliglanishlariga sabab buladi.

Infeksiyaning jinsiy yul bilan utishi kup kuzatishlar natijasida tasdiklangan. Virusli uretrit klinikasining borishi, odatda sust buladi. Siydik chikarish kanalidan ajralib chikkan suyuklik oz mikdorda bulib, kupincha kasallik konyuktivit va bugimlarning zararlanishi bilan kuzatiladi. Uretra devorining kirib olingan maxsus usul bilan buyalganda, epitelial xujayralarda yarim oysimon bir-biriga kushilgan viruslar aniklanadi.

Uretrookulosinovial belgisining davosi ancha kiyinchilikni tugdiradi. Xozirgi vaktida keng spektr ta'sir kuchiga ega bulgan antibiotiklar, kortikosteroid gormonlar (prednizalon bir kecha-kunduzi 40 mg gacha yoki deksametazon ekvalenti me'yorlarida) kullanib, 2-3 xafta mobaynida asta-sekin kortikosteroid preparatlarini ozayadigan me'yorida tamom bulguncha beriladi.

KANDIZOMIKOTIK URETRIT.

Siydik chikarish kanalining shillik pardasi achitkich zamburklar biln zararlanishi natijasida kandidamikotik uretrit rivojlanadi. Kupincha u uzok vakt bulgan antibakterial davolanishning asorati xam bulib xisoblanadi, kam xollarda kandidamikotik fulvovaginat bilan xastalangan ayollardan yukish natijasida paydo buladi. Kandidamikotik uretritining patogenezida, yalliglanish kasalliklari va siydik chikarish kanalining shillik pardasining shikastlanishi ma'lum o'rinni egallaydi. Kandidomikotik uretrit, koidaga binoan , juda oz bulgan klinik belgilar bilan utadi. Kichishish, siydik kanalida biroz bulgan lukillatish ogrigi va undan ok rangli ozrok suyuklikning ajralib chikishi. Ajralib chikkan suyuklikni mikroskop orkali tekshirilganda leykotsitlar sonining kupaygani va kup mikdorda achitkich xujayralari va mitseliya iplari aniklanadi.

Davosi.

Antibiotiklarni tuxtatib ularning urniga zamburglarga karshi bulgan preparatlarni tayinlashdan iborat. Bir kecha-kunduzi 5-6 marta 500000 ED nistatin beriladi, bir kecha-kunduzi 500000 ND dan levorin 3-4 marta ichish uchun beriladi.

P R O S T A T I T

Prostatit erkaklarda eng kup uchraydigan jinsiy a'zolarning kasalligidir. Infeksiya prostata beziga yalliglanish jarayoni siydik chikarish kanali, Qovuq xamda uretraga buj solganda yoki asboblar orkali urologik tekshirishlar vaktida kanalikullyar kutarilish yuli bilan kirish mumkin. boshka xollard infeksiya prostata bezining tananing yiringli yalliglanish joylaridan (furunkul, karbunkul, angina, gamorit, pnevmoniya va boshkalar) gemotogen yul bilan kiradi. Prostata bezining sekreti bakteriotsid xususiyatlariga ega, sh sababli unda yalliglanish jarayonini paydo bulishi uchun infeksiyaning kirishidan tashkari unga sharoit yaratadigan vena stazi va sekretning turgunligiga uxshash omillar kerak. Ular xaddan tashkari sovuganda, ich kotganda, masturbatsiya vaktida, alkogolni kup iste'mol kilganda, uzok vakt davomida kam xarakat kilib utirganda paydo buladi. (masalan, avtotransport xaydovchisi va boshkalar). Kupincha prostatitning kuzgatuvchilari bulib stafilokokk, streptokokk, ichak tayokchasi trixomonadlar bulib xisoblanadi. Prostatit utkir va surunkali bulishi 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 qandli 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 uzining klinik simptomlari, prostata bezi suyuqligi mikroskopiyasi va ekmasi, shuningdek Meares va Stamey taklif qilgan siydikni ayrim namunalaridan aniqlanadigan kasallik hisoblanadi. "Sindrom" termini ko'p hollarda etiologiyasi va diagnostik mezonlari noaniq holatni anglatadi. Sababi qo'zqatuvchi faqat 5-10% hollarda topiladi. qolgan bemorlarga empirik davo va ko'p miqdorda tibbiy va fizioterapevtik davo usuli qo'llaniladi.

Tasnif tizimi.

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 jaxon soqliqni saqlash tashqiloti (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 yalliglanishlar
- Prostata sekreti yoki siydik namunasidagi kasallik qo'zqatuvchining topilishi

III. Surunkali abakterial prostatit

- Prostatadagi yalliglanishlar
- Prostata sekreti yoki siydik namunasidagi kasallik qo'zqatuvchisining aniqlashni imkoni yo'q yoki ajralgan mikroorganizm ahamiyati shubhali

IV. Prostatodeniya

- Prostata bezini yalliglanish belgilari yo'q
- Prostata sekreti yoki siydik namunasida kasallik qo'zqatuvchini aniqlash imkoni yo'q.

1995 yilda NIDDK NIH prostatik sindromni davolash, oldini olish, xamda samarali diagnostikani ilmiy izlanishlar va klinik engillashtirish maqsadida loyxa yaratish uchun ishchi guruh tashqil qilindi. Ushbu ishchi guruh keyinrok halkaro prostatitlar ilmiy kengashi qabul qilgan prostatik sindrom tasnifini takdim etdi. Bunda

abakterial prostatit va prostatodeniya termini yalliglanishli yoki yalliglanishsiz 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 yalliglanishi Leykotsitlar spermada (prostata suyuqligida), siydikning pufak ulushida (VB3) aniqlanadi.
 - V. SXTB yalliglanishsiz Spermada (prostata suyuqligida), siydikning pufak portsiyasida (VB3) leykotsitlarning bo'lmasligi.
- IV. Yalliglanishli 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 tarhalgan ogriq va pastki siydik yo'llari simptomlaridir.

Zermann et al prostatitida erkaklarda ogriqni joyini quyidagicha ta'kidladi.

- Prostata/oraliq - 46%
- Yorgok va /yoki uruqdon - 39%
- Jinsiy olat - 6%
- Siydik pufagi - 6%
- Belning pastki hismi - 2%

Alexander va Trissel quyidagi pastki siydik yo'llari (LUTS) simptomlarini ta'rifladi:

- Imperativlik
- Siydik chiqishining qiyinlashishi
- Siydik chiqarishda ogriq

Surunkali bakterial prostatit erkaklarda qaytuvchi SYI natijasida kelib chiqadi.

Klinik topilmalar: O'tkir prostatitda barmoq bilan rektal tekshirganimizda prostata shishgan va ogriqli bo'ladi, bu paytda prostata bezini massaj qilish man qilinadi. Bemorni klinik tekshirgan paytida unda urologik va nurologik 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 tarhalgan qo'zqatuvchilardan biridir.

qujay ra ichi bakteriyasi C.Trachomatis ning ahamiyati tushunarsiz qolmoqda.

Immunodefitsit yoki VICH infeksiyasi bilan oqrgan 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'zqatuvchilar.

Escherichia coli

Klebsiella spp.

Proteus mirabillis

Enterococcus fecalis

Pseudomonas aeruginosa

Noaniq qo'zqatuvchilar (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 yalliglanishining 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 immunoglobulinlarning 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 xech biri aniqlanmaydi.

Transrektal ultrasonografiyada prostata bezida abstsessni uruq 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 beqilib kolishi natijasida bosimning oshishi videourodinamik va zamonaviy urokinamik tekshiruvlar bilan aniqlanadi. Ilmiy tekshiruv orqali prostata bezi sekretida sitoqinlar va bioplenoklar borligi kayd etiladi. Prostatitning simptomli yoki simptomsiz kechishidan qat'i nazar PSA miqdori oshadi.

Differentsial diagnostika. Prostatitni urogenital va nourogenital kasalliklar rivojlantirib, belgilarini kuchaytiradi. Masalan: uretra strikturasi, qovuq o'smasi, interstitsial tsistit, prostata bezi o'smasi, uretra toshlari, surunkali epididimit, chov churrasi, anorektal buzilishlar, chanoq soqasi mushaklari mialgiyasi.

Tashxis qo'yish bosqichlar ketma-ketligi avval bemorni tashki 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 tekshiraish.
- Venerik kasalliklarni istisno qilish.
- Siyish kundaligi, urofloumetriya, qoldiq siydikni aniqlash.
- Siydikning 4 stakanli taxlili, u Meares va Stamey tomonidan kiritilgan.
- Infektsiya 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 bakterial prostatitda surunkali bakterial prostatitda, yalliglanish komponenti bilan kechuvchi surunkali chanoq ogriqi sindromi (SChOS) dagi antibakterial preparat tavsiya etiladi. O'tkir bakterial prostatit varaja, mahalliy ogriq, umumiy intoksikatsiya bilan kechadi. Bemorga tezda parenteral yo'l bilan aminoglikozidlar penitsillin yoki sefalosporinlar katta dozada yuboriladi. Agar ogir klinik holatlar kuzatilmasa tabletka bilan davolash mumkin, 10 kun davomida ftorxinolin ichiladi. Surunkali prostatit va SChOS yalliglanish 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 bez to'qimasiga yaxshi ta'siri • Biologik qulay kirishi • Tipik va notipik qo'zqatuvchilarga nisbatan o'ta faolligi Pseudomonas aeriginosa • Xavfsiz 	Moddaga bogliqligi <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. <p>Nisbatan arzon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pseudomonas aeruginosa, 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>P.Aeruginosa ga faolmas</p> <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"> • Gramm musbat bakteriyalarga faol ta'sir etadi • Chlamydia ga qarshi yaxshi faollikka ega • Toksik emas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gramm manfiy bakteriyalarga faol emas • Prostata to'qimasiga yaxshi o'tadi 	Rezerv preparati

UTKIR PROSTATIT.

Patologik anatomiyasi. Utkir prostatit quyidagi shakllarga ajratiladi: katar, follikulyar, parenximatozli va prostata bezining absessi.

Prostata bezi bez bulakchalarining shillik va shillik osti pardalariga chikarish yullarida yalliglanish jarayonining bulishi katar prostatitga xosdir. Agar yalliglanish jarayoni kupayib borsa, chikarish yullari devorining shishib ketishi bez follikullarida shilimshik yiringning turgunligiga olib keladi, buning natijasida infektsiya bez bulakcha tukimalariga kirib ularda yiringlanishni (follikulyar prostatit) paydo kiladi. Parenximatozli protatitda prostata bezining bulakchalari kup yiringli yalliglanish jarayoni bilan zararlangan buladi. Agar prostatada bir nechta mayda yiringchalar bitta bulib, kushilsa, prostatit bezining absessi paydo buladi. Absess aloxida bulib yugon ichakka, Qovuqqa oralikka kupincha siydik chikarish kanaliga yorilishi mumkin.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Tunda biroz ogrik bilan tez-tez siyish katar bulgan prostatit uchun xosdir. Yugon ichak orkali prostata bezini tekshirganda, kupincha bezda deyarli uzgarish topilmay, biroz bezning shishganligi aniklanadi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar soni va shilimshik – yiringli ipchalarning kupayishi bilan birga letsitin donachalarining etarli miqdorda ekanligi aniklanadi. Follikulyar prostatitda kasallikning klinik ko'rinishi yakkol buladi. Bemorlar oralikdan olatning boshiga va orka teshikka irradiatsiya bulib simillagan va zirkiragan ogriklarga shikoyat kiladi. Siyish tez-tez bulib, ogrik bilan kisilib chikadigan buladi. Tananing xarorati 38-38,50S kutariladi. Prostata bezini paypaslaganda uning kattalashib, asimetriya va zichlashgan joylarida kuchli ogriklarning borligi aniklanadi. Prostata bezini paypaslagandan keyin siydikda idishning tagiga tez chukadigan, kup miqdorda yiringli iplar paydo buladi, ularni mikroskop orkali tekshirganda leykotsitlarning borligi aniklanadi.

Yiringli yalliglanish jarayonining yakkol klinik ko'rinishi parenximatov prostatitga xosdir. Tananing yukori xarorati (39-400 S gacha), titrok, umumiy bushashishlik, chankoklik va ishtaxani yuk bulishi, siyish va defekatsiya vaktida shiddatli ogriklar, siishning kiyinlashishi, ba'zi bir bemorlarda siyishning utkir tuxtab kolishi paydo buladi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar soni kupayib, letsitin donalari kamayadi. Prostata bezini yugon ichak orkali paypaslab tekshirganda, uning kattalashib va taranglashgani, shaklini noanikligi, unda ogrikning borligi seziladi. Agar prostata bezining abtsessi paydo bulsa, unda flyukuatsiya bulgan joyi aniklanadi. Oralikda va undan keyin yugon ichakda, kon tomirga uxshab urib turgan shiddatli, ogriklar xamda siyish va defekatsiya vaktida birdaniga bulgan ogriklar, siyishni kisilib uning tuxtab kolishigacha bulishi, siydik chikarish kanaliga abtsessni teshilib siydikning birdaniga loykalanishi va bir vaktida xaroratning odatdagidek bulishi prostata bezining abtsessiga xosdir. Prostata bezining abtsessini uz vaktida operatsiya kilinmasa, bakteremik (endoksin) shoki paydo bulib, ogir septik kasallikka uxshab utishi mumkin.

Tashxisi.

Utkir prostatitning tashxisi odatda kiyinchili tugdirmaydi. U anamnezning ma'lumotlariga va bemorning shikoyatlariga asoslangan (ogriklarni oralikda va yugon ichakda bulishi, siyishni kiyinlashib, ogriklar bilan bulishi, uretrada shilimshik – yiringlarni ajralib chikishi, tana xaroratining 38-390S gacha kutarilishi, titrash). Prostata bezini barmok bilan tekshirish uning kattalashganini va shishib kolganini aniklaydi. Prostata bezining sekretida leykotsitlar miqdori kupayib va letsitin donachalarini ozayganligi aniklanadi. Utkir prostatitda prostata bezining tekshirishini juda avaylab, uni kupol ravishda bosib, ukalash mumkin emas.

Farklovchi tashxisi.

Utkir prostatitni utkir tsistitdan ajratish kerak, chunki ikkala kasallikda xam tez-tez siish ogriklar bilan kuzatiladi. Ammo utkir prostatit siishning kisilishi va yakkol ko'ringan yiringli intoksikatsiyaning blgilari bilan xamda prostata bezining kattalashishi, paypaslaganda unda birdaniga bulgan ogrik va uning shishganligi bilan kuzatiladi.

Utkir tsistitda leykotsituriya siydikning xamma uchchala kismida buladi, utkir prostatitda esa u siydikning uchinchi kismida yakkol ko'rinib, prostata bezini paypaslagandan keyin u yana kuchayadi.

Davosi.

Utkir prostatit bemorlar uchun krpa-yostik rejimi zarur bulib, parxezda esa utkir, kitiklaydigan ovkatlar bulmasligikerak. Keng spektr ta'sir kuchiga ega bulgan antibiotiklar (ampitsillin, tetraolean, kanamitsin, gentamitsin sulfati va boshkalar). Sulfanilamid preparatlari bilan birgalikda intensiv davolash usuli tayinlanadi. Ogriklar va siyish istagi vaktida paydo bulgan ogriklarni ozaytirish uchun belladonna, anastezin, promedol yoki pantapon bilan bulgan sham dorilar kullaniladi. Shu maksadda oralikka isitadigan muolajalar, grelka, 38-400S li utiradigan issik vanna va mikroklizmalar (39-400S xaroratli 50 ml suvga 1 gramm antipirin yoki piramidon) kullaniladi. Doimo ichakni bushab turishi uchun, surgi dorilar tayinlanadi. Agar utkir prostatitda prostata bezining abtssesi bulsa, albatta operatsiya kilish kerak, oralik yuli bilan tugri ichak orkali abtsses yoriladi. Prostata bezining eng yumshok joyini avval yugon igna bilan punktsiya kilib, unda xakikatda yiring borligiga kanoat xosil kilish kerak.

O'tkir bakterial prostatit jiddiy infektsiya bo'lib, yuqori dozada antibakterial preparatlar aminoglikozidlar, penitsillin guruhi qatori yoki sefalosporinlarni 3 chi avlodi parenteral kiritishni talab qiladi va infektsion jarayon ko'rsatkichlari normallasguncha buyuriladi. Ftorxinolon 10 kun peroral beriladi.

Davolashning xirurgik usuli: o'tkir prostatit bilan ogrigan bemorlarning ba'zilarida siydik pufagini drenajlash kerak, u ko'pincha qov suyagi ustidan qilinadi. Ogriq sindromlarini bartaraf etishda radikal prostata vezikuloektomiya qilish xardoim ham yaxshi natija bermagan.

Davolashning boshqa usullari: SChOS yalliglanish komponenti bilan birga kelgan ko'rinishida transuretral termoterapiya o'tkazish E.coli va Enterobacter ga nisbatan bakteriotsid ta'sir etadi. Ammo, bu usul qanuzgacha muammoligicha qolmoqda.

Natijasi.

Agar utkir prostatit da uz vaktida kerakli davolash utkazilsa, koidaga binoan natijasi yaxshi buladi. Lekin vakti utkazib yuborilib, kech antibakterial davolash bulsa, prostata bezining abtssesi teshilib yoki operatsiya kilib yorilgan bulsa, utkir prostatitning yalliglanish jarayoni surunkali shakliga utishi mumkin.

SURUNKALI PROSTATIT.

Surunkali prostatit utkr prostatitning etarli darajada davolanmaganligi sababli bulishi mumkin. Lekin surunkali prostatit kupincha asta-sekin rivojlanib, prostata bezida turgunlik xolatlari sababli surunkali yalliglanish jaroening sust borishi, prostata bezida chandikli-skleratik uzgarishlarning bulishiga olib keladi. Vollikula yullarini tusilishi va kolgan sekretning turgun bulib yigilishi tufayli kengaygan bushliklarning xosil bulishi surunkali prostatitga xosdir.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Zirkiragan ogriklarni oralikda, dumgaza va yugon ichakda bulib, tashki jinsiy a'zolarga irridiatsiya berishi, aynaksa, ertalab siyaetgan vaktida siydik chikarish kanalida ekimsiz xissiet va achishishlarning bulishi surunkali prostatitga xosdir. Ba'zi

bir bemorlarda bezning chikarish yuli sillik mushaklarning tonusini pasayganligi sababli defekatsiya eki siyishning oxirida prostata bezining sekretini ajralib chikishi (prostatoreya) kuzatiladi. Odatda uzok vakt davomida bemor utirgan xolatda tursa, tos a'zolari venasining kon bilan tulishi natijasida ogriklar kuchayib, yurgandan kegin esa pasayadi. Kupincha surunkali prostatit bilan xastalangan bemorlar jinsiy ish faogliyatinig buzilganligiga shikoyat kiladilar.(Erreksiyaning etarli darajada bulmasligi,eyakulyatsiyani tezlashganligi). Bundan tashkari bemorlarda nevrosteniya, charchashlik. Ish kilish kobilyatining pasayganligi, uykusizlik buladi. Yugon ichak oralik tekshirganda prostata bezining bulaklarini notekis bulib kattalashgani, zichlangan (infiltrantsiya) joylar, bosganda ogriklarning borligi aniklanadi.

Tashxisi.

Prostata bezining sekretini tekshirish surunkali prostatit tashxisida asosiy axamiyatga ega. Unda leykatsitlar soni kupayib, letsitin donachalarining ozayishi bilan bakteriologik tekshirishning musbat bulishi surunkali prostatit borligining guvoxi buladi. Prostata bezining sekretini va siydikni kuyidagi tasvirga karab tekshirishini utkazish kerak.Siydikni uchta tozaprobirkaga 10-12 ml dan olinadi: siyaetgan vakt da birinchi kismi, ikkinchi kismi (urtasidan) va (prostata bezini massaj kilgandan kegin). Chuktirilgan siydik mikroskop orkali tekshirilib, u bakterial flora uchun xam ekilib, undan kegin xamma uchta probirkaga siydikni antibakterial preparatlarga sezgirligi tekshiriladi.

Siydikni shunday tekshirish yalliglanish jararyonining joyini aniklashga imkon beradi. (siydik chikarish kanali, Qovuq, buyrak, prostata bezi). Bundan tashkari prostata bezini massaj kilgandan keyin uning sekretini mikroskop orkali tekshirish , uchun bir tomchisi oyna predmetiga olinadi.

Farklovchi tashxisi.

Surunkali prostatitni , ayniksa prostata bezining adenomasi bilan birga bulganda, kupincha klinik ko'rinishi va palpatsiya ma'lumotlarga karab, shu a'zoning sil kasalligi rakidan ajratish kiyin. Bu xollarda asosiy yordami prostata bezining biopsiyasi berishi mumkin.

Davosi.

Surunkali prostatit bilan ogrigan bemorlarning davosi kompleks bulib tanani mustaxkamlaydigan, antibakteril terapiya va prostata beziga maxali ta'sir kilishdan iborat.

Infeksiyaga karshi kurash uchun keng spektr ta'sir kuchiga ega bulgan antibiotiklar (ampitsillin, karbenitsillin, kanamitsin, gentamitsin, tetraolean va boshkalar), kim'yoviy antibakterial preparatlar (solafur, furagin, sulfadimetoksin, biseptol, 5-NOK yoki nitroksolin, tetraolean, nevigarmon) kullaniadi.

Prostata bezidagi infiltrativ jarayonlarni foydali surilib ketishi uchun va unda chandikli-sklerotik uzgarishlarning rivojlanishini oldini oladigan moddalardan lidaza bir kecha-kunduzi teri ostiga 0,1g) aloe ekstrakti (bir kecha-kunduzi 1 ml dan teri ostiga) va sqisqasimon jism (bir kecha-kunduzi 2 ml dan teri ostiga) bulib xisoblanadi. Bu preparatlar bir davrda davosi uchun 10-20 kun beriladi. Prostata bezida surunkali yalliglanish jarayonining kuzgatish va keinchalik antibakterial davolashni muvaffakiyatli utkazish uchun mushak ichiga pirogenal 25 MPD dan boshlab me'yorini asta-sekin kutarib 100-150 MPD gacha yuboriladi.

Dori-darmonlar bilan davolashni maxalliy fizioterapevtik ta'sir kilish bilan birga olib borish kerak (prostata bezini ukalash, issik kilib utiradigan vannalar, isik romashka va antipirinlr bilan bulgan mikroklizmalar, rektal diatermiya shifobaxsh loydan rektal tampon va ishtonlar). shifobaxsh loydan bulgan davolashni Jeleznovodsk, Saki, Alupka va boshka sanatoriya – kurort sharoitlari bilan birgalikda olib borish maksadga muvofikdir.

Keyingi yillarda surunkali prostatitda muvaffakiyat bilan ultratovush ta'sirlari va refleksoterapiyalar (igna biln sanchib davolash) kullanmokda. Bemorlarga faol rejim (kuprok xarakat, ozrok utirish), utkir ovkat va alkogolsiz parxez tavsiya kilinadi.

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 Gramm manfiylarga yaxshi faolikka ega. Bu guruh dorilar parenteral yo'l orqali kiritiladi. Ularga nisbatan qarshi ko'rsatmalar - allergik reaktsiyalar. Surunkali buyrak etishmovchiligi 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.

Xo'jayra ichi bakteriyasi aniqlanganda yoki gumon qilinganda tetratsiklin yoki eritromitsin buyuriladi. Antibakterial preparatlar va alfa bloqatorlar quyidagi holda kombinatsiyalangan ko'rinishda beriladi:

SChOS yalliglanish komponenti bilan, surunkali prostatit uretra dimlanishi bilan kelganda. Prostata ichiga antibakterial preparatlarni kiritish tabletka bilan davolanish samarasiz bo'lganda qo'llaniladi.

Kasallikni astoydil bulib borishi sababli surunkali prostatitning davosi uzok vakt davom ettirilib, yukorida kursatilgan davolash usullari navbatma-navbat bir nechta davolash davrlaridan iborat buladi.

Natijasi.

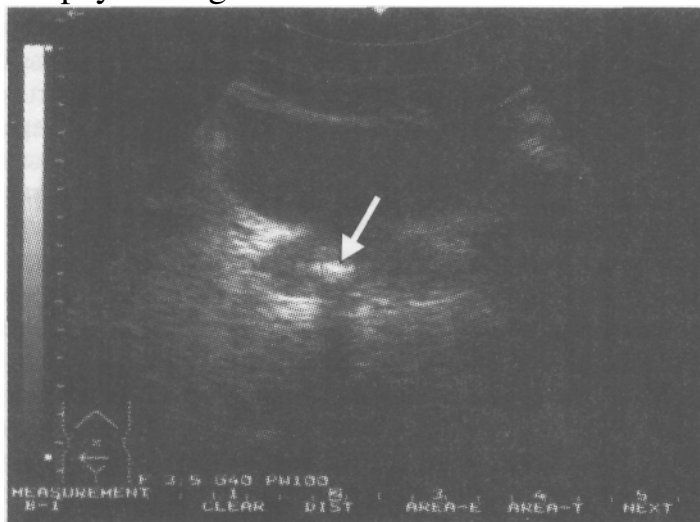
Surunkali prostatit uzining astoydil uzok vakt kaytalanib turishi bilan ajralib turadi. Urtacha 3/1 surunkali prostatit bemorlarda natija tuzalishiga nisbatan konikarli bulmaydi.

PROSTATA BEZINING TOSHLARI.

Prostata bezining toshlari kam uchraydigan kasalliklardan bulib, unda konkrementlarning a'zoning uz tukimasidan xosil bulib, siydik chikarish kanallarining yakinida joylashgan buladi. Ularning yadrosi amiloid telets va ajralib chikayotgan epteliyalardan tashkil topgan bulib, ularning ustiga fosfat va oxak tuzlari kushiladi. Toshlar sargich rangda, kattaligi xar xil bulib, bittadan va undan kup bulishi mumkin.

Folikulalar va ularning yullari toshlar bilan tusilishi bezning sekretini turgun bulishiga va perifokal yalliglanishning paydo bulishiga olib keladi. Prostata bezida toshlarning paydo bulish sababi etarli darajada aniklanmagan, lekin eng kup tarkalgan fikrlardan biri yalliglanish jarayonining uzok vakt davom etishidir. Kupchilik prostata bezida toshi bor bemorlar anamnezida surunkali prostatitning borligi aniklanadi.

Shunday kilb, prostata bezidagi toshlarni surunkali prostatitning okibati natijasida paydo bulgan deb karasak buladi.



Alomati va klinik ko'rinishi.

Bemorlar xamma vakt doimo simillagan ogriklarni oralikda, dumgazada, tez-tez ogrikli, kinalib siyishga, terminal gematuriyaga va gemospermiyaga shikoyatlar kiladi. Agar prostatit bulsa, jinsiy aloka vaktida ogriklarning kuchaygani seziladi. Jinsiy moyillik va kuch-kuvvat pasayadi. Prostata bezining toshlari tufayli uzok vakt davom etgan yalliglanish jarayoni abtssslarni paydo bulishiga olib kelishimumkin, urug pufakchasidan okib chikish kiyinlashsa, vezikulitni paydo kiladi. Prostta bezi asta-sekin atrofiyaga uchraydi.

Tashxisi.

Prostata bezi toshlarining tashxisi barmok bilan rektal tekshirishga asoslanib unda kattik ogrikli ba'zida bushashgan prostata bezida kreitatsiya seziladi.

Umumiy rentgenogrammada odatda mayda va kup toshlarning kulankasi simfiz tasvirida, ya'ni tasvirning pastki kismida aniklnadi. Tsistogrammada toshlarning kulankasi Qovuq shaklning pastki kismida joylashgan buladi.

Farklovchi tashxis.

Toshlar tufayli prostata bezida bulgan uzgarishlar va paypaslash vaktida aniklangan narsalar (kattalashishi, kattiklashishi, notekisligi), xuddi shunday uzgarishlar prostata bezining sil kasalligida va rakida xam bulishi mumkin. Lekin sil kasaligiga uziga xos yalliglanish jarayoni boshka siydik-jinsiy a'zolarida bulishi rak uchun esa bir nechta umumiy xavfli usmalar alomatlarining bulishi unga xosdir. Ajratish tashxisi asosan prostata bezi toshlarining patognomik belgilariga asoslanadi, uni paypaslaganda krepitatsiyani, rentgenogrammada esa prostata bezining tasivrida kulankalarning bulishi. Shubxali xollarda tashxis masalasi prostata bezining punktsion biopsiyasi yordamida echiladi.

Davosi.

Prostata bezi toshlarining asoratsiz bulgan bemorlar maxsus davoni talab kilmaydilar. Toshlar prostatit bilan birga bulsa, yalliglnishga karshi bulgan konservativ davoni talab etadi. Prostata bezining abtsedirovaniyasini chakiradigan toshlar oralik yoki Qovuq ustida Qovuq orkali prostatotomiya yuli bilan olib

tashalanadi. Prostata bezining adenomasida toshlar bulsa, Qovuq orkali prostata bezining adenomasi olib tashlanadi.

Natijasi.

Prostata bezi toshlarining asorati bulmagan bemorlarda konservativ va yukorida kursatilgan operativ davolardan keyin ularning natijasi yaxshi buladi.

VEZIKULIT

Urug pufakchasining yalliglanishi vezikulit (spermatotsistit) deb ataladi. Kasallik gonokokk yoki uziga xos bulmagan mikroorganizmlar bilan chakirilishi mumkin (stafilokokk, ichak tayokchasi, protey, enterokokk va boshkalar). Vezikulit kupincha prostatit, uretrit va epididimitlarning asorati bulib xisoblanadi. Bundan tashkari, infektsiya uzokda joylashgan yalliglanishlardan gematogen yul bilan urug pufakchasiga kiradi.

Vezikulit utkir va surunkali buladi.

Utkir vezikulit tananing yukori xarorati 38-39,0S gacha, xorinlik, bosh ogrigi, kaltirash, chot yonbosh soxalarida va tugri ichakda ogriklar bulib , defekatsiya vaktida ularning kuchayishlari bilan kuzatiladi. Eyakulyatsiya va gemospermiya vaktida ogriklar paydo buladi. Agar vezikulit utkir prostatit bilan birga kelsa, unda prostatit kasallikning klinik ko'rinishlarini yashirib kuyadi.

Tugri ichakni paypaslab tekshirganda kattalashgan urug pufakchalarining birdaniga ogrishi (uretradan ajralib chikkan suyuklik yoki siydik) uning suyukligida kup mikkorda leykotsit va eritrotsitlarning topilishi utkir vezikulitning tashxisida katta axamiyatga ega. Shuni esda tutish kerakki, urug pufakchalari yukorida joylashgan bulsa, ularni paypaslash imkoni bulmaydi. Shuning uchun paypaslaganda kattalashgan va ogriydigan urug pufakchalarining bulmasligi utkir vezikulitning tashxisini inkor kilmaydi. Utkir vezikulitda piuriya kuzatilib, siydikning uchta kismini tekshirganda u asosan siydikning uchinchi kismida aniklanadi.

Utkir vezikulit davosi xuddi utkir prostatitnikiga uxshaydi. Antibiotiklar (bir kecha-kunduzi ampitsillin 1 grammdan 4-6 marta mushak ichiga beriladi, bir kecha-kunduzi tetraolean 0,5 g dan 2 marta venaga yuboriladi, gentamitsin sulfat bir kecha-kunduzi 40 mg dan 4 marta mushak ichiga beriladi, bir kechakunduzi 0,1 % solafur suyukligi 500 ml venaga beriladi, bir kecha-kunduzi 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-kunduzi 0,1 g dan 4 marta), nevigramon (bir kecha-kunduzi 1 g dan 4 marta), sulfadimetoksin (bir kecha –kunduzi 1 g dan 4 marta) , furagin (bir kecha-kunduzi 0,1 g dan 4 marta). Ich kotishining oldini olish uchun surgi dorilarini kullash kerak (bir kunda fenolftalien 0,1 g dan 2 mart , itshumurt pustlogidan 0,2 g dan 2 marta bir kunda va boshkalar). Ogrikni yukotadigan dorilardan kupina (anestezin, belladonna va boshkalar) sham dori shaklida kullaniladi. Tana xarorati pasaygandan keyin issik muolajalar issik vanna, oralikka grelka va issik mikroklizmalar kullaniladi. Agar utkir vezikulit urug pufakchalarining empiemasiga aylansa, bu xollarda zudlik bilan lperatsiya kilish kerak- yiringli joyni yorish.

Surunkali vezikulit kupincha urug pufakchalaridagi utkir yalliglanishning tula davolanmagan vaktida paydo buladi. Bemorlar oralikda tugri ichakda, bel dumgaza soxasidagi ogrikarga, siyishning buzilishiga (pollakiuriya), vakti-vakti bilan siydikni loykalanishiga, ogrikli erektsiya va eyakulyatsiyalarga, spermada kon aralashmasining paydo bulishiga (gemospermiya), tundagi pollitsiyalarga shikoyat kiladi.

Bemorning tugri ichagini tekshirganda prostata bezining ustida kattik bulgan va biroz ogriydigan urug pufakchalari aniklanadi. Urug pufakchalarining suyukligida (ukalashda keyin) kup mikdorda leykotsitlar, xamda xarakatsiz bulgan spermatazoidlarning topilishi kasallikning tashxisida muxim axamiyatga ega.

Surunkali vezikulit va surunkali prostatitlarning davosi antibiotiklar va kimyoviy antibakterial preparatlarni kullash, urug pufakchalarini ukalash, diatermiya, oralikka shifobaxsh loy aplikatsiyalari va tugri ichakka shifobaxsh loy, tamponlar, romashka yoki antipirin bilan issik mikroklizmalar, alkogol va utkir ovkatlarsiz bulgan parxezlarni kullashdan iboratdir.

E P I D I D I M I T

Epididimit - bu moyak ortiqining yalliglanishi, infeksiyani moyak ortigiga gematogen yul bilan kirishi, xamda yukumli kasalliklarning asorati (gripp, angina, pnevmontya va boshkalar) tufayli rivojlanadi. Agar yalliglanish jarayoni siydik chikarish kanalida balsa, unga buj solayotganda yoki u asboblarni bilan tekshirish vaktida shikastlansa, xamda moyak ortigining antiperistaltik kiskarishi sababli urug chikarish yullari kupincha infeksiya moyak ortigiga tushadi. Kateterni uretrada uzok vakt turganida xam shunday sharoitlar xosil buladi. Bu o'tkir yalliglanish bo'lib ko'pincha bir tomonlama shish, ogriq bilan kechadi. Ba'zan moyakka ham o'tib orxioepididimit rivojlanadi. Klinik kechishi bo'yicha surunkali ko'rinishda ham kechadi. O'tkir epididimit bilan ogrigan bemorlarning 15% induratsiya bilan surunkalanishi, bu holat testikulyar atrofiya va spermatogenez jarayonining destruksiyasi bilan tugashi mumkin.

Kasallikning uchrashi va tarhalganligi: Dastlabki ma'lumotlarga ko'ra o'tkir epididimit, harbiy xizmatchilarning kasalxonaga tushishning asosiy sababchisi bo'lib kelgan. Yosh yiqitlarda bu kasallik, ularning jinsiy faolligi va jinsiy aloqa orqali infeksiyaning yuhishi bilan uchraydi deb hisoblangan. 20-30% bemorlarda parotit kechirgan postpubertat davrda uchraydi. Ko'p hollarda aholini vaktsinatsiya qilishda ham kasallik keng tarhaladi. 100 holatda moyak to'qimasining granulematoz zararlanishi, birlamchi surunkali orxitga olib kelishi kuzatilgan.

Kasallanishi.

Orxoepididimit quyidagi asoratlarni keltirib chiqaradi: abstsess, moyak to'qimasiga qon quyulishi, testikulyar atrofiya, moyak ortiqining surunkali zichlashishi va bepustlik. 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 obstruktsiyasi va rivojlanishidagi nuqsonlar bunday turdagi infeksiyalarning vujudga kelishiga zamin yaratadi.

Patologik anatomiyasi.

Moyakning ortigi zichlashib, kon va limfa tomirlarining bosilishi yalliglanish infiltratsiyasi va shishning xisobiga u moyakdan xam katta bulib ketadi. Moyak ortigining naychalari kengaygan bulib, ularda shilimshik yiring buladi. Urug chikarish yuli odatda yugonlashib, infiltratsiyalashgan (deferentit) bulib, uning ichi toraygan bulib, ularda xam moyak ortigida bulgan yalliglanish ekssudati buladi. Kupincha yalliglanish jarayoni urug tizmachasining (funikulit) pardalariga xam tarkaladi.

Patogenezi va patologik o'zgarishlari

Siydik ajratuv tizimi infeksiyalarga va jinsiy yo'l bilan yuqadigan mikroorganizmlar siydik chiqarish kanali va siydik pufagidan moyak ortiqiga etib kelib - epididimitning asosiy qo'zqatuvchisi bo'lib hisoblanadi. Nospetsifik granulematozli orxit, autoimmun pnevmoniya kabilar surunkali yalliglanishni keltirib chiqaradi. Tolalardagi orxit va parotitdagi orxitlar gematogen yo'l bilan yuqadi. Orxoepididimit shuningdek sil, sifilis, brutsellyoz, va kriptokokkli kasallik kabi sistemali infeksiyon jarayonlarda ham kuzatiladi.

Klinik belgilari

Utkir epididimit birdaniga boshlanib, moyak ortigi kattalashib, kattik ogriklar va titrok bilan bulib, tananing xarorati 38-400S gacha kutariladi. Yalliglanishva shish moyakning pardasiga tarkaladi. Shu moyak xaltachasining terisi tortilib, uning burmalari kolib, kizarib moyak pardasining reaktiv suvi xosil buladi. Ogriklar chot, ba'zida bel soxasiga va dumgazaga irradiatsiya berib, xarakat kilganda ular birdaniga kuchayadi, shu sababli bemorlar kurpa-tushak kilib yotishga majbur buladilar. 2-3 kun davomida olib borilgan davolashning natijasi yaxshi bulsa, ogriklar, tukimalarning taranglashishi va shishi ozayadi, asta-sekin tana xarorati pasayadi. 3-4 xaftadan keyin utkir epididimit biryoklik bulib, yalliglanish jarayoni tula surilib yoki uning urnida chandikli biriktiruvchi tukima xosil buladi. Kam xollarda aloxida bulgan yiringchalar kushilib moyak ortigining abtsessi paydo buladi.

O'tkir epididimitda yalliglanish va shish odatda moyak ortiqining dum hismidan boshlanadi va u moyak ortiqini o'rab turuvchi to'qima va moyak to'qimasining o'ziga tarhaladi. Uruq tizimchasi odatda palpatsiya qilinganda shishgan va ogriqli 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 alohalar kuzatiladi. Agar bemorning siydik analizi javobini olgandan keyin birdan tekshirilsa, uretrit belgilari va uretral ajratmalar bo'lmasligi mumkin, chunki siyish chogida 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 Gramm manfiy bakteriyalarni topilishiga karab aniqlanadi. Surtmada hujayra ichida Gramm manfiy 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 taxlilida leykotsitlar kayd etilsa, bu surunkali yalliglanish jarayonidan darak beradi. Ko'pchilik hollarda qisqa muddatli spermatozoidlar miqdori va harakatchanligining kamayishi kuzatiladi. Azoospermiya

moyak ortiqidan o'tuvchi uruq chiqaruvchi yo'lning 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 etilishdan keyin kelib chiqadigan erkaklardagi orxitlarning 20% ga yaqini ikki tomonlama zararlanib, testikulyar atrofiya va azoospermiya rivojlanishiga zamin yaratadi.

Farklovchi tashxisi.

Vrach epididimit bilan uruq tizimchasi buralib holishi o'rtasida differentsial diagnostika qilishi kerak. Buning uchun barcha ma'lumotlar yiqiladi, bular ichida bemor yoshi, anamnezida uretrit bor yo'qligi, klinik tekshiruvlar va moyak tomirlaridagi qon ohish tezligini aniqlash uchun Doplerografik skaner tekshiruvlarini aniqlash muhimdir.

Kasallikning klinik ko'rinishi va xolisona tekshirishlarning ma'lumotlariga karab, uziga xos bulmagan yalliglanish epididimitni, moyak ortigining sil kasalligidan ba'zida ajratish kiyin. A'zoning kattalashib aloxida-aloxida zich joylarining bulishi, uning notekisligi epididimitning ikkala xilida xam uchraydi. Urug chikarish yulida anik bulgan aloxida – aloxida kattik joylarning bulishi, moyak xaltachasida yiringli okma yaralarning paydo bulishi, bir vaktida tananing boshka a'zosida xam sil kasalligining bulishi, siydikda yoki moyak xaltachasining okma yarasidan chikkan sil kasalligining mikrobakteriyalarini topilishi zararlanishning sil kasalligiga xos ekanligiga guvox buladi. Moyak ortigining punktatida yoki biopsiya ma'lumotlarida sil kasalligining mikobakteriyalarini topilishi, ajratish tashxisi uchun xal kiluvchi axamiyatga ega.

Davolash.

Utkir epididimit bilan ogrigan bemorni avvalo kun tartibini kurpa-tushak kilib yotishidan boshlash kerak. Parxezdan utkir va kitiklaydigan ovkatlardan mustasno kilib, suyuklikni kup ichish tavsiya kilinadi. Yalliglangan a'zoga tinchlik sharotini yaratish uchun suspensoriya kullaniladi; moyak xaltachasiga muz solingan sovuk grelka kuyiladi. Kasallikning kuzgatuvchisini aniklash kiyin bulganligi sababli, ta'siri keng spektrga ega bulgan antibiotiklar kullaniladi (ampitsillin, tetraolean, sulfat gentomitsin, kanamitsin, levomitsetin va boshkalar) yoki grammusbat xamda grammnisbiy flora ga ta'sir kilish uchun ta'sir kuchi ozrok spektrga ega bulgan ikki xil antibiotiklarni birga kullaniladi (penitsillin va streptomitsin). Utkir yalliglanish jarayoni pasaygandan keyin yalliglangan infiltratni surilishi uchun moyak xaltachasiga isitadigan, diatermiya yoki UVCh kuyiladi. Agar moyak ortigining abtssesi paydo bulsa, operatsiya kilsh zarur – abtssesni yorish.

Erkaklar moyak ortiqi va moyak to'qimasiga antimikrob preparatlarining kirishini aniqlash ustida anchagina tekshiruvlar olib borishgan. Bu tekshiruvlar natijasida ftorxinolon gurux 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 funktsiyasidagi va uretra surtmasidagi mikrobiologik natijalar bir-biriga

qanchalik bogliqligini 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 gurux 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 yalliglanishga qarshi terapiya ham belgilanadi. Yosh erkaklarda epididimitning oldi olinmasa keyinchalik moyak ortiqi doimiy oqimi okklyuziyasi bo'lib, shu tufayli bepustlik kelib chiqishi mumkin. Bemorga yalliglanishga 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 abstsesslarning bo'lishi xirurgik davoni talab etadi. Ba'zan surunkali epididimit urogenital silning boshlanqich klinik belgisi ham bo'lishi mumkin.

Natijasi.

Kup xollarda utkir epididimitni aniklash kiyinchilik tugdirmaydi. Tashxis asosan paypaslash ma'lumotlariga karab kuyiladi: moyak ortigining kattalashishi va undagi ogrik. Kasallikning boshlanishida, birdaniga kattalashib ketgan moyakning ortigi, moyakni xamma tomonini urab olib ,anik chegaralanib turmaydi, shu sababli epididimitni yoki orxit yoki ularning birga kelishi (epididimiorxit) degan masalani echish kiyin buladi. Moyak pardasining ikkilamchi simptomatik sarik suvi paydo bulganda mana shu savolga javob berish ancha murakkab buladi. Moyak ortigining utkir yalliglanishi pasayganda uzgarmagan moyakdan anik bulib chegaralanib turadi.

O R X I T

Orxit – moyakning yalliglanishi, uning shikastlanishi yoki infeksiyon kasalliklarning asorati, birinchi navbatda gripp, epidemik parotit, brutsellyoz, revmatik poliartrit, tif, pnevmoniya va boshkalar bulib xisoblanadi.

Alomati va klinik ko'rinishi.

Bemorlar moyakda birdaniga pado ogriklarga shikoyat kilib, kaltirok, tananing 38-39⁰C gacha kutarilib, moyak kattalashadi. Odatda 2-4 xaftadan keyin orxitning yalliglanishi pasayadi, lekin ba'zi xollarda moyakda yiringlii jarayon paydo buladi. Bu vaktida intoksikatsiya tufayli bemorning axvoli ko'rinarli darajada yomonlashadi, tananing xarorati turgun bulib kutarilgan xolatda turadi, moyak xaltachasining terisi

kizarib, shishib ketib, u atrofdagi tukimalar bilan yopishib ketadi. Keyinchalik moyakning abtsessi yoki atrofiyasi buladi.

Tashxisi.

Orxitni aniklashda, kursatilgan moyakning shikastlanishidan va yukorida eslatilgan infekcion kasalliklardan tashkari xolisona tekshirish ma'lumotlari muxim axamiyatga ega. Orxitda moyak xaltachasining terisi tranglashib, utkir epididimitga uxshab shishmaydi. Urug tizimchasi shishib, yugonlashadi, lekin utkir epididimitdan farki shuki, urug chikarish yuli anik paypaslanib, unda infiltrativ uzgarishlar aniklanmaydi. Paydo bulgan orxit atrofidagi yalliglanish va moyak pardasining reaktiv sarik suvi kasallikning tashxisini kiyinlashtiradi.

Farklovchi tashxisi.

Uziga xos bulmagan orxitning yalliglanishi, moyakning sil kasali kisman moyak ortigining sil kasalidan boshlanib, yoki u bilan birga kuzatiladi. Moyak usmasining orxitdan farki shuki, ogrik va tananing xaroratisiz asta – sekin kattalashib borpadi.

Davosi.

Bemor kurpa-yostik kun tartibiga va yalliglangan a'zoni mumkin kadar tinchlantirishga (suspenziya) muxtoj. Utkir ovkatlar mustasno kilinadi. Utkir orxit asorati bergan asosiy infektsiya bergan jarayonga antibakterial davo kilinadi. Ta'sir kuchi keng spektrli bulgan antibiotiklarni kullash maksadga muvofik (ampitsillin, gentamitsin va boshkalar). Moyak abtsessining paydo bulishi, uni yorishga kursatma beradi. Keksa kishilarda yiringli orxit bulsa, orxiektomiya kilish maksadga muvofikdir.

Natijasi

Uziga xos bulmagan yalliglanish orxitining natijasi buladi. Kam xollarda moyak parenximasida tarkalgan septik tromboz a'zoni infarktiga yoki gangrenasiga olib keladi. Ikki tomonlama yosh bolalik, usmirlik yoki yoshlikda bulgan orxit befarzandlikka olib kelishi mumkin.

BALANIT, BALANPOSTIT.

Olat boshining yalliglanishi (balanit), koidaga binoan kertmakning postit yalliglanishi bilan kuzatiladi, ularning bir-biri bilan birga bulishi balanopostit deyiladi. Bu kasallik odatda kertmak xaltachasida suyuklikning yigilishi va kertmakning torayishi (fimoz) yoki olat boshini yuvilishiga etarli darajada axamiyat bermagan kishilarda infektsiyalanish sababli paydo buladi. Balanspostitning yana sabablaridan gonoreya uretriti, yumshok va kattik shakr xamda yana irib ketayotgan olatning usmasi bulishi mumkin.

Kasallikning klinik alomatlari-olat kretmagi va boshining shishib va kizarishi, kertmak xaltachasidan yiringni ajralib chikishi, ba'zi bemorlarda –ustki kismida yaralanish (yaralangan balanopostit). Bemorlar olat boshi soxasida keishi va kuydirishiga shikoyat kiladilar. Kasallikning boshlanish davrlarida yalliglanish jarayoni tezlikda pasayib yaxshi davolanish yaxshi natijasini beradi. Agar bemor uz vaktida yordam olishga murojaat kilmasa, yalliglanish jarayoni zurayib ketishi mumkin. Bu xollarda kertmak va olat boshida shish va kizarish kupayadi,

yalliglangan kertmakni tortib kurilsa parafimozning paydo bulishi mumkin. kasallik etiologiyasini aniklash uchun yiringni bakteriologik tekshirish kerak.

Balapostitning davosi : olat boshi va kertmak avaylab, sinchiklab issik suv va sovun bilan yoki perkis vodorod suyukligida yuvib, permangenat kaliy 1:5000 yoki 0,1% solafur suyukligida vanna kilib, kertmak xaltachasiga sintomitsin linimenti kuyish kerak. Bir vaktida antibakterial preparatlar va suyuklikni kup ichish tavsiya etiladi. Utkir parafimoz yalliglanishi paydo bulsa kertmakning kisib kolgan xalkasini kesib tashlash kerak.

K A V E R N I T.

Olatning govaksimon tanasini yalliglanishiga kavernit deb ataladi. Govaksimon tanaga gripp, angina, osteomieliit, karbunkul, odontogen infeksiyalar va boshkalar xamda utkir uretritning asorati bulganda infeksiya kirishi natijasida kavernit paydo buladi. Kasallik utkir bulib boshlanib, tananing xarorati 38-39⁰C gacha kutarilib, kaltirok bexollik xamda olatda ogriklar buladi. Paypaslaganda olatning govak tanasida kattik infiltrat aniklanadi.

Agar davo kilinmasa, yalliglanish infiltratining urnida tezlikda govak tananing abtsessi xosil buladi.

Davosi.

Kasallikning kuzgatuvchisi kupincha yiringli kokk florasi bulganligi sababli, yarimsintetik penitsillinlar, ampitsillin, karbenitsillin) afzalrok bulib, 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 tashkari eritromitsin (bir kecha-kunduzi 0,5 g dan 4 marta ichiriladi), linkomitsin gidroxlorid (bir kecha-kunduzi 4 marta mushak ichiga beriladi), gentamitsin sulfat (4 mg 4 marta mushak ichiga beriladi), tetraolean (bir kecha-kunduzi 0,5 grammdan 3 marta venaga yoki mushak ichiga beriladi). Bemor albatta gospitalizatsiya kilinishi zarur, chunki abtsedirovaniyaning belgilari paydo bulishi bilan govak tananing kup kismi buzilishining oldini olish uchun yiringli joyni uz vaktida yorish kerak.

Urologiyada operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika

Urologiyada antimikrob profilaktikaning asosiy maqsadi o'tkir pielonefrit, prostatit, epididimit va urosepsis kabi issiklik chiqishini keltirib chiqaradigan siydik ajratuv tizimi infeksiyalarini shuningdek ogir jaroqat infeksiyalarini yo'qotishga haratiladi.

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'zoldagi rekonstruktiv operatsiyalarda (uzoq davomli yoki ikkilamchi aralashuvdan tashqari) yoki implantatsion xirurgiyada qo'llaniladi. Operatsiyadan oldingi profilaktikani diagnostik aralashuv faqatgina ingichka ignali transrektal biopsiya yordamida qilish tavsiya etiladi. Operatsiyadan oldingi profilaktikani belgilashda, anamnezida siydik yo'llari infeksiyasi bo'lgan prostataning transuretral rezektsiyasida va zararlanish ehtimoli yuqori bo'lgan bemorlarda alohida e'tiborga olinadi.

Koidaga 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 haryib 50 yil bo'lgan bo'lsada, qanuzgacha 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. Infektsiya paydo bo'lish ehtimoli bemorning umumiy holatiga xirurgik aralashuv turiga va atrofidagi omillarga bogliq. Ammo har bir omilning alohida ta'siri qanuzgacha to'la to'kis baholanmagan.

Hozirgi vaqtdagi ko'pgina tekshiruvlarning rejalashtirilishi etarlicha emas yoki natijalar statistikasi nomakbuldir. Ko'pincha "bakteriuriya", "infektsiya" terminlarini noadekvat baholab, asoslanmagan holda qo'llaniladi. Bundan tashqari ko'pgina tekshiruvlarda preparatlarning farmakoqinetikasi va farmakodinamikasiga bakteriyalar patogenligiga, nozokomial infektsiyalar ta'siriga etarlicha 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 buldi.

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 tashqilot 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 jarroqlik aralashuvi bilan bogliq infeksiya rivojlanish ehtimolligini kamaytirishdir. Lekin shuni aytish kerakki, qech qanday antibakterial profilaktika yomon bajarilgan operatsiyani o'rnini to'ldirmaydi. Antibakterial profilaktika - infeksiya rivojlanishining oldini oladigan tadbirlardan biridir.

Urologiyada OOAP ning ahamiyati qanuzgacha to'liq o'rganilmagan. Shubhasiz uning asosiy vazifasi - o'tkir pielonefrit, prostatit, epididimit, urosepsis kabi siydik yo'llari infeksiyalari va operatsiyadan keyingi jaroqat infeksiyalari tufayli isitma chiqishi bilan kechadigan holatlardan ogoxlantirishdir. Shuningdek bular qatoriga operatsiyadan keyingi simptomsiz bakteriuriya va hatto engil 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 rezektsiyasida simptomsiz bakteriuriya spontan ravishda yo'holib ketadi, odatda bu unchalik katta ahamiyatga ega emas. Keyingi savol – urologik bulmagan infeksiyalarda masalan, endokardit va operatsiyadan keyingi pnevmoniyalarda antibakterial profilaktika shartmiq Balki urologiyada OOAP o'z vazifasi chegarasidan chikib, operatsiyadan keyingi profilaktika sifatida qo'llanishi kerakdir.

Olib borilgan bir qancha tekshiruvlar asosida, prostata bezining transuretral rezektsiyasidan keyingi bakteriuriya rivojlanishini OOAP yordamida kamaytirishga erishildi, ammo siydik ajratuv trakti infeksiyalari yoki issiqlik chiqishini kamaytirish xollari doimo ham kuzatilavermaydi. Prospektiv tekshirishlar o'tkazish uchun bemorlar ko'p bulishi 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 bogliqdir.

Operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaga ko'rsatmalar

Profilaktikaning qanchalik zarurligi operatsion aralashuv turiga va har bir bemorda infeksiya rivojlanish ehtimolligiga bogliq. 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 boshhalar.

Bemor ahvolining o'zgarishi va bakterial obsemenatsiyasi ko'payishi bilan bogliq urologik aralashuvlardagi operatsiyadan keyin infeksiya rivojlanishiga sharoit yaratuvchi asosiy omillar

Sharoit tuqdiruvchi omillar	
Bemorning ahvoli	Bakteriyalar obsemenatsiyasining ko'payishi
• Umumiy axvolning yomonlashuvi,	• Ichak segmentlariga ham teginish bilan

<p>masalan surunkali charchash sindromida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moddalar almashinuvining buzilishi, masalan: qandli diabet. • Immunosupressiya • Takroriy operatsiya • Maxsus xavf tuqdiruvchi omillar, masalan yurakning sun'iy klapani 	<p>kechadigan operatsiyalar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostataning transrektal biopsiyasi • Siydik ajratish yo'llarini uzoq muddat drenajlash • Siydik ajratish yo'llari obstruktsiyasi.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Endogen infitsirlanish ehtimolligining oshishini ichaklar soqasida 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 obstruktsiyalarning bo'lishiga bogliq. Bemorni hatto qisqa muddatdan gospitalizatsiya qilish ham uning ko'p sonli rezistent bakteriya shtammlari bilan zararlanishi, bu o'z navbatida antibakterial terapiya taktikasiga ta'sir qiladi.

Xavf tuqdiruvchi 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 kandy infeksiya, ayniqsa siydik ajratish yo'llari infeksiyasi aniqlangan bo'lishi kerak. Agar infeksiya bo'lib, operatsiyani koldirishning 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 konsentratsiyada bo'lishi kerak. Klinik amaliyotda antibakterial preparatlarni profilaktik maqsadlarda operatsiya boshlanishidan 30-60 min oldin yoki anesteziologik muolajalari vaqtida kiritish (vena ichiga) maqsadga muvofik.

Agar intraoperatsion asoratlar paydo bo'lsa, antibakterial preparatlarni zudlik bilan qo'llash kerak. Bu umumiy shoshilinch jarroxlikda 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 kandy antibakterial preparatni operatsion jaroqat yopilgandan keyin kiritish jaroqat 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 bogliq 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 soqasida teri, shillik pardalarda topilishi mumkin bo'lgan patogenlar kiradi. Uzoq vaqt davomida bemor statsionarda davolanganda operatsiyadan oldin nozokomial floraning sezgirligini va shtammlarning rezistentligi borligini e'tiborga olish kerak.

Siydik yo'llari nozokomial infeksiyasi va jaroqat infeksiyasining sababi bo'lgan, nisbatan ko'p tarhalgan 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 zaxira sifatida holishi 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 soqasini multirezistent nozokomial flora bilan kontaminatsiyasi bo'lgandagina qo'llaniladi.

Bu preparatlarni qabul qilishni ixtiyoriy chegaralash, ularni faqat ogir klinik kechuvchi ogir 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 bogliq bo'ladi. Yarim kiritish davri va muolaja davomiyligiga qarab, preparat qo'shimcha kiritilishi mumkin. Urologik operatsiyalar o'tkazilganda antibiotikoprofilaktika uchun siydikda yuqori konsentratsiyada bo'la oladigan preparatlarni ixtiyoriy qo'llash mumkin.

Antibakterial preparatlarni davrli ravishda qo'llash xech qanday asosga ega emas, lekin ushbu savol ustida tadqiqot ishlari olib borilmoqda.

Qabul qilish usullari.

Antibakterial preparatlarni parenteral yuborish, to'qimalardagi yuqori kontsentratsiyaga 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 ochik, endoskopik va diagnostik muolajalarga bo'lish mumkin.

Urologik operatsiyalar tasnifi/nisbatan operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktika tadbirlari.

OCHIK 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">✓ o implantatorlar qo'llanilishi bilan jinsiy a'zo va sfinkter va uruqdonlarni protezlash✓ o jinsiy a'zolarda (qayta tiklovchi) rekonstruktiv operatsiyalar – shoshilinch operatsiyalar va ikkilamchi operatsiyalar
ENDOSKOPIK OPERATSIYALAR	<ul style="list-style-type: none">• Uretrada• Prostatada• qovuqda• Siydik yo'li va buyraklarda• Perkutan litolapaksiya• Distantion zarb to'lqinli 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 pieloskopiya• 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, jaroqat 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 baqsli bo'lib qolmoqda. Doimiy krater mavjudligi va ichak segmentidan shakllangan qovuqning doimiy suqorilishi operatsiyadan so'nggi bakteriemiya, alohida hollarda portal piemiya sabab bo'ladi.

Ichaklar segmentlari ishtirokisiz kechadigan urologik operatsiyalar.

Odatda, ichak segmentlari ishtirokisiz kechadigan ochik 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., jaroqat 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 etkazmasdan 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 asoratlari 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 tuqdiruvchi omillar bo'lib hisoblanadi. Bunday vaziyatda ftorxinolonlar, sefalosporinlar II avlodi, aminopenitsillin beta-laktamaz ingibitori bilan va ko-trimaksozol mos keluvchi antibakterial preparatlar bulib 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) kullaniladi. Laparoskopik operatsiyalar, masalan varikotsele, limfadenomektomiya, nefroektomiya, radikal prostatektomiyada klinik

tekshirishlarning statistik ahamiyatli ma'lumotlari yo'q. Biroq bunday operatsiyalarda antibakterial profilaktikani xuddi ochik 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 chikkanda qo'zqatuvchi 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.

Farmakoeqonomika.

Nozokomial infeksiya ustidan butunjaxon nazorati doirasida o'tkazilgan eng yirik tajriba natijalari shuni ko'rsatdiki, SYI (42%) va undan keyingi jaroqat infeksiyasi (24%) operatsiyadan keyingi asoratlarda strukturasi nisbatan tez-tez uchraydi. Agar ularning oldi olinsa, davolanish narxi sezilarli pasayadi. lekin bu tajribada urologiyada operatsiyadan oldingi antibakterial profilaktikaning samaradorligiga etarli 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 metanalizi bundan istisnodir. Bunda antibakterial profilaktikaning olib borilishi TTYoM(DUVL) baxosini ozrok 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 tsistit.	Dizuriya, imperativlik, tez-tez siyish, qovuq ustida ogriq, 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 pielonefrit.	Yuqori temperatura; yon tomonidan ogriq;	≥ 10 leykotsitlar/mm ³ \geq KHQB/ml.

	boshqa diagnozni bartaraf qilish; Bemor anamnezi va klinik ma'lumotlar asosida boshqa urologik simptomlarni inkor qilish (UII, rentgenologik tekshiruvlar).	
3. Asoratlangan SYI.	1 - 2 – toifalardagi simptomlarni qo'shib kelishi, bir yoki bir necha omillar S.Y.I asoratlari bilan bogliqligi.	≥ 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 kandy vaziyatda 12 oydan so'ng bakterial ekish; anatomik va funksional o'zgarishlarning yo'qligi.	≥ 103 KHQB

SO'U– siydikning o' rta ulushi.

SYI – siydik yo'li infeksiyasi.

Urologiya amaliyotida mikroblarga qarshi davolashda tavsiyalar

Diagnoz	Eng ko'p uchraydigan qo'zqatuvchilar	Boshlanqich, emperik antimikrob terapiya	Davolashning davomiyligi.
O'tkir asoratlanmagan tsistit	<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 • Nitrofurantarlar. 	1-3 kun
O'tkir asoratlanmagan	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • Klebsiella 	<ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolonlar • Sefalosporinlar (2-3- avlodi) 	7-10 kun

pielonefrit.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteus • Staphylococcus 	Alternativ preparatlar <ul style="list-style-type: none"> • Aminopenitsillin/ingibitorlar β-laktamaz • Aminoglikozidlar. 	
SYI ning asoratlanuvchi omillari bilan Nozokominal SYI O'tkir pielonefrit 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 ogir klinik kechgan hollarda 	3-5 kunlardan keyin temperatura tushishi/asoratlanuvchi 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 prostatitlar	<ul style="list-style-type: none"> • Eschericia coli • boshqa Enterobacteria • Pseudomonas • Enterococclar • Staphylococcus • Chlamidia • Ureaplasma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ftorxinolinlar O'tkir bakterial prostatitda alternativ preparatlar • Sefalosporinlar 2-avlodi • Sefalosporinlar 3a/b avlodi. 	O'tkir kechishi 2 hafta ichida. 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'zqatuvchi.	Antibakterial preparatlar tanlash	Alternativ antibakterial preparatlar	Qo'llash
-------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	----------

1. Operatsiyani boshlanishi. Ochik operatsiyalar.				
Siydik ajratish yo'llari, ichak segmenti plastikasi operatsiyasi bilan birga	Enterobacteriaceae Enterococci Anaeroblar jaroqat infeksiyalari: Staphylococci	Aminopenitsillin / β -laktamaz ingibitor. Tsefalosporinlar 2-avlodi/ metronidazol.	Yuqori xavfli kasallarga: Tsefalosporinlarni 3-avlodi. Atsilamipenitsillin/ β -laktamaz ingibitori.	Barcha bemorlarda.
Siydik ajratish tizimi ichak sigmenti qo'shilmaligi bilan	Enterobacteriaceae Enterococci Anaeroblar jaroqat infeksiyalari: Staphylococci	Ftorxinolonlar tsefalosporinlar 2-avlodi/metronidazol Aminopenitsillin β -laktam indikator.	Yuqori xavfli bo'lgan bemorlarga: Tsefalosporinlar 3-avlodi. Atsilamipenitsillin/ -laktam ingibitorlari.	Yuqori xavfli bemorlarga infeksiya rivojlanishi bilan.
Ko'chirib o'tkazish, protezlash: jinsiy alomatni sfinkterni.	Staphylococci	Tsefalosporinlar 1-2-avlod		Barcha bemorlarda.
Qayta tiklanuvchi operatsiyalar: jinsiy a'zolarida.	Staphylococci	Tsefalosporinlar 1-2-avlod		2 lamchi 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.	Enterobacteriaceae Staphylococci Enterococci	Ftorxinolonlar Aminopenitsillin β -laktamaz ingibitorlari tsefalosporinlar 2-	Ko-trimaksozol. Aminoglikozidlar.	Infeksiya rivojlanish xavfi bor bemorlarda.

		avlod. Fosfolitsilin trometramol.		
3. Diagnostik aralashmalar.				
Prostatani transrektal biopsiyasi. (ingichka igna bilan).	Enterobacteriac ea Enterococci Anaeroblar Streptococci	Ftorxinolinlar Aminopenitsillin β -laktamaz ingibitori, 2-avlod sefolosporinlar/ metronidazol	Aminoglikoz idlar, Ko- trimaksazol.	Barcha bemorlarda
Prostata bezini oraliq biopsiyasi Uretrotsistoskopi ya Ureterorenoskopi ya Perkutan pielostomiya Laparoskopik muolajalar	Enterobacteriac ea Enterococci Streptococci	Ftorxinolonlar Aminopenitsillin (β -laktom ingibitori) Tsefalosporinlar 2- avlodi.	Ko- trimaksazol	Infektsiyalanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda

Antibakterial preparatlar.

Gurux	Preparatlar
Kombinatsiya Trimetoprino-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
Nitrofurantarlar ⁴	Nitrofurantoin
Penitsillinlar	
Benzilpenitsillin	Penitsillin G
Fenoksipenitsillinlar	Penitsillin V, propitsillin, azidotsiklin

Izoksasazolilpenitsillinlar	Oksatsillin, kloksatsiklin, dikloksatsillin, Flyukloksatsillin
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(oqiz orqali)	Sefaleksin, Sefadroksil, Sefaklor
2 - avlod (oqiz orqali)	Sefprozil, lorakarbef, sefuroksim
3 - avlod (oqiz 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, teykoplanin

1 – Paul Ehrlich guruhi kimyoterapiya ma'lumotlariga kura taxminiy tasnifi.

2 – faqat yoshi katta, qomiladorlar va emizikli ayollardan tashqari.

3 – faqat ular asoratlanmagan sistida bir martalik rejim dozasi.

4 – chaqaloqlarda va buyrak funksiyasi buzilganlarga qarshi kўrsatma.

5 – noqironlarni davolashga rezistentligi, shuni u'ylab kurish kerak peranim ular β – laktamazalar qўllab chiqaradi.

6 – β –laktamaz ingibitorlari faqat β –laktam antibakterial preparatlari bilan

7 –eritma xolida saqlash nomakbul.

Penitsillinlar.

Penitsillin G va ogiz 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 qech 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 shtammlari uchrab turadi. Aminopenitsillinlar β -laktamazga sezgir. Kuzatishlaricha ular ma'lum turlarga qarshi etarli 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, enterobakteriyalarga va *Pseudomonas*ga (meziotsillin faolligi kamroq) yuqori faollikka ega. Atsilaminopenitsillin β -laktamazalar tomonidan gidrolizlanadi va faqat β -laktamaz ishlab chiqaruvchi *B. fragilis* stafilokokk va kamroq enterobakteriya shtammlariga 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.

Izoksazolipenitsillinlar 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, yumshok 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 abstsesslarida qo'llaniladi.

Parenteral sefalosporinlar.

Paul Ehrlich kimyoterapiya jamiyati qo'llanmasiga qo'shilgan holda, parenteral sefalosporinlar doirasiga asosan 5 ta guruhga bo'linadi.

Tsefalosporinlarning birinchi avlodi (tsefazolin, sefazedon) streptokokk va stafilokokklarga qarshi faoldir. (pentsillin G rezistent shtammlar bilan). Ular Gram manfiy mikroorganizmlarga qarshi nafaol. hamma sefolosporinlar singari, sefazolin enterokokklar va MRSA va metitsillen-rezistent koagulazonegativ stafilokokklarga (MRSE) qarshi faol emas.

Tsefalosporinlarning 2-avlodi, sefalosporinlarning 1-avlodiga nisbatan, sefuroksim, sefotiam va sefamandol gramm manfiy qo'zqatuvchilarga va stafilokokklarga qarshi uta faol.

Tsefalosporinlarning 3a avlodi gramm manfiylarga qarshi uta faol va stafilokokklarga nisbatan pastrok faollikka ega. Ular o'zlarining farmakokinetik xususiyatiga asosan farqlanadi.

Tsefalosporinlarning 3b avlodi, masalan, seftazidim, sefepim, sefaperazon va sefpirom qo'shimcha ravishda Pseudomonasga qarshi uta faol, ammo sefaperazon faolligi P. Aeruginosaga qarshi (boshqa preparatlarga) shu guruhga nisbatan boshqa preparatlarga nisbatan nafaol.

Tsefsulodin sefalosporinlarning 4 avlodida alohida o'rin egallab o'zining terapevtik xususiyatiga asosan P. aeruginosa bilan chegaralanadi.

Tsefalosporinlarning 5-avlodi o'zining anti-anaerob faollikka ega. Bu sefalosporinlar 1 va

2-avlodiga nisbatan Grammanfiy bakteriyalarga uta 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)	Tsefazolin Tsefazedon	<ul style="list-style-type: none"> • Gramm (+) shu bilan kamroq gramm (-) bakteriyalarga qarshi. • Stafilokokkli penitsillinazaga qarshi chidamli • β-laktamazli gramm manfiy bakteriyalarga chidamsiz
2-guruh (2-avlodi)	Tsefuroksim Tsefotiam Tsefamandol	<ul style="list-style-type: none"> • gram (Q) bakteriyalarga qarshi yaxshi faol, ammo 1-guruhga nisbatan zaifrok • gramm (-) bakteriyaga qarshi 1-guruhga nisbatan uta faol • β-laktamazli gramm (-) bakteriyalarga qarshi chegaralangan chidamli.
3a-guruh (3-avlodi)	Tsefotaksim Tseftriakson Tseftizoksim Tsefmenoksim Tsefodizim	<ul style="list-style-type: none"> • 1 va 2 guruhlardek gram (-) bakteriyalarga qarshi faol ta'sirga ega. • Ko'plab β-laktamaz gramm (-) bakteriyalarga qarshi chidamli. • Stafilokokklarga qarshi mikrobiologik faolligi kam.
3b-guruh (3-avlodi)	Tseftazidim Tsefepim Tsefpirom Tsefoperazon	<ul style="list-style-type: none"> • Antibakterial spektri 3-guruhga o'xshash • Pseudomonas aeruginosaga qarshi faoldir
4-guruh	Tsefsulodin Tor antibakteralli spektr	<ul style="list-style-type: none"> • Faqat P. aeruginosaga qarshi faol ta'sir ko'rsatadi
5-guruh (2va 3 avlodlari)	Tsefoksitin* Tsefotetan ^o Flomoksel ^o	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Tsefaleksin Tsefadroksil Tsefaklor
2-guruh	Tsefprozil Lorakarbef Tsefuroksim aksetil
3-guruh	Tsefpodoksim Proksetil Tsefatamet pivoksil Tseftibuten Tsefiksim

Tsefalosporinlarning birinchi guruhiga quyidagi preparatlar kiradi: sefaleksin, sefadroksil, sefaklor.

Ular asosan Gramm (+) koklarga, hisman H. Influenzae ga (tsefaklor) ta'sir qiladi.

Bular asosan teri va to'qimaning engil infeksiyalarida, hisman 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 sustrok.

Lorakarbef struktura tuzilishi bo'yicha sefaklarga yaqin preparat hisoblanadi. Sefaklardan farqli ravishda eritmada stabil, farmakoqinetik xususiyati yaxshirok va keng doirali antibakterial faolligiga ega. Ammo stafilakokka qarshi ta'siri sefaklarga nisbatan sustrok. Asosiy ko'rsatmasi: respirator infeksiya, teri va yumshoq to'qimalar infeksiyasi, asoratlanmagan SYIdir.

Tsefuroksima 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.

Ogiz orqali beriladigan sefalosporinlarning 3-avlodi Enterobacter lar 2-avlodagi preparatlaoga haraganda ta'sir spektri kengrok va yuqori faollikka ega. Ammo Gramm (+) bakteriyalarga ta'siri kam. Sefpodoksim proksitil stafilakokklarga

nisbatan faolligi turqundir. Sefament pivoksil, 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. Sefiksimni so'zakda ham qo'llanilishi aniqlangan.

Monobaktamlar

Bu guruhda ko'pincha aztrenoam qo'llaniladi. U faqat Gram (-) aeroblarga qarshi faol hisoblanadi. Shunga ko'ra bu preparatning ta'sir doirasi va faolligi jixatidan parenteral sefalosporinlarning 3b guruhi bilan analog hisoblanadi.

Karbapenemlar.

Karbapenemlar – Gramm musbat va gramm manfiy bakteriyalar, anaeroblarga qarshi faolligi yuqori, ta'sir doirasi keng bo'lgan preparat. Bu preparatlar asosan aralash infeksiyalarda va hayotga xavf tuqduruvchi urosepsisda boshlanqich terapiya sifatida qo'llaniladi. Imipenem/tsilastatin 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, farmakoqinetik 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 harakterli belgilari
1-guruh	Norfloksatsin Pefloksatsin	Ba'zi davlatlarda masalan: Germaniya, Frantsiya, va boshhalarda bu preparatlarni SYIda qo'llash cheklangan, vaxolanki – pefloksatsin sistemali qo'llashga qulaydir
2-guruh	Enoksatsin Fleroksatsin** Ofloksatsin Tsiprofloksatsin	Sistemali qo'llashga ko'rsatmalar turlicha
3-guruh	Levofloksatsin Sparfloksatsin	Gram (+) va «aturik» patogenlarga qarshi faolligi isbotlangan.
4-guruh	Gatifloksatsin Moksifloksatsin	Gram (+) va «aturik» patogenlar va anaeroblarga qarshi faolligi isbotlangan.

SYI – siydik yo'li infeksiyasi

* - identifikatsionlangan patogen flora qarsi o'sishning faolligiga ko'ra in vitro (minimal inhibitsion kontsentratsiya) 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, Frantsiya, va boshqa davlatlarda cheklangan; boshqa kasalliklarda pefloksatsin 2-chi shakli, parenteral va peroral usulda ishlatiladi. Norfloksatsin – parenteral yuboriladigan antibakterial preparat sifatida qo'llanilmaydi.

2-guruh ftorxinolonlar sistemali ravishda turli xil ko'rsatmalarda qo'llaniladi. Ularga SYI lari, nafas yo'li infeksiyalari, teri va yumshok 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, Siprofloksatsin in vitro faolroq hisoblanadi. qo'shimcha qilib aytganda Fleroksatsin, Ofloksatsin va Siprofloksatsinlarni parenteral qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi.

3-4 guruh Ftorxinolonlarning faollik doirasi (levofloksatsin va sparfloksatsin) 2-guruh ftorxinolonlardan bir muncha farq qiladi va ularning ko'pchiligi Gramm musbat bakteriyalarga qarshi yuqori ichki faollikka ega. Masalan: stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar va enterokokklar hisman Gramm manfiy 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 levofloksatsin, chapga siljovchi enantiomer ofloksatsin, 3-guruh ftorxinolon parenteral qo'llash uchun qulaydir.

Levofloksatsinning guruhlanishi mantiksiz, chunki levofloksatsin – ofloksatsinning (ftorxinolonlarning 2-guruhiga kiradi) faol hismi hisoblanadi.

Levofloksatsin asosan respirator infeksiyalarda, SYI da buyraklar orqali ajralishida, teri

va yumshok 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 ogir 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, yumshok a025a0 TD to'qima, korin 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 etkazilmagan. 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

TMP ning asosiy ko'rsatmasi yoki uning sulfanilamidlar bilan kombinatsiyasi, Masalan, SMX siydik yo'llari infeksiyasiga davo hisoblanadi. TMR SMX, bilan yoki usiz tsistit retsidiviga profilaktika maqsadida qo'llashi mumkin. E.coli ga qarshi rezistentlik ko'rsatkichi har xil mamlakatlarda turlicha. O'tkir asoratlanmagan tsistit yoki pielonefritda 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 ogir 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 trimetamol bir martalik dozada (3 g) ayollarda asoratlanmagan tsistitlarda 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 shtammlariga 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 asoratlanganmagan 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 interstitsiialli pnevmoniya fibroz rivojlanishi kabi. Nitrofuranelar bilan davolash kam uchrovi ogir 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 doksitsillik va tetratsiklinga pnevmokokk, streptokokk, H.influenzae va E.coli lar rezitentligining rivojlanishi sezilarli farq qiladi. Shuning uchun tetratsiklin faqatgina boshlanqich empirik davolashda to'g'ri keladi. «Noturik» qo'zqatuvchilar (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 aminoglyukozidlar 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. Ular

enterobakteriy 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'zqatuvchilarga qarshi faol emas.

Qo'llanilishi:

- Yuqorida ko'rsatilgan qo'zqatuvchilarni 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 korinobakteriyalarda;

- Tabletkada shaklida alternativ sifatida metronidazol psevdomembronali kolitlarni davolashda.

Glikopeptid – rezistentlik enterokokk va stafilokokk, pnevmokokk shtammlarini chaqiruvchi yuqori xavflarda glikopeptidlarni qo'llash chegaralanadi. Aminoglikozidlarga o'xshab, glikopeptidlar qisqa doirali terapevtik ta'sirga ega.

8 BOB

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISHI

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SILI

Buyrak, siydik yullari va erkaklar jinsiy a'zolari sili upka silidan keyin birinchi urinda turadi. Upka silini samarali davolanishi tufayli paralel urogenital sil bilan duchor bulgan bemorlarni soni kamayib kuldi, lekigin oxirgi paytda buyrak sili va erkaklar jinsiy a'zolari sili bilan xastalangan bemorlar soni kupayib bormokda.

Aytish joiski buyrak, siydik yullari va erkaklarning tanosil a'zolarini sili mustakil kasallik bulmay umumiy xastalikni lokal kurinishi buladi.

Klinik tajribada sil kasali barcha siydik-tanosil a'zolarining, buyrak, siydik naychalari, Qovuq, siydik chikarish kanali, tuxum va uning ortigi, prostata bezi, urug pufagi, urug chikarish yulida uchraydi. Siydik chikarish a'zolarini ichida eng kup buyraklar, erkaklar tanosil a'zolaridan esa - tuxumchani ortigining sili kuprok uchraydi.

Siydik – tanosil a'zolarini silini, printsiptial jixatdan xilma-xil ikki turkumga ajratish mumkin: utkir va surunkali. Kasallikning utkir turi mustakil klinik axamiyatga ega emas, chunki u boshka a'zolari sil bilan kasallanish jarayonini tarkalib ketishi natijasida vujudga kelgan, miliar sil sifatida namoyon buladi. Tashxis gematogen dissiminilashgan sil bilan ulgan bemorlarni autopsiyasidan sung kuyiladi. Vrachlar kundalik tajribada asosan, silning surunkali turiga kuprok duch keladilar. Bu tur uzining mustakil klinik belgilariga ega bulib, mustakil nozologik tur sifatida namoyon buladi. Bolalarda upka silidan keyin suyak-bugim sili uchraydi, siydik yullari silidan kura. Oxirgi yillarda maxsus ximioterapiyani vaktida kullanishligi tufayli, siydik – tanosil a'zolari silining utkir generallashgan formasi juda kam uchramokda.

Siydik-tanosil a'zolarining sili-bu iikilamchi sildir. Uni yana boshkacha kilib, a'zolar sili deb xam atashadi. Bu silni boshka a'zolarining silidan farki uni organizmni sili bilan kasallanishning sunggi kurinishini aks etishida. Kasallik boshka a'zolarining sili bilan kasallangandan sung, ma'lum vakt utib, keyin yuzaga chikadi. Oxirgi paytlarda bu vakt, ancha chuzilib bormokda. Shunga kura siydik tanosil a'zolarini sili bilan ogriyotgan bemorlarni urtacha yoki kupayib bormokda.

Kasallik mustakil xolda, ya'ni boshka a'zoning silini klinik belgilariga uxshashligi yoki, (ya'ni murakkablashgan turi) boshka a'zolarining sili bilan birga kechishi xam mumkin. Keyingi yillarda siydik – tanosil a'zolari silini kech yuzaga chikishi sababli, uni murakkablashgan turi kam uchramokda.

BUYRAK VA SIYDIK YULLARINING SILI.

Etiologiyasi.

Siydik tanosil a'zolari silining – etiologiyasi, uni boshka barcha turlari kabi, ma'lum jarayon ayni kasallik chakiruvchi mikrob, sil mikobakteriyalari (Kox batsillalari) tufayli yuzaga keladi. Turli sil mikobakteriyalarini ichidan siydik tanosil a'zolari kuzgatuvchisi «chelovecheskiy tip» mikobakteriyasi va 5—6% xolatda «bo`chiy tip» mikobakteriyalari kuzgatadi. Spetsifik ximioterapiyani vrachlar kundalik tajribasida mikobakteriyalarni atipik formalarini kelib chikishiga va

morfologik xususiyati uzgarishiga olib keldi. Bu uz navbatida tashxislashni kiyinlashishiga olib kelmokda.

Patogenezi.

Patogenez, yaqin paytlarga kadar, kasallikning tarkalishini uchta yuli mavjud deb xisoblab kelinar edi. Kon orkali limfa orkaliva siydik yuli orkali. Xozirgi vaktida kasallikning kon orkali tarkalishi va barcha siydik a'zolarining ichida birinchi navbatda buyraklarni kasallanishi anik tasdiklangan. Sil kasalligini birlamchi, generalazatsiyalashgan davrida, ya'ni nafas yullarida limfa tugunlari va upkadagi birlamchi sil kompleksidan xamma a'zolari sil tayokchalari bilan zararlanishi paytida buyraklar xam zararlanadi. Bu xolat ikkilamchi disseminatsiya paytida xam namoyon bulishi mumkin. Bunda ikkala buyrakning pustlok kavatida mayda sil uchoklari paydo buladi. Kup xollarda organizm yaxshi ximoyalangan va etarli immunitetga ega bulgan balsa, bu uchoklar tezda bitib ketadi va keyinchalik ularni klinik belgilari butunlay yukoladi. Lekin, ba'zi xollarda ayrim umumiy va maxalliy omillar ta'sirida, sil uchoklari, buyrakning pustlogida bitib ketmaydi, ular belgisiz kolib ketadi yoki avj oladi. Odatda avj olish jarayoni fakat bitta buyrakda yuz beradi. Boshka buyrakdagi jarayon tuxtaydi va kasallikning boshlanishida uning belgilari kurinmaydi. Shunday kilib buyrak silini patogenetik va patomorfologik jixatdan ikki tomonlama jarayon bulishiga karamay, klinikada u avvalom bor bir tomonlama buladi. Ammo tashki muxitning yomon ta'siri ostida xamda yaxshi davolanmaganligi tufayli bir tomonlama buyrak silini klinikasiga ikkinchi buyrakning zararlanishini belgilari xam kushiladi. Shu paytgacha «sog» xisoblangan buyrakda sil kasalligini belgilari paydo buladi. Klinik tajribada ikki tomonlama buyrak sili barcha buyrak sillarini 1G`3 kismni tashkil kiladi.

Keyingi yillarda aniklanishiga kura, buyrakdagi spetsefik shamollash yuazaga kelishida, nespetsifik pielonefritda bulgani kabi buyrakda siydik yunalishuvining buzilishi muxit axamiyatga ega. Xuddi shu fakt, buyrakni pustlok kismidagi miliar silni, uning miya kismni destruktiv uzgarishiga aylanishiga ta'sir kursatadi, ya'ni «sub-klinik» buyrak silini «klinik» silga aylanishiga sabab buladi, chunki xayot davomida siydik yunalishini buzilishi, buyrak silini rivojlanishini yuzaga chikaradi va jaroxatlangan buyraklarni birida kechadi. Keyingi yillarda, ayollar urtasida kasallarning kupayishini xam, shu omil bilan tushuntirish kerak. Xomiladorlik, ginekologik kasalliklar va jinsiy a'zoldagi bajarilgan operatsiyalar sababli, yosh va urta yoshdagi ayollar urtasida, buyrakda siydik okimini buzilish xollari kup uchraydi.

Patalogik anatomiya.

Mikroskopik tekshirishlarda buyrak silining boshlangich uzgarishlari, oksarikdan kelgan xar xil mayda uchoklar xolida bulib, buyrak tukimasini yuzasida burtib turadi. Buyrak silini « subklinik uzgarishlarini aylanishi, undagi morfologik uzgarishlarini, buyrakning pustlok kismidan utib boruvchi spetsifik yalliglanish infiltratining paydo bulishi bilan ifodanaladi. Jarayonning tobora avj olishi tufayli avval surgichlar (spetsifik papillit) sungra esa, kosachalarni shillik pardasi jaroxatlanadi. Surgichlar, kosachalar xamda tukimalardagi yalliglanish jarayonini davom etishi tufayli, asta-sekin buyrak tukimasining tvorojistikiy (kazioz) parchaoanishiga olib keladi, sungra bu erda patologik bushlik – kaverno xosil buladi.

Nekrozga uchragan surgich urnida xosil bulgan kaverna, kosa-jom sistemasi bilan alokada buladi. Buyrakni tukimasini ichida xosil bulgan kaverna – esa kosa

yoki jom bilan fakat ingichka, egri yul bilan tutashgan bulishi yoki umuman kushilmagan bulib ichki kismini bushamasligi mumkin.

Organizmning karshilik kursatish kobilyati etarlicha bulsa va bemor yaxshi davolansa, kazeos chokklarini oxaklanishi yoki bushlikni ichi kazeos moddadan butunlay bushashi va ularning devoridagi spetsefik uzgarishlarni yukolishi mumkin. Buyrak silining yomon kechgan xollarda esa, buyrak tukimalarini tobora buzilishi yuz beradi: kavernalar kattalashib bir-biriga yakinlashadi, keyinchalik bir-biriga kushilib (kup kavernali-buyrak sili, sil pionefrozi) ketadi.

Sil jarayoni buyrak parenximasidan chikib, asta-sekin jomcha devorini zararlaydi, sung siydik naychasiga) kupincha uni pastki kismlariga va Qovuqqa tarkaladi. Jarayon inifltrativ uzgarishlardan boshlnib) sil dumokchalari uz'aro kushilib ketgan) keyincha, destruktiv uzgarishlarga utadi. Siydik naychasining (Qovuqni yaralanishi) maxsus davolash usullari bilan jom devoridagi jarayoni tuxtashi mumin. Ammo bunda xam sil uchokklarini tuzalib, ularning urniga chandikli tukimalarni xosil bulishi yuz beradi. Jom, siydik naychasi va Qovuqda chandik deformatsiyasini xosil bulishi tufayli, siydik sistemasida ogir uzgarishlar (gidronefrotik transformatsiya, burishgan Qovuq, tez-tez avj oluvchi nespetsifik pielonefrit, nefroskleroz) kelib chikadi.

Uzok davom etib kelgan buyrak silining okibatlaridan biri autonefrektomiya, ya'ni siydik eaychasining butnula y berkilib ketishi natijasida kasal buyrakni, siydik sistemasidan butunlay ajralib kolishidir. Bunday okibat albatta buyrak silini uzuzidan butunlay tuzalib ketdi degan suz emas, xolbuki bunday xolarda bemorlarda xech kanday sub'ektiv ogrik xislari xam, siydikda esa deyarli xech kanday uzgarishlar topilmaydi.

Shamollash uchokklarining oxaklanishi, buyrak silining patomorfologik kurinishini uziga xos elementidir. Kazeoz emirilishiga uchragan uchoklarda oxaklanish boradi. Buyrakda yolgiz yoki kup sonli retrifikotlar paydo buladi. Ba'zan buyrakni barcha kismi oxaklashadi. Sil uchogini oxaklanganligi , uni butunlay tozalandi degani emas, chunki petrifikatning ichida xayotini saklab kolgan sil mikobakteriyalari bor bulishi mumkin.

Buyrak silining boshlangich davrlarida utkazilgn morfologik tekshiruvlarni natijasiga kra, uning pustlogida va tomir koptokchalarini atrofida uziga xos sil dumbokchalarini kurish mumkin. Ular epiteliolid va katta xujayralaridan tashkil topgan.

Buyrak silining morfologik kurinishi – ayniksa silga karshi davolanayotgan buyrakni oralik tukimasidagi leykotsitlar infiltratsiyasi aloxida urin egallaydi. Sil kasalligi va sildan keyingi uzgarishlar okibatida, siydik yullarida siydik yunalishini buzilishi, fakat buyrak silinigina emas, balki nespetsifik pielonefritning xam avj olib, buyrakni vazifasini keskin buzilishiga olib keluvchi nefrosklerozga sabab buladi. Shuning uchun bu rakda tosh borligini aniklash, buyrakda sil kasallanganini yuk deyishga bera olmaydi. Kup xollarda buyrakdagi siydik yunalishini buzilishi natijasida buyrakda yuz bergan asoratlar asosan bularning sabablari bulgan buyrakning ulimi, sil kasalini asoratidan xam bulishi mumkin. Kasallikning bunday okibati bilan tugashini oldini olishlik uchun buyrak silini boshlanishini oldinrok, buyrak parenximasida emirilish jarayonlari yuz bermasdan turib, kasallik

jarayonlarini siydik yullariga tarkalishiga ulgurmagani xollarida aniklsha katta axamiyatga ega.

T a s n i f. Buyrak va siydik yullari silining tasnifini asosida silning yukorida keltirilgan patomorfologik kechishlari yotadi: buyrak tukimasini ichidagi boshlangich infiltrativ uzgarishlardan tortibB toki kup kavatli buyrak sili, sil pionefrozi rivojlangunga kadar, eng kulay va sodda tasnif, turt boskichli kliniko-rentgenologik sil tasnifi bulib, uning asosida bitta shart – buyrak tukimasini emirilish darajasi yotadi. Kundalik tajribada bu tasnifdan foydalana borib, kasallikni darajalarga bulish mumkin.

1 daraja – emirilishsiz (infiltrativ) buyrak sili

2 daraja – boshlangich emirilish: papillit yoki kichik (kengligi 1 sm oshmagan) bushlik.

3 daraja – chegaralangan emirilish: katta kenglikdagi kovaklar yoki buyrakning bir bulimidagi kup kovakli buyrak sili.

4 daraja – umumiy yoki chala emirilish ikki segmentning kup kovakli sili, sil pionefrozi (mellashgan buyrak).

Belgilari va klinik okmi.

Buyrak va siydik yullarini sili uchun fakat unga xos belgilarni yukligi, kasallikning tashxisini aniklashni ancha kiyinlashtiradi. Kasallik kupincha boshka urologik kasallar nikobi ostida (surnkali pielonefrit, buyraktosh, usma) ba'zi xollarda esa xech kanday belgisiz kechadi. Jarayonning Qovuqka tarkalganida, peshobni buzilishini kup vakt nespetsifik chakmazakni belgisi, deb notugri xisoblanadi.

Kasallikni klinik belgilarini, uni kuzgatuvchi mikroblarni ayrim xususiyatlarini, spetsifik ximioterapiyani ta'siri tufayli, keyingi 25-20 yil davomida, ancha uzgarganligi aniklangan, Kuzatilayotgan bunday uzgarishlar, buyrak silini uz vaktida aniklashlikni yanada kiyinlashtirmokda.

Kasallikni boshlanishini birinchi sub'ektiv klinik belgilaridan biri, bu buyrakda bulib turadigan xar xil kupincha unchalik utkir bulmagan, ba'zan esa buyrak sanchigiga uxshab ketadigan va shuning uchun uni kuprok buyraktosh kasalligi bulib turadigan ogriklar bilan almashtirilib yuboriladigan, ogriklardir. Ikkinchi urinda, peshobni buzilishi turadi. Bundan 15-20 yil avval bu belgi, silni kechikib aniklangani uchun, buyrak silining eng asosiy sub'ektiv belgisi bulib xisoblanar edi. Buyrak silidagi dizuriyani nespetsifik davolash uchun yaxshi natija bermaydi, kasallik tez yangilanib, avj olib turadi. Kasallikni belgilarini ichida uchinchi urinda kon siyishi turadi. Uni xech kanday boshka belgilersiz kechgani uchun kuprok usmaga xam uxshatilib yuboriladi.

Buyrak sili xar xil kasalliklarga uxshab ketishligi bilan bir katorda, shu kasalliklar bilan birga kechishlari xam mumkin. Buyrak sili bilan bir katorda kupincha surunkali nespetsifik pielonefritni xam birga kechishligi mumkin. Buyrak silini buyrak tosh kasalligi bilan xam bir vaktida kechish xollari xam uchraydi. Shu sababli pielonefrit va buyrak tosh kasalliklarining uchratilganida, kasallikni sil bulishi mumkinligini xam esda tutish lozim.

Buyrak va siydik yullari silining belgilari juda oz. Kasallikni keyingi yillarida, upka sili yoki boshka a'zolarining silining xolatini ancha yaxshilanib, kolgan kezlarda buyrak sili mustakil kasallik sifatida gavdalanadi. Shunga kura bemorlarni axvoli

unchalik ogir bulmaydi. Buyrak sili juda ogirlashib, utib ketgan xollarda xam buyrak sili bemorlarni ogir inteksikatsiyaga olib bormaydi. Bemorlarning tana xarorati normal buladi. Xarorat kam xollarda subfebrildan oshdi. Fakat ba'zi xollaridagina xarorat gektik xarakterli bulib, utkir pielonefritdagi kabi bemorni junjiktiradi. Arterial kon bosimni kutarilishi nefrotuberkulezni juda kam belgilaridan bulib, asosan ikki tomonlama ogirlashib ketgan jarayonlarda yoki yolgiz buyrakni kasallanishida uchraydi.

Kupincha maxalliy belgilar, (buyrak soxasini chukur paypaslaganda uchraydigan ogrik, buyrak kulga urinishi, Pasternatskiy belgisi) uchraydi, ammo bu belgilar xam buyrak sili uchun asosiy belgilar emas.

Buyrak va siydik yullari sili uchun kuprok xarakterli ob'ektiv belgilaridan, siydikni uzgarishini kursatish mumkin. Tez-tez uchraydigan bu asosiy belgi-piuriya (leykotsituriya) dir. Bu belgi davolanmagan buyrak silida 100% bemorlarda uchraydi. Buyrak sili uchun ayniksa uzok davom etuvchi, nespetsifik bakteriyaga karshi davo ta'sir kilmaydigan leykotsituriya xarakterlidir.

Juda kup uchraydigan tashxis belgilaridan biri siydik bilan oksilni ajratilishi. Sil kasalligida ajraladigan oksil mikdori odatda 1 g l dan ortmaydi. Bundan tashkari oksil albatta buyrak xujayralarisiz uchramaydi. Shunga kura buyrak silida uchraydigan proteinuriyani, odatda soxta buyrakni tashkarisidan uchraydigan, kushilgan protliguriya deb atashadi.

Kizil kon sikkachalarini siydik bilan ajralishi xam buyrak silini asosiy belgilaridan biri bulib, kup bemorlarda uchraydi. Ba'zan eritrotsituriya, leykotsituriyadan xam ertarok uchraydigan belgidir. Bu xollarda kasallik surunkali nefrit kurinishida utadi. Buyrak silining eng asosiy tasdiklovchi belgii, siydikda kasallikning chakiruvchi mikobakteriyani topilishidir. Agar utgan yillardagi kuplab olimlar uzlarini muloxazalarida boshka a'zolari silida «fiziologik» sil atsiluriyasi bulib turadi deb xisoblashgan bulsa, xozirgi paytda esa kupchilik kilinitsistlar va tadjikotchilar, sil mikobakteriyasini zararlanmagan buyrakdan siydikka utaolmasligini tasdiklamokdalar. Shunga kura siydikda sil mikobakteriyasini borligi albatta, buyrakda xech bulmaganda kichikrok «subklinik» sil uchogi bor bulgandagina aniklanadi. Prostata bezi sili bundan mustasno bulishi mumkin, chunki erkaklarda kasallik kuzgatuvchi bakteriya siydikka bu a'zodan tushib turadi.

Buyrak va siydik yullarining silini asosiy ob'ektiv belgilaridan buyrak kosachalari va jomchasining, siydik naychasi va Qovuqning rengenogrammasida uziga xos kurinishidir.

Boshlangich emirilgan jarani bulmagan bu davrlarda – deformatsiya buyrakning chukur parenximasida avj olgan kosacha va jomchalarini ishigi (kosachani buyinchasini kisilishi, kosachaning uzini kengayishi, ezilishi va siljishini okibatidir). Parenxima destruktiviyasini boshlanishida esa buyrak surgichlarini kirgoklarini, kosachani gumbaz kismlarini emirilishi (papilit) sifatida kurinadi.

Buyrak silining uziga xos rentgen belgilari, kirgoklari yoyilgan kosacha va jom sistemasi bilan birlashgan notekis, yumalok kushimcha navernalardir.

Kasallikning oxirgi boskichlarida odatda katta navernalar uchraydi. Ular kosachalar bilan ingichka, izsimon yul bilan birlashgan yoki ular bilan birlashmagan bir yoki bir necha kosachani yukolib, amputatsiya bulib ketishi xisobiga paydo

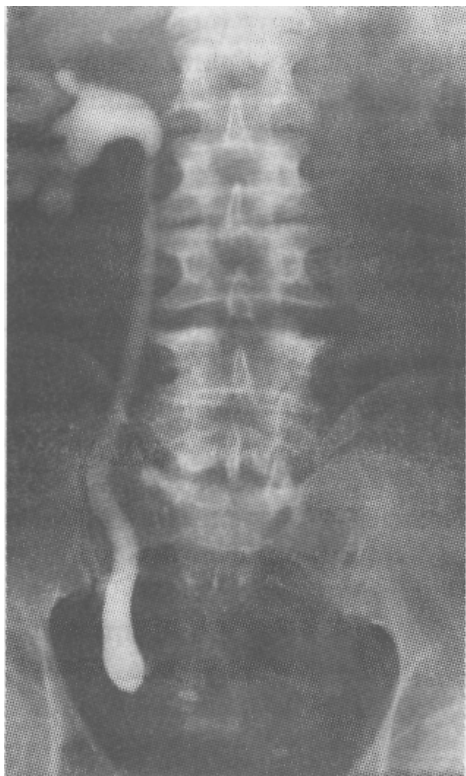
buladi. Tulik destruksiyada esa, kuplab katta kovaklarni bir-biri bilan birlashuvi natijasida, buyrak katta bir korpchaga aylanib, sil pionefrozini keltirib chikaradi.

Siydik naychasini sili, uchun uni bir yoki bir necha joylarini torayishi xarakterlidir. Jomcha siydik naychasi segmentida joylashgan bu torayishlar, siydik naychasini yukori kismida va ayniksa pastki, tos kismilarida uchraydi. Uzoq davom etgan siydik naychasini silida, kuplb kisilishlar, unga xarakterli tasvirdir, bunda siydik naychasi tasbixga uxshab koladi. Silga yana siydik naychasini tarangga bulinadi: klinik, taxliliy rentgen – radioizotop va asbob uskunalar yordamida.

Klinik tekshirish, kasallikning shikoyati va kasallikni tarixini urganishdan boshlanadi. Kasalning shikoyatlari kanchalik kasallik uchun xos bulmaganiga kura, kasallikni tarixi shunchalik xarakterli buladi.

Bemorning boshdan kechirgan upka sili, limfatik tugunlar, suyak va bugimlar sili xamda ekssudativ plevrit va boshkalar. Bemorlarda buyrakni sili xam borligidan darak beradi. Retrograd pielogramma. Buyrak silini 4 darajasi. (sil pielonefriti).

Buyrak silini patogenezidagi siydik yunalishini buzilishligi tugrisidagi ma'lumotlarni borligini nazrada tutib, maxalliy sharoitning ba'zi birinokulay ta'sirlari kisman siydik yullarida xar xil asoratlarning kolishi, ogir oyoklikda, tugish vaktida, gipertoniya kasalliklari va operatsiyadan sunggi vaktida axamiyat xolatlariga berish kerak buladi. Buyrak sili surunkali pielonefrit va buyrak toshni bir-birlari bilan alokadorligi nazarda tutib ularni nefrotuberkulez bilan bir vaktida uchrashi yoki keyin yuzaga chikishi mumkinligini unutmashlik kerak.



Пункцион антеград пиелоуретерография. Унг сийдик найи юкставезикал сил туфайли торайиши

Klinik tekshirishni fizikal usullari, buyrak silini aniklashda ayniksa uning boshlangich boskichlarida juda katta axamiyatga ega. Bel soxasi chukur paypaslaganda va silkib kurilganda kattik ogrik bulmaydi. Buyrakni sil suvbuyragida va pionefrozida xam kamdan-kam paypaslab, turish mumkin. Eraklarda buyrak silini aniklashda, tashki jinsiy a'zolarni ushlab kurish, prostata bezi va urug pufagini kurish katta axamiyatga ega. Kayt etilgan xaraakterli uzgarishlar, buyrak sili taxminini tuldiradi, chunki ular a'zolar sili bilan ogrigan erkaklarni yarmini tashkil kiladi.

Buyrak sili **tashxisi** tasdiklanishida asosiy urinni taxlil tekshiruvlarni uynaydi, siydikni tekshirish natijasida uziga xos bulgan uzgarishlar-proteinuriya, leykotsituriya, eritrotsituriya topildi. Leykotsituriya va eritrotsittsriyani aniklshada, siydik chukmasidagi elementlarni sonini sanashlikni yangicha usuli, ya'ni ular 1 ml siydikdagi umumiy soni katta axamiyatga ega. Almeydo-Nechiporenko usuli. Bu usul yordmida aksariyat leykotsituriya umumiy siydik analizida uzgarish bulmagan xollarda aniklanadi. Klinik va eksperimental tekshirishlar

shuni kursatdiki, leykotsitlarni aloxida turi (Shterngeymer-Malbin xujayralari aktiv leykotsitlarni) birlamchi nespetsifik pielonefritda uchraydi. Bu xol spetsifik shamollash jarayonida xam uchrashi mumkin.

Siydik chukmasida xujayra tarkibini urganish bilan bir katorda bakteriologik tekshirishlar xam olib boriladi. Buyrak sili bilan ogrigan kasalliklarni karayib yarmida, siydikdan nespetsifik bakteriolo flora ekiladi. Bu esa avval kabul kilingan «aseptik piuriya» fikrini rad etdi. Buyrak silini klassik belgilaridan birini «Aseptik piuriya» ni shunday tushunilgani, ya'ni sil kuzgartuvchi mikroob, boshka mikroorganizmlarning siydikda xayot faoliyatini yukotadi degan fikrni rad etadi. Keyingi yillarda spetsifik ximioterapiya ta'sirida yoki siydikni bakteriologik tekshirishini takomillanishi «aseptik piuriya» buyrak sili bilan ogrigan kasallikni kupchiligida uchramokda. Nespetsifik bakteriuriyani darajasi jaxitdan olinganda pielonefrit, sil kkasalliklarni 40% uchrashligini aytish mumkin. shuning uchun utkazilayotgan tekshirishlar «aseptik piuriya»ni aniklash uchungina emas, balki nespetsifik bakteriologik florani xarakterini aniklasha va shu bilan birga antibakterial davolash taktikasini tulik ishlab chikish uchun aniklanadi.

Buyrak sili tashxisini asosiy va ishonchli tasdigi, sil mikobakteriyasini siydikda topilishi. Buni aniklash yuli 3-ta guruxga bulinadi: bakterioskopik, bakteriologik va biologik. Bakterioskopik usuli b siydik chukmasini mikroskopda Pil-Nillen usuli bilan buyab tekshirish. Biologik tekshirish – bu siydik chukmasini maxsus sil kuzgartuvchisini tanlovchi ozika muxitiga ekib, natijasini aniklash. Xozirgi vaktida Levenshteyn buyicha kartoshka va tuxumdan tayyorlangan muxitga va tezlashtirilgan usul Preys- Shkolnikov buyicha konli muxitga chukur ekish kullanimokda. Birinchi usul kullanilganda natija 2-2,5 oyda ikkinchisi kullanilganda esa, 2-4 xafta ichida olinadi. Birinchit usul ancha anikrok.

Silni mikobakteriyasini aniklashda eng ta'sirligi biologik usuldir:

Bunda sil mikroobiga juda sezgir bulgan kalamushni terisini poetiga yoki korin bshligiga sil kasalni siydigini chukmasi yuboriladi. Ulgan yoki 2 oy davomida yashagan va keyin uldirilgan bu kalamush yoriladi va a'zolari gistologik va bakteriologik tekshirishdan utkaziladi. Kalamush ichki a'zolarini sil bilan jaroxatlanishi, sil mikobakteriyasini anik bulishligidan tugrirogi kasalni buyragida sil kasalligini borligini kursatadi.

Afsuski siydikda sil tayokchalarini aniklashning xamma usullari uni barcha kasallarda xam topib aniklash imkonini bermaydi. Xattoki biologik tekshirish yordamida xam fakat 70-80% kasaldagina, sil tayokchasini aniklash mumkin. Gap shundaki aniklangan buyrak silida xam mikobakteriuriya intermitiruyuhiy xarakterli buladi, ya'ni tekshirilayotgan siydikning xamma kismida xam sil tayokchalari uchravermaydi. Shunga kura tekshirishni kayta-kayta utkazilishning axamiyati katta. Bakterioskopiyani tulik tekshirish davomida xar kuni utkazish maksadga muvofikdir. Siydikni ertalabki kismini sil tayokchasini topish uchun kilinadigan ekishni esa, 3 kun davomida uzluksiz utkazish kerak.

Buyrak silini bakteriologik tashxisini tashxislashni kiyin bulganligi sababli, uni taxliliy tashxisida kushimcha usullar muxim urin uynaydi, ayniksa keyingi yillarda tuberkulin provokatsion usuli keng tarkalmokda. Bu usullar, Koxning teri osti tuberkulin sinamasini zamonaviy 3 turdagi: umumiy, maxalliy va uchok reaksiyalarin boshka turidir. Siydik chukmasida, xujayra elementlarin mikdorini

aniklashning yangi zamonaviy sanoklash usulining topilishi, buyrak sili bilan ogrigan bemorni teri ostiga yuboriladigan tuberkulin tekshirish usulidan paydo buladigan maxalliy reaksiyani ob'ektiv baxolashlikka imkoniyat bermokda. Buyrakdagi sil jarayonidagi kiska muddatda kuchayishi siydik chukmasida aktiv leykotsitlarni va eritrotsitlarni sonining oshishi bilan ifodalanadi. Bundan tashkari, kasallangan buyrakning maxalliy reaktisisini siydikdagi oksilni immunoximik tekshirish va izotop renografiya, tuberkulingrafik tekshirish yordamida xam aniklash mumkin.

Buyrak sili kasalini tekshirishning keyingi boskichi rentgenologik tekshirish bulib, uning yordamida patologik jarayonini xarakteri va boskichi xakida muxim ma'lumotlarin olish mumkin. avvalkukrak kafasini suyaklarini va bugimlarini rentgen kilib tekshirish kerak, ularda aktiv yoki sungan silining belgilarin topilishi, buyrak sili uchun bir ma'lumot bulib xizmat kilishi mumkin.

Boshka barcha kasalliklardagi kabi buyrak va siydik yullarini rentgenologik tekshirilishini, barcham siydik sistemasining umumiy rentgenografisi bilan boshlanadi. Buyrak soyasining kattalashishi, undagi retentsion uzgarishlarr,siydik yunalishini buzilishidan yuzaga keluvchi gidronefrotik transformatsiyani natijasi



Экскретор урограмма. Чап буйрак юкори сегменти сил кавернаси.

bulishi mumkin. Buyrak soyasining kichrayishi esa nefrosklerozni yuzaga kelganida darak berishi mumkin, ya'ni sil uchoklarining chandiklanishi va nospetsifik pielonefrit natijasida buyrak burishi koladi. Umumiy rentgenografiya xam silga xos bulgan 5-10 % kasallarda uchraydigan buyrak parenximasidagi oxaklanish jarayonini aniklaydi. Petrifikatning soyasi,buyrak toshining soyasidan,uzining unchai anik bulmagan tuzilishi ,notugri doirasi, kingir kirgoklari va kosa-jom sistemasida emas,balki buyrak parenximasi ustida joylanishi bilan fark kiladi.

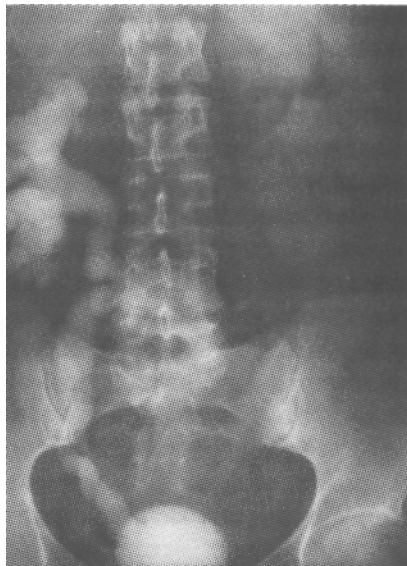
Umumiy rentgenografiyadan sung urografiya kilinadi. Xozirgi paytda tekshirish texnikani takomillashuvi, rentgenokonstrast preparatlarini sifatlarini yaxshilanishi, yangi modifikatsiyalarining kullanishi, siydik naychasini ezib turib urografiya kilish, kontrast moddani kup kullash, infuzion urografiya, nefrotomografik tekshirishlar natijasida, bu metod buyrak vazifasini buzilmagan xolida

nefrotuberkulyoz jarayonida, buyrak parenximasini siydiy naychasininig va Qovuqning ta'sirini beradi. Retrograd pielografiyani esa fakat buyrakni vazifasini buzilgani sababli ekskretor urografiyanan anik ma'lumot olib bulmagandagina kullaniladi.

Retrograd pielogrammada butunlay ishdan chikkan yoki kosacha bilan juda ingichka yul bilan boglangan kovaklar, rentgenokonstrast modda bilan jom tomonidan tulmasdan kolishi mumkin. Retrograd pielogrammada bunday kovaklar ezilgan xolatda, kosachalarni «amputatsiya»si xolatida kurinib,usimta kurinishini berishi mumkin. Ekskretor urografiya esa tashxisga aniklik kiritib, «amputatsiya» kilingan gomogen soya urnida,rentgenokonstrast modda bilan tulgan kovak borligini kursatadi.

Ekskretor urogrammani ustunligi shundaki, u bir vaktida yukoridan pastga kilingan sistogrammani olishi, Qovuq siliga xos bulgan uzgarishlarni aniklash imkonini beradi. Agar yukoridan pastga karab kilingan sistogrammada, Qovuqni anik tasvirini olishlikni imkoniyati bulmasa, retrograd sistografiyani kullashlik lozim buladi. Yukorida aytib utilgan Qovuqdagi silga xos bulgan uzgarishlardan tashkari, sistografiyada, siydik naychasi va Qovuq segmentini berkituvchi apparati ishdan chikkanda, Qovuq-siydik kanali reflyuksini aniklash mumkin. Qovuqni kontrast modda bilan tulishi, buyrakdagi buyrak siliga xos uzgarishlarni aniklovchi ureteropielogrammani beradi. Shuning uchun buyrak siliga shubxa tugilganda retrograd pielogrammani 30-40 smli plynkaga kilish kerak, chunki u butun siydik sistemasini koplaydi. Sistografiya paytida ureteopielogrammani olishlikni, siydik pufagini xajmini kamligi tufayli retrograd pielografiyani bajarishlikni mumkin bulmagan ekskretor urografiyaning esa buyrak vazifasini pasayib ketgan xollarida kilishlik katta axamiyatga ega buladi.

Buyrak silini tashxisida buyrak angiografiyasi kam kullaniladi, chunki unda fakat katta kovaklardagina buyrak siliga xos bulgan uzgarishlarni (kon tomirlarini siljishi, tomirlarni alati, nefrografik fazadagina kurish mumkin. Ekskretor urogramma. Buyrak silining 1 darajasi. Yukori kosachaning bugizini ezilishi va urta kosachani ajratish. Buyrak silining boshlangich kezlarida antiogrammadan olinadigan tasvir, nospetsefik surunkali pielonefritning tasviridan fark kilmaydi. Buyrakni rezektsiya kilish planlashtirilgan vaktida kavernani kon tomirlar bilan alokasini aniklashlik va kesish chegarasini belgilashlik uchun buyrak angiografiyasi katta axamiyatga ega. Ba'zan jom-kosa soyasini tasvirini ekskretor urografiya yoki retrograd pielografiya yordamida aniklash mumkin bulmagan xolarda, teri orkali antegrad pielografiya kilinganda aniklanadi.



Экскретор урограмма, тушувчи цистограмма. Икки томонлама сил уретерогидронефрози, ковок бужмайиши.

Shunday kilib, zamonaviy boskichda buyrak silini tashxisida etakchi usul ekskretor urografiya bulib, uni avvallari funktsional tekshirish usuli deb xisoblanar edi. Xozir esa buyrak va siydik yullaridagi anatomik uzgarishlarni aniklashda xam, retrograd pielografiyadan kolishmaydi. Shu bilan bir vaktida, ekskretor urografiyaning urni buyrakni vazifasini aniklovchi omil sifektida bir muncha kupaydi, chunki yukori kontrastli preparatlarni barpo bulishi, ularni mikdorining oshirilishi yoki infuzion usulda junatilishi, siydik naychalarni ezish usullarini kullanilishi tasviri kontrastligini su'niy ravishda oshirib, bu bilan buyrak vazifasini aniklashlikni xolatini oshirmokda. Zamonaviy ekskretor urografiya, buyrak tukimasining nisbatan saklanib kolgan, juda kichik kismini xam yukori kontrastli moddani ajralib chikarishligi tufayli, parenximasining konikarli ishlanayotganligi xakida notugri tasavvur tugdirishi mumkin.

Radioizotop tekshirish usuli, buyrak silida buladigan eng avvalgi belgilar xakida ma'lumotlar beradi. Izotop renografiya buyrak siliga xos bulgan uzgarishlarni aniklamaydi. Agar buyraklardan birida sil borligini aniklasayu, boshka buyrakdan funktsional

uzgarishlar topilsa, bu narsa shu buyrakda silning «subklinik» fazasi borligini, uni rentgenologik aniklanganligini kursatadi. Skanirovanie va stsintigrafiya, destruktiv uzgarishlarni kanchalik tarkalganligini ya'ni kasallikning boskichini kursatadi.

Qovuqning shilik pardasida spetsifik sil uzgarishlari paydo bulganida, sistoskopiya usuli katta axamiyatga ega buladi. Kavernada sil dumbokchalarining yaralarini, chandiklarining yopilishi va siydik naychalarining deformatsiyasi, buyrak silining tashxisini tasdiklaydi va kasal tarifini takomillashga yordam beradi, ya'ni bu uzgarishlar asosan siydik naychasining jumbogini atrofida yoki siydik pufagining tegishli yarmida paydo buladi.

Tsistoskopiya topilgan uzgarishlarning muloxaza kilishlik doim xam oddiy bulavermaydi. Chunki Qovuqda topilgan patalogik uzgarishlarni mikroskopik kurinishi juda uxshash masalan: Qovuqning yarasini, sil yarasidan, sil granulyatsiyasini, usmadan ajratish ancha kiyin. Bunday xollarda anik tashxisga endovezikal biopsiya yordam beradi.

Silga shubxa kilingan bemorlarda sistoskopiya, xromotsistoskopiya bilan birgalikda takkoslanadi. Venaga yuborgan indigokarminning siydik naychasini jumbogidan chikmasligi yoki kech ajralishi buyrakni sil bilan zararlanganligini kursatadi. Shu bilan birga sil jarayonining boshlangich davrida, indigokarminning ajralishi, siydik yullarida, uzgarish bulmasa xam buzilishligi mumkin.

Shunday kilib, buyrak va siydik yullari silining tashxisi uchta asosiy boskichdan iborat. Buyrakda sil bor-yukligiga shubxani tugdiruvchi klinik tekshirish kursatkichlari- tashxisni tasdiklaydi, rentgenoizotop va endoskopik usullar yordamida buyrak va siydik yularidagi anatomik – funktsional xolatini aniklashga yordam beradi.

Farklovchi tashxis. Buyrak silining farklovchi tashxisini eng avvalida uni surunkali pielonefrit bilan kilish kerak, chunki bu ikki kasallik bir birga uxshash. Buyrak sanchigi, dizuriya gemoturiya, eritrotsituriya, proteunuriya, sistoskopiya aniklangan belgilar, rentgenogrammadagi siydik yullarining destruktiv va stenotik uzgarishlari pielonefritdan kura buyrak siliga xos belgilardir.

Siydik naychasining kisilishi va jom kosa sistemasining kengayishi bilan birga kechuvchi buyrak sili, rentgenologik jixatdan girodnefrozga uxshab ketadi, ammo suvbuyrak uchun kengaygan kosachalarning bir xilligi, ularning kirkoklarini anik va tekis bulishligi xarakterlidir. Kattik kon siyishlik bilan kechuvchi buyrak silini buyrak usmasidan farqlash lozim, chunki tukima ichidagi sil uchogi, retrograd pielografiyada, jom kosaning usmasimon uzgarishini keltirib chikarish mumkin. Ekskretor urografiya esa taxminan kilingan usmasini urnida bushlikni, buyrak arteriografiyasida esa usma uchun xos bulgan bulgilarini topish mumkin emas.

Buyrak silining farklovi tashxisida asosiy urinni bakteriologik tekshirishlar uynaydi, uning yordamida siydikda sil mikobakteriyasini bor-yukligini aniklash mumkin.

Qovuq yonida buladigan, Qovuqni chiga karab usadigan surgichsomon granulyatsiya tukimalari kupincha Qovuq usmasiga xam uxshab ketadi. Sil yaralari, yaralarga uxshab ketadi. Bunday xollarda kasallik tashxisini farqlash uchun Qovuqni ichini kurib, undan tukimalar olib tekshirilgandagina anik xulosaga kelish mumkin.

Davosi. Oxirgi 35 yil ichida buyrakni va siydik yullarining boshka a'zolarining silini davolashda anchagina sezilarli uzgarishlar yuz berdi. Bu xam bulsa klinikada streptomitsin va boshka silga karshi kim'yoviy dori moddalarning keng kullanishidandir. Agar streptomitsin davridan oldingi vaktida buyra sili bilan ogrigan kasalni darxol buyragini olib tashlashlik tavsiya kilingan bulsa, xozirgi davrda esa kup bemorlarda kasallikni operatsiya kilmay, uzok vaktgacha davolashlikka imkoniyat tugiladi.

Davolashlikning biron bir xilini tenglashlik, avvalom bor, kasallikning davriga boglik. Uni 1 va 2 davrlarida asosan konservativ davolash bulsa, 3 davrida yoki operativ davolashni (buyrakni rezektsiyasini kavernektomiya, kavernetomiya), konservativ davolash bilan birga olib boriladi; davrida esa fakat nefrektomiya tavsiya etiladi.

Konservativ davolash.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini konservativ davolashlik birinchi navbatda uz ichiga spetsefik ximoterapiyani oladi. Bu xil davolash, bir nechta dorilarni kombinatsiyasidan foydalanib, bir vakti uzida esa birdaniga ularning ta'sir kilish mexanizmi xar vakti uzida esa birdaniga ularning ta'sir kilish mexanizmi xar xil bulsa, xam uch xil dorilardan, foydalaniladi: antibiotiklardan (kupincha streptomitsin), izonikon kislotasini gidrolizati (GINK) turkumiga kiruvchi preparatlar (tubazid, ftivazid va boshkalar) va paraminosalitsin kislotasi (PASK). Ta'sir kilish mexanizmi bir necha xil bulgan dorilarni birgalikda kullanilishi, ularning davolash ta'sirini oshiradi va bakteriyani doriga buladigan urganib kolishlik xolatini yuzaga kelishini susaytiradi.

Streptomitsin muskul ichiga 1 gr dan (0,5 gr dan 2 maxal) kuniga, tubazid, ftivazid (0,3 gr dan 3 maxal) (PASK – 3gr dan 3 maxal) iste'mol kilinadi. Bu preparatlarni xar xil nojuya xolatlarni keltirib chikarish extimolini borligini unutmashlik lozim. Streptomitsinni vestibulyar apparatga zarar etkazishi (kungil aynish, bosh aylanish, eshitishni yomonlashuvi, xatto butunlay kar bulib kolish) xolatlarini keltirib chikarishi mumkin. bunday xolatlarda streptomiuinni yuborilishini tuxtatish kerak. Bunday xolatlarda streptomitsinni, zarari kamrok varianti- digidrol streptomitsinni – xuddi shunday dozasini ishlatilishi mumkin. Streptomitsin bilan davolashni uzok kullanishining zararlighi uni fakat mumiy emas, balki maxalliy ta'sir kursatish (siydik yullari orkali) bilan xam xavflidir. Streptomitsinning ta'siri natijasida kosachalar, jomlar, siydik naychasi va Qovuq devorida sil uchoklarining chandiklari paydo bulishi mumkin. Bu esa ularning tuzilishini uzgartiradi, buralishiga, vazifasini buzilishiga olib keladi. Buyrak va siydik chikarish a'zolarining xam vazifasini uzgartiradi, gidronefrotik transformatsiyaga olib keluvchi siydik naychasini chandikli tusiklarini keltirib chikaradi

Bu preparatlarni iste'mol kilingandagina kungilsiz xodisalar paydo bulsa yoki ularni etarli bulmasa, bu xolda ularni ikkinchi kator preparatlari bilan almashtirishga tugri keladi. Ularga antibiotiklardan – streptomitsinga nisbatan kuchsizrok, lekin yomon reaksiyasi kamrok, 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 gdan kuniga 4 marta) iste'mol kilinadi. Buyrak sili bilan kasallangan bemorlarni davolashdagi asosiy omillardan biri ishlanayotgan dorini umumiy mikdorini, buyrakni umumiy ishlash kobiliyatiga boglikligidadir. Buyraklarning sekretor va

ekskretor faoliyati normal bulsa, dorini urtacha dozasi quyidagicha belgilanadi: Streptomitsin – tanasi 1 kg ogirlikiga 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 fakat bitta buyrak bulganda, preparatlarni kumulyatsiya bulish xavf borligi uchun, organizmda ularning sutkali miqdori kamaytiriladi. Bunday kasalliklarda uzluqli antibakterial terapiyani kullashlik maksadga muvofikdir.

Silga karshi preparatlar bilan bir katorda vitaminlardan xam keng kullaniladi. Ayniksa piridoksin (vin V6) kup ishlatiladi, chunki u nerv sistemasi va boshka a'zolari kungilsiz reaksiyalarni susaytiradi. Piridoksin (0,03 g 2-3 marta) ogiz orkali yoki muskul orkali (1 mg 1 % eritma 1 kunda 2 marta) yuborilgani ma'kul.

Buyrak va siydik yullari silini dorilar yordamida davolash usuli fakat silga karshi spetsifik preparatlariga emas, balki boshka dori moddalar xam kiradi. Jumladan, buyrak usti bezining korigini preparatlari (KORTIZON 0,025 g (1 kuniga 4 marta) yoki 1-2 ml dan uni 2,5 % eritmasi, muskul ichiga kuyiladi, prednizolon (0,005 g dan kuniga 4marta) iste'mol kilinadi yoki adrenokortikotrop gormoni (AKTG) (10 №20 ED 3-4 marta shak ichiga) kuyiladi. Bu preparatlar sil uchoklarining urnidagi chandikli tukimani paydo bulishini kamaytiradi.

Suruvchi terapiya sifatida teri ostiga aloe ekstrakti (kuniga 1 mg dan) gialuronidaza preparatlari (lidaza 0,1g dan kuniga) yuboriladi.

Dorilar bilan davolashdan tashkari, konservativ davolash kompleksiga quyidagi muxim davolash faktorlari kiradi: bular rejim, parhez sanatoriya – kurortda davolanish, iklimni uzgartirish, bemorlarning kun tartibini tugri va umumiy xolatini mustaxkam bulishi uchun ovkati xilma-xil, kuli bulishi kerak, achchik , utkir taom eyish mumkin emas. Issik va kuruk iklim (Krimning janubiy kirgogi) kasal uchun mu'tadil iklim xisoblanadi. Mamlakatimizdagi kuggina silga karshi sanatoriyalarda tanosil a'zolari ogrigan bmorlar xam davolanishadi. Siydik tanosil a'zolari sili bilan kasallangan bemorlar uchun muljallangan maxsus sanatoriyalar bor.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini konservativ davolash muddati, kasallikning darajasiga boglik. Shu bilan birga, u uzok davomli va uzluksiz bulishi (2 yildan kam emas) kerak. Kasallar silga karshi dispanserda doimiy ruyxatda turadilar. Ularni ftiziurolog nazoratida daolab turishadi. Davolashni kay darajada borayotganini aniklash maksadida doimiy ravishda siydikni analiz kilib utriladi, uni bakteriologik tekshirilib, sil mikobakteriyasining dori preparatlariga ta'sirchanligi xam aniklanadi, siydik sistemasini rentgenologik tekshirib beriladi. Tulik sil kasalidan davolanganligini garovi sifatida uch yil mobaynida bemor siydigida va uni buyrak va siydik yullarida silni belgilarini topilmasligini kursatish mumkin. Shunday bulsa xam bu bemorlar xar doim urolog tomonidan tekshirilib turilishi lozim. Chunki sharoitni oz bulsa xam uzgarish tufayli silni yangi xuruji bulishi mumkin. Tashrixiy davolash.

Silni spetsifik ximioterapiya yordamida davolashlikni imkoniyatlari tobora ortib borayotganligi tufayli buyrak va siydik yullarini silini davolash imkoniyati xam oshib bormokda. Streptomitsin va boshka silga karshi dorilarni mavjudligi tufayli a'zolari saklab koluvchi operatsiyalarni bajarishlik mumkin bulib koldi, kaysiki streptomitsinga kadr bulgan davrda sil infeksiyasining kuchayib ketishi xavfi kuchli

edi. (Emilliar sil, miya pardalarining sili) Asrimizning 50-chi yillrida buyrak silining kichik yoki chegaralangan destruktiviyasida nefrektomiya urniga buyrak rezektsiyasi keng kullanila boshlandi. Keyinchalik esa yanada extiyot operatsiyalar) (kavernektomiya, kavernotomiya) ishlab chikildi. Xozir paytlarda silning boshlangich destruktiviyasi yoki chegaralangan destruktiv formalri xam buyrakdan siydik okimi uncha buzilmagan bulsa, xar xil operatsiyalar xam kilinmokda va bu kasallar dorilar bilan davolanmokdalar.

Keyingi yillarda sidik a'zolaridagi sil va sildan keyingi uzgarishlarni kayta tilash va plastik kilishning turli kurinishlari kullanilmokda. Siydik naychasi bir tomonlama toraysa uni pastki kismi kesib tashlanadi. Sil jarayoni kupincha siydik naychasini pastki kismida joylashgani uchun uni pastki kismi kesib tashlanib, uni Qovuq bilan ulab kuyiladi. Siydik naychasining sidik pufagiga yakin joyi kisilgan bulib, kesilgan joyni uzunligi kup bulsa, u xolda Baori tashxiri bajariladi. Siydik naychasining turli kismilarida juda kup torayishlar bulgan vaktida, uni kesib olib uni urnini ingichka ichak bilan almashtirish operatsiyasi kullaniladi. Kupgina xollarda, siydik naychasining biron bir plastik operatsiyasini bajarishdan oldin, operativ davoning birinchi boskichi sifatida, siydikni ajratish buyrakning anatom-funksional xolatini xamda ximoterapiya kursatkichlarini yaxshilash maksadida vaktincha buyrakka naycha kuyiladi. Siydik pufagining sildan keyin burishib kolgan xollarida esa, uni ichak bilan plastik operatsiya kilinadi. Ingichka ichakning oxirgi kismidan yoki yugon boshlangich kismidan laxtak olib, Qovuqqa ulab kuyiladi. Bu operatsiyalar siydik pufagining xajmini oshiradi. Dizuriyani kaymatiradi va buyrakdagi siydik yullarining yukori kismidan okib utishini yaxshilaydi. (96 rasm rangli ilova). Buyrak silini (ertarok aniklashlikni kiyin bulganligi sababli, uni kupincha (15-16% bemorlarda) akat oxirgi 4 darajada aniklanadi. Bunday xolatlarda asosan nefrektomiya kilishga tugri keladi. Nefrektomiya kilishlik uchun kat'iy va nisbiy kursatmalar bor; kat'iy kursatmaga kasal xayoti uchun xavfli bulgan asoratlari, buyrakdagi tarkalgan yiringli shamollash, jarayonini, arterial gipertenziya, siydik pufagining avj oluvchi sili va sil intoksikatsiyasi kiradi. Boshka xollarda uzok davom etgan buyrak silining uzi xam polikavernoz, sil, sil pionefrozi, buyrakning total oxaklanishi, sildan keingi pionefroz yukorida sanab utilgan asoratlardan tashkari, buyrak uchun nisbiy kursatma bula oladi. Kasalning yoshi, uni umumiy xolati, boshka buyrakning xolati spetsefik ximoterapiyani kutara olishi va boshka sotsial faktorlarga karab, buyrakni olib tashlash masalasi xal kilinadi.

Tashrixga tayyorgarlik.

Buyrak va siydik yullari sili bor bemorlarni operatsiyaga tayyorlashlik 2 xafta davomida spetsefik ximioterapiya (streptomitsin, GINK PASK) utkazishdan iborat.

Tashrix maxorati.

Sil bulgan buyrakni olib tashlashlikni asosiy sharti, buyrak bilan birga naychani xam butunlay olib tashlashlikdan (total buyrak) iborat. Chandikli uzgargan siydik naychasini biron kismi olmay koldirilsa u xolda yiringlashni yuzaga kelish xavfi bor. Total buyrak asosan ikki yul bilan Federov buyicha yoki Pirogov buyicha bikinda kingir kesish bilan bajariladi.

Boari buyicha siydik – naychasini Qovuq bilan ulash kuyidagicha bajariladi: siydik naychasini pastki kismi to uni torayib kolgan joyiga kadar ajratiladi va toraygan joy chegarasidan kesib olinadi. Qovuqni oldingi yonbosh kismidan

turtburchakli laxtak kesiladi va undan yangi kuvir yasalib siydik naychasini uchiga ulanadi. Siydik naychasiga rezina drenaj utkaziladi va uni pastki uchi tashkariga chikariladi. (97-rasm. Rangli ilovaga karng).

Qovuqni ichak bilan kilinadigan operatsiyasi korin bushligi orkali bajariladi. Ichakni 15 sm uzunlikdagi kismi uni tomirlari saklangan xolda kesib olinadi. Xar ikkala teshiklari berkitiladi va kouvuk bilan «yonbosh yonboshiga» kilib ulanadi. (96 rasm rangli varakaga karang).

Bemor operatsiyadan sung uzok vakt (3 oyga ukasalxonada va keyinchalik 3-3,5 yil sanatoriyada) davomida spetsefik ximioterapiya bilan davolanadi. Tashrix yaxshi utsa, bemorga operatsiyani ertasigayok turishga ruxsat beriladi. Boari tashrixidan keyin 2 xafta yotok tartibida yuelgilanadi, siydik naychasidagi drenaj trubka 2-3 xaftadan sung olinadi yoki erkaklarda Qovuq yarasi bitiltiradi, ayollarda esa bir necha kun keyin siydik kanalidagi drenaj trubka olinadi. Laxtaga ishlatilgan tashrixdan keyin xam yotok tartibining vakti va drenajlarining olish muddati xuddi shunday belgilanadi. Bu bemorlarda asosiy e'tiborni ularni korin bushligining xolatiga karatiladi. Tashrixning eng xavfli asorati – ichaklarni bir-biri bilan ulagan joyida utkazmaslik paydo bulishi va peritanitdir.

Okibatlari.

Buyrak va tanosil a'zolarining silini okibati kasallikni darajasiga boglik. Kasallikning boshlangich darajalarida: buyrak tukimasida destruktiv uzgarishlar paydo bulganda va siydik yullari zararlanganiga kadar utkazilgan mutannosib davo, kasallikni kanday asorati kolbirmay davolaydi. Bir tamonlama kasallangan buyrakga kilinadigan a'zolarni saklab koluvchi

(buyrak rezektsiyasi, kavernalarni kesish eki olib tashlash) tashrixning okibati ancha yaxshi buladi. Sil kasalligi tufayli bitta buyrak olib tashlanganda esa okibat bir oz jiddiyrok buladi, chunki ikkinchi buyrakda xam uni kobux kavatida mayda uchogli zararlanishlar bulib (subklinik-sil)Ular nokulay sharoitlar ta'sirida avj olib, bu buyrakda xam sil paydo bulishiga olib borishi mumkun. Kedingi yillarda maxsus kim'eviy dorilar ta'sirida, bundvy buyrakda sil emas, balki surunkali nespetsifik pielonefrit va buyraktosh kelib chikmokda. Shuning uchun sil tufayli buyragi olib tashlangan bemorlar xar doim yaxshilab tekshirilib borilishi lozim.

Okibat uchun siydik yullarining xolati urin uynaydi, negaki siydikni okimi buzilgan bulsa, silga karshi ishlatiladigan kim'eviy dorilar yaxshi ta'sir kilmaydi. Agar bu dori-darmonlar ta'sirida maxsus sil uzgarishlari yuk bulib ketsa xam, siydik naychasini chandikli kisilishlari, gidronefratik tansformatsiya va nespetsifik pielonefritning avj olishiga olib kelib, oxirida buyrakni xalok kiladi.

Shunday kilib, buyrak silining okibatini yaxshi bulishi uchun, uzok davom etgan destruktiv uzgarishlar va siydik yullarida chandikli defarmatsiyalar bulmasligi kerak. Eng emon okibat kasallikning turtinchi darajasida va siydik okimini buzuvchi siydik yullarida sil va sildan keyingi uzgarishlar bulganda kutiladi.

Kasalning xayotiga nisbatan, bir tomonlama buyrak silining xamma darajasida xam okibat yaxshi buladi, ikki tomonlama silni 3 va 4 chi darajasida buyrak olib tashlansa operatsiyadan keyin esa okibat shubxali buladi.

Buyrak sili bor bemorning mexnat okbilyati, kasallikni darajasiga va boshka a'zolaridagi uzgarishlarni xolatiga (1 va 2 tomonlama) boglik operatsiya

kilinmaydigan bir tomonlama buyrak silida bemorlarni mexnat kobilyati saklangan buladi.

Operatsiya kilingan kasallarni mexnat kobilyati chegaralangan bulib, zararlangan a'zolarini saklab koluvchi operatsiyadan keyin kiska nefrektomiyadan keyin esa uzok vaktgacha chegaralangan buladi. Ikki tomonlama silida bemorlarni mexnat kobilyati ancha kup darajada cheklangan buladi. Mexnat kobilyati ikki tomonlama silida juda past buladi, ammo mexnat kobilyati saklangan bemorlarda akliy xamda jismoniy mexnat chegaralangan bulishi lozim. Kasalning yashash sharoitlari kulay bulishi kerak. Kasal bor joyda extiyotkorlik choralari kurilishi lozim, negaki kasalning siydigida juda kam bulsa xam kasalnik mikroblari bulib, ular yangi kasallarni manbai bulib kolishi mumkin.

ERKAKLAR TANOSIL A'ZOLARINING SILI.

Etiologiyasi.

Erkaklar tanosil a'zolarining silini etiologiyasi, boshka a'zolar silining etiologiyasidan fark kilmaydi.

Patogenezi.

Erkak tanosil a'zolari silini patogenezi asosiy xosiyatlari, tuxum ortiglarining silida uz tasvirini topadi. Shuning uchun olimlar, sil avvalo tuxum ortigini zararlaydi, sung boshka tanosil a'zolariga tarkaladi deb xisoblar edilar.

Keyingi yillardagi nuktai- nazarlarga kura esa, sil avval prostata bezini zararlab, ammo unda mudrok xolida bulib, keyin esa urug pufagi va tuxum ortiklariga tarkaladi. Prostata bezi va urug pufakchalari, kon orkali bir paytni uzida xam zararlanishi mumkin. Erkak tanosil a'zolari silining patogenezi urganishdan shuni xulosa kilish kerakki moyak ortiklarini silining birinchi belgilari paydo bulishi bilanok bemorni boshka tanosil a'zolarini va siydik sistemasini tulik tekshirish kerak.

Patalogik anatomiyasi.

Erkaklarda tanosil a'zolari silining tashki kurinishi ancha uziga xosdir. Boshlangich boralarda jaroxatlangan tukimalarda infiltrativ jarayon, shishish, kattiklanish xolatlari kuzatiladi. Bu a'zoldan yuzasi gadir – budurlik paydo buladi. Keyinchalik infiltratsiya uchoklari yiringlab emiriladi. Kupincha bu jarayon kushni tukimalarni (moyak va uni ortigini silida – yorgokni prostata bezini silida – zakarni) uz ichiga oladi. Asta sekin sil uchoklari ulik va yiringli tukimalardan tozalanadi va ularni urnida kovak xosil buladi.

Tuxum ortigining sili asosan uni pastki «dum) kismidan boshlanadi, keyin esa a'zoning boshka kismilariga , tuxumga tegib turgan kismiga tarkaladi. Sekin-asta tuxum ortigi emirilish uchogiga aylanadi.

Kupincha ortig juda xam kattalashib, tuxumni xamma tomonidan urab oladi, ammo tuxum esa uzgarishsiz kolishi mumkin. Tuxum va uning ortigining sili kupincha ikki tomonlama buladi, ammo oldin bir tomonlama bulib boshlanadi.

Prostata bezi va urug pufakchalarining sili ularda dumbokchalar paydo bulishidan boshlanadi, keyinchalik esa ular infiltratsiya uchogiga birlashadilar va posotga aylanadi, keyinchalik boshka tukimalarga osonrok xollarda siydik kanaliga yorib kiruvchi sil yiring xaltalariga aylanadi, kovaklar paydo buladi. Prostata bezi va urug pufakchalaridagi uzgarishlar tanosil a'zolarini jaroxatlangan tomonlarida kuprok gavalangan buladi. Kasalnikni murakkablashib ketgan boralarida, jarayonga urug

chikaruvchi yul xam kushiladi. Bu xolda unda kuplab inifltratsiya uchoklari uzgarmagan tukimalar bilan bir-bir ketin almashib tasbixga uxshash bulib koladi. Tanosil a'zolari silining mikroskopik kurinishi boshka a'zolar silining mikroskopik kurinishiga uxshaydi.

Belgilari va klinik kechishi.

Bemorning umumiy axvoli konikarli xolda buladi. Boshlangich boskichlarida tana xarorati oshadi, konda leykotsitlarning soni kupayadi va SOE ning tezligi oshadi.

Erkak tanosil a'zolarini silining maxalliy belgilari, kasallikka xosdir. Sil jarayonining birinchi klinik belgisi – bu tuxum ortigining uzgarishi bilan boshlanadi. Avvallari ortikning sili uchun uni nospetsefik yalliglanishiga ularok, kasallikni sekin, surunkali klinik belgilariga xos buladi deb xisoblanar edi. Aslida esa bemorlarning 1G`3 kismida tuxum ortigining sili, jaroxat yoki shamollash ta'sirida utkir boshlanadi. Bunda zararlangan tomondagi ortikda birdaniga ogrik paydo bulib, bir necha soat davomida yorgokni yarmi kizarib, shishib ketadi. Tuxum va uning ortigi shishib kattiklashadi. 3-5 kundan sung utkir belgilar susayadi, ammo ortikning shish, notekis kattikligi va gadir budirligi ilgarigacha koladi. Keyinchalik tuxumning zararlangan ortigi yorgokni terisi bilan birlashib yopishib ketadi. Keyinchalik bu joyda yiringli okma paydo buladi. Bu esa tuxum ortigini sil bilan kasallanganini kursatuvchi uziga xos belgi bulib, uni nospetsefik epididimitdan ajratib turadi. Yiringni yorib okma xosil bulishi bilan bemorni axvoli biroz engil tortadi, tuxum ortigidagi uzgarishlar tobora avj oladi va endi tuxum ortigini urnida yagona kattik gadir-budir burtma paydo buladi.

Prostata bezining silini boshlanishida bemor uzida siyishning buzilishiga va ozmoz ogrik paydo bulganiga shikoyat kiladi. Ba'zan esa umuman xech kanday shikoyat bulmaydi. Kasallik rivojlangani sari siydik ajralishni buzilishi kuchayadi. Prostata bezining silini klinik belgilari ancha uziga xosdir. Tugri ichak orkali barmok bilan tekshirilganda kasallikni boshlangich boralarida bezni ozgiga gadir budirlashganini va oz mikdorda kattiklashganini aniklash mumkin. Keyingi davrlarda esa prostata bezida kuplab kattik tugunlarni paydo bulganligi aniklash mumkin.

Urug pufakchalari silida, prostata bezining ustida, yuamlok, kattiklikni aniklash mumkin. Urug pufakchasining sili esa prostata bezining sili bilan birga uchraydi.

Urug chikaruvchi kanalning sili kanal buylab tasbixsimon kattiklikni paydo ublishi bilan gavdalanadi. Agar jarayonga urug tizimchasining tukimalari xam kushilsa u yugonlashadi va kattiklashib ketadi.

Zakarning sili juda kam uchraydi. U zakarni boshchasida mayda yarachalar va kattiklarni paydo bulishi bilan ifodalanadi.

Tashxis.

Kasallikni aniklash fakat kasallik uzok davom etganda, tanosil a'zolarida gadir-budirlar, ortikda esa okma paydo bulganda oson buladi. Boshlangich davrda esa tashxis ancha kiyin.

Avvalo kasallikni tarixiga yaxshi e'tibor berishi kerak. Bironta a'zoda asosan buyrak va siydik yullarida sil jarayoni bulganligini aniklash tashxis uchun katta axamiyatga ega. Silni boshidan kechirgan bemorda epididimit paydo bulsa, avvalo

uni sil epididimitiga shubxa kilish lozim. Uzoq davom etgan epididimitda esa upka, buyrak va boshka a'zolari yaxshilab tekshirish lozim.

Erkak tanosil a'zolari silining erta aniklanishida taxlilxonada utkazilgan tekshirishlar katta urin uynaydi. Uning yordamida leykotsituriyani aniklash mumkin. U buyrak, yukori siydik yullari yoki prostata bezi silining natijasi bulishi mumkin. Leykotsituriya manbayini, siydikni 2 yoki 3 kayta tekshirib aniklash mumkin. Sil mikobakteriuriyasini aniklash xam katta axamiyatga ega, chunki erkaklarda uning manbai bulishi fakat buyraklar emas, balki siydik yullari xam mumkin. Surunkali kechuvchi epididimitda doimo prostata bezining maxsulotida va siydikda sil mikobakteriurasini izlab kurish lozim.

Tashxisining keyingi boskichi buyrak, siydik yullari va upkani rentgenologik tekshirilishlaridir. Bu a'zolardagi silga xos uxgarishlarni aniklash tanosil a'zolarini sil bilan zararlangani xakida muxim dalil bulaoladi. Erkaklarni tanosil a'zolarini rentgenologik tekshirishlar: vazovezikulografiya, epididimografiya (umumiy nomi – «genitografiya») kullaniladi. Bu usullarni kullashda urug chakaruvchi naychani operatsiya yuli bilan ochib, uning ichiga rentgenokonstrast modda (iodolipod) junatiladi. Vezikulografiya uchun – urug pufakchasi tomonga karab, epididimografiya uchun esa tuxum ortigi tomoniga karab yuboriladi.

Bu usul bilan bajarilgan rentgenogrammada, urug pufakchasini urug chikaruvchi yullarda torayishlar yoki unda utkazuvchanlikning yukligi xarakterlidir.

Erkaklarni tanosil a'zolarining sili tashxisini aniklashni eng ishonchli usuli biopsiyadir. Tuxum va uning ortigidan ochik usul bilan prostata bezidan va urug pufagidan esa igna orkali biopsiya yuli bilan tukima olib tekshiriladi.

Farklovchi tashxis.

Prostata bezining silini surunkali nospetsefik prostatitdan, prostata bezining rakidan tuxum ortigini silini esa surunkali nospetsefik epididimtdan va uni usmasidan, tuxumni silini – uni usmasidan, zakar silini uni rakidan – taxliliy usullar bilan farklash ancha murakkab. Bu kasalliklarning xammasining klinik kurinishi bir-biriga uxshash barcha xollarda xam a'zolari xajmi kattalashadi, tukimalar kattiklashadi. Ularni yuzasi gadir-budir buladi. Farklovchi tashxis fakat siydikda yoki shubxalangan joydan igna bilan teshib olingan suyuklikda sil mikobakteriyalarini topilishiga ososlanadi.

Davosi.

Erkaklar tanosil a'zolarining sili buyrak siliga uxshab, maxsus kim'yoviy dorilar yordamida yaxshi davolanavermaydi. Bundan tashkari streptomitsin ta'sirida tuzalgan bemorlarni sil uchoklari urnida chandikli uzgarishlar paydo bulib, urug chikaruvchi yullarining utkazuvchanligi buzilishiga olib keladi va bu tufayli jaroxatlangan tuxum ortigini saklab kolishlikni xech kanday axamiyati kolmaydi. Tuxum ortigini sili anik isbotlanishi bilanok, sil uchogi uz vaktida yukotilishi lozim, chunki u boshka a'zolar uchun xam tanosil a'zolar uchun xam infektsiya manbai bulib ularning zararlanishi bemorning pushtini butunlay yuk bulib ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun erkak tanosil a'zolarining silini davolashda streptomitsin erasida xam asosan operativ yul asosiy manbai xisoblanmokda.

Tuxum ortigining silida asosan uni olib tashlashlik epididimektomiya operatsiyasi kullaniladi. Agar ortik kisman zararlangan bulsa, uni shu kismni kesib tashlash mumkin. Xuddi shuningdek tuxum xam butunlay zararlangan bulsa, olib tashlanadi. Kisman zararlanganda esa rezektsiya kilinadi. Keyingi yillarda tuxum va uning ortigini silida yana xam iktisodli, a'zoni saklab koluvchi operatsiya – kaveriotomiya va kavernektomiya operatsiyalari kup kilinmokda, bunda sil uchogi keng ochiladi va uni ichiga naycha tikib kuyiladi.

Operatsiyaga tayyorganlik sifatida silga karshi maxsus kim'yoviy dorilar (2-3 xafta mobaynida streptomitsin, GINK, PASK odatdagi mikdorda) utkazishdan iborat.

Orxiektomiya odatda tuxumni uning ortigini urug tizimchasi bilan birga olib tashlashlikdan (gemikastratsiya) iborat, chunki zararlangan ortikni uzgarmagan bulsa xam saklab kolishlikni ma'nosi yuk kingir but yorgok kesish yuli bilae urug tizimchasi, tuxum va uning ortigi ochiladi. Ular utkir yoki utmas usullar bilan atrofdagi tukimalardan ajratiladi, urug tizimchasi dabba kanalining tashki teshigiga kadar ajratiladi va usha erda yugon ketgut bilan boglanib ikkita ip orasida kesib tashalanadi.

Epididimektomiya murakkabrok operatsiya xisoblanadi. Uni bajarish vaktida tuxumni oziklantiruvchi arteriyani zararlantirib kuyishdan extiyot bulish kerak, chunki u ortikning boshchasini oldidan utadi. Uni extiyotkorlik bilan tuxumdan ajratib (tuxum arteriyasining urishini tekshirib turilgani xolda) olinadi.

Ortik olib tashlangandan keyin yorgokka dokadan yoki rezina yasalgan surgich kuyiladi va uni uchi yorgokni pastki kismi orkali tashkariga chikarilib kuyiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda yorgok kattik kilib boglab (kon kuyilishni oldini olish maksadida) kuyiladi. Operatsiyaning ertasigayok bemorga yurishga ruxsat beriladi. 2-3 kundan keyin esa boglanma olib tashlanib, ularni urniga yorgok xaltasi kiydirib kuyiladi. Operatsiyadan sung bemorlar uzok vakt (1-2 yilgacha) maxsus kim'yoiy dorilar bilan davolanib turishlari lozim.

Prostata bezi va urug pufakchalarining silini davolash asosan dorilar bilan olib boriladi. Bunday bu a'zolari sil posoti mustasno yiringli, tugri ichakning oldingi devori orkali, ichakka kiritilgan barmokni nazorati ostida yoki but orkali yorib chikariladi. Yorishdan oldin ignalar yordamida yiringni bor yukligi aniklaniladi. Urug pufakchalari yiring boglasa ular butunlay tashlanadi.

Erkak tanosil a'zolarini sili bilan ogrigan bemorlar, silga karshi dispanserda ftziourolog kuzatuvida buladilar va butunlay tuzalguniga kadar spetsefik ximioterapiya bilan davolanadilar. Sanatoriya kurort davomida iklimni almashtirish, rejim va parhez va boshkalarni katta axamiyati bor.

Okibat.

Butunlay sogayib ketish jixatidan erkaklar tanosil a'zolarining silini okibati kup xollarda uncha yaxshi emas. Tuxum ortigining silini kanchalik shiddat bilan davolanag`ilmasin, baribir okibatda uni utkazuvchanligi butunlay buziladi. Ayniksa jarayon ikki tomonlama bulganda okibat xavflidir, chunki bu xolda bepushtlik yuz beradi. Prostata bezi va urug pufakchalarining sili kupincha bu p'zolari vazifasini butunlay buzilishiga olib keladi.

Bemorning xayoti uchun erkak tanosil a'zolarining sili xavfli emas. U bemorlarning umumiy axvolini yomonlashtirmasa xam bari bir ulim darajasiga olib kelmaydi.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING AKTINOMIKOZI

Aktinomikoz – odma va xayvonlarning surunkali infeksiyon kasalligi bulib, u organizmga toblanuvchi (nurlanuvchi) zamburugni kirib kolishidan kelib chikadi. Bu toblanuvchi zamburgning tanasi – aktinomitseta, shoxlanib ketgan ingichka ip chigallaridan iborat bulib, xar xil uzunlik va kalinlikda buladi. Infeksiyani asosiy usimliklar tashib yuradilar. Kasallik tashki muxitda erkin yashovchi aktinomitsetni, ekzogen yul bilan organizmga kirib kolishidan kelib chikadi. Shunday bulsa xam zararlanish endogen yul bilan boradi, chunki ogiz bushligini va oshkozon- yulini olgan kuzgatuvchi zamburuglar, parazitlar xolatiga utib kolgan buladi.

Siydik yullarini aktinomikozni kam uchraydi. U korin bushligini orkasidagi infeksiyani okibatida rivojlanadi. Yugon ichakni atrofidagi tukimalarga boshlangan jarayon kontakt va limfogen yul bilan yukoriga yoki pastga korinni orkasidagi tukimalarga tarkaladi. Yukoriga siljib va fastsial kavatlarni emirib, buyrak atrofidagi tukimalarni kamrab oladi. Buning natijasida butun buyrak tosh kattiklagidagi dagal, kattik tukima xoliga aylanib koladi. Bu tukimalar buyrak va siydik naychasini kin singari urab oladi. Tukimalardagi bunday uzgarishlarga karamay jarayon buyrakni uziga kam tarkaladi.

Buyrakning birlamchi aktinomikozni kam uchraydi, odatda u bironta yashirin kechayotgan kupincha upkadagi jaroxatdan, kon tomirlar orkali tarkalish natijasida sodir buladi. Buyrak tukimalarini zararlanishi ancha chukur buladi.

Odatda radikal operatsiya-buyrakni olib tashlashlik va yaxshilab antibiotiklar bilan davolashlik yaxshi natija beradi.

Qovuqning birlamchi jaroxatlanishi esa undn xam kam uchraydi. Odatda u Qovuqqa yot jismlarni tushib kolishidan va ayniksa Qovuq atrofidagi tukimalardan jarayonni tarkalishi tufayli vujudga keladi.

Tsistoskopiya kilinganda shilinib kolgan yoki yiring yigilib kolgan joylarni burtib turganini kurish mumkin. bu burtmalar yorilganda, siydikda aktinomitsetlarni topish mumkin.

Erkaklar tanosil a'zolarini aktinomikozni ekzogen yul bilan tarkaladi va juda kam uchraydi. Tashxisi kiyin va odatda juda kechikib kuyiladi. Kup sonli okmalarni kattik va burtgan ishiklarni borligi okma natijalarida zaxm va silni yukligiga erishilgan oshinchli natija, aktinomitset antigenni teri ichiga yuborilganda olingan manfiy natija, Borde-Jangu komplementini kushilish reaksiyasini manfiy natijasi bunga dalil bula oladi.

Tanosil a'zolarining noanik etiologiyali yalliglanish jarayonlarida aktinomikozni bor mavjud bulishligini xar vakt xisobga olish kerak.

Aktinomikozni davolashda antibiotiklar etakchi urinni egallaydi; penitsilin, streptomitsin odatdagi mikdorda va xlortetrotsiklin gidrokslorid (aureomitsin) 0,1-0,2g dan kuniga 4-6 maxal ichiladi. Aktinolizat bilan utkazilgan immunoterapiya, spetsefik immuon tanalarining tuplanishiga yordam beradi va davolanish natijasini yaxshilaydi. Aktinomitsetning sil mikobakteriyasi bilan biologik yakinligi tufayli aktinomikozni davolashda ftivazidni kullashlik kerak buladi. (boshida 1 grammdan, sekin-asta mikdori oshirilib boriladi).

Operativ davolash zararlangan tukimalarni 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 chakiradi. Bu guruxdagi asosiy kasalliklar exinokkoz, shistosomoz va filyariozdir.

BUYRAK EXINOKKOZI.

Etiologiyasi.

Buyrak exinokkozi hozirgi vaktida nisbatan kam uchraydi, asosan kishlok xujalik noxiyalarida uchraydi. Kasallikni gelminti chakiradi. Buyraklarni exinokkozi bilan jaroxatlanishini kupligi jixatdan jigar, upka korin pardasi, chavri, mushak talokdan keyin urinda turadi.

Kasallikni kuzgatuvchisini tarkatuvchilar uy xayvonlari it va mushuklardir. Aksariyat bitta buyrak kamdan-kam ikkala buyrak jaroxatlanadi. Buyrak exinokkozi bilan asosan 20-40 yoshdagi odamlar kuprok ayllar ogriydilar.

Patogenezi.

Gelmintni xomilasi buyrakka kon yoki limfa orkali boradi. Ular arterial kon okimi orkali buyrakning kobigiga borib joylashadi. Buyrak atrofidagi yog tukimasi kamdan-kam zararlanadi.

Buyrak exinokkozining 2 turi ma'lum : bir kamerli gidatidoz va kup kamerli alveolyar exinokkoz kasallikni ikkinchi turi juda kam uchraydi.

Gidatidoz kista sekin usadi va usish mobaynida buyrak tukimasini ezib uni zararlantirishga olib boradi. Ezilgan tukimalar chandik tukimaga aylanadi va kista atrofida, kattik biriktiruvchi tukima kobigini tashkil kilib fibroz pustlokka aylanadi. Bu pustlok kistaning xitin kobigiga tegib turadi. Xitin kobigining ichki kismida xomila pufakchalari skolekslar bilan birgalikda rivojlanadi va parazitlar kistasini endogen usishini ta'minlaydi. (102 rasm.) 102-rasm buyrak exinokkozi.

Agar skolekslardan kiz pufakchalar xosil bulmasa, unda oddiy atsefalotik kista buladi. Lekin kupincha kistani kiz pufakchalari talok , ichaklar va diafragma bilan kattik yopishgan buladi. Buyrak jomchasi yoki kosachalari bilan yakin joylashganda esa kista ularni ichiga ochilib ketishi mumkin. Bundan tashkari parazitlar kista yiringlanishi mumkin. Yiring xitin kobigini emiradi va buyrak parenximasini yorib utadi. Natijada yiringli shamollash jarayonini keltirib chikaradi.

Kistaning uzok mavjudligi natijasida fibroz kapsulaga tuz chukmalarining utirishi kuzatiladi. Tuz xitin kobigi va kiz pufakchalarga xam chukadi.

Alveolyar exinokkozda parazitlar kistaning usishi, ekzofit proliferatsiyani buginlashishi xisobiga boradi. Ona pufak bulmaydi, buyrak parenximasida kup mayda alveolyarlar tarkalgan bulib, ularni kattaligi nuxatdan olichagacha buladi. Exinokk tuzumini markazida kupincha yiringli bushliklar, tuz chukmalari kurinadi, tukima kattik fibroz tormalar bilan chalmashgan bulib, tashki tomondan usmaga uxshab ketadi.

Belgilari va klinik okmi.

Gelmint bilan zararlanishdan to kasallikni birinchi klinik belgilarini paydo bulishiga kadar bir necha yil vakt utadi. Kasallikning belgilari, kistani xajmi katta ulchamlarga etganida yoki uni siydik yullariga yorilganida paydo buladi. Kasallikning asosiy sub'ektiv belgilari bel yoki kovurga osti soxasida ogrikning

paydo bulishida katta kistani odatda ushlab kurilganda ogrik bulmaydi. Yuzasi uziga xos yumalok , tekis, yumshok tarkibli buladi. Agar kista atrofida a'zolar bilan yopishgan bulsa, uning xarakati chegaralangan buladi.

Kista buyrak jomchasiga yorilsa, (ochik gidatid kista) kasallik buyrak sanchigi tashkarisida gavidalanadi, chunki kiz pufakchalar va ularning kobigi- xitin kobigi, siydik naychasiga tushganda bu joyga tikiladi. Bunday xolda siydikda butun pufaklar, xitin kobigining yirtilgan kislari topiladi. Bu elementlarni siydik pufagiga tushishi natijasida siydikni ajralishi buziladi.

Exinokokkozda buyrakning ishlash kobiliyati, parazitni joylanishi, kistaning xajmi va uni intensiv usishi jixatiga kura, turli darajada buziladi.

Buyrak exinokokkning yopik formasida siydikda uzgarish bulmaydi va bu esa tashxisni kiyinlashtiradi. Ayrim xolda exinokokk kistasi korin bushligiga, ichakka plevra, bushligiga xatto teri orkali tashkariga xam yorilishi mumkin. Uz-uziga tuzalish xollari, kistaning aseptik ulishi va keyinchalik esa uning toshga aylanish xollari xam kamdan-kam uchrab turadi.

Tashxis.

Kistani ustini astaqqekin zarbalantirilganda , kiz pufakchalarining bir-birlari bilan ishkalanishi natijasida yuz beradigan, gidratidlarni keltirish belgisi, exinokokkoz uchun xos belgidir. Ammo bu belgi juda kam uchraydi.

Kasallikni tashxisida kossoni reaksiyasi katta yordam beradi. Buyrak exinokokkozida bu reaksiya 90% kasallarda ijobiy buladi. Fakat ulgan yoki yiringlashgan kistadagina bu reaksiya salbiy buladi. Sistoskopiya yordamida , zararlangan buyrakning siydik naychasini jumbogidan ajralgan butun yoki yorilgan kiz pufaklar chikayotganini kurish mumkin.

Exinokokkoz tashxisining asosiy usuli bu rentgenologik tekshirishlardir. Obzor rentgenogrammada, xddi solitar kistadagi kabi uzgarishni kurish mumkin. Kista oxaklanganda esa, uni soyasini aniklash mumkin.

Ekskretor urogramma va retrograd pielogrammada yopik exinokokkozda uronsimon soyani kurish mumkin. Buyrak parenximasining tashki kirgogida joylashgan kista bir yoki bir nechta kosachalarni ezib kuyishi xollar xam uchraydi, bunda uroksimon soya, buyrakning biron kutibida joylashadi.

Ochik exinokokkoz uzum shingilini eslatuvchi, yumalok usimtaga uxshagan bulib, bu soya rentgenokonstrast suyuklikning kiz pufakchalari atrofida tomchilashidan xosil buladi. Kista bushligida rentgenokonstrast suyukligini gorizantal tekisligini soyasi va uning ustida esa gaz tuplamini kurish mumkin. Fibroz kobux buzilganda esa rentgenokonstrast modda fibroz va parazitlar kistaning orasidan utadi.

Farklovchi tashxis.

Buyrak exinokokkozini aniklash kupincha katta kiyinchaliklarni keltirib chikaradi. Parazitni gidatid, skoleks va ilmoklarini siydikda, fakat ochik gidatidoz kistadagina topish mumkin. Eozinofiliya buyrak exinokokkozi uchun xos belgi emas. Bularning xammasi buyrak exinokokkozini aniklashni kiyinlashtiradi va uni solitar kista, buyrak usmasi va korin orkasini usmasi, subbuyrak bilan farklash tashxisini kilishlikni talab kiladi.

Farklash tashxisi asosan yukorida aytib utilgan exinokokkoz uchun xos rentgenologik belgilarga va Kasoni reaksiyasining natijalariga asoslangan bulishi mumkin.

Davolash.

Buyrak exinokokkozini davolash asosan, a'zoni saklab koluvchi operatsiya yuli bilan bajarilishi lozim. Agar kista buyrakni kismlarining birida joylashgan bulsa, a'zoni shu kismini parazitar kista bilan birga kesib olib tashlash mumkin, lekin katta xajmdagi kistada, bunday operatsiyani qilish mumkin bulmaydi. Parazitar kistani kobigi bilan olib tashlash operatsiyasini esa xar vakt xam bajarib bulavermaydi, chunki buyrak tukimasidan birdaniga xavfli kon ketish extimoli mavjud. Eng xavfsiz va radikal operatsiya bu birlamchi exinokokkotomiyadir. Operatsiya shu tarzda boradi; kista topilganidan keyin uning ichidagi suyuklikni yugon igna bilan surib olib tashlanadi va shu igna yordamida kista bushligiga 1-2% formalin,(kiz pufakchalarning uldirish uchun) yuboriladi. Undan keyin kista yorib, ichidagi xitin kobigi kiz pufakchalari bilan birgalikda olib tashlanadi. Fibroz kobigini ichki yuzasi formalin bilan artiladi va ortikcha kirkib tashlanadi. Buyrakni yarasi va korin devori butunlay berkitib tikiladi. Exinokokk yiringlab ketgan xollarda kista yoriladi va undagi kiz pufakchalri xitin va kobigi olib tashlanadi. Buyrakda xosil bulgan bushlikka esa drenaj kuyiladi.

Birlamchi ochik exinokokkotomiya qilish xam mumkin. U xolda operatsiyani kistani yorish bilan boshlab, keyin uni ichi bushatiladi va fibroz kobigi esa bel yarasini kirgogiga tikiladi. Buyrak bushligiga drenaj kuyiladi.

Nefrektomiyani fakat buyrak parenximasi butunlay xalokatga uchragan takdirdagina kullaniladi. Bu xolda pufaklarni koldirmaslik uchun, siydik naychasi xam butunlay olib tashlanadi. Marsupiazatsiyani (kistani agdarib yara kirgogiga tikilishi) fakat buyrak tukimasiga kistadagi yiringlanish jaroeni tarkalib ketgan xollardagiga va ikkinchi buyrakni vazifasini esa anchagina susayib kolgan xollardagina kullaniladi. Kup kamerali al'veolyar exinakkozda buyrakni olib tashlashlik tavsiya kilinadi.

Exinakkozni (profilaktikasi uchun axoli urtasida sanitariya va okartiruv ishlarini olib borish va axoliga kasallikni uy xayvonlaridan yukishi xavfini borligini tushuntirish lozim. Kossobxonalarda sanitariya-veterenariya nazoratini kattik kuzatish kerak.

OKIBAT.

Bemor operatsiya kilib davolanilsa okibati konikarli buladi.

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINING SHISTOSOMOZI.

Shistostomoz ba'zi issik mamlakatlar axolisini siydiktanosil a'zolarini jaroxatlashda kup tarkalgan parazitar kasallikdir.

ETIOLOGIYASI.

Siydik tanosil a'zolarini shisitosomozi kuzgatuvchisidir. Shistosomozni rivojlanish jaroeni xujayraning almashinishiga boglik. Voyaga etgan turi, oxirgi xujayin –odanning, kichik tosining vena tomirlarida yashaydi. Gelmintozni eng kup tarkalgan joyi Afrika bulib, u erdagi axolini 25% iflos suvda chumilinganda eki suv ichida ishlaetganda yukadi: SSSRda kasallik fakat Afrika mamlakatlaridan kelgan odamlardagina uchraydi.

PATAGENEZI.

Shistostomozning umumiy klinik kechishini asosida toksikoallergik reaksiya etadi, chunki konda aylanib yuruvchi kugirchok, balogatga etgan gelmint va uning tuxumida boraetgan modda almashinuvi natijasida xosil bulaetgan maxsulotlar, organizmga ta'sir kursatadi.

Birinchi urinda siydik pufagida kechadigan maxalliy uzgarishlar voyaga etgan gelmintlar va ularni urgochilarini Qovuqni mushak shillikparda va shillik parda osti kavatlariga kuygan tuxumlari tufayli yuz beradi. Tuxumlar atrof tukimalarga fakat mexanik emas, balki kimeviy xam ta'sir kursatadi, chunki parazitni birlamchi kugirchok boskichi-miratsidiy, uzidan erituvchi ferment ajratadi. Natijada shistostomoz usmasi xosil buladi. Shillik parda osti va muskil kavatlarida chukur joylashgan tuxumlar xalokatga uchraydilar, toshga aylanadi. Ommaviy tusga kirib kolgan bu jaroen, asta sekin Qovuq devorini fibrozga olib keladi va undagi kon aylanishini buzadi. Shillik parda osti va muskul kavatlarining kuplab kismini shikastlanishi, keyinchalik siydik pufagini burushtirib yuboradi. Siydiknaychasini pastki kismidagi, ayniksa uni intramural eki Qovuq oldi bulimidagi patologik jaroen, uni torayishini keltirib chikaradi. Siydik naycha buylab, buyrak jomchasi tomon borgan sari, shikastlanish tobora kamrok uchraydi. Buyraklarda xam ba'zi xollarda, invaziya uchrab turadi. Siydik naychasini ikki tamonlama zararlanishi kup uchraydiyu. Bunday xollarda pielonefrit bilan gidronefrotik transformatsiya kelib chikadi. Bu esa buyrak etishmovchiligiga olib keladi. Bemorning yarimida, siydik yullari bilan bir vaktida, ularni upkalarini xam zararlanish xollari kuzatiladi.

Siydik tanosil a'zolari shistosomozning eng kup uchraydigan asoratlariga, siydik tosh kasalligi kiradi, chunki uning kelib chikishini asosiy sababi bulgan, siydikning kisilib okishi sababi mavjud. Bu erda shistosomoz jaroeni zararlangan siydik pufagining shillik kavati, rak bilan zararlanishi extimoli kuprok degan fikr mavjud. Siydik sistemasidagi parazitlar vena chigallari orkali, kam balsa xam tanosil a'zolariga, prostata baziga urug pufakchalari, tuxum ortigi, urug chikarish kanaliga utishi, bu a'zolari xam shistosomoz bilan zararlanishi mumkunligini bildiradi.

BELGILARI VA KLINIK KECHISHI.

Kasallik bilan zararlanish bolalik paytida balsa xam, uni belgilarini bemorni 10-20 eshida yuzaga chikadi.

Klinik kechishi jixatidan utkir va surunkali shistosomozga bulinadi. Shistosomoz bir nechta boskichda kechadi. I-boskich inkubatsiya davri, kasallikni yukgan vaktidan , to uni birinchi belgilarini paydo bulganiga kadar. II-boskich teridagi uzgarishlarning eng dastlabki davri- serkariylarning organizmga kirishidan to ularning proteolitik fermentlarning kursatgan ta'siri va shistosomullarning navbatdagi sayri bilan boglik. Birlamchi invaziya ba'zan aytarli sezilmaydi, oz-moz kechishi bilan chegaralanishi mumkun. Kayta zararlanganda esa, teridagi uzgarishlar anikrok buladi, chunki bu kasal organizmning sensibilizatsiyasi bilan boglikdir. III-boskich ikkilamchi inkubatsion davri bulib, paytda tinchlik, xech kanday uzgarish yuz bermaydi. 3-12xafta davom etadi. IY boskich-umumiy utkir shistosomoz. Bu davr shistosomozlarning portal va mezenteral vena sistemasida rivojlanishi vap ularning tos vena chigallarigatarkalishi ilan boglik. Budavrda kasallikni belgilari asta-sekin kuchayadi xamdaallergiya xolatining emonlashadi. Umumiy xolsizlanish, bosh ogrigi, ishtaxani yukolishi bilan birga, buginlarda va belda turli xarakterdagi ogriklar, oek eki butun tana terisida utkir toshma, istma, junjikish kup terlash bilan almashinib

turadi. Bu davrda kasallikning kurinishi anik bulmay kupincha boshka infeksiyon kasallikni brutselez, bezgak, ich terlama va boshkalarni eslatadi. Surunkali shistosomoz xam uzining rivojlanishida bir kator boskichlarni kechadi. Bularni birinchisi-ertaki surunkali shistosomoz. Siydik pufagidagi kasallikni belgilari, kasallik yukgandan sung 2-6 oy fursat utib, paydo buladi. Bu boskich yillab davom etishi mumkun va sekin asta keyingi boskichga, kechki surunkali shistosomozga utadi. U tukimalarda proleferativ va tiklanish jaroenlari bilan xarakterlanadi va kasallikni xarxil asoratlarini, birinchi urinda, yukori siydik yullarini, keltirib chikariladi. Siydik sistemasida salkib yuruvchi parazit, vena tomir chigallari orkali tanosil a'zolariga xam utib, ularni zararlaydi. Bu boskichda kasallikni eng kup belgilariga gemoturiya, dizuriya, korin ogrimgi, bushashishlar kup uchraydi. Kon okishni manbai siydik pufagini shillik pardasi xisoblanadi. Yukori siydik yullarini konashi kamdan-kam uchraydi.

TASHXIS.

Shistosomoz – tashxisida kasallikni tarixi katta urin uynaydi. (bemorni kasallikning endemik uchoklarida bulganligi). Bemorni kurish va paypaslsh kam ma'lumot beradi. Eng asosiy axamiyat siydik taxliliga berilishi lozim. Tekshirish kompleksida xal kiluvchi usul siydikni mikroskopiya bulib, shistosomoz tuxumini topilishlik esa, invaziyaning suzsiz belgisi xisoblanadi. Kupgina bemorlarda uchrab turadigan kon siyish, protenuriya, piuriya xam kasallik xakida ma'lumot berishi mumkin.

Tashxis uchun sistoskopiya katta axamiyati bor. Siydik pufagini shillik pardasida paydo bulgan maxalliy giperemiya kasallikni eng dastlabki belgisi xisoblanadi. Ammo bu belgi ikkilamchi infeksiya bilan boglangan bulishi xam mumkin. Shistosomoz dumbokchasi yoki bilgartsoma – aktiv invaziyaning eng doimiy belgisidir. Bu dumbokchalar shillik pardadan sal-pal burtib chikuvchi, yarim sferik, tinik, sarik rangdagi burtmalar bulib, atrofidagi shillik pardada esa shamollash alomatlar bulmaydi.

Shistosomozlarning bundan boshka xarakterli belgisi bu sistoskopiya aniklanadigan polilipoid burtmalar bulib, ular siydik pufagini shillik pardasini gelmintlarni xayoti davomida ishlab chikaradigan kuzgatuvchi moddalarni ta'siri tufayli vujudga keladi. Bu burtmalar papillomani eslatadi, ammo ularning nozik, kizil baxmal yuzasidagi kam xarakat, kalta shoxchalarini bulishligi ularni olastomatoz papillomadan ajratib turadi. Kasallikni juda xam utib ketgan turlariga siydik pufagidagi shistosomoz infiltratlari va yaralar xarakterlidir.

Shistosomoz infiltrat- kizarib ketgan notugri burtmalardan iborat bulib, u dumbokchalar, granulyatsiya va kristalsimon burtmalardan tuzilgan.

Shistosomoz yara notugri formaga ega. Uni kirgoklari kraterga uxshaydi. Yara atrofi shishgan va kizargan buladi, tubi esa rixliy granulyatsion fibrin va kon ivitmalari bilan koplangan. Yara salgina jaroxat tufayli xam konab ketishi umkin. Shuning uchun sistoskopiya siydik pufagini uncha tuldirmasdan turib kilish kerak.

Gelmint tuxumining toksiko-allergik ta'siri va rivojlanayotgan trombangitlarni ta'siri tufayli, siydik pufagini devorining okn aylanishi buziladi. Konsizlanib kolgan shillik pardasining ostida kumga uxshash doglarni kurish mumkin. Bu doglar nafislashib kolgan shillik parda ostida yaltirab turgan, ulib toshga aylangan tuxumlardan iboratdir. Bu surunkali shistosomozning doimiy uziga xos belgisi

xisoblanadi. Sistomkopiya da siydik nayi jumbogining deformatsiyalanganini aniklash mumkin. Bu esa yukoriga siydik yullarining xolatidan darak beradi.

Siydik yullarining xolati xakida muxim ma'lumotlarni rentgenologik tekshirishlardan olish mumkin. Obzor rentgenogrammada oxaklangan cheklarni chegarasini aniklash mumkin. Ekskretor urogramma va retrograd pielogramma yordamida esa buyrak va yukori siydik yullaridagi uzgarishlarni belgilari, siydik naychasini utkazuvchanligining buzilgani va gidronefrotik transofrmatsiyani aniklash mumkin.

Farklovchi tashxis.

Tsistoskopiya yordamida siydik pufagini shistosomozi tekshirilganda bu a'zoni sil va usma kasalliklariga uxshash belgilarini topish mumkin. Tashxis uchun kasallikni tarixi (shistosomozni endemik uchogida bulishlik) ovoskopiya va endovezikal biopsiya muxim urin unaydi.

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 , turt xafta davomida, kun ora junatishdan iborat. (sinonimi: vinnosurmyanokaliy tuzi, rvotniy kaliy). Boshlangich doza 3 ml ni asta-sekin 13 ml ga etkaziladi. 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 ogirligiga 12 mg mikdorda 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 bulgan paytida medikamentoz davolash kursi kushib borilishi kerak.

KASALLIKNI OLDINI OLISHLIK.

Parazitning xayotiy siklini buzilishlikka karatilishi lozim. U oxirgi xujayin odamning organizmidagi voyaga etgan asoratlarni yukotish, parazit tuxumining suv xavzalariga tushirmaslik, oralik xujayin-molyaskalarni yukotish, okmaydigan va sekin okadigan suvlardagi shistosomoz uchoklarida chukilmaslik, uning suvini fakat kaynatib yoki filtrlab ichish kabilarni uz ichiga oladi.

Okibat.

Zamonaviy spetsefik ximioterapiya utkazish sharoitida va rekonstruktiv plastik operatsiyalar (shistosomoz tufayli siydik yullaridagi chandikli uzgarishlar bulganda) kilinish imkoniyati mavjudligi tufayli yaxshidir.

SIYDIK TANOSIL- A'ZOLARI FILYARIOZI.

Etiologiyasi.

«Filyarioz» tushunchasi nematodlar chakiradigan parazitlar kasalliklarni birlashtiradi.

Bu kasalliklar ba'zi tropik mamlakatlarda keng tarkalgan. SSSR da xam kam fakat filyarioz tarkalgan joylarda yashagan kishilardagina uchraydi. Odamlarda uchraydigan asosiy filyariozlar vuxerereioz kuzgatuvchisi.

Patogenezi.

Kasallikni kuzgatuvchisi kon suruvchi va ba'zi bir boshka oilasiga mansubli ular filyaritning oralik xujayini xisoblanadi. Oxirgi xujayin bulgan odamlarda etilgan

filyaritlar asosan limfa tuguni va tomirlarda parazitlik kiladilar va ularni tusib kuyadilar yoki sklerotik uzgarishga olib keluvchi shamollash jarayonini keltirib chikaradilar. Kasallik belgilari limfa tomirlarining tuzilish darajasi va ularni joylashgan urniga boglik. Kuprok tos va korin orkasidagi limfa yullari zarflanadi, bu esa tashki jinsiy a'zolar va oyokdagi limfa okimining buzilishiga olib keladi. Natijada elefantiaz kelib chikadi. Varikoz kengaygan limfa tomirlari yorilganda uni ichidagi limfa turli a'zolarida va bushliklarga kuyilishi mumkin. masalan:siydik pufagi va tuxum kobigiga.

Fileriozning mumiy belgilari xolsizlik, uykusizlik, tana xaroratini birdaniga kutarilishidan iborat bulib, ba'zan xurujini eslatadi. Kasallikning maxalliy belgilari, terining shishidan boshlanadi. Siydik sistemasi buzilganda esa xiluriya ya'ni siydikda limfani bulishi mumkin. kon tomirlari xam buzilganda xiluriya, kon siyish bilan birga uchrashi mumkin. Limfa ivitmalari xosil bulganda va uni siydik yullariga tikilib siydik okimini buzilishi okibatida, buyrak sanchigi yoki utkir siydik tutilishi yuz berishi mumkin. Nisbatan kuprok filyarioz erkak jinsiy a'zolarini jaroxatlaydi. (funkulit, epididimit).

Tashxis.

Filyariozni tashxisi uni siydikda, konda limfada va boshka biologik suyuklikda kasallik chakiruvchini parazitlarni topishlikka asoslanadi. Zararlangan tukimadan olingan biopsiya tashxisi uchun asos buladi. Ba'zan limfa-degonrafiya yordamida limfaning siydik sistemasiga ochilgan joyini aniklash xam mumkin. Bu esa operativ sistemasiga ochilgan joyini aniklash xam mumkin. Bu esa operativ yul bilan davolashda katta axamiyatga ega.

KASALLIKNI KUZGATUVChIGA NISBATAN TA'SIRChAN.

Filyariozni asosiy turlarini (fuxerereioz va brugioz) davolash karbamizin preparatlari kulaniladi. Limfaning siydik pufagiga kuyilgan xollarida maxalliy davo kulaniladi. Buning uchun 1 % li kumush nitrat bilan intelyatsiya kilinadi. Yoki limfa okayotgan joyni elektrkougulyatsiyallanadi. Agar xiluriyada juda avj olgan bulsa va konservativ davo yordam bermasa, Qovuqni jaroxatlangan joyini kesib tashlanadi. Agar limfa buyrakdan oksa-operativ yuli bilan buyrak tukimasini jaroxatlangan limfa tomirlardan olib tashlanadi yoki nefrektomiya kilinadi.

Profilaktika.

Kasallikni oldini olish- invaziyani tashuvchi xashorotlarga karshi kurashishdan iborat.

X-BOB

SIYDIK TOSH KASALLIGI

Siydik-tosh kasalligi – bu endogen yoki ekzogen sabablarga ko'ra yuzaga kelgan, jumladan irsiy harakterga ega bo'lgan modda almashinuvining buzilishi tufayli yuzaga kelgan, buyrak va siydik yo'llarida toshlarning paydo bo'lishi bilan harakterlanuvchi kasallikdir.

Siydik tosh kasalligi (urolitioz) anchagina kup tarkalgan kasallikdir. Mumiyolangan murdalarni (kadimiy eramizdan 350-400 yillar avval) tekshirish natijasimda topilgan buyrak toshlariga kura, bu kasallikning nakadar kuxna ekanligi tugrisida xulosa kilish mumkun. Siydik tosh kasalligi dunyoning barcha davlatlarida xam uchraydi. Ba'zi viloyatlarda siydik tosh kasalligining kup tarkalganligi, uning kelib chikishida tashki muxitning ta'siri borligidan dalolat beradi. Siydik tosh kasalligi Sovet Ittifokining Urta Osiyo, shimoliy Kavkaz respublikalarida, Volga buyi soxillarida, Uralda, Sibirda bizning davlatimizdan tashkari Avstraliyada, Niderlandiya, Yugoslaviyada, Gretsiyada, Turkiyada, Suriyada, Braziliyada, AKShning Sharkiy noxiyalarida anchagina kup tarkalgan. Buyrakning xamma jarroxlik kasalliklarini 30-45% siydik tosh kasalligiga tugri keladi. Sunggi paytlarda siydik tosh kasalligining ayniksa uning ayollar orasida uchraydigan marjonsimon formalarini kuprok tarkalayotganligi kayd kilinmokda. Siydik tosh kasalligi xar kandy yoshga xam mansub, lekin bolalarda va kariyada toshlar buyrak va siydik naychalariga karaganda siydik pufagida kuprok joylashgan buladi. Toshlar ung buyraklarda, chapdagiga karaganda kuprok uchraydi: ikki tomonlama toshlar 15-20 % bemorlarda uchraydi.

Shunday regionlar borki, bu kasallik ko'p uchraydi va endemik harakter kasb etadi, ular jumlasiga Kavkaz, Ural, Povolj'e, 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.

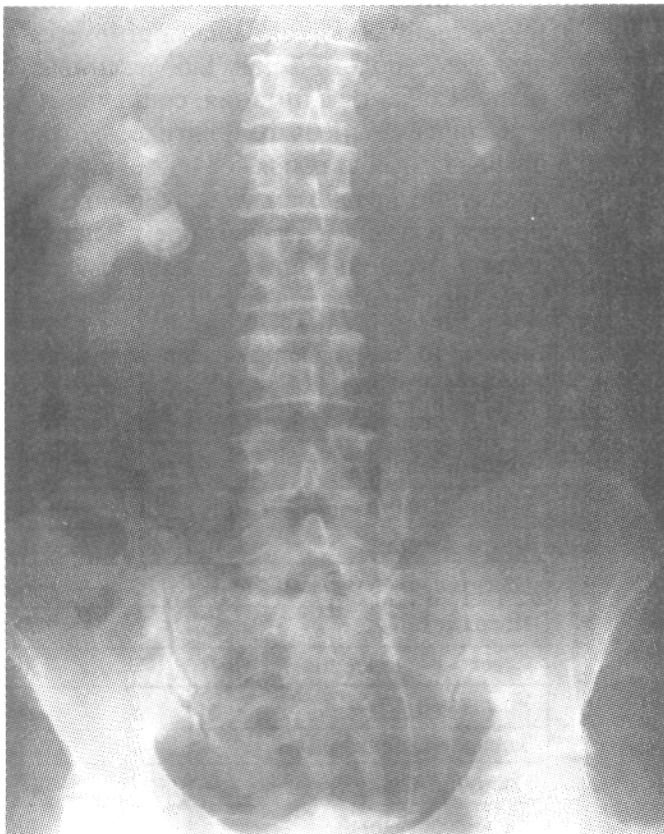
10-1 tablitsa. Rossiya hududlarida STK tarqalish darajasi

Rossiya hududlari	Tarqalishi, %
Simoliy-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

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 harakterga 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. Toshlarning kattaligi 1mmdan tortib, gigant o'lchamlargacha – 10 sm va og'irligi 1000 g gacha bo'lishi mumkin(10-1 rasm).

25-32 % holatlarda STK qaytalanadi va yanada murakkabroq klinik ko'rinish oladi. Toshlarning o'sish tezligi individual harakterga 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 hil jarayon, formal va kausal genoz farqlanadi.

Formal genoz. 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. Kris-

10-1 rasm. Umumiy rentgenogramma.

Buyrak tallanish boshlanishi uchun amalda toshlari: o'ngda korall tosh, chapda jomcha toshi. siydikdagi tosh hosil qiluvchi mod-

dalarning yuqori konsentratsiyasi hamma holatlarda zarur hisoblanadi. Oxir-oqibatda toshlarning hosil bo'lish sababi deb, siydik tuzlari va bu tuzlarni erigan holatda ushlab turuvchi himoya kolloidlari o'rtasidagi nisbatning sifat va miqdor jihatdan buzilishi hisoblanadi.

Shu bilan birga ma'lumki, normal sharoitlarda ham ko'pincha siydai tosh hosil qiluvchi moddalar bilan to'yingan bo'ladi (ko'p ovqaqt 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 stabiligiga ta'sir qiladi, va aksincha ularning yo'qligi tuzlar kristallanishini chaqiradi. Normal siydikda bu moddalar qatoriga mochevina, kreatinin, gippuron kislotasi, natriy xlorid, tsitratlar, magniy, anorganik pirofosfat va boshq. 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, kaltsiy, 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 funktsional 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 hususiyatlari, aholining ichimlik va ovqatlanish rejimi.
2. Mehnat sharoiti(zararli ishlab chiqarish, issiq tsex, og'ir jismoniy mehnat va boshq.) va maishiy hususiyatlar(bir xil, kamxarakat hayot va dam olish tarzi).
3. Tosh hosil bo'lish protektorlari konsentratsiyasiga, 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 havf 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(strikturalar, qo'shimcha qon tomirlar siydik oqimining buzilishi va gidronefroza olib keladi)
2. Yagona (yagona ishlovchi) buyrak.
3. Qovuq-siydik nayi (buyrak) reflyuksi.
4. Siydik yo'llari anomaliyalari- g'ovaksimon, taqasimon buyrak, ureterotsele, shoxlangan kosachalar.
5. Siydik yo'llari infeksiyasi.

Umumiy omillar

1. Bir qator fermentlarning etishmaslik, 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 rezektsiyalari, 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 kislotasi 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 hususiyatlarini bilish distantsion va kontakt endoskopik litotripsiya ko'rsatmalari va usullarini to'g'ri ishlab chiqish imkonini beradi.

Buyrak tosh (nefrolitiaz kasalligining sabablari xammada xar xil buladi, ya'ni bu kasallik kup sabablidir. Xozirgi zamon nazariyalariga kura buyrak tosh kasalligining sabablari orasida buyrak va siydik yullaridagi tugma uzgarishlar katta urin egallaydi. Bu tugma sabablarni uch turga bulish mumkin.

Praksimal va distal kanalchalarining tugma uzgarishi enzimopatiya (tubulopatiya)lari. Siydik yullarini anatomik rivojlanishining irsiy nuksonlri.

Irsiy nevrozi va nefrotsimon sindrom.

Enzimopatiya (tubulopatiya) bu endimlarning etishmovchiligi yoki ularning butunlay yukligidan paydo bulgan yoki buyrak kanalchalarining ishini buzilishi va shular tufayli modda almashuvining kamalda kolishi tushuniladi. Genetik uzgarishlar natijaida paydo bulishi mumkin bulgan tubulopatiyalarni metobolizmning xatosi deb tushuniladi. Asosan urta miktakada kup tarkalgan va tosh bulishiga kuprok tegishli bulgan kuyidagi tubulopatiyalarni ajratish mumkin: oksaluriya, sistinuriya, aminoatsiduriya, galaktozemiya xamda kamrok uchraydigan laktozemiya va raxitsimon kasalliklar. Uraturiya tez-tez uchrab tursada, uning mexanizmi xali uncha tulik aniklangani yuk.

Tubulopatiyalarda, buyraklarda tosh xosil bulishida katnashuvchi moddalar yigiladi. Odam buyraklarida va siydik yullarida asosan oksalat kaltsiy, siydik kislotasi, magniy, ammoniy fosfat, sistinlardan tashkil topgan buladi.

Shuni kayd kilish kerakki, oksaluriya, sistinuriya, aminoatsiduriyaning rivojlangan turi, kand almashunuvining uzgarishlari fakat tugma emas, balki keyin orttirilgan xam bulishi mumkin.masalan: buyrak va jigar kasalliklari (xolitsistit, gepatit, pielonefrit, glomerulonefrit va boshkalar)da ularning vazifasini buzilishi natijasida yuz beradi. Bunday xolatlarda tugma xamda keyin orttirilgan

tubulopatiyalarning uz'aro munosabati aloxida urin egallaydi. Masalan: tugma oksaluriyaga kushimcha bulib pielrefrit aralashsa, uraturiyaga aylanib ketish extimoli paydo buladi. Natijada buyrak tarkibida xar xil bulgan xatto bir kasalning ikkala buyragida, tarkibi bir-biriga uxshamaydigan toshlar paydo bulishi mumkin.

Oksaluriya va pielonefrit, buyrak toshga muhtalo bemorlarning karayib yarmida uchraydi. Oksaluriya urta miqtakada kup tarkalgan tubulopatiyalardandir. Uni bemorning karintosh uruglarida xam uchrashi, merosiy kasallik ekanligidan darak beradi. Taajublisi shundaki, oksaluriya bulishiga karamay, buyrakdagi toshlarning fakat ? kismigina kaltsiy oksalitidan tashkil topgan kolganlari esa fosfat aralash ya'ni oksalat va fosfat tuzlaridan iborat buladi. Fosfat toshlarining paydo bulishi kalkonsimon osti bezlarining vazifasini ortib ketishligi, ikkilamchi giperparatireodizmga boglik.

Bu esa fosfatlarning kayta surilishining buzilishini natijasidir.

Bunga oksalat kristallarining buyrak tukimalarida chukib kolishi yoki tukimalarning yalliglanishi tufayli yuzaga keladigan fosfatlarning kayta surilishining buzilishi bosh sababchidir.

Oksalat toshlarini paydo bulishi siydikdagi rN 5,1 – 5,9 atrofda uzgarishiga boglik. Suv xamda ozik-ovkat tarkibida magniy moddasi kamrok bulgan noxiyalarda istikomati kiluvchi orasida oksalat toshlar kuprok xosil bulishligi kayd kilingan. Buyrak yalliglanish jarayoni kancha kuchli bulsa, oksaluriya miqdori shuncha baland buladi.

Uraturiya buyrak toshli bemorlarning 1-4 kismida ba'zan esa bemorlarni karindosh uruglarida ayniksa ularni erkaklarida uchrab turadi. Kasallik purin nukleotidlarning sintezini buzilishidan kelib chikadi. Purin almashuvining oxirgi maxsuloti-siydik kislotasidir. U kanalchalar sekretsiyasi va koptokchalar filtratsiyasi jarayonida ajraladi, xamda kanalchalarda kayta suriladi xam. Siydik kislotasining ajralish kuniga urtacha 800 mg % sum dan oshmaydi. Uraturiyaning paydo bulishi ikki yul bilan: siydik kislotasining paydo bulishini kuchaytiradigan purinlar sintezining buzilishidan (bunday xolatlarda uraturiya bilan bir katorda, kondagi siydik kislotasining xajmi xam oshadi) xamda buyrak kanalchalarida siydik kislotasining kayta surilishi pasayganda paydo buladi.

Siydik kislotasining kup miqdorda paydo bulishi nukletoidlarning ortikcha parchalanish xolatlarida xamda pielonefrit kasalligida sodir buladi. Uraturiyaning darajasi bu yrakdagi yalliglanishning faol aktivligiga boglikligi; achchik siydik toshlarining 97% , siydik kislotasidan va fakat 3% uni tuzlaridan iborat.

Generalizatsiyalangan aminoatsiduriya buyrak toshli bemorlarning kup kismida va ularning karindosh – uruglarini karayib yarmidan kupida uchraydi. Uning asosiy belgisi, aminokislotalarning siydik bilan ortikcha miqdorda ustkasiga 2,5-5,5 grammagacha (normal xolatda 1-2 gr) ajralishi bilan xarakterlanadi. Aminoatsiduriya – proksimal kanalchalarni ishining buzilishini asosiy kursatkichidir. Generalizovaniya aminoatsiduriya anchagina kasalliklarda uchraydi, chakaloklardagi sistinozda, de Toni – Debre – Fankoni sindromi, galaktozemiya, mieloma xamda vitamin D etishmovchiligida va boshkalar. Bunda kondagi aminokislotalarning urtacha xajmi normal xolda yoki pastrok xam bulishi mumkin.

Marjonsimon toshli bemorlarning kupgina kismida ularning konidagi aminokislotalarning xajmi xam ortikcharok buladi. Bu turdagi aminoatsiduriyalarni

tulatilgan aminoatsiduriya deb ataydilar va ularning jishar aminoatsiduriyalarni katoriga kiritadilar.

Generalizatsiyalashgan aminoatsiduriyadan boshka spetsifik buyrak aminoatsiduriyasi- sistinuriya, gliksinuriya va boshkalar xam bor.

Tsistinuriya turtta aminokislotalarni – sistin, organik, lizin ornitinning reabsorbtsiyasini, genetikaga boglik bulgan buzilish xolatidir. Normal xolatda ko'ptokchalarda filtrlangan sistinning 95% buyrak kanalchalarida kayta suriladi. Sistinuriya bilan kasallangan bemorlarda esa sistin karayib kayta surilmaydi, natijada uning kondagi mikdori 50% gacha kamayadi.

Tsistinuriyaning ikki xil turi mavjud: tulik turi- aminokislotalarning xamma turttala turini xam reabsorbtsiyasining buzilishi, tulik bulmagan ya'ni aminokislotalarning fakat uchtasini kupincha sistin, ornitin va argininlarnigina reabsorbtsiyasining buzilishi kuzda tutiladi.

Adabiyotdagi ma'lumotlarga karaganda 600 sistinuriyaga fakat birgina sistin toshi mansub ekan. Keyingi paytlarda, ba'zi etnik gruppalariga mansub-yakin karindoshlarning bir-biri bilan oila tuzishlikni zararli ekanligiga e'tibor bermaydigan ba'zi shaxslarda sistin toshlarning kuprok uchrab turishligi tugrisidagi ma'lumotlar bor. Sistinuriyasi bor barcha bemorlarda pielonefrit xam mavjud. Kand Sistinuriyasi bor barcha bemorlarda pielonefrit xam mavjud. Kand almashuvini buzilishi bilan boglik bulgan metabolizmni tugma xatoligi bulmish galaktozemiya va fruktozemiya. Urta mintakada kuprok tarkalgan bulib, buyrak toshli bemorlarning 12-13 % da uchraydi.

Galaktozemiya-eritrotsidlarda va jigarda galaktozo-I fosfatudil transferaza fermentining kayobligi sababli galaktozaning glyukozaga tula ravishda aylanmasligining okibatidir. Natijada galaktozaning kup mikdorda ko'ptokchalar filtratda paydo bulganligi sababli, aminokislotalarning kamayishiga olib boradigan galaktozuriya kelib chikadi. Galaktozani kon tarkibida xaddan oshib ketishi jigarga, buyraklarga kuzlarni mugiz pardasiga zaxarli ta'sir kursatadi.

Fruktozemiya – ferment fruktoza I-fosfat aldenozaning jigarda, buyraklarda, kuzning mugiz pardasida kamligi, bemorlarda fruktozaga nisbatan sezgirlikni oshirib yuboradi. Shu sababli yuzaga chikkan fruktozuriya va aminoatsiduriyalar bilan birgalikda kechadi. Konda fruktoza va uning almashuvini, zaxarli xususiyatga ega bulgan koldiklari tuplanadi.

Kaltsiy- fosfor almashuvi uzgarishlari (raxiteymon kasalliklar) orasida, de-Toni – Debre Fankoni sindromi tugma tubulopatiya bulib, aminokislotalarning , glyukoza va fosfatning kayta surilishini buzilishi tushuniladi. Bu sindromni asosiy klinik yunalishi raxit yoki osteomalyatsiyaga uxshaydi. Ayrim xolatlarda suv natriy, kaliy, uratlar oksillarni kayta surilishini buzilishi mumkin. Sindromi ba'zan 2okkush buyni sindromi» xam deb ataydilar, chunki buyrak tukimalarining tuzilishi urganilganda, xaddan tashkari uzayib ketgan proksimal kanalchalar kurinadi. Bu sindrom urta mintakada kam uchraydi.

Patogenez.

Tubulopatiya tufayli kelib chikadigan siydik tosh kasalligida tosh paydo kilishda ishtirok etuvchi kupchilik sabablarni ichki va tashki oxirgisini esa, umumiy (organizmni xamma – yugiga tegishli) va maxalliy (buyrakni uzidagi uzgarishlar bilan

boglik bulgan) sabablarga bulib urganiladi. Tashki patogenetik sabalarga atrof muxit va geoximik sharoitlar, ovkatlanish xususiyatlari va boshkalar kiradi.

Ba'zi genografik chegaralarda siydik tosh kasalligining juda kup tarkalishiga atrof muxitni sharoit xam ta'siri asos bulish mumkin. xavoning namligi uni xarorati erning turkumi, chiladigan suvning tarkibi va uning mineral tuzlar bilan tuyinganligi, usimliklar jonivorlar bularning xammasi xam katta axamiyatga ega. Issik mamlakatlarda yashovchi axolining ortikcha terlashi va tanasi suvsizlanishi tufayli siydikni kuyuligi oshib tosh xosil bulishi mumkin.

Geografik sharoitlar axolining ovkatlanish xolatini belgilaydi. B uesa siydikning turkumini xamda undagi rN ni belgilaydi. Usimlik va sut maxsulotlari siydikni ishkoriyaydi, gusht oksidlaydi. Oxak tuzga boy suv siydikning achchikligini pasaytiradi va organizmda kaltsiy tuzlarini kupaytiradi.

Kutb doirasini tashkarisida yashovchi axoli orasida buyrak tosh kasalligining kup tarkalganligini sababi, poligipovitaminov, ultrabinafsha fiolet nurlarining kamligi xamda gusht va balik ozukalarining kupligidan deb faraz kilinadi.

Demak siydik tosh kasalligining maxlliy uchogini rivojlanishida tashki sabablar bilan bir katorda, odat tanasining xolati, patogenetik ichki omillar xam shubxasiz katta urin egallaydi. Buyrak toshning kelib chikishida fosfaor kaltsiy almashuvini keltirib chikaradigan chetki omillaridan biri, kalkonsimon bezning yonidagi bezlarning vazifasigt oshishi giperparatireodizm asosiy urnini egallaydi.

Giperparatireodizm – tugma kasallik emas. Fosfatlarning ajralishi kalkon yoki bezchalarining nazorati ostida ekanligi ma'lum. Kalkon oldi bezchalarining gormoni (paratgarmon) kaltsiy almashuvida ikki xil urin uynaydi, bir tomondan u fosforning ajralishini kuchaytiradi va uning kanalchalarda kayta surilishini kamaytiradi, ikkinchidan suyak tukimalaridan kaltsiy tuzlarining ajralishini kuchaytiradi. Fosfatlar ajralishining kupayishi, konda paratgarmonni ortishiga mutannosibdir. Fosfatlarning yukolishi, fosfat birikmalarini suyaklardan xaydaydi. Bu fosfat birikmalarini kaltsiy tuzlaridan xam tashkil topganligi sababli, kaltsiy moddasi kuplab ajraydi va uning konda va siydikdagi mikdori kupayadi. Natijada fosfaturiya paydo buladi.

Giperparatireodizm birlamchi xamda ikkilamchi buladi. Birlamchi giperparatireodizm (kalkon yoni bezlarining adenomasi) kondagi va siydikdagi kaltsiy mikdorining balandligi, fosfaturiya, shelochnaya fosfatazaning faolligini oshishi, buyrakdagi kuyuklantirish jarayoning pasayishi bilan ajraladi. Birlamchi giperparatireodizm buyrak toshli bemorlarda uncha (1-2%) baland emas. Ikkilamchi yoki tiklangan giperparatireodizm, buyrakdagi jarayonining okibatidir. Uni zararlanmagan buyrak tosh kasalligida xam yalliglanish jarayonisiz borayotgan tubulopatiyalarda xam kuzatish mumkin. Buyrakning bunday zararlanishlari, fosfatlarni va kaltsiyning buyrak kanalchalarida kayta surilishining buzilishiga, bu esa kalkon yoki bezlarini vazifasini balandlashuviga xamda uning garmonlarining suyakning fosfat va kaltsiyalarini ivib borishiga olib keladi. Ikkilamchi giperparatireodizm birlamchidan giperkaltsemiya bilan farklanadi.

Ikkilamchi giperparatireodizmning anchagina kup tarkokligi bulib, u buyrak toshli bemorlarning karayib 40% ni, xamda marjonsimon toshlarning 70%ni tashkil kiladi. Ikkilamchi giperparatireodizm tubulopatiya bemorlarning 5% da uchraydi.

Kaltsiyning kon zardobida kupayishi, suyaklarning jaroxatlanishida, osteomielitda, osteoparozda sirtki nevrirtda sodir buladi. Shu sababli bu kasalliklar kupincha buyrak tosh kasalligi bilan mushkullashadi.

Buyrak tosh kasalligini keltirib chikaruvchi ichki omillarga, me'yorda va kasa ichaklarni faoliyatining buzilishi (surunkali gastrit, kuluj yarasi kasallik) xam taaluklidir. Bu xolat, me'dani yalliglanish, tanani nordon – ishkoriy muvozanat xolatiga ta'siri xamda kaltsiy tuzlarini ingichka ichkda kamayishi va boglanishi bilan tushuntiriladi. Jigarni tugonlik vazifasini buzilishiligi xam katta axamiyat ega.

Kolaversa maxalliy ichki omillar buyrak va siydik yullarining mutadil ishlash xolatining uzgarishi, siydik yunalishini susaytiruvchi moddalarni ajralish va kayta surilishini buzuvchi, siydik infeksiyasini kupaytiruvchi faktorlar buyrak tosh kasalligini keltirib chikarishda etakchi urinni egallaydi.

Buyrak anomalialari(kushaloklik va uz'aro urin almashish, takasimon buyraklar va boshkalar) siydik naychalarini kopkonlari, toraygan kismlari xomiladorlik siydik ikimining susayishini sababchisi buladi. Buyraklardan siydik okishini buzuvchi, keyin paydo bulgan kasalliklar (suv buyrak , siydik naychalarining torayishi, buyrak sili va boshkalar), kupincha toshlarni xosil bulishiga sababchi buladi.

Buyrakning jaroxati , shok, kon yukotishlar natijasida buyrakda kon aylanishining sustlashuvi xam tosh paydo bulishiga imkon beradi, chunki bularning natijasida paydo bulgan yomon sharoit buyrak epiteliyasining ulimiga asosiy sababchi buladi.

Buyrak tosh kasalligining kelib chikishida, buyrakdagi yalliglanish jarayoni aloxida uriniegalaydi, chunkiu buyrak tukimasi va jom-kosachalarining shillik pardasining vazifasini uzgarishiga , uning siydik bilan yuza tortishuvini buzilishiga va buning natijasida surilish xolatini paydo bulishiga olib keladi. Natijada kupincha tugma xamda keyin paydo bulishiga olib keladi. Natijada kupincha tugma xamda keyin paydo bulgan tubulopatiya (enzimopatiya)ga kushimcha bulgan pielonefrit, tosh xosil kilishda asosiy urinni egallaydi. Bu xolatni odamlardan olingan toshlarni tekshirish natijasida, ularning kupchiligining yadrolarida mikroblarning topilisht tasdiklaydi. Bir kator mikroblar (stafilokok, protey, kuk yiring tayokchasi mochevini parchalanib, uni ishkoriy va tuz koldiklari – fosfatning chukmaga tushishiga olib boradi. Shunday kilib, siydik inektsiyasi tosh xosil kiladigan maxalliy omillar orasida ayniksa fosfat tshlarni xosil bulishid katta urindan birini egallaydi. Buyrakda xosil buladigan urat va oksalat toshlarning paydo bulishida asosiy urinlari umumiy metabolik buzilishlar egallaydi.

Xozirgi zamon nazariyalarga kura, buyrak tosh kasalligini maxalliy patogenetik omillari – urodinamikani buzilishida va siydik infeksiyasining kuchayishi bemor ayollarda xomiladorlik va ginekologik kasalliklarga boglik bulsa, erkaklarda esa buyrak tosh kupincha umumiy modda almashuvini buzilish natijasida vujudga keladi.

Buyrakda toshni paydo bulishini patogenezining sunggi boskichlarida, siydikdagi mineral kristallar va asrovchi kolloidalarning muvozanati aloxida axamiyatga ega. Siydik tarkibidagi tuzlarning kristalizatsiyalanishiga yul kuymaydigan mexanizmni asrovchi kolloidlarni mavjudligining okibati deb takkazo etadigan, kolloidno-kristalloid nazariyasi bilan tushuntiriladi.

Buyrak kanalchalarining vazifasini buzilishi, siydikda kup mikdorda polisaxaridlarning va mukoproteidlarning mikdorini oshiradi va ular kolloid posangisini buzadi. Tuyingan siydik eritmasidagi mavjud kristalloidlarning chukmaga utishi va keyinchalik kristallanishi tosh xosil bulishiga olib keladi.

Tosh xosil bulish jarayonini matritsa nazariyasi xam tushuntiradi. Bu nazariyaga kura avvalom bor oksil moddasidan uzak xosil buladi va unga ikkilamchi tuzlar chukadi. Buyrak toshlarining tuzilishini sinchiklab tekshirilganda ularning uzagida xar vakt organik substantsiyani borligi va u tosh xosil bulishida asosiy urinni xamda (kup xolatlarda matritsa urnini uylab, unda xar-xil tuzlarning ultirib kolishiga olib boradi.

Shunday kilib buyrak va siydik yullarida tosh paydo bulish jarayonini murakkab va kup boskichlidir. Modda almashuvi enzimopatiya (tubulopatiya)larning buzilishi vaziyatida tashki va ichki maxalliy va umumiy patogenetik omillar ta'siri ostida rivojlanadi.

Toshlarning tarkibi. Kim'yoviy tarkibiga kura toshlar oksalatlar, fosfatlar, uratlar, karbonatlarga ajraladi. Sistin, ksantin, oksil xoleserin toshlar kamrok uchray. Toshlar aksariyad katlanma buladi, ularni xosil bulishida 2-3 tadan kup mineral ishtirok etmaydi, kolgan mineral esa aralashma xolatida ishtirok etadi. Tosh bu minerallarning organik moddalar bilan aralashmasidir.

Oksalat toshlar shovul kislotasining oksalat tuzlaridan xosil buladi. Bu toshlar kattik, tuk kora rangli, yuzasi tirnokli bulib, shillik pardani osonlik bilan shikastlab konatadi, natijada toshni yuzasi xam kongra buyalib rangi kora tusga kiradi.

Fosfat toshlarda fosvor kislotasining kaltsiy tuzlari mavjud. Ularning yuzasi tekis yoki salgina dagal , tashki kurinishi xar-xil, tarkibi yumshok. Ular ok yoki kulrang, ishkoriy siydikda paydo buladi, tez usadi va oson maydalanadi.

Urat toshlar siydik kislotasi yoki uning tuzlaridan tashkil topadi. Toshlar sarik gisht rangli, tekis yuzali, yumshok kurinishi xar-xil buladi.

Tsistin toshlar. Sistin aminokislotaning vodorod birlashmalaridan tashkil topadi. Ular ok-sarik , yuamlok, yumshok va tekis yuzali buladi.

Oksil toshlar asosan fibrinli tuz va bakteriyalar aralashmasidan tashkil topadi va mayda yapalok, yumshok, ok rangli buladi.

Xolesterin toshlar xolesterindan tashkil topgan bulib, buyrakda juda kam uchraydi. Ular kora rangli , mayda va yumshok buladi.

Buyrak toshlari bitta yoki kup bulishi mumkin. Katta kichikligi xar xil 0,1 sm dan to 10-15 sm gacha va undan xam katta , ogirliqi 1 grammadan 2,5 g gacha va undan xam ogir bulishi mumkin. Ba'zan toshlar buyrak jomchasini va kosachalarini tuldirib uning ichki tuzilishini aynan takrorlaydi. Bunday toshlarni marjonsimon deb ataydilar.

Siydik naychasining toshlari uzlarini kelib chikishi nuktai nazaridan yukoridan pastga karab siljigan buyrak toshlaridir. Ularning xajmi va tashki kurinishlari xar-xil bulib, kupincha bitta yoki bir nechta bulishi mumkin. Toshlar kuprok siydik naychasining fiziologik tor joylarida yoki ularning tomirlari bilan kesishgan xamda Qovuqqa kushilish joylariga kelib tikilib koladi.

Patalogik anatomiyami.

Buyrak tosh kasalligida buyraklardagi morfologik uzgarishlar, umuman undagi toshlarning joylashuviga, ularning tuzilishiga va xajmiga boglik. Kolaversa, bu

uzgarishlar buyrakdagi yalliglanish jarayoniga bogliq . Kupincha toshlar buyrakdagi yalliglanish jarayoni paytida paydo bulib, siydikning yunalishini buzadi, natijada yalliglanishni yanada kuchaytirib yuboradi.

Buyrakdagi «aseptik» toshlar xam morfologik uzgarishlarni keltirib chikaradi. Siydikni tekshirib, unda mikroblar topilmasa xam u buyrakda yalliglanish jarayonini yuk deb bulmaydi. Chunki nefrit xali interstinal xolatda bulish mumkin, siydik koptokchalarining va kanalchalarining kengayishi, peri va endarterit xollari, oralik kushuvchi tukimalarning proliferatsiyasi ayniksa kanalchalar atrofida anikrok kuzatiladi. Asta-sekin tukimalari atrofiyaga uchraydi.

Zamonaviy gistoximik va elektrono-mikroskopik tekshiruvlarning kursatishiga kura, buyrak tosh kasalligida buyrakning oralik tukimalarida xamda koptokchalarining kapillyarlari bazalnaya membranasida glikoptoreid mukopolisaxarid xamda gialuronovaya kislotalari ortikcha mikdorda tuplanadi.

Tukimalarining sklerozi va atrofiyasi jomchalardan boshlanib, buyrakning oralik tukimalariga utadi va asta-sekin buyrak tukimasining funktsional elementlarini emirib yog tukimalariga aylanishiga olib boradi.

Buyrak tosh kasalligining «aseptik» formasida siydikning okimiga toshlarning gov bulishi natijasida bunyodga keladigan uzgarishlar, buyrakdagi morfologik uzgarishlarning eng asosiy komponentlaridan xisoblanadi. Siydik okimini uzgartiradi. Buyrak jomchalarida yoki siydik naychalarida joylashgan toshlar kuprok talofatlarga sabab buladilar. Bu toshlar siydik okimiga gov bulib, jomchalarning ichki bosimini oshiradi, natijasida siydik kanalchalar sistemasiga tarkaladi va buyrak ichki bosimining ortishiga sabab buladi. Kanalchalar kengayadi, ularning epiteliyasi uz vazifasini yueotadi. Buyrakda kon aylanishining buzilishi natijasida koptokchalardagi filtratsiya xam pasayadi. Jomning ichki bosimining kutarilishi natijasida paydo buladigan jom buyrak reflyukslari, oralik tukimalarni siydik bilan tuldiriladi. Oralik tukima asta-sekin dagal boglovchi tukimaga aylanib, buyrak tukimasining urnini egallaydi. Gidronefrotik transformatsiyada xam buyrak kup vaktgacha siydik chikaveradi, ammo bu siydikning kuyukligi anchagina past buladi. Siydik okimiga bulgan gov asta sekin jomni kengaytiradi, uning devorlarini yupkalashtirdai, buyrak tukimalarini buzadi, ya'ni gidronefrotik transformatsiyaga olib boradi. (X-bobga karang).

Siydik tosh kasalligiga infektsiya kushilgan xolatlarida, yalliglanish jarayoni buyrakning miya katlamidan kabizok katlamiga tarkaladi. Maxalliy yalliglanish infiltratlari xamda buyrakning interstinal tukimalaridagi yiringlashlar, keyinchalik, bu erda dagallanishga va okibatda, kanalcha va koptokchalarni ulimiga olib boradi.

Surunkali toshli pielonefrit buyrak tukimalarini yiringli erishiga va yiring buyrakning kelib chikishiga sababchi buladi. Yalliglanish jarayoniga bir chekkadan surgichlar va keyinchalik buyrak tukimasining chukurrok bulishlari xam kushiladi. Tukimalarda paydo bulgan mayda yiringchalar bir-biri bilan kushilib, kattarok posotlarni xosil kiladi. Buyrak kobigi tobora dagallashadi va atrof tukimalarga yopishadi. Buyrak tukimasi ba'zan butunlay emiriladi va yalliglanish jarayoniga buyrak atrof tukimalari xam kushiladi. Jomchalarda va siydik naychasida, siydik okimiga gov buluvchi «aseptik» toshlar tufayli yuz beradigan morfologik uzgarishlar, ularning shillik pardalarining ostki kavatida boradigan kon kuyilishlaridan va mushak kavatini kalinlashuvidan iboratdir. Keyinchalik nerv elementlarini atrofiyasi,

limfakon aylanishni, xamda umumiy tonusning buzilishi yuz beradi. Jomcha xamda naychalari kengayadi. Ba'zan 2-3 sm gacha (gidroureteronefroz) kengayib, shalpaygan naychaga aylanadi. Bunga infektsiya kushilsa, jam va naychalarning devorlari yalliglanadi. Asta-sekin jarayonga atrof tukimalar xam kushiladi, paripielit, periuretrit, pedunkulit rivojlanadi, naycha dagallashgan joyidagi devorlarini torayishi, yagir bulishi yoki teshilib ketishi xolatlari bulishi 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, infektsiya qo'shilmaganiga bog'liqdir. Masalan, katta korall (marjonsimon) tosh, siydik oqimini buzmagani, buyrak funksiyasiga ta'sir qilmagan va infektsiya 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 yukstavezikulyar qismi toshi uchun harakterlidir.

Buyrak tosh kasalligining asosiy belgilaridan biri bu bel soxasida buladigan, tulgoksimon (buyrak sanchigi) og'rikdir. Kon siyish siyishning buzilishi, yiring siyish, toshlarning uz xoliga chikib ketish xolatlari xam kuzatish mumkin.

Og'riklar buyraktosh kasalligida doimiy va kaytalanuvchi, utkir va utmas bulishi mumkin. Og'riklarning joylashuvi va ularning uzatilishi, toshlarning siydik yullarida joylashuviga bog'lik. Buyrakdagi marjonsimon, xamda jomcha ichidagi yirik toshlar, uzlarining kam xarakatligi tufayli, bemorlarni kamrok bezovta kiladilar. Xech kanday og'rik bulmasligi, tosh kasalligiga xos belgi emas. Og'rikning xarakat paytida kuchayishi buyrak tosh kasalligiga xos belgidir. Buyrakdagi og'rik kupincha siydik naychasi bulib, korinning pastki kismiga karab yunaladi. Toshlarning pastga, naycha orkali yunalishiga karab og'riklarning uzatilishi uzgaradi, ular korining pastki kismiga, songa, moyakka, ayollarga esa jinsiy a'zoning labiga tarkala boradi.

Buyrak toshning eng uziga xos belgilaridan biri tulgoksimon buyrak sanchigidir.

Buyrak sanchigi asosan, siydik okimini bugilib kolishi, buning natijasida, buyrakning ichki bosimini ortishi tufayli, buyrakning shishini, uning kovugini va tomirlar kiradigan darvozasini atrofida joylashgan sezgi nerv tolalarini kitiklanishidan kelib chikadi. Buyrakda mikrotsirkulyatsiyaning uzgarishi, buyrak tukimalarida va buyrakni idora kiluvchi nerv tugunchalarida xavoni etishmovchiligi natijasida og'rik yanada zurayadi.

Tosh sababli paydo bulgan buyrak sanchigi kupincha og'ir mexnat paytida va undan keyin, uzok yul yurilganda kup suyuklik iste'mol kilinganda, favkulotda boshlanib koladi. Bel soxasida Qovuq ostida keskin og'riklar paydo bulib, ular asta-sekin korinni egallaydi. Bemor ortikcha bezovtalanadi, chigirik –chigirik bulib oxvoy tortadi, xatto chidamay bakiradi. Bemorning bu axvolini kuzatib xatto undan uzok masofada turib xam kasalligini aniklash mumkin. Og'rik vakti-vakti bilan

tuxtaydi, bir necha soat xatto bir necha kunlar davom etishi mumkin. keskin ogriklardan keyin kungil ayniydi, kayd kilinadi, ba'zan siyish tezlashadi.

Ba'zi bemorlarda ichaklarni reflektor falaji , xojatning tuxtatilishi, korin devorlarining mushaklarini taranglashishi mumkin.

Buyrak sanchigi paytida oshkozon , ichak yullarini faoliyatini buzilishi, buyrakni yopib turgan korinning orka pardasini xamda korin ichki a'zolarini, buyraklarning nerv tugunchalari bilan alokador kilib turadigan nerv tolalariga boy kismining kitiklanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ba'zan buyrak sanchigi paytida toshning siydikka gov bulishi xamda bemorning tez-tez rad natijasida suyuklikning kup mikdorda ajralib chikishi tufayli siydik ajralishini kamayishligini kuzatilishi mumkin. Buyrak sanchigi paytida bexollik ogizni kurishi, bosh ogrishi, xaroratning kutarilishi va boshka umumiy belgilar xam bulishi mumkin.

Buyrak sanchigi paytida bemorni kovurgasini osti paypaslaganda kattik ogrikni borligini oldingi devori taranglashganini, Pasternatskiy belgisi borligini aniklash mumkin.

Buyrak sanchigi paytida Pasternatskiy belgisi aniklashda, ogrikni kuchaytirib yubormaslik uchun buyrak soxasini zarbalashni kupol ravishda kilish yaramaydi.

Agar tosh siydik naychasida joylashgan bulsa ogrik korinning pastki kismida aynan tosh joylashgan joyning ruparasida aniklanadi.

Buyrak sanchigi paytida bemorning xaroratini ortishi, konda esa leykotsitlarni kupayishi reflekslarning paydo bulishiga boglikdir. Uncha katta bulmagan toshlarning uz xolicha siydik bilan chikib ketishi bilanok, buyrak sanchigi xam orom topadi. Agar tosh ajralmasa, buyrak sanchigi takrorlanishi mumkin.

Bir tomonlama buyrak tosh bemorni sinchiklab karalganda, bel soxasidagi mushaklarning atrofiyasi natijasida, assimetriya xam borligi aniklanadi. Buyrak tosh kasalligida jaroxatlangan buyrakni xar vakt paypaslab aniklab, bulmasada ammo paypaslash paytida buyrak soxasidagi ogrik va Pasternatskiy belgisi kushimcha sodir bulganligi aniklanadi. Siydik naychasidagi tosh urnashgan joyining ruparasi, ya'ni korinning pastki kismida uziga xos ogrik xam buladi. Ayrim xolatlarda ayollarning siydik naychasining pastki kismida joylashgan yirikrok toshlarni, kinning oldingi devorini paypaslab aniklash mumkin.

Siydik nayi tosh bilan to'liq to'silganda siydik tahlilida gematuriya, leykotsituriya, piuriya aniqlanmasligi mumkin.

Siydikdagi o'zgarishlar STK bilan og'rigan barcha bemorlarda kuzatiladi. Ko'pincha, 70-85 % holatlarda mikrogematuriya (ko'ruv maydonida 15-30 eritrotsitlar) paydo bo'ladi va jismoniy yuklamadan so'ng kuchayadi. Tosh harakatlanganda makrogematuriya paydo bo'ladi va chualchangsimon 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.

Kon siyish, siydik tosh kasalligida kup uchraydi. U kuzga kurinmaydigan, ya'ni mikroskop yordamida aniklanadigan (siydik koldigida 20-30 eritrotsit yoki makroskopik, oddiy kuz bilan kuzatish mumkin bulgan xolatda buladi. Makroskopik

kon siyish buyrakda yoki siydik naychasida joylashgan tosh tufayli, oddiy kuz bilan xam kuzatiladigan bulib, xar doim ommaviy buladi. Bunday kon siyish, kon bosimini keskin kutarilishi, siydik okimining birdaniga tiklanishi natijasida fornikal chigalchalarning vena kon tomirlarini yupka devorlarining yorilib ketishi natijasida xam yuzaga chikadi. Toshlar yirik bulsa, kon siyish bemor uzok masofoda yul yurganida yoki ogir jismoniy mexnat kilganida, fornikal tugunchalaridagi venalarning jaroxati yoki buyrakni ichki vena tomirlarining bosimi ortib ketishi tufayli, ularning yorilishi natijasida paydo buladi.

Yiring siyish, buyrak va siydik naychalarida tosh bor bemorlarning kupchiligida (60-70%) kasallik jarayoniga infektsiya kushilib, kasallikni va uning okibatini ogirlashtiradi. Stafilokokk, ichak yonchasi streptokokk va boshkalardan tashkil topgan infektsiya kupincha surunkali uretrit pienefroz xolatida mavjud buladi. Shuning uchun piuriya buyrak tosh kasalligining kupchilik belgilari katoridan urin egallaydi.

Dizuriya toshning joylashgan urniga boglik tosh kanchalik siydik naychasini pastrogida joylashgan bulsa, dizuriya shu kadar zurrok buladi. Tosh siydik naychasining intramural bulimiga tikilib kolganida, bundagi nerv tolalarining kitiklanishini natijasida, bemor juda tez xatto sanoksiz darajada siygani yuguradi.

Leykotsituriya va piuriya muhim simptomlardan hisoblanadi, 60-70 % holatlarda kuzatiladi va STKga siydik yo'llari infektsiyasi 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, abstsess) 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 funktsional 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 funktsiyasining pasayib borishiga va ohir oqibatda butunlay ishdan chiqishiga olib keladi.

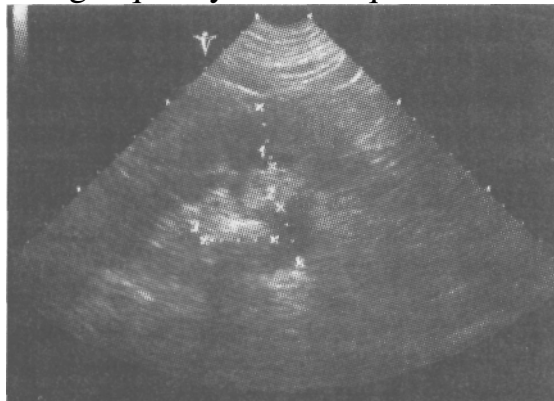
Toshlarning uz xolicha ajralish xususiyatlari kupincha ularning xajmiga joylashgan siydik yullarining xolatiga va yukori siydik tarmoklaridagi bosimga boglik. Ulardagi tarnglik va bosimlarning susayishi, toshlarning ajralishini kiyinlashtiradi. Shu sababli toshlar kupincha butunlay tikilib koladi va yukori siydik tarmoklaridagi siydikni yunalishi butunlay ayniydi.

Diagnoz qo'yishda anamnez yig'ish muhim ahamiyatga ega. Og'riqning harakteri va davomiyligini (joylashuvi, kuchi, tarqalishi); ogriq ko'ngil aynishi, qusish, qaltiroq bilan kechyaptimi-yo'qmi; siydikda gematuriya borligi va davomiyligi; og'riqning kuchi va paydo bo'lish harakterini 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

Bemorni yonbosh holatidagi buyraklarni chuqur palpatsiya qilish kattalashgan va og'riqli buyrakni aniqlash imkonini beradi. Pasternatskiy simptomi



(siydik oqimi buzilgan buyrakni tukillatish) 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 (10-2 rasm). Zamonaviy ultratovush apparatlari buyrak kosacha-jomcha sistemasining har

10-2 rasm. Buyrak toshining ultratovush- qanday qismidagi toshni aniqlash bilan birga,

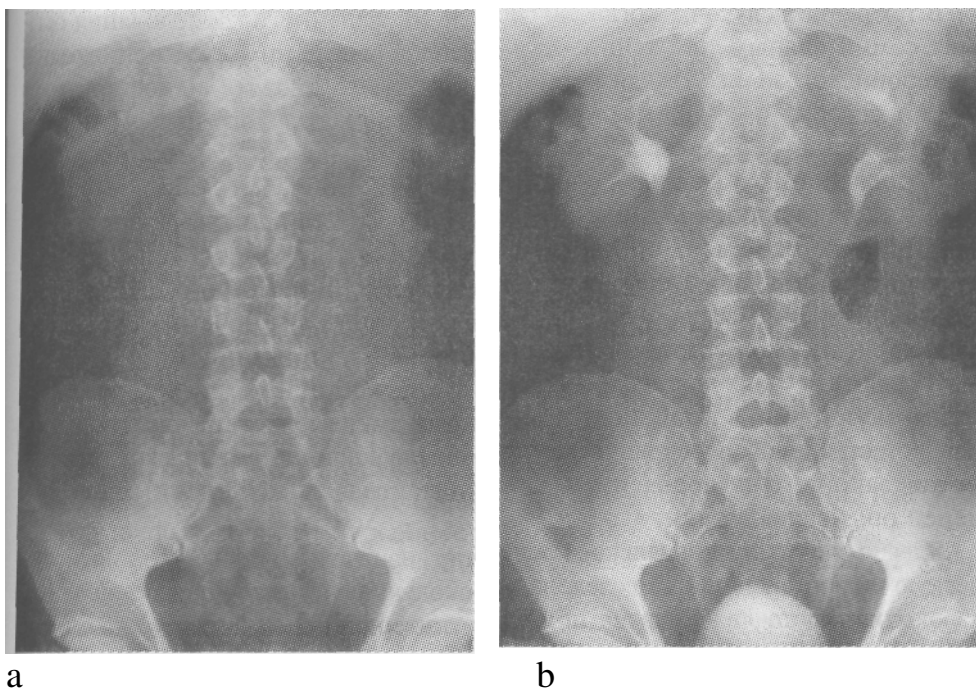
li manzarasi

kattalashgan buyrak o'lchamlarini, paren- ma 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 yukstavezikal 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 proektsiyasida joylashgan konkrement soyasini ko'rish imkonini beradi (10-3 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, tsistin, ksantin) umumiy urogrammada ko'rinmaydi. Marjonsimon toshlarda ikki hil proektsiyada 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'hshab ketadi. Flebolitlarni aniq yumaloq konturga egaligi va markazida yorug'lanish borlidan 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



10-3 rasm. O'ng tomonlama buyrak jomi toshi, a – umumiy urografiya; b – ekskretor urografiya.

joylashuv), kosacha-jomcha sistemasi retentsiyasi (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 korinsa, kislorod yuborganda esa “musbat” soya bo'lib ko'rinadi (10-4 rasm). Retrograd pielografiya shuningdek, toshdan pastda joylashgan strikturani inkor qilish uchun, bor bo'lsa uning davomiyligini aniqlash uchun ham qo'llaniladi.

Ba'zi holatlarda tosh va siydik nayi o'smalarini differentsial 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.



10-4- rasm. Retrograd ureteropielografiya. O'ng tomonlama siydik nayi yuqori 1/3 qismi toshi

Kompyuterli tomografiya tosh diagnostikasida juda kam qo'llaniladi, chunki ortiqcha ko'p rentgen yuklamasi bor, siydik yo'llari anatomik va funktsional holati haqida ma'lumot bermaydi. Kompyuterli tomografiya marjonsimon toshlarning aniq stereometrik manzarasini olish va tosh tuzilish zichligini aniqlash imkonini beradi (rejada distantsion litotripsiya qo'llash imkoniyati borligi).

Radioizotop tekshiruvlar (dinamik hefrostsintigrafiya) buyraklar funktsional bo'laklari holatini tekshirishga imkon beradi, ularning sekretor va evakuator qobiliyatini baholaydi. Buyragida tosh bor bemorlarda, shuningdek ilgari buyragida tashrix o'tkazganlarda izotop tekshiruvlar ko'ptokchalar va kanalchalar holatini segmentlarga bo'lib o'rganish imkoniyatini beradi.

Kasllikni 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.

Nagiografik 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 (10-5 rasm).

Laborator tekshiruvlar STK da tosh kimyoviy tuzilishini va metabolik buzilishlarni aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Bularni bilish asoslangan metafilaktik davo tavsuyasi 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 kaltsiy miqdori, siydikdagi oqsil miqdori, siydikning solihirma og'irligi (nisbiy zichligi).

Siydik mikroflorasini ekish va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash antibiotiklarni buyurishdan oldin o'tkazilishi lozim, chunki ularni йфигд qilish tekshiruv natijasiga ta'sir qilishi mumkin.

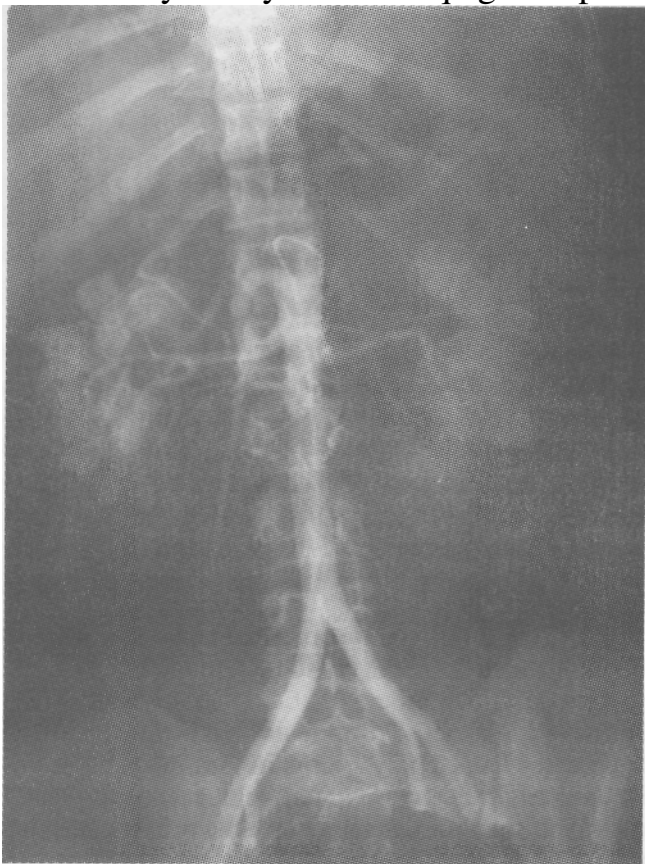
Tosh hosil bo'lish qaytalanishini profilaktikasi uchun siydik kislotali va kaltsiy-oksalatli urolitiaz bor bemorlarda qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazilishi zarur: qondagi o'rta molekulalarni, qondagi hloridlarni, qondagi pH ni, qondagi ionlashgan kaltsiy miqdorini (qaytalanuvchi va marjonsimon nefrolitiazda) aniqlash, tsitrat, kaliy, magniyning 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 proektsiyasida 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 hatolar 32 % gacha etadi. Gumonli holatlarda yakuniy tashxis faqatgina laparoskopiyadan keyin qo'yilishi mumkin.



O'tkir xoletsistit. Bu kasallikda ko'pincha yog'li yoki ko'p ovqat egandan so'ng, alkogol iste'moli va boshq. so'ng qo'qqisdan o'ng qovurg'a ostidagi sanchiqli og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riqlar o'ng o'mrov osti chuqurchasiga (frenikussimptom), o'ng kurakka irradiatsiyalanadi. Ortner simptomi (o'ng qovurg'a ostini tukillatish) keskin musbat. O'tkir holetsistit ko'tarilib boruvchi tana harorati, leykotsitoz, qon formulasining chapga siljishi bilan kechadi. Qorin old devoir mushaklari taranglashishi kuzatiladi, qorin parda ta'sirlanishi simptomlari musbat bo'ladi. Obstruktiv xoletsistitda skleralar ekterikligi va teri qoplamlarining sarg'ayishi kuzatiladi.

10-5 rasm. O'ng tomonda marjonsimon toshli Oshqozon va o'n ikki barmoq

ichak

bemor angiogrammasi.

yarasining yorilishi epigastral sohada o'tkir, qo'qqisdan, "hanjarsimon" og'riq paydo bo'lishi bilan harakterlanadi. Teri qoplamlari rangpar, qusish, qoidaga ko'ra 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, elkaga, qovurg'a ostiga irradiatsiyalanadi va tezda o'rab oluvchi harakterga 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 og'ir ahvoli 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 hos 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 TOSHNING ASORATI.

Buyrak toshdagi eng kup uchraydigan asoratlar, asosan yalliglanish ya'ni utkir surunkali pielonefritdir. Buyrak toshlarning siydik yuliga gov bulishi buyrak urodinamikasining buzilishiga olib boradi. Bu xolat ichki bosimni ortuvi, mikroorganizmlarning kupayishiga sabab buladi. (6- bobga karang).

Utkir pielonefrit buyrak toshli bemorlarning karayibyarmidan kupida uchraydi. Uning klinik okimi ikkilamchi utkir pielonefritga uxshab ketadi. Agar siydik yullaridagi gov yukolmasa, bu xolda kilingan antibiotiklar, dori –darmonlar uncha foyda bermaydi, chunki utkir seroz pielonefrit yiringli pielonefritga, keyin esa apostematoz pielonefritga va xatto buyrak karbunkuliga utib ketish extimoli bor. Tarkok apostematoz pielonefrit yoki kup sonli karbunkul, buyrak parenximasini butunlay emirilib yuborishi, xajmda shu munosabat bilan buyrakni olib tashlashlik extimolini keltirib chikarishi mumkin. Demak kasallikning oldini olishlikning asosiy omillaridan biri, siydikning normal yunalishini tezrok tiklashdan iboratdir.

Surunkali tosh pielonefriti ikkilamchi surunkali pielonefritning misolidir, (6-bobga karang). Agarda buyrakdagi siydikni yunalishini buzuvchi tosh uz vaktida olib tashlanmasa, kullangan antibiotiklar infektsiyani yukota olmaydi va buyrak parenximasidagi yalliglanish jarayonini tuxtata olmaydi. Unda buyrak kichaya boradi (nefroskleroz) va uning vazifasi pasayadi.

Surunkali tosh – pielonefritning okibatida buyrak tukimalari erib yiringga aylanishi, organizmni zaxarlovchi moddalar va toshlar yigilgan xaltachaga aylanib kolishi mumkin. Nefrozga uchragan buyrakning vazifasi butunlay va kaytasiz yukoladi. Shuning uchun bu kasallik davosining birdan-bir chorasi buyrakni olib tashlashdir.

Jomning chikish joyini yoki naychasini berkitib kuyuvchi toshlarning okibatida paydo buluvchi toshli suv buyraklar-ikkilamchi suv buyraklarning ayni misolidir (X-bobga karang).

Buyrak tosh misolida paydo bulgan surunkali pielonefrit xam yiring buyrak xam, suv buyrak xam okibatda yana bir asoratni- nefrogen arterial gipertenziyani keltirib chikarishi mumkin.(XII-bobni karang).

Utkir va surunkali buyrak etishmovchiligi buyrak toshning eng daxshatli asoratlaridandir. Bu asorat xar ikkala buyrakni xam yolgiz buyrakda tugma buyrak yoki buyraklardan birortasini olib tashlanganidan keyin xam yuzaga chikishi mumkin. Utkir buyrak etishmovchilini esa zar ikkala yoki yolgiz buyrakdagi siydik naychasiga kukkisdan toshning gov bulib kolish natijasida yuzaga chikadi. Bu asoratning eng birinchi belgilaridan biri xar ikkala yoki yolgiz buyrak soxasida kattik ogrik siydikni butunlay ajralmay kolishi-anuriya yoki siydikni juda kam mikdorda ajralishi oliguriyani kelishimumkin. Keyinchalik bemorning ogzi kuriydi, kungli ayniydi, ichi utadi va boshka belgilar paydo buladi. (XV-bobni karang).

Agar uz vaktida toshlarni olib tashlash, buyrakni siydikdan bushatish choralari kurulmasa, bemorni xolati asta-sekin shubxasiz yomonlashaveradi, konda azotni xajmini oshganligini yangi belgilari kupayadi (bemorning uremiya xolati chigallashadi, terida kichitmalar paydo buladi, tuxtovsiz kayd kilish boshlanadi, gastroenterokolit, poliserozit va boshka asoratlar rivojlanadi) va okibatda ulim talvasasiga yulikadi.

Surunkali buyrak etishmovchiligi, buyrak tosh kasalligi bilan ogrigan bemorning siydik yullarida kupincha marjonsimon yoki kup sanokli toshlar bulganda va ularning siydik yullariga tikilishlari natijasida, siydik okimini asta-sekin va ozmuncha mikdorda tusilib borishi tufayli, yolgiz buyrakda yoki xar ikkala buyraklarda birdaniga rivoj topadi.

Toshlar tufayli buzilagn siydik okimi, pielonefritni kuchaytiradi, natijada buyraklarning bujmayishi, ularning vazifasini tobora pasayishiga olib keladi. Bu esa surunkali buyrak etishmovchiligiga xos bulgan gemeostazni uzgarishiga, giperazotemiya, elektrolit muvozanati xamda achchik ishkoriy muvozanatni buzilishiga olib boradi. (XVI-bobga karang).

Buyrak tosh kasalligida surunkali buyrak etishmovchilining sunggi boskichi kelib chikishining oldini olishlikning birdan bir yuli uz vaktida buyrakni ssaklab koluvchi operatsiya kiliglikdan iborat.

Davosi.

Buyrak tosh bemorlarni davolash usullari juda kup, ularni kullash toshlarning xajmiga, tarkibiga joylashgan urinlariga boglik. Bu borada bemorning yoshi uning buyraklari va siydik yullarining anatomik xolati kattagina urin egallaydi. Buyrak tosh kasalligini davolashda kullaniladigan barcha ussularni ikki guruxga bulish mumkin: konservativ va operativ usuldir. Odatda bemorlarni davolashda xar ikkala usullaridan xam keng foydalaniladi.

STK bilan og'rigan bemorlarda statsionar va poliklinikada vrach-urologlar tomonidan olib borilishi kerak. Shu bilan birga bu kasallik bilan boshqa mutaxassislar: dietologlar, endokrinologlar, fizioterapevtlar, nefrologlar, pediatriklar ham shug'ullanishi kerak.

Kasallikning surunkali va qaytalanuvchi harakterini hisobga olib, bemorlar poliklinika va statsionarlar tomonidan birga davolanishi kerak va davolashning ohirgi natijasiga ikkala muassasa ham teng mas'ul bo'lishi kerak. Bolalar ham kattalar ham STK bilan dispenser sharoitda davolanishi muhim ahamiyatga ega.

STK ni davolsh, 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 energiyasi (DLT), instrumental (perkutan yoki transureteral), yoki bevosita jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi.

Har qanday jarrohlik usuli STK ning etiologik davu 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 funktsiyasining buzilishi, gidronefrotik transformatsiya, buyraklar bujmayishi kiradi va o'ziga hos 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 chikishi tugrisidagi barcha sabablar xaligacha tulik aniklanmagan, demak buyrakdagi toshlarni olib tashlash bilan bemor butunlay sogayib ketadi, degan xulosaga kelish mumkin emas. Shuning uchun ogrikni koldiruvchi xamda yalliglanishi jarayoniga qarshi konservativ davolardan tashkari kasallikning profilaktikasi va kasallikning okibatlarini tugrisidagi masalalar xam kuzda tutiladi. Toshlarni uz xolicha chikarib yuborish uchun kullaniladigan anchagina dorilar mavjud. Oxirgi yillarda toshlarni eritib yuboradigan dorilar tajribadan utmokda.

Siydik yunalishini buzmayotgan gidronefrotin transformatsiya xamda buyraklarni bujmaytirmaydigan, masalan: buyraklarning kosachalarida joylashgan va uncha katta bulmagan toshlarni konservativ usul bilan davolasa buladi. Operatsiya kilish mumkin bulmagan xolatlarda xam konservativ usul kullaniladi.

Konservativ usul tarkibiga bemorlarning xolatini yaxshilovchi omillar parxez, dori darmon va sanatoriya-kurortlarda davolash usullari kiradi. Tugri parxez odatda modda almashuvining kaysi turi buzilganligiga karab belgilanadi. Uraturiya xamda urat toshlari paydo bulayotgan bulsa, siydik kislotasi xosil kiluvchi ozukalar (miya, buyrak, jigar) gusht shurvasi va boshkalar) iste'molini kamaytirish maksadga muvofikdir. Agar fosfaturiya xamda fosfat toshlari xosil bulayotgan bulsa, siydik ishkoriy reaksiyaga ega buladi. Bunday bemorlarga siydikni oksidlanovchi oxak moddalar iste'molini kamaytirmoklikning ma'kulligi maslaxat kilinadi. Bemorlarga kuprok gusht, balik, yog, xamir ovkat kamrok sut va savzavot maxsulotlarini iste'mol kilish tavsiya kilinadi.

Oksalat toshlar paydo bulganda sut, sabzi, kartoshka, shavel maxsulotlarini iste'molini kamaytirish darkordir. Siydik tosh bemorlarni davolashda sanatoriya va kurortlar aloxida urin egallaydi. Ammo mineral suvlarni kup iste'mol kilishlik kasallikni ogirlashtirishi mumkinligini nazarda tutgan xolda, ularni tavsiya kilishga extiyotlik bilan karash kerak. Mineral suvlar siydikni rN ni uning elektrolit tarkibini xamda achchik chuchuklik muvozanatini uzgartiradi. Sanatoriya kurortlarda davolashni, toshlar uz-uzicha ajralgandan keyin yoki ularni operatsiya kilib olib tashlaganidan keyin, buyrak va siydik yullari xolati yaxshi bulsa, ularni utkazish kobiliyati saklangan bulgandagina tavsiya kilingani maksadga muvofikdir.

Moche kisli diatezda bemorlarga, suvlari ishkoriy kurortlar (Essentuki №4 va 17% , Simirnov Slovyan Borjom) Oksaluriya bemorlarga kam mikdorda

minerallashgan suvlar (essentuki №20 naftusya sairme) tavsiya kilinadi. Fosfaturiya bulganda esa, siydikni achchiklashtiruvchi suvlar dolomitniy narzan, natusya , arzni) ichilgani ma'kul.

Buyrak toshli bemorlarni davolashda agar ulardagi toshlarning xajmi unchalik katta bulmasa, toshlarni eritadigan, ularni chikarib yuborishga yordam beradigan, siydikning umumiy xajmini kupaytiradigan dori-darmonlarni kullanishligi kuzda tutiladi. Uzi ajralishga imkoniyat bergan toshlarni tezrok chikib ketishligini ta'minlash maksadida bakteriostatik, spazmatik va sedativ xususiyatlariga ega bulgan termonlar guruxidan (tsistinal, artemizol, enatnin va boshkalar) foydalanadi. Sistinal, artemizol 4-5 tomchidan ozgina kand bulakchasiga tomizilib bir kunda 3 maxal okatdan oldin, enatin 1 gr kapsulasi bilan avisan 0,05 tabletka xolatida, kechakunduzga, 3-4 marta iste'mol kilinadi. Marena kravilnoy suxoy usimligini ekstrakti xam, siydik xaydash, spazmatik xususiyatlariga ega, siydikni achchiklashtiradi, 2-3 tabletkani (0,25gr) ? stakan ilik suvda , 3 maxaldan iste'mol kilinadi. Siydikni achchiglashtirish maksadida, xloristovodorod(solyannaya) kislotasidan 10-15 tomchidan ? stakan suvga kushib , ovkat bilan kupincha 3-4 marta , benzoynaya kislotasidan 0,05 gr dan kuniga 2 maxal, 0,5 gr ammoniy xlorid, kuniga 5-6 marta kabul kilinadi. Oxirgi paytlarda xar xil tosh erituvchi moddalar kup kullanimokda. Urat toshli bemorlar bu moddalarni iste'mol kilganida, toshlarning xajmini kichayganligi, ba'zan butunlay erib yukolib ketganligi ma'lum.

Buyrak sanchigini yukotuvchi dorilar buyrak toshni davolashda asosiy urinni egallaydi. Issik kullash (grelka issik vanna) bilan birgalikda, ogrikni koldiruvchi va spazmatik (baralgin 5 ml muskul ichiga yoki kon tomirga 0,1% li atropin eritmasidan 1 ml va 1-2% olenolon yoki promedel eritmasidan teri ostiga 1 ml 9,2 % platifillin eritmasidan 1 ml teri ostiga yoki 0,005 gr ogiz orkali 0,1-0,2 g spazmatik yoki 0,02gr papaverin 3-4 marta ichish uchun) berish maksadga muvofikdir. Siydik naychasining pastki kismida joylashgan toshlar bergan ogrikni koldrish maksadida kupincha erkaklarda urug tizmasi, ayollarda bachadonning yumalok tizmasi soxasiga 40-60 ml 0,5% novokain eritmasini yuborish (lorin-Epshteyn buyicha blokada) yuli bilan ogrikni koldrish mumkin.

Shunga uxshash ogrik koldiruvchi blokada, Shkolnikov usuli bilan xam kilinishi mumkin. spina iliaca anterior superior 2 smdan yukori va ichkarisidagi nuktaga, teriga nisbatan tik xolda, uzun va ingichka igna suyakka borib tarkalguncha sanchiladi. Keyin igna biroz orkaga tortilib keyin umurtka tomon ichkarirokka suriladi. Shu xolda ignaning uchi toki siydik naychasining atrofiga bormaguncha bir necha marta tarorlanadi va u erga 40-60 ml 0,5 % novokain eritmasi yuboriladi.

Buyrak sanchigiga, uning yalliglanish jarayoni kushilib ketgan bulsa siydik naychasini kateterizatsiya kilib, uni naychaga tikilib kolgan toshning yukorisiga utkazishlikka imkoniyat bulsa, unda siydik asta-sekin kateter orkali okib chikib ketadi va ogrik tuxtaydi.

Buyrak toshni davolashda siydik infeksiyasi bilan kurasha olmaydigan dorilarni axamiyati katta urin egallaydi. Ularni kullashdan avval, mikroorganizmlarning turiga va ularning dorilarga nisbatan sezgirligini aniklash zarurdir. (VI-bobga karang).

Profilaktik terapiya, moddalar almashinuvi buzilishini bartaraf qilishga qaratiladi, bemorni umumiy tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib buyuriladi. Bu ma'lumotlarga buyraklar, jigarining funktsional holati, tosh hosil qiluvchi moddalarning buyrakdagi sutkalik ekskretsiyasi va zardobdagi kontsentratsiyasini aniqlash, siydik ajratish sistemasi mikrobiologik holati kiradi. Yil davomidagi davo kurslari soni vrach va laborator nazorat ostida individual belgilanadi.

Davolash samaradorligini tekshirish uchun birinchi yili har 3 oyda 1 marta ko'rikdan o'tkaziladi va buyraklar UTT o'tkaziladi, buyraklarning funktsional holatini bilish va tosh hosil qiluvchi moddalar almashinuvi holatini baholash uchun qon va siydik biokimik 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 maxsulotlar iste'molini cheklashdan iborat, bu maxsulotlarga go'shtli bul'onlar, 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), urikuretiklar (benzbromaron) buyuriladi, shuningdek toshlarni erish maqsadida – tsitrat 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 kaltsiy-oksalat toshlarida dieta shavel kislotaning organizmga kiritilishini cheklashga qaratilgan: salat, shpinaqt, shavel ta'qiqlanadi, kartoshka, sabzi, sut, pishloq, shokolad, qora smorodina, qulupnay, achchiq choy, kakao iste'moli cheklanadi. Medikamentozlardan vitamin B6 0,02 g x kunda 3 mahal, 1 oy davomida ichiladi yoki 1 ml 5 %li eritmasi kun ora m/o qilinadi, bir kurs 15 in'ektsiyadan iborat bo'lib, yilda bir necha marta o'tkaziladi, magniy oksidi 0,3 g x kunda 3 mahal, 1 oy davomida ichiladi. Giperkaltsiuriyada tiazidlar (gidrohlortiazid) 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 kaltsiy 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 aralastirilib, 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 kritalluriyasida o'simliklardan tayyorlangan siydik haydovchi va yallig'lanishga qarshi preparatlar qo'llaniladi, davo kursi – 1-3 oy. Tsistin toshlarida sutkalik siydik miqdori 3 l dan kam bo'lmasligi kerak. tsitrat

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 va offitsinal preparatlari (fitolizin, urolesan, tsiston, lespenefril, tsistenal, olimetin, avisan, gindjajeling 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.

Sanator-kurort davo STK da asosan tosh yo'q davrida buyuriladi (tosh olib tashlangandan yoki o'zi tushib ketgandan 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 Jezeznovodsk (Slavyanovskaya, Smirnovskaya) kurortida ishqoriy mineral suvlar (Essentuki (№4,17), Borjomi, TIB-2 va boshq., shuningdek kuchsiz minerallashgan ishqoriy mineral suvlar) bilan davolanish buyuriladi. Kaltsiy-oksalatli urolitiazlarda kuchsiz kislotali, kuchsiz minerallashgan suvli (Essentuki (№20), Truskavets (naftusya), Sairme va boshq.) kurortlarda davolanish buyuriladi. Kaltsiy-fosfatli urolitiazlarda qoidaga ko'ra siydik ishqoriy muhitda bo'ladi, va ularga Jezeznovodsk, Pyatigorsk, Kislovodsk kurortlarida davolanish buyuriladi, ularning suvlari siydik muhitini kislotali tomonga o'zgartiradi. Tsistin toshlarida esa bemorlarni Jezeznovodsk, Essentuki, Pyatigorsk kurortlariga yuborish kerak.

Operativ davolash.

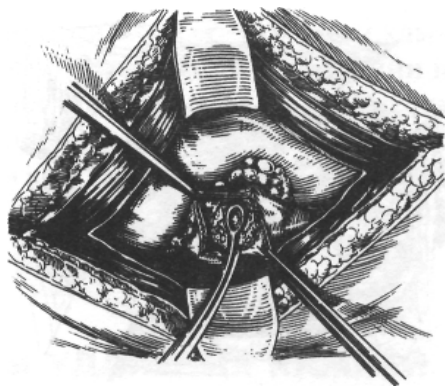
Siydik yullaridagi toshlarni chikarib yuborishda, operatsiya usuli asosiy urinni egallaydi. Toshni olib tashlash bilan bemor siydik tosh kasalligidan butunlay kutila olmaydi, lekin buyrak tukimalarini anchagina saklanib kolishiga imkoniyat tugiladi. Shunga kura, operatsiya kilish uchun anik va ravshan kursatmalar bor. Agar tosh ogrik bersa, bu orkali bemor ish kobilyaitini yukotsa, tosh siydik yullariga gov bulib, buyrakning ish kobilyatini pasaytirs va gidronnefrotik transformatsiya keltirib chikarsa, buyrakda tez-tez yalliglanish jarayoni kaytalanib tursa kon siyish bulib tursa, operatsiya kilish kerak buladi.

Buyrak toshli bemorlarni operatsiya kilishda, buyrakni olib tashlashnishi yoki uni bir ilojini kilib saklab kolish sharoitlari bulishi mumin. Shuning uchun operatsiyadan oldin bemorning ikkinchi buyragini xolatini yaxshilab tekshirmok kerak. Operatsiya bajariladigan kuni, buyrak va siydik yullaridagi toshlarni siljigan yoki siljimaganligini tekshirish maksadida, yangitdan rentgen rasmini olish kerak. bu

rasmni operatsiya stolining ustida Yu bemorni operatsiyaga roslab, yotkizilib, bikiniga yostikchani kistirib kuyilgan xolda kilingani ma'kul.

Operatsiyadan oldin kilnadigan asosiy vazifalarga pielonefritni davolash , agar buyrak faoliyati yomon bulib uni etishmovchiligini belgilari topilsa, u xolda badandagi zaxarlovchi moddalarni chikarib yuborishlik yiulini kilish kerak.

Jarroxlik xamda ogriksizlash soxasidagi yutuklar, operatsiyani vaktida kilib, kupchilik buyraklarni saklab kolishlikka imkoniyat bermokda. Toshlar jomlarning devorini kesish (pielolitotomiya) kosachalarini (kolitotomiya) xamda buyrakning devorlarini yorish yuli bilan (nefrolitotomiya) olib tashlanishi mumkin.



Pielolitotomiya kuprok kullaniladigan operatsiya guruxiga kiradi. Jomning kaysi devorini kesish yuli bilan tosh olingani kura, oldingi orka, tepa yoki pastki pielolitotomiya deb ataladi. Kuprok jomning orka deorini teshib tosh olinadi, chunki uning oldingi devori buylab yirik kon tomirlari kalinrok bulganligi tufayli oldingi devorni kesish xavflidir.

Toshlarning xajmi va ularning joylashuvi goyat xilma-xildir. Xar bir toshni olish uziga xos operatsiya yulini talab kiladi. Ba'zan buyrak tukimasining bir joyini kesib undagi toshni olishga tugri keladi. Ba'zan esa butunlay kesishlar yordamida birdaniga bir nechta toshni olish mumkin, xatto buyrakni uzunasiga kesib , uni ikki kismga bulishga xam tugri keladi.

Buyrakdagi kup urinli toshlarni olishda, ularning xar birini joylashgan kosachalarning devori kesiladi. Ba'zan buyrakning tukimasi bilan bir katorda, jomning devori xam (pielolitotomiya) kesiladi.

Xar ikki xil xolatlarda xam toshlarning xammasini olib tashlanganligiga ishonch bulmasa yoki buyrak yarasida kon yaxshi tuxtatila olinmasa, kesilgan joylarga rezina naychalari tikib koldiriladi.

Kosachalarning ichki kengaytirib, devorlarini yupkalashtirib, yuborgan bulsa, ularni xuddi shu yupkalashib ketgan devorlarini kesish orkali olib tashalanadi.

Bemorning umumiy axvoli ogir bulsa, buyrakdagi tosh siydikning yunalishini tusib, xaroratini 39-400S ga kutarilishiga sababchi bulayotgan bulsa, siydik naychasidan buyrak jomiga utkazilgan kateter, yiringli siydikning bemalol okib chikishiga imkoniyat tugdirmasa, buyrakdagi toshlarni osongina olish mumkin bulmasa, bu xolda jomni yoki kosachalarni birontasini teshib, uning ichiga tikib kuyish bilangina chegaralanish tugri buladi, chunki maksad bemorning xayotini saklab kolishdir. Kilinayotgan bu xarakatlardan maksad siydikni buyrakdan tezrok chikarib yuborish, buyrakning kobigini archib uni ostida yigilib kolgan yiringlarni yukotishga karatiladi. Toshlarni olib tashlashlik esa juda kulay bulib, bemorni xolatiga putur etkazmasa va bu xarakat bilan operatsiyani muddati ortikcha chuzilib yuborilmassagina bajarilishi mumkin.

Buyrak tosh kasalligini davolashda, buyraklarni iloji boricha saklab kolishlik, xozirgi zamon nazariyasining asosiy yunalishidir. Chunki bir buyrak olib tashlangani bilan bemor siydik tosh kasalligidan baribir kutilmaydi. Olib tashlanishi kerak bulgan buyrakning vazifasi juda yomonlashib ketgan bulsa xam, ayniksa operatsiya kilinayotgan bemor yosh bulsa, bu xolda buyrakni olib tashlik albatta cheklanishi

kerak. Keksa yoshdagi bemorlarda esa juda yomonlashib ketgan buyrakni olib tashlash mumkin, chunki axvoli bushashib kolgan bemorlarning, yiringlashib ketgan buyragi olib tashlansa, ular uzlarini anchagina tezrok va yaxshirok xis kila boshlaydilar.

Buyraklaridan aseptik toshlar olinib tashlangan bemorlarda, yiringlashgan toshlari olib tashlangan bemorlarga kura, kasallikni kaytalanishi ancha kam.

Buyrakdagi toshlarni operatsiya kilib tashlash uchun kupincha bajarilib turiladigan usullardan biri kuyidagicha:

Jomning orka devorini kesish.

Bel soxasida teri va tukimalar kesilib buyrak topilib jomning orka devori yog tukimalaridan ajratilgandan sung, toshning ukalab yubormay olib tashlanadi. (106 rasm, rangli ilova). Siydik naychasiga ingichka kateter utkazib, uning uchi Qovuqka kadar utkaziladi. Bu bilan siydik naychasining utkazish kobiliyati tekshirilib kurilgandan keyin kesilgan jom devori tikiladi.

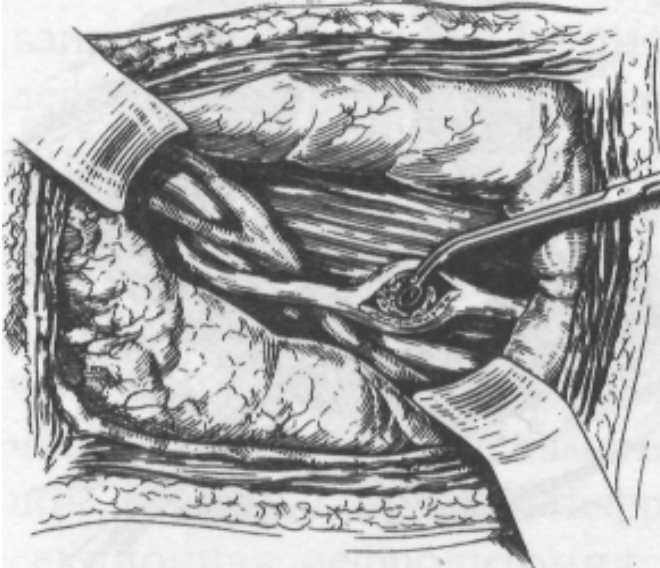
Agar jom buyrakning ichki kismida joylashgan bulsa uni kesib, undagi toshlarni olish uchun, subkortikal pielolitotomiya kilinadi: buyrak tukimasi jom devoridan yukoriga tomon ajratiladi va kichik xalka biln kutariladi.

Nefrolitotomiya kilish uchun , byrakning bugzini ajratib , buyrak tukimasini kesishdan oldin bu erdan utayotgan kon tomirlarini yumshok asbob yordamida ezib kuyish kerak. Buyrak tukimalarini kesayotib, uni kobigini extiyot kilish, uni tukimasidan ajratib yubormaslik kerak, chunki u urin egallaydi. Choklar aloxida chukur-chukur bir-biridan 1,5 – 2 sm masofada bulishi kerak. Ularni boglashdan oldin, buyrak tomirlariga kuyilgan asbob olib tashlanadi. Agar jom ichiga olib tashlangan tosh kuykumlari, kon yoki ulgan tukimalar kolib ketayotgan bulsa buyrak jom ichiga drenaj trubkasi tikilib koldiriladi. (nefropielostomiya). Operatsiyadan keyingi davrda bemorga antibiotiklar yoki boshka kim'yoviy moddalar belgilanadi. Davolash xar tomonlama borishi, ya'ni bemordagi oksil suv va boshka moddalarning almashinuvini takomillashtirishga, xamda bemor yukotgan konning urnini tuldirishga karatilgan bulishi kerak.

Vena tomiriga 500-1000 gr 5-20 % glyukoza eritmasi, 500 ml 0,9% natriy xlor eritmasi, 100-200 ml 4-5% gidrokorbonat natriy eritmasi, 5-10 ml 10% kaltsiy xlor eritmasi yuboriladi. Glyukozaning 4 gr-ga Ed xisobida insulin, 3-5 ml 5 % askorbin kislotasi eritmasi va boshka vitaminlar kushib yuboriladi. Ba'zan ikkala buyrak xam kasal bulgan paytida yoki yolgiz buyrakning uzi xam operatsiya kilingandan keyin, surunkali buyrak etishmovchiligi paydo buladi. Bunday paytlarda boshka xamma dori-darmonlar katori sun'iy buyrak apparati yordamida gemodializni utkazish kerak. Yaraga kuyilgan doka tamponlar 24-28 soatlardan keyin sugurib tashlanadi.

Tikib kuyilgan buyrak yoki jom yaralarining oldiga kuyilgan naychalar operatsiyadan keyingi davrning 6-8 –chi kunida ular orkali xech narsa chikmay kolgan bulsa olib tashlanadi. Buyrakning ichiga kuyilgan naychalarni esa xamma ish yaxshi utsa 2-3 xaftadan keyin buyrakning ichiga antegrad usulida kontrast yuborib siydik yullari tekshirilgandan keyin sugurilib tashlanadi.

Siydik naychasida tosh bor bemorlarni davolash.



Bunday bemorlarni operatsiya kilish usuli bilan yoki dori-darmonlar yordamida davolanadi.

Konservativ usul, uncha katta bulmagan, bemorlarning siydik naychasida joylashib, ularga u kadar azob bermaydigan, buyrakda gidroureteronefroz keltirib chikarmaydigan va uz xolicha chikib ketish imkoniyatlari bulgan toshlardagina kullaniladi.

Konservativ yul bilan davolangan bemorlarning 75-80% da toshlar uz xolicha chikib ketadi.

Kilingan konservativ davolar, siydik naychalarining ishlash kobilyatini yaxshilashga va ularning devorlarini kengaytirishga karatiladi. Buning uchun bemorga suyaklikni iste'molini kupaytirishlik, kup xarakatda bulishlik tavsiya kilishlik tavsiya kilinadi. Buyrak sanchigi paytida tavsiya kilinadigan dori darmonlarining barchasi siydik naychasini ishini yaxshilashga karatilishi lozim. Buning uchun bemorlarga kup xarakatchanlik, suyaklikni kuprok iste'mol kilishlik va spazmalitik dorilar ichishlik tavsiya kilinadi.

Toshlarni siydik yullaridan olib tashlash uchun kup asbob uskunalar ishlangan. Ulardan eng kup ishlatiladigani Seys sirtmogi va Dormiya sevatchasidir.

Tseys sirtmogi kateterdan yasalgan bulib, uninguchidan 2-3 sm pastrokda kushimcha teshikcha buladi. Kateterning ichiga utkazilgan kapron ipi tortilganda, kateterni uchi buklanadi va sirtmok tusiga kiradi.

Dormiya yumiruvchisi xam ichiga simdan yasalgan sevatcha kirgizilib kuyilgan kateterdan iborat. Sim ichkariga jildirilganda, kateterni uchida sevatcha paydo buladi, tortilganda esa sevatcha torayib, kateterning ichiga kirib ketadi.

Olib tashlanishi kerak bulgan toshlar uncha yirik bulmasligi va siydik naychasining pastki kismlarida joylashgan bulishi kerak. Toshni olishdan avval bemorni rentgen kilish kerak. Agar toshni urnini uzgartirmagan bulsa, bemorga ogirni koldiruvchi dorilardan berib, Qovuqqa sistoskop yuboriladi va u orkali siydik naychasiga karata ekskretor utkaziladi. (108-rasm) Toshni asta-sekinlik bilan siydik naychasini devorini shilib yoki teshib yubormay sugurib olish kerak. Agar tosh urnidan jilavermasa ekskretor 3-4 kunga siydik naychasini ichida koldiriladi va uninguchiga ozgiga yuk osib tortib kuyiladi. Ekskretor uzilib ketsa yoki uni chikarib yuborishning iloji bulmasa u xolda operatsiya kilishga tugri keladi.

Siydik naychasining jumbogiga tikilib kolgan toshlarni nodir kaychilar yoki pichoklar yordamida naycha devorini kesib yoki kuydirib sugurib olish mumkin.

Agar toshlar yirikrok bulib uz xolicha ajrala olmasa yoki siydik naychasiga gov bulib, buyrak yalliglanish jarayonini paydo kilgunday bulsa, bemorni darxol operatsiya kilishga tugri keladi.

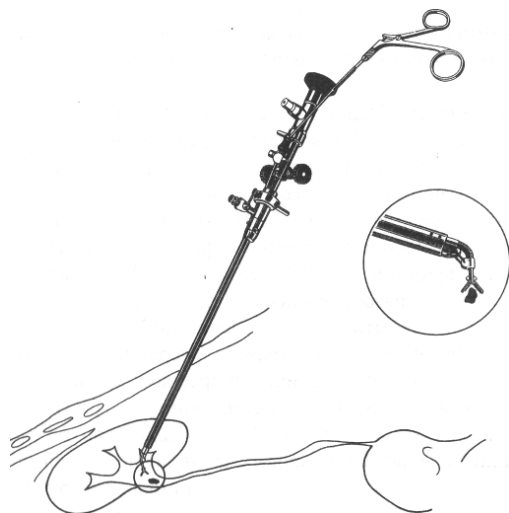
Toshlar uz xolicha yoki konservativ usullar yordamida ajralmasa va buyrak tobora yomonlashaversa operatsiya kilishlik maksadga muvofik buladi. Buyrak naychasiga tugon bulib toshlar tezrok olib tashlanmasa, anuriya xolati kelib chikishi

mumkin. Agar tugon ikkala tomondan xam paydo bulsa, bemorning axvoliga karab bir vaktning uzida xar ikkala tomondagi toshlarni xam birdaniga olib tashlik mumkin.

Agar bemorning xolati yaxshi bulmasa, yalliglanish jarayoni kaytalanaversa, toshni olgandan kura jomning ichiga buyrak tukimasi orkali, yoki jom devorini teshish yuli bilan unga drenaj kuyilgani ma'kul. Agar buyrak kobigining ostiga yiringchalar tuplangan bulsa apostematoz pielonefrit unda buyrak kobigini shilib tashlangani ma'kul. Bunday operatsiya kilinganda tez orada bemorning axvoli yaxshilanadi. Yalliglanish jarayoni pasayadi. Bemorning axvoli butunlay yaxshilangandan keyin tosh uz-uzicha chikib ketmagan bulsa u xolda uni operatsiya kilib olib tashlanadi.

Ammo xar bir operatsiyadan avval bemorni kaytadan rentgen kilinishi kerak. Siydik naychasiga 3 xil bilan: korin pardasini kesib, korin pardasini orkasidan va xar ikkala usulni kullagan xolda boriladi. Siydik naychasining yukori kismidagi toshlarni olib tashlash maaksadida Fyodorov, pastki toshlarni olish uchun esa Pirogov usuli bilan kesishlik yoki boshka usulni kullanilib operatsiya kilinadi.

Korin pardasining orkasidagi bushlik ochilib, siydik naychasini tosh tikilib kolgan bulimi topiladi va uning devoridagi toshni yukori va pastki kismiga oid joydagi bittadan iikita chok kuyilib naychi tosh ustidagi devori buyiga karab kesiladi. (109-rasm rangli ilova).



Tosh olib tashlangandan keyin naychani ochilgan joyi orkali uning ichiga kateter tikilib naychaning pastki va yukori kismilarini utkazish – utkazmaslik kobiliyati tekshiriladi va shundan keyingi kesilgan naycha devorlari yakka ketgut choklari yordamida tikiladi. Tikilgan joyga yakinlashtirib, rezina trubkachasi va dokadan yasalgan tampon koldiriladi. Kesilgan korin kavatlari tikiladi. Operatsiyadan keyingi xolat xuddi bemorlarning buyragi jomidan tosh olingandan keyingi xolatga uxshash buladi. Tosh olingandan keyin, tikib kuyilgan naycha yarasining oldiga yakinlashtirib kuyilgan tampon ikki kundan drenaj esa 6-8 kundan sung, agar u orkali xech narsa ajralmay kolgan bulsagina olib tashlanadi.

Siydik tosh kasallining oldini olish.

Kasallikning yoki uning kaytalanishini oldini olishlik, tosh xosil kilishda asosiy urinni egallaydigan, modda almashinuvini buzilishlarini, yalliglanishni uz vaktida davolashga, siydik ajralishini yaxshilashga karatiladi.

Parxez iste'mol kilinayotgan ozukadagi moly, tuzlarning mikdorini ozaytirishga karatilish kerak. Shurva, shokolod, kofe, kakao, kugirilgan va achchik ovkatlar istemol kilinmasligi, ichiladigan suyuqlik esa kuniga 1,5 l dan kam bulmasligi kerak.

Giperurikemiyaning davolashda organizmda siydik kislotasining xosil bulishini pasaytiruvchi ferment ingibitorlar (milurit, allopurinol)dan foydalanilsa yaxshi buladi. Siydik kislotasining kondagi xajmini pasaytirishda urikoretik (butadion)lardan foydalanilsa xam buladi. Xar kaday xolatlarda xam siydik RN sitrat aralashmalari

(ichiladigan soda) yordamida 6,2 – 6,8 xolatida ushlab turishlik maksadga muvofikdir. Oksaluriyani kamaytirib turishning asosiy yullaridan biri, shavel kislotasining kamaytirib, kaltsiy oksalatni eritish kobilyatini oshiruvchi magniy oksidi yoki boshka tuzlarni va piroksidni iste'mol kilib turish kerak. Giperkaltsiuriyani davolash uchun, kupincha sut maxsulotlarini iste'mol kilmaslik yuli bilan kaltsiyni ozaytirish mumkin. Dori-darmonlardan 0,015 – 0,025 ggipotiozid ichib turilsa bas. Gipotiozid bilan davolangan paytda kuniga 200 gr mikdorda urik kokisidan yoki kishmish eb turishlik yoki 2 gr mikdorda kaliy xlorid kabul kilish kerak. Davolash paytida kon zardobidagi elektrolitlarning tarkibi tekshirilib turilgani makul. Birlamchi giperparatireoidizmga uchraydigan giperkaltsieliyani pasaytirish, tiriokaltsitoni berish yuli bilan xal kilinadi.

O k i b a t i

Buyrak toshni kanservativ yul bilan davolanganda, uning okibati uncha yaxshi bulmaydi. Buyrakdagi tosh asta-sekin kattalashaveradi, siydikning ajralishini uzgartiradi va peolonefritni kuchaytiradi. Operatsiya uz vaktida kilinsa, okibati albatta yaxshi buladi. Ammo toshning kattalanishlik extimolini nazarga olinganda, xolat anchagina murakkablashadi, chunki buyrak toshning sababi fakat buyrakkagina mansub bulmay, balki u butun badanning kasalligi bulganligi munosabati bilan, buyrakdagi toshni olib tashlash bilan bemor bu darddan butunlay sogayib ketmaydi. Toshni paydo bulishining oldini olishlik uchun yukorida aytib utilgan xamma imkoniyatlardan yalliglanishga karshi kurash, parxez va boshkalardan keng fodalanilgan ma'kul. Agar siydikning okimi yaxshi bulgani xolda buzilgan modda almashuvi, yalliglanish jarayoni yaxshilansa, siydikni rN kerakli xolda ushlansa kasallik kup yillar davomida takrorlanmaydi. Kuk yiring tayokchasi ishtirokida tobora aktivlasha borayotgan buyrak yalliglanishi, siydik ajralishining yomonlashuvi, shamollash, oshkozon, ichak ginekologik va boshka kator kasalliklar, tosh paydo bulish jarayonini ayniksa operatsiya bulgan buyrakda tezashtiradi. Shuning uchun bu bemorlar uzok vakt davomida dispanser kurigida bulishlari kerak.

IKKI TOMONLAMA BUYRAK TOSH LARI.

Ikki tomonlama toshlar 15-20 % bemorlarda uchraydi. Ular bir tomonlama toshlardan, uzlarining anchagina tezrok rivojlanishi, ogir kechishi, tezrok va kup xollarda buyrak etishmovchiligini keltirib chikarishi bilan ajraladi. Operatsiya birin- ketin yoki birdaniga ikkala tomonda utkazilishi xam mumkin. Toshlarni olib tashlashlik konservativ usullariga nisbatan yaxshirok kursatkichlar borayotganligi tufayli oxirgi paytlarda operatsiya usuliga kuprok e'tibor berilmokda. Bir tomnlama yoki ikki tomonlama operatsiya kilishlik xar vakt bemorning xolatiga karab xal kilinadi. Bunday operatsiyalar, yoshrok, umumiy axvoli uncha ogirlashmagan bemorlarda ulardagi buyraklarga uncha uzgarmagan va uz vazifasiniyukotmagan bulsa, toshlar esa olib tashlash uchun kulayrok joylashgan bulsagina kilish kerak. Toshlar ikkala buyrakning xam siydik ajratishiga tuskinlik kilib anuriya chakirgan bulsa, operatsiyani vazifasi kamrok yomonlashgan buyrakda kilingani ma'kul.

Agar operatsiya ikki kismga bulinib, kilinayotgan bulsa, operatsiya uchun bemorni kuprok kiynayotgan, pielonefrit xuruji boshlangan vazifasi kuprok uzgargan buyrak tanlansa yaxshi buladi. Bir tomondagi jomdan oldin yolgiz toshni olingani ma'kul. Bir vaktning uzida xar ikkala buyrakdan kup urinlik va ayniksa marjonsimon toshlarni olishlik ancha murakkab va kasal uchun ogir operatsiyadir. Shuning uchun

bunday bemorlarda ikki kismga bulinib, 2-3 oy muxlatdan keyin kilingani ma'kul. Ikki tomonlama toshlarda buyrakni olib tashlashlik mumkin. emas. Buyrakni olib tashlashlik fakat ogir vaziyatlardagina masalan: buyrakni tuxtatib bulmaydigan darajada kon okayotgan bulsagina bajarilishi mumkin.

YaGONA BUYRAK TOSHlARI.

Yagona buyrakdagi toshlar bemor xayotiga juda xavf tugdiradi. Ularning okibatida buyrakdan chikkan tosh, siydik naychasiga tikilib, siydikning butunlay ajralmay kolishiga sabab bulishi mumkin. kasallikning tarixiga va rentgen rasmlarning kursatishiga karab tashxis kuyiladi. Bunga kura kuprok bemorlar ilgari siydik tosh xam ajralganligi va ba'zan tosh kasalligi bitta buyrakni olib tashlanganligi xakidagi ma'lumotni aytishi mumkin. Odatda siydik ajralishining tutilishi, buyrak sanchigidan keyin yuzaga chikadi. Bemorlarni tekshirilganda avvalo rentgen rasmini kilish kerak, chunki rasmda kupincha buyrak yoki uning siydik naychasiga xos soyani kurish mumkin. Buyrak rentgen kontrast moddani ajratib chikara olmaganligi tufayli, ekskretor urografiyanı kilishga xojat yuk. Yaxshisi tezrok buyrak tomon kateter yuborilgani ma'kul. Bunday kilinsa buyrakdagi tuplanib kolgan siydik chikib ketadi natijada bemorning axvoli yaxshilanadi, kushimcha tekshirishlar utkazish va keyinchalik nima yul tutishni uylab olish imkoniyati tugiladi. Agar kateter utkazib bemorning axvolini yaxshilashga imkoniyat bulmasa, u xolda tezlik bilan tikilib kolgan toshni olib tashlashlikning yulini kilish kerak. basharti bemor uremiya xolatida bulsa va konserativ yordam bermasa, tezrok operatsiyaga tayyorgarlik sifatida gemodializ utkaziladi. Yolgiz buyrakdagi toshlarni tezrok olib tashlangani ma'kul.

Marjonsimon buyrak tosh.

Marjonsimon buyrak toshni aloxida turga ajratigli, uning kelib chikishidagi uziga xos sabblariga kasallikning rivojlanishiga va kolaversa, davolashning uziga xos xislatlari borligiga boglikdir. Marjonsimon toshlar boshka toshlar katori mineral va organik moddalardan tashkil topgan kupincha oksalat, fosfat urat va karbonat toshlar uchraydi. Marjonsimon toshlar ayollarda, erkaklarga nisbatan kuprok (3:1) uchraydi. Toshlarning tashki kurinishi jom va kosachalarning ichki tuzilishini takrorlaydi. Tosh buyrakdan siydik ajralishini susaytira borib, okibatda pielonefritni keltirib chikaradi.

Marjonsimon toshlar uzok vaktgacha bemorni bezovta kilmaydi. Bu toshlarni uziga xos belgilari yuk, chunki ular xa deb siydik okimini buzavermaydi.

Uni kattik bulmagan ogrikni kasallikka xos belgilaridan biri desa buladi. Fakat buyrakda marjon toshdan boshka siydik naychasini berkitib kuya oladigan maydarok toshlar bulgan paytda kattik ogrik paydo bulishi mumkin. Pielonefrit xamda siydikda yiring (piuriya) xamma bemorlarda uchraydi. Aynigan siydik okimi bilan bir katorda, surunkali yalliglanish jarayoni buyrakning tukimalarini asta-sekin uzgartiradi. Agar kasallik ikkala buyrakda xam bulsa, surunkali buyrak etishmovchiligini bemorni xoltida chukur uzgarishlarni keltirib chikaradi. Marjonsimon toshlar buyrakda shamollash jarayoni xam anchagina ogirroq. Kupincha utkir pielonefritni, apostematoz xilini xatto buyrak karbunkuli darajasigacha olib boradi. Gidronefroz (suv buyrak) esa kosachalarning kengayishi bilan ta'riflanadi.

Tashxisi, kasallikning tarixiga klinik okimiga xamda taxlilıy va rentgenologki tekshiruvlarni natijalariga asoslanadi.

Rentgen rasmlarida buyrakning jom kosachalarining ichki tuzilishini takrorlovchi tosh soyasi kurinadi. Radioizotop va ekskretor urografiylar buyrak tukimalarining xolatini aniklashga imkoniyat beradi. Agar tosh rentgennegativ bulsa, u xolda gaz yoki rentgen kontrast suyuklik bilan retrograd pielografiya kilinadi.

Marjonsimon toshli bemorlarning davosi kasallikning klinik kechishi va ulardagi surunkali buyrak etishmovchiligining xolatiga boglik. Marjonsimon toshli bemorlarni operatsiya kilish-kilmaslikni xal kiluvchi, kasallikning asosiy belgilari (ogrik, pielonefrit xuruji, kon siydik, gidronefrotik transformatsiya) dan boshka buyrakni siydik ajratish kobiliyatiga xam boglik. Agar buyrak uz vazifasini toshning ta'sirida, asta-sekin yukotib borayotgan bulsa, bunday xolatlarda operatsiya kilishlik urinli deb xisoblanadi.

Buyrak etishmovchiligini kechikib ketgan xolatlarini davolashni uronefrologik bulimlarda utkaziladi, chunki oldin apparta yordamida kondagi keraksiz maxsulotlarni chikarib yuborilib, keyin operatsiya kilinsa, ogir xolatdagi bemorlar xam tezrok yaxshi bulib ketishiga imkoniyat tugiladi. Bemodializ operatsiyadan keyin xam bemorning xolatini yaxshilab turishlikka imkoniyat beradi.

Marjonsimon toshlarni tashki tuzilishiga karab, uziga xos operatsiya usulini tanlash kerak. Kupincha toshning asosiy kismi jom devorini kesish yuli bilan, uni kup sonli shoxlari esa kosachalar devorlarini kesish yuli bilan olib tashlanadi. Buyrak tukimalarini kesishdan oldin, buyrakning arteriya tomiriga vaktincha yumshok kiskich kuyilsa, operatsiya paytida kon kamrok okadi va toshlarning xammasini yaxshilab olib tashlashlikka imkoniyat tugiladi. Ba'zan devori yupkalashib kolgan buyraklarni buyiga kesib xam toshlarni olish mumkin.

Oxirgi yillarda, buyrakda joylashgan murakkab toshlarni olish uchun masalan: ular buyrakning ichki kismida joylashgan jomlarda bulsa, ekskreporal usullar xam kullanimokda, ya'ni buyrak organizmdan kesib olinib, toshlardan tozalangandan keiyn kaytadan autotransiltantsiya kilinadi.

Buyraktosh kasalligi va xomiladorlik.

Xomilador ayollarning buyraklarida yoki siydik naychalarida joylashgan toshlarni davolash anchagina murakkab. Xomiladorlik, endokrin uzgarishlarni, kalkonsimon oldi bezchalarining ishini kuchaytirishi natijasida konda kaltsiy moddasining mikdori oshadi.

Kattalashgan bachadon, jom va siydik naychalarini ezib kuyadi va natijada siydik okimining sekinlashishiga demak yalliglanish jarayonining paydo bulishiga sharoit tugdiradi. Bu sabablarning barchasi siydik yullarida tosh paydo bulishini yoki surunkali eski kasallik bor bulsa, uni kuzgatish mumkin. Bu esa xomilanigina emas balki onaning xam xayotini xavf ostida koldiradi. Shuning uchun buyrak toshni operativ davolashni xomiladorlikning birinchi oylarida, siydikning buyrakdagi okimi xali u kadar buzilmay turib, kullanilgani ma'kul. Operatsiya kilishlik uchun kursatkich bulib, tez-tez takrorlanib turuvchi buyrak sanchiklari, uni ichki tuzilishining tobora kengayib borishi bulishi mumkin. Bunday bemorlarni davolashda buyrakni xam xomilani xam saklab kolishlikni kuzda tutish kerak.

Xomiladorlikning ikkinchi yarmida kilinadigan operatsiya, fakat bemorning xayotini saklash maksadida, buyrak tosh kasalligi ogirlashgan va mutanosib davosi topilmagan kezlardagina kilish mumkin. siydik naychasidan tosh olishlik xam, xomiladorlikning ikkinchi yarmida, bachadonning kattalashib ketganligi tufayli,

anchagina murakkab bulib koladi. Bunday xolatlarda buyrakni yoki uning jomini devorini teshib, ichiga naycha (kateter) kuyilgani ma'kul buladi. Buyrak yiringga tulgan bulsa, uni olib tashlash kerak. Agar buyrak u kadar uzgarmagan bulsa, buyrak tosh kasalligi xomiladorlikka uncha xalakit bermaydi va shu munosabat bilan bemor ayollarga bola kurishlikni uncha takiklanmasa xam buladi. Ammo ular xar doim akusher va urologlarning kuz ostida bulganligi ma'kul.

Bolalardagi buyrak tosh kasalligi.

Buyrak tosh kasalligi yosh bollarda, kattalarga nisbatan kamrok uchraydi. Ammo ulgan bolalarni tekshirilganda ularning kupchiligida tosh topilgan. Ular tiriklik paytlarida u kadar yaxshi sinchiklab tekshirilmaganliklari sababli buyrak tosh aniklanmagan bulishi mumkin. kupincha buyrak tosh kasalligi 3-10 yashar bolalarda uchraydi, ba'zan chakaloklarda xam uchrashi mumkin. Bu xolatni gudaklarning ovkatlanishidan ularda xar xil zaxarlanish xolatlari, ich surishlari xamda xarorat kutarilib ovkatlanishidan ularda xar xil zaxarlanish xolatlari, ich surishlar xamda xarorat kutarilib turishi bilan boglash mumkin. Chakaloklarda kupincha uchrab turadigan moche kisliq diatezning axamiyati katta chunki siydik kislotasining tuzlari buyrak surgichlarida chukib kolib, buyrakdan yaxshi ajralmaydi. Bunday chukmalar kelajakda xosil buladigan toshlarga asos buladilar. Toshlarning paydo bulishida asosiy urinni modda almashinuvining buzilishi bilan boglaydi. Ammo shuni xam aytish kerakki, bunga kushimcha bulib, siydikning buyrakdan okishini susayishi kabi kushimcha omillar xam bulmasa, fakat modda almashinuvining buzilishinigina tosh paydo kila olmaydi. Bunga bolalarda toshlarni kupincha bir tomonlama uchrashligi dalil bula olishi mumkin.

Boshka sabablardan chakaloklarni kattik yurgaklsh, bolalarning uzok vakt xarakatsiz yotib kolishi kabi xollar sabab bulishi mumkin. Ugil bolalar, kizchalarga karaganda 3 marta kup kasal bulishadi.

Belgilari.

Bolalarda uchraydigan buyrak tosh kasalligining belgilari anchagina boshkacharak, ya'ni ularning yoshiga karab buladi. Jumladan ularda uchraydigan ogriklar anik bir joyga mansub bulmaydi. Yosh bolalardagi buyrak sanchigi, bolani juda bezovta kiladigan, urni tayin bulmagan ogrik bilan ifodalanadi. Buning ustiga bu ogriklar buyrak sanchigiga xos bulsada, amo ichaklarda uchrab turadigan xirurgik kasalliklardagi ogrikarga xam uxshab ketadi.

Kasallikni aniklash uni boshka kasalliklardan ajratishlik anchagina kiyin bulgani sababli, buyrak sanchigi bilan ogriyotgan xar bir 5 bolaning bittasi odatda keraksiz operatsiya kilinib, uning kurichagi olib tashlanadi.

Buyrak toshni asosan rentgen rasmlariga karab aniklanadi.

Bolalarda rentgen nurlarini yaxshi ushlaymaydigan rentgenonegativ toshlarni kam uchrashligi, ularda kushimcha sifatida pnevmopielografiya kilishkka kam xojat tugdiradi. Bollarda, flebolitlarni yoki oxaklashgan limfa tugunchalari va boshka diagnoz kuyishni kiyinlashtiruvchi soyalar, kattalarga nisbatan kamrok uchraydi. Shunga karamay ba'zi xolatlarda siydik naychasiga kateter kuyib rentgen kilishlik xam kerak buladi.

Bolalarni davolashda kattalarga kilinadigan barcha omillarning kullanishi kerak.

QOVUQ TOSHLAR.

Qovuq toshlari ugil bollarda va kari chollarda uchraydi. Toshlar Qovuqning uzida xosil bulishi yoki u erga buyraklardan tushib kolgan bulishi mumkin.

Qovuqlarda toshlarning paydo bulishi yoki buyrakdan tushgan toshlarning yiriklashuviga, siydikni Qovuqqa tutilib turishiga olib boradigan sabablar katta urin uynaydi. Bularga prostata bezining adenomasi, siydik kanalining ingichkalanishi, uning divertikuli, usmasi, jaroxatlari va boshka xolatlar kiradi. Bolalar kovugida tosh xosil bulish sabablariga, balanopostiti, siydik kanalining torayishi yoki unda paydo bulib kolgan klapanlar sababchi bulishi mumkin.

Qovuqdagi toshlarning xajmi toshning kurinishi, ogirligi, soni xar xil buladi. Ularning rangi, kim'yoviy tarkibi va kattikligi xuddi buyrak toshlarnikiday buladi.

BELGILARI VA KLINIK YUNALISHI.

Qovuqdagi ogrik bemor tinch turganda kamrok bezovta kiladi, ammo yurganda va ayniksa siydik ajralayotgan paytda kuchayadi. Ogrik siydik kanalining uchiga , moyakka , oyokka yunaladi. Bemor xarakat kilganida, yo yurganida, uringanida siyishi tezlashadi, ammo bemor tinchlansa ogrik xam pasayadi. Demak Qovuqda toshi bor bemor kechasi uxlaganda kam, kunduzi esa tez-tez peshobga yuguradi. Agar bunga infektsiya kushilsa, sistit (chakmazak) boshlanadi siyish jarayoniyana keskin uzgaradi. Kupincha bemor siyayotganda siydik okimi birdaniga berkilib kolishi va agar bemor xolatini uzgartirsa siyish yanada davom etishini kuzatish mumkin. Basharti tosh zakarga tikilib kolsa siyishni butunlay tuxtatib xam kuyadi. Ba'zi bemorlar fakat yotgan xolatidagina siya oladilar. Agar tosh Qovuqning bugziga tikilib kolsa, ichki kiskichni ishi buzilishi natijasida. Siydik ushlanmaydigan xolat xam paydo bulishi mumkin. Bunda bemorlar tez-tez siyaverib xatto siydigini tuta olmay koladilar. Qovuqning shillik pardasini jaroxatlanishi natijasida, siydikda kon va yalliglanish jarayoni xam paydo bulishi mumkin. Konning siydikda oz yoki kup bulishi, Qovuqdagi toshning tuzilishiga boglik. Agar tosh Qovuqning bugziga kisilib kolsa peshobni oxirida kon keladi. Prostata adenomasi bor bemorlarda Qovuqning yugonlashgan vena tomirlariga tosh tegib yorilishi natijasida juda kuchli konash yuz berishi mumkin.

Qovuqda yalliglanish bor bulsa, siydikda ba'zan kon bilan birga leykotsitlar xam uchrab turadi. Chekmazak bor Qovuqda tosh xam bulsa , yalliglanish jarayoni yukoriga tomon kutarilib, pielonefrit xam bulishi mumkin.

Tashxis.

Qovuqdagi toshni aniklash u kadar kiyin emas. Buning uchun sistoskopiya va rentgen kilinsa bas. Sistoskopni Qovuqqa kirgizilganda, uning uchi toshga tegib, ovoz eshinishi mumkin. Sistoskopiyani Qovuqning xajmi kichik bulsa, yoki siydik kanalida toraygan joy bulsa kilib bulmaydi. Bunday xolatlarda Qovuqdagi toshni aniklash uchun birdan bir chora rentgen bulib koladi. Umumiy rentgenografiyada (110-rasm). Kichik toshda joylashgan toshlarga mansub soyalar kurinadi. Umumiy rasm yordamida Qovuqdagi toshlarning sonini, ularning xajmini aniklash mumkin. Rentgenonegativ toshlar bulgan takdirde, pnevmotsistografiya yoki rentgenokonstrast moddaning bushrok eritmasini Qovuqqa yuborish yuli bilan sistografiya kilinadi.

Farklov tashxis.

Qovuq toshlarining klinik kurinishi, chekmazak, prostata bezining adenomasi, zakarning torayishi kabi dardlarga uxshab ketadi. Ammo Qovuqdagi toshning boshka unga uxshash dardlardan farki, siydikni kukkisdan tutilib kolishi xolatlari, siydikda

konning paydo bulishi, Qovuq atrofidagi ogrikning kuchayishi kabi belgilar ajratib turadi.

Rentgen va sistoskopiya yordamida toshni tezrok aniklash mumkin.

Davosi.

Kovugida toshi bor bemorlarni davolashning ikki yuli mavjud: toshni yanchish (litotoitripsiya) va toni olish (litotomiya). Toshni yanchish uchun aloxida asboblari litotriptor yoki sistoskop – litotriptor mavjud. Toshlarni parchalashdan oldin bemorlarga 1% -1,0 morfiy eritmasi yoki 2 % amnopen yuboriladi yoki engil uxlatadigan norkoz beriladi. Bemor sistoskopiya kilishda kullaniladigan xolatdagiday, chalkancha tushib yotadi. Qovuq 250 ml sterillangan suyuqlik bilan tuzguziladi. Tosh yanchadigan asbob Qovuqqa yumuk xolida kiritiladi. Uning kiskichlari Qovuqdagi toshni xajmiga yarasha ochiladi va tosh uz ogirligi bilan kiskichlarning orasiga kirib koladi. Vintni asta-sekin aylantirib, tosh kisiladi va yanchiladi. (111-rasm). Tosh yanchilgandan sung Qovuq yaxshilanib yuviladi va uning ichiga kateter kuyiladi.

SSSR da toshlarni elektrogidravlik usulda yanchish uchun URAT-I apparati joriy etilgan. Uni impuls beradigan generatori, Qovuq ichidagi suyuqlikda, toshni parchalovchi elektr chakmogini beradi.

Tosh parchalovchi apparatni zakar tor bulsa , utkir chekmazak kichkina Qovuq prostata adenomasi, tikilib kolgan tosh kabi xolatlarda kullab bulmaydi. Agar prostata adenomasi bor bemorlarda xam tosh bulsa, kasalning xolatga karab toshni va adenomani bir vaktida olib tashlash mumkin. toshni maydalash mumkin bulmagan xollarda va ayniksa bolalarni Qovuqlaridagi toshlarni Qovuqni devorini kesib, olib tashlanadi. Qovuq kislorod bilan ishiriladi. Korinning urta chizigi buylab supadan kindik tomon 10-12 sm masofada teri, teri osti tukimalari kiyshik mushaklarining chandiklari kesiladi. Korinning tugri mushaklari ikki yon tomonga tortiladi va Qovuq oldi tukima ochiladi. Korin pardasining oldingi burmasi yukoriga suriladi. Qovuqning oldingi devoriga ketgutdan ikkita tutgich utkaziladi va ularning orasidagi Qovuq devoriga kesiladi.

Asbob yordamida tosh olib tashlanadi. (112-rasm rangli ilovaga karang). Qovuqning yarasiga ketgut bilan ikki kator chok kuyiladi. Siydikning okishini yaxshilashga zaruriyat bulsa, Qovuq ichiga rezinadan yasalgan naycha tikiladi (113-rasm rangli ilovaga karang). Qovuqni va korinni oldingi devorini yarasini trubkagacha tikiladi.

Bemorni operatsiyadan keyin kuzatish Qovuqning yarasini butunlay tikib tashlansa yoki uni ichiga vaktincha darcha kildirishligiga boglik.

Qovuqning butunlay butunlay tikishlik fakat siydikning tabiiy ajralishiga xech kandy tuskinlik yuk bulgan xolatlardagina kullniladi. Bunday xolatlarda operatsiyadan keyin siydik kanaliga naycha utkazib, koldiriladi va u orka Qovuq tez-tez kon va yiringdan tozalanib turiladi. Agar bu kuyilgan naycha yaxshi ishlamasa, uni almashtirish kerak. Qovuqning yarasiga naycha tikib koldirilgan bulsa, u orkali Qovuq tez-tez yuviladi. Siydik yaxshi ajralmasa, uni chikarish uchun surgich apparatlari kullaniladi. Qovuqning yarasi yaxshi bitayotgan bulsa, operatsiyadan keyingi 7-9 kunlari Qovuqqa kuyilgan trubka olib tashlanib, uni urniga ingichka trubka kuyiladi. Xolat yaxshi bulsa 1-14 kuni xamma trubka olib tashlanadi va bemor uzi siyadigan buladi.

Siydik tuskinliksiz yaxshi ajralsa, toshlar kaytadan paydo bulmaydi. Toshlarning paydo bulishligining oldini olishlikning asosiy omillaridan biri, yalliglanishga karshi kurash va siydik okimini yaxshilashdan iboratdir. Toshlarni erituvchi dorilar sinovi davom etmokda.

Okibati.

Qovuq toshlarning okibati – kasallikni keltirib chikaruvchi siydik okimini buzuvchi sabablarni (siydik kanalining ingichkalashuvi, prostata bezining usmalari va boshkalar) boglik. Bu sabablar yuk kilinsa kasallikni okibati yaxshi buladi. Aks xolda kasallik kaytalanishi mumkin.

Siydik kanali toshlari.

Siydik kanali toshlari asosan erkaklarda kanalning torayib kolgan joylarining yukorisida darchalarning yakinida, xaltachalarda (birlamchi toshlar) uchraydi. Ikkilamchi toshlar yukori siydik yullaridan tushib zakarga tikilib kolgan, ularning soni va xajmi xar xilyu kupincha toshlarni tashki kurinishi, ular kanalning kaeriga tikilgan bulsa, usha erni tuzilishiga xos buladi.

Belgilari va kasallikning kechishi.

Siydik kanalida toshlar siyish paytida ancha azob beradi. Siyishni kiyinlashtiradi. Agar tosh kanalni butunlay berkitib kuysa bemor siya olmay siydikning utkir tusilishi belgilari yuzaga chikadi. Kasallik uzok vakt davom etsa, toshning atrofidagi tukimalarda yara paydo buladi.

Tashxisi.

Siydik kanali toshlarini aniklash kiyin emas , chunki kupincha zakarni paypaslaganda xam u kulga uriladi. Kanal toshlarini buj yordamida yoki rentgen nurlari yordamida aniklash mumkin.

Farklovchi tashxis.

Siydik kanaliga tosh tikilib kolganda xolat ba'zan zakar torayib kolganda buladigan belgilar (zakarni torayishi, prostata adenomasi) ga uxshab ketadi. Bu jumbogni asboblar va rentgen yordamida tekshirilganda oson echish mumkin.

Davosi.

Siydik kanalining oldingi kismiga tikilgan toshlarni kiskichlar yordamida olib tashlash mumkin. Agar kanalning oldi kismi tor bulsa, uni ozgina kesib kengaytiriladi. Toshni olib tashlashning iloji bulmasa, u orkaga , Qovuqqa itarilib yuboriladi va keyin u Qovuqda parchalanib olinadi. Xech iloji bulmasa , u xolda kanal devorini kesib olib tashlanadi. Kanalning orka kismidagi toshlarni Qovuq tomondan olingani ma'kul.

Okibati.

Toshni zakardan tezlikda kaysi yul bilan bulmasin olib tashlangandan okibat yaxshi buladi.

XI- BOB

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARINI USMALARI

BUYRAK USMALARI

Buyrak usmalari oxirgi paytlarda anchagina kup uchramokda. Bu xolni kasallikni kechiktirmay aniklash, ayniksa ularni ertaki turlarini zudlirok aniklash usullarini yaxshilanayotganidan deb tushunilsa xam buladi. Eng kup uchraydigan usmalardan buyrak tukimalarini rakidir. Buyrak tukimasining bezarar usmalari kamrok (6%) uchraydi. Buyrak jomi va siydik naychalarining epitedial usmalari, buyrak tukimasining usmalaridan kura kamrok uchraydi va buyrak xamda yukori siydik yullarini barcha usmalarini karayib 16% tashkil kiladi. Erkaklarda uchraydigan buyrak usmalari boshka barcha usmalarni karayib 2-3 % tashkil kiladi. Erkaklar, ayollarga nisbatan 2-marta kuprok kasal buladilar. Kupincha kasallik 40-60 % yoshgacha bulgan odamlarda uchraydi.

Etiologiyasi.

Buyrak usmalarining etiologiyasi kam urganilgan. Ba'zi ilmiy tajribalarni natijasiga kura ayrim xayvonlarga masalan, erkak kalamushlarga estrogen gormonlarni yuborib, ularda rak kasalligini keltirib chikarish mumkin. Shunga kura, odamlardagi garomonlar balansining buzilishi, usmalarni tarakkiyotiga kandaydir alokasi bor. Shunga asoslanib ilmiy tajribalar yordamida xayvonlarda buyrak usmalari barpo kilingan nurli energiya ta'sirida esa kalamushlarning buyraklarini adenomasini va adenokardiomasi keltirib chikarilgan yukorida kursatilgan tajribani, klinik tekshirishlar xam tasdiklaydi.

Bemorni tekshirish uchun kulanilgan rentgen kontrast modda- torastrast 232-T ni ta'siri ostida oradan kup yillar utgandan keyin, buyraklarda usma paydo bulgan, Torotrastni kontserogenligi uning reaktivligi bilan belgilanadi.

Adabiyotda ba'zi bir ximik moddalarni buyrak usmalarini keltirib chikarishdagi urni xakidagi ma'lumotlar bor, masalan: nitrozaminlar va ba'zi xushbuy aminalar turkumiga kiruvchi; B) Antroxinolin va boshka ximik kushmalar jumlasidandir.

Demak buyrak usmalarini kelib chikishida xar xil uziga xos gormonlarni, nurlarni va kim'yoviy moddalarni aloxida urni bor. Boshka xamma usmalar katori buyrakning usmalarini kelib chikishi xam kup sabablidir.

T a s n i f i.

Buyrak tukimasini usmalarini uning jomini usmalaridan uzlarining tuzilishi rivojlanishi operatsiya kilib davolash usullarini boshkachaligi bilan butunlay farklanishini nazarda tutishlik bu usmalarni aloxida kismlarga ajratish kerakligini tugilishidan darak beradi.

Xozirgi vaktida buyrak usimtarini kuyidagicha tasnif kilinadi.

Buyrak tukimasini usmalari.

A). Bezarar usmalar: adenoma, lipoma, fibroma leyomioma va gemangioma, xondroma, osteoma, dermoidlar.

B). Xatarli usmalar : rak (adenokartsienoma) fibro-mio- lipoangiosarkoma, Vilmsni aralash usmasi.

V). Buyrakni ikkilamchi (tarkaluvchi) xatarli usmalari.

Buyrak jomi usmalari.

A). Bezarar usmalar: papiloma, angioma.

B). Xatarli usmalar: papilyar rak, ya'ni xujayrali rak, shillik bez rak, sarkoma.

Usma buyrak kobigining ichida.

Buyrak tomirlari va buyrak oldi tukimalariga tarkalgan.

buyrak oldi limfa tugunchalari jaroxatlangan.

Uzak jalalar bor.

Xalkaro rakka karshi kurashuv ittifoki, buyraklarni xatarli usmalarni TN₀M tartibi bilan turlashni taklif qilgan. Bunda T- Timoch birlamchi simtaning darajasini № (Noduli Simtatici) regional limfa tugunlari M- (Metoztasis) uzak jalalar.

Patalogik anatomiyami.

Buyrakni xatarli usmasi uni xar kanday bulimida xam rivojlanishi mumkin. Bu usmalar kuzga ilinar ilinmasi chigaldan toki juda katta xajmgacha bulishi mumkin.

Buyrakni rak usmasi yagona yoki bir nechta yumalok ba'zan uzunchok tugunlardan tashkil topgan buladi. Yukorisi kupincha gadir-budir, kesib karalganda uziga xos ola-chipor rangli buladi. Uning tukimalarini orasida sargich jigarrang va kizil (kon kuyilishlarni okibatida), gisht rangli (yog moddalarni borligidan). Kul rang (mukoidlarni parchalanishidan) shula tovlanib turadi. Ba'zan tukimalarni orasida petrifikatlar yoki usmani butunlay oxaklashib ketgan bulishi mumkin. Usmani orasida chiriyotgan kon kuyilgan joylarni xam uchratish ularni ichida esa ichiga suv yigilgan xaltachalar-kistalarni topish mumkin. usma yumshok va elasti kattiklikka ega. U buyrakning kobigi tomonga karab usdai va shu bilan buyrakni tashki kurinishini uzgartirib yuboradi. Agar usma buyrakni jomiga tomon ussa, asta sekin uni ichki kismini tuldiradi.

Buyrak raki tilga uxshab pastki kovok venaga yoki buyrak tukimasiga karab usadi. Bu buyrak rakiga xos alomatdir. Uncha katta bulmagan usmalar yuamlok anik chegaralangan kuzga kurinadigan kobixga ega buladilar.

Adenokartsinoma gistologik tuzilishi xar xil bulsada, kupchilik xollarda uzunchok tolalarni xamda glikogen va lipoiddalarga ega bulgan yorug protoplazmali, poligonal xujayralarni yigindisini uchratish mumkin.

Gistologik tekshirishlar tufayli topiladigan juda xam katta usma turlariga lipomalar, fibromalar, miomalar, gemangiomas, limfangiomas, gemartomas kiradi. Bularni ichida kuprok gemangioma va sakroma uchraydi.

J a l a l a s h i.

Buyrakning xatarli usmalari asosan limfa va kon tomirlari orkali tarkaladi. Jalalash bemorlarni yarmidan kupida uchraydi.

Buyrak rakini jalalari, tarkalishi jixatdan birinchi urinda upkalar keyin suyaklar, jigar, bosh miya turadi. Metastazlarni bunday tartibida tarkalishi, bu a'zolarning bir-birlari bilan kon tomirlar orkali yakindan alokador ekanligining belgisidir.

Ayrim xolatlarda buyrakdagi rakni belgilaridan kura uni metastazlarini klinik belgilari oldinroq ma'lum buladi. Buyrak rakini xususiyatlaridan yana biri buyrakni olib tashlangandan keyin, ya'ni bir kancha vakt (10-15 ba'zan 20 yil) utganiga karamay, jalalarni paydo bulishidadir. Shuni xam aytish kerakki, rak buyrak olib tashlangandan keyin upkadagi metastazlarni xajmi kupincha ancha kichayib koladi.

Ikkinchi urinda suyak metastazlari turadi. Kupincha usma uzini metastazlari tos suyaklariga, umurtka poganasiga, kovurga elka, boldir, kallam suyaklariga beradi. Jigar metastazlari, buyrak rakining eng kechki boskichlari uchun xosdir.

Buyrak rakining yaqin atrofga borgan metastazlaridan asosan pastki kovak vena va aorta atrofida, limfa tugunlarga ularni asosan buyrakka yaqin joylashganlariga berishligini aytish mumkin. Buyrak usmasi oredostoniya, buyin va but limfa tugunlariga beradigan metastazlari kamrok uchraydi. Buyrak raki uzoklardagi va yaqin oralardagi limfa tugunlaridan tashkari, ba'zan maxalliy metastazlar, buyrak atrofida yog tukimalarga korin boshligining old devori mushaklariga, teri osti yog tukimalariga operatsiyadan keyingi chokka va boshka joylarga beradi.

Bu metastazlarni limfa tugunchalariga xech kanday alokasi yuk bulib, ular aloxida usma sifatida buyrakdan aloxida usadi. Shuning uchun ularni buyrakni usmasi deb bulmaydi. Kupincha metastazlardan tashkari usmani ivigan kislari, buyrakni vena kon tomirlari orkali okib tarkalish xolatlari xam uchraydi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMLARI.

Buyrak usmasining umumiy belgilari.

Buyrak usmasining umumiy belgilari orasida eng asosiy urinni bemorning umumiy xolatini yomonlashuvi egallaydi. Bu xolat usma tukimalarida modda almashuvi natijasida ajraladigan zaxarli moddalarni bemor organizmiga yomon ta'siri ostida vujudga keladi. Bu zaxarli moddalarni ta'siri ostida bemor bexollashadi, ishtaxasini yukotadi, ozib tuzadi. Yukorida kayd kilingan shikoyatlarni aytgan bemorlarga urologik tekshirishlarni kerakligi xakida fikr tugulgunga kadar ancha uzok vakt utadi va orada bemorni boshka xar xil yuk kasalliklardan davolashadirlar. Usmalarni ajratgan zaxarli moddalarini ta'siri ostida bemor ozadi, ishtaxasini yukotadi, bu esa tana vazmini kamaytiradi bemorni ozishligi, undagi usma jarayonini anchagina murakkablashganligidan darak beradi.

Buyrak usmasining umumiy belgilaridan yana biri tana xaroratining kutarilishi. Bu belgi 20-30 % buyrak raki bemorlarida uchraydi. Ba'zan bu belgi kasallikni yagona belgisi sifatida xam bulishi mumkin. tana xarorati kupincha unchalik baland bulmaydi. Ba'zan 38-39⁰C ga kutariladi. Biron infeksiyon kasalligidagiga xam uxshab, titrok kiradi.

Tana xaroratining kutarilishi, buyrak usmasining tobora rivojlanganidan va uning okibatini yomonlashganidan darak beradi. Bu xolat kasallikni eng ertangi belgilaridan biribulishi mumkin. Operatsiya kilinib buyrak usmasini yaxshilab olib tashlansa, xaroart kutarilmaydigan bulib koladi. Agar xarorat yana kutrilsa, bu usmani kaytalanligidan yoki uni jalalari paydo bulganligidan darak beradi.

Buyrak usmasini suyak miyasiga zaxarli ta'siri natijasida bemorning koni kamayadi. Bunday kamkonlik kasallikni anchagina murakkablashganligi tugrisida dalolat beradi. Buyrak usmasining ta'siri ostida politsitomiya yoki ikkilamchi eritrotsitoz kelib chikadi. Bu jarayonni buyrak usmasi tukimasida eritrotsitlarni xosil bulishini kupayishidan deb tushuntiriladi. Buyrak usmasining umumiy belgilaridan eng kup uchraydigan SOE ni kutarilishi. Bu belgi kupincha kasallikning birinchi va yagona belgilaridan biri bulishi mumkin.

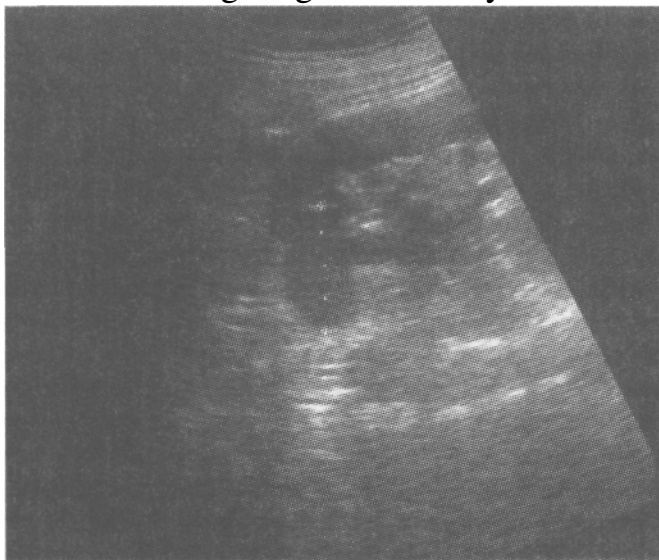
Oxirgi yillarda buyrak usmasining arterial gipertenziya bilan alokasi borligi aniklangan. Xatarli buyrak usmalari bor bemorlarning 5-10% bu belgi xam buladi. Buyrak usmasi bor bemorlarda buyrakni boshka kasalliklardagi kabi arterial gipertenziyani rivojlanishi, buyrak tukimasining usma ezayotganligi tufayli uning kon tomirlarida buladigan va buyrak koptokchalarida uchraydigan uzgarishlarni keltirib chikaradi.

Buyrak olib tashlangandan keyin, kon bosimining pasayishi bu ikkala kasallik orasida yakin aloka borligidan darak beradi.

Kayd kilingan umumiy xamda buyrakni tashkarisidagi boshka belgilar buyrak usmasini aniklashda katta axamiyatga ega. Agar ilgari bu belgilar buyrak usmasiga xos bulmagan belgilar katoriga kushilib kelingan bulsa, endilikda bemorni umumiy axvolini yomonlashuvi, ozishi, umumiy xarorat, SOE ning kutarilishi, eritrotsitoz, arterial, gipertoniya kabi belgilarni topilishi) bilanok bu xol buyrakni boshka kasalliklari katori , buyrakni usmasi xakida xakida xam uylashlikka va shu tufayli urologik tekshirishlar utkazishga undashligi lozim.

Buyrak usmasining maxalliy belgilari: kon siyish 69-70 % bemorlarda uchraydi. Boshka buyrak kasalliklarida bulib turadigan kon siyshdan, buyrak usmasida uchraydigan kon siyish uzini xech kanday ogriksiz bulishligi, siyish jarayonining buzmasligi va boshka belgilari bilan ajralib turadi. Bu belgi kukkisdan bemor uzini yaxshi xis kilayotgan kezda birdaniga paydo bulib, tez vakt ichida utib ketadi. Bu xolat esa bemorni kupincha uz vaktida vrachga murojaat kilmasligiga xam sabab buladi.

Buyrak usmasida uchraydigan kon siyish, usmalarni buyrakni kon tomirlarini emirib tashlanganligi va uni buyrak kosachalarini ichiga usib kirib, buyrakdagi kon aylanishini, buzganligini okibatidir.



Buyrak usmasida kon siyish umumiy buladi. Ba'zan chikayotgan kon uzun kizil, ilon-chuvolchagga uxshash buladi, chunki kon siydik naychalarida ivib uning ichki tuzilishiga uxshab koladi. Ba'zan esa, Qovuqda yigilgan kon beshakl ravishda ivigan buladi. Kon xar vakt xam iviy bermaydi. Kon chikib ketgandan sung buyrakda ogrik paydo buladi. Ba'zan kon siyish boshlanishi bilan buyrakda kattik sanchik boshlanib, siydik bilan ivigan kon chikib ketsagina

bemor tinchiydi. Juda kattik kon ketganda, Qovuqda kup mikdorda ivigan kon yigilishi va siyishga xalakit berishi mumkin.

Kiska vakt davom etadigan kon siyish kup yillar davomida boshka takrorlanmasligi mumkin. Shuning uchun kon siyayotgan bemor tezlikda sistoskopiya kilinib, kon kaysi buyrakdan okayotganligini aniklab kurish zarur.

Maxalliy belgilaridan yana biri buyrak soxasidagi ogrikdir. Ogriklar xar xil kuchli, sanchiksimon buladi. Uncha katta bulmagan pastga tomon yunaluvchi ogriklar, buyrakni ichki bosimini usmalar usishi yoki kon yigilishi natijasida ortishi va shu tufayli buyrakni kobigini taranglashishi va undagi nerv tolalarini

kitiklanishidan deb tushuntiriladi. Kattik ogriklar, siydik naychasi berkilib kolsa paydo buladi.

Maxalliy belgilarini uchinchsi kulga urinadigan usmadir. Bu eng kechki va kam uchraydigan buyrak usmalarini uchlamchi belgilaridan biridir.

Buyrakning pastki kismidan usgan usmalar eng kuprok kulgan urinadigan usmalar buladilar. Bunday xolatlarda kulga kattik, usti gadir-budir, oz muncha siljiydigan, kovurga ostiga berkinib oladigan usmani topish mumkin.

Buyrakning yukori kismida joylashgan usmalarni paypaslab topish anchagina kiyin. Bunday xolatlarda buyrakni pastga siljigan pastki kutubini osonrok topish mumkin.

Buyrak usmasini yoki kulga urinadigan buyrakni yaxshirok paypaslash uchun bemorni xar xil alpozda (chalkamcha tushirib, yonboshlatib, tik turgizib) kurilsa yaxshi buladi. Ayniksa ikki kul orasida silkitib paypaslanganda aniklangan usmani ayni buyrakka, yoki bulmasa uni korin bushligiga alokasi bulmagan usma deb fikr yuritishga imkoniyat beradi.

Moyaklarni vena kon tomirlarini yugonlashib ketishi (varikotsele) buyrak usmasining maxalliy belgilaridan biridir. Bu belgini kelib chikish sabablari kuyidagicha:

1. Chap buyrakni vena kon tomirlarini tusilib kolishi, unga usmani usib kirishi yoki venalarni tashkaridan ezilib kolishi.
2. Chap buyrakni pastga siljishi tufayli uni venasini bukilib kolishi.
3. Pastki kovak venani yoki moyak venalaridan birortasini usma yoki uni limfa tugunchalaridagi jalalar bilan ezilib kolishi
4. Pastki kovak venani tusilib kolishi.

Bu xolatlarni xar birida xam chap moyak venasini yoki pastki kovak venasini bosimi ortadi. Natijada moyak venalaridagi kon yukoriga karab yunaladi. Okibatda moyakni urug tizmasida varikoz paydo buladi. Urta va yukori yoshdagi bemorlarda varikotselening paydo bulishi, ularni buyraklarida xatarli usma paydo bulayotganidan darak berishi demakdir. Bunday sabab bilan rivojlangan varikotselening ideopatik varikotseledan farki uni fakat chap moyakda emas, balki ung moyak tarmirlarida xam uchrashiligi mumkin, xamda varikoz venalarni xolati, bemor tik turganda xamda yotganda xam bir xil uzgarmasligi bilan farklanadi.

Bunday uzgarmaydigan varikotsele, buyrak usmasiga oid kasallikning okibati vujudgat kelgan, anchagina mushkul belgilardan xisoblanadi. Bu belgilar xolatini anchagina ogirlashayotganidan darak beradi.

BUYRAK USMASINI JALALARINI BELGILARI.

Buyrak rakining upkaga bergan jalalari rentgen rasmlardagi tasviri yum-yumalok bulib kurinadi. Ba'zan buyrak rakining upkaga bergan jalasi ayniksa yolgiz jalasi kpincha uzok vakt mobaynida rivojlanayotgan bulsa xam, xech kanday belgilar bermaydi. Bunday xolat bu jalalarni operatsiya yuli bilan olib tashlashlik uchun anchagina kulaylik tugdiradi. Buyrak rakining upkaga bergan jalani birinchi belgisi kon tupirish xisoblanadi. Upkadagi yolgiz jala kupincha bronxlarni uzlarini usmasiga uxshaydi. Kup tarkalgan jalalar esa upkani shamollashiniyoki upka silini belgilariga uxshab ketadi.

Buyrak usmasini suyaklarga bergan jalalarini asosiy belgilari ogrikdir. Ogriklar ba'zan juda ancha kuchli va uzok davom etadigan buladi. Kupincha esa ularni bel ogriigi boshka kasalliklarga uxshatish mumkin. Jalalar umurtka poganasiiga berilgan bulsa, ba'zan bemorni tanasini pastki yarmi shol bulib, tos a'zolarining ishlashini yomonlashuvi xam mumkin. Suyakni jalalarining rentgenologik belgisi esa suyakni osteodestruksiyasi bilan xarakterlanadi. Limfa tugunchalaridagi jalalar odatda xech ay klinik belgi bermaydi.

T a s h x i s i.

Bemor tekshirilganda va paypaslanganda uni buyragi anchagina kattalashib kolgan usmani borligi aniklanadi. Korinni kattaligi va uning kurinishini nojuyaligiga kura, paypaslanayotgan usma buyrak bulsa kerak degan xulosaga kelish mumkin. Bemorni sinchiklab karalsa moyak tomirlarining kengayganligi varikotselenini xam topish va agar pastki kovak vena ezilib kolgan bulsa, korin devorini pastki kismidagi venalarni kengayishi yoki oyoklarining shishib ketgannini kurish mumkin.

Usma anchagina osonlik bilan jaroxatlanishini nazarda tutib buyrakni astalik bilan paypaslangani ma'kul. Usmani yoki jaroxatlangan buyrakning urnidan siljitib kurulishi bilan bu usmani operatsiya kilib olib tashlashlikni imkoniyati xakida xulosa kilish mumkin.

Taxliliy tashxisi.

Konni tekshirish bilan usmalargagina xos bulmagan uzgarishlarni, SOE ni va kamkonlikni kutarilishi kabi uzgarishlarni xam aniklash mumkin. Siydikda esa eritrotsitlarni kup mikdorda ajralayotgani aniklanadi.

Proteniuriya va leykotsituriya xolatlarini ayniksa buyrakda usma bilan bir katorda, yalliglanish jarayonini xam birgalikda borayotganligida aniklash mumkin.

Bioximik tekshirish usullaridan kuprok kullaniladigan fermentativ tashxisidir. Oksillarni aniklash, oksillar franktsiyasini zardobda kaltsiyni xajmini aniklash, Danilin reaktsiyasini aniklash va boshkalar. Birlamchi aktivligini oshuvi zardobda oksillar xajmini kamyuvi I2 globulin xajmini oshuvi (shtauffer sindromi) kon zardobini fermentiv aktivligi kupayuvidir. Yukorida kurulgan buyrak testlari, buyrak raki uchun xos belgilar bulmasada xar xolda ular tufayli anchagina «sezgirlik» xamda kasallikni chukurrok urganishlikni talab kiluvchi xolat paydo buladi.

Oxirgi paytlarda buyrak rakini aniklashda immunologik usullar kullanilmokda. Klassik immunodifuz ussular analizini (radial immunodifuz reaktsiyasi, immunoelektroforez , vstrechno`y immunoforez ikki katra immunodiforuziya – Ouxterloni buyicha va boshkalarni) ishlata borib, zardob oksillari feritin, transferin, albumin uzgarishlarni chukur metabolizmini aniklash mumkin.

Buyrak usmalaridagi tukimalarda aynan feritin yigilishligi aniklangan. Usma tukimasidagi bu oksil soglom buyrak xamda buyrakdan tashkarida joylashgan usmalar tukimasidagi oksilga karganda 10-12 barobar kup bulgan kontsentratsiyada uchraydi. Tarkibida temir moddasini ushlovchi yana bir oksil – transferinni, buyrak raki tukimasidagi xajmi esa soglom buyrak tukimasidan 3 barobar kup buladi. Yukorida kurulgan uziga xos uzgarishlar 80% bemorlarni konidagi oksillar spektoridagi gaz kursatadi. Bemorlarni jaroxatlangan buyragi olib tashlangandan keyin, yukori kursatilgan uzgarishlar asta sekin normallashadi.

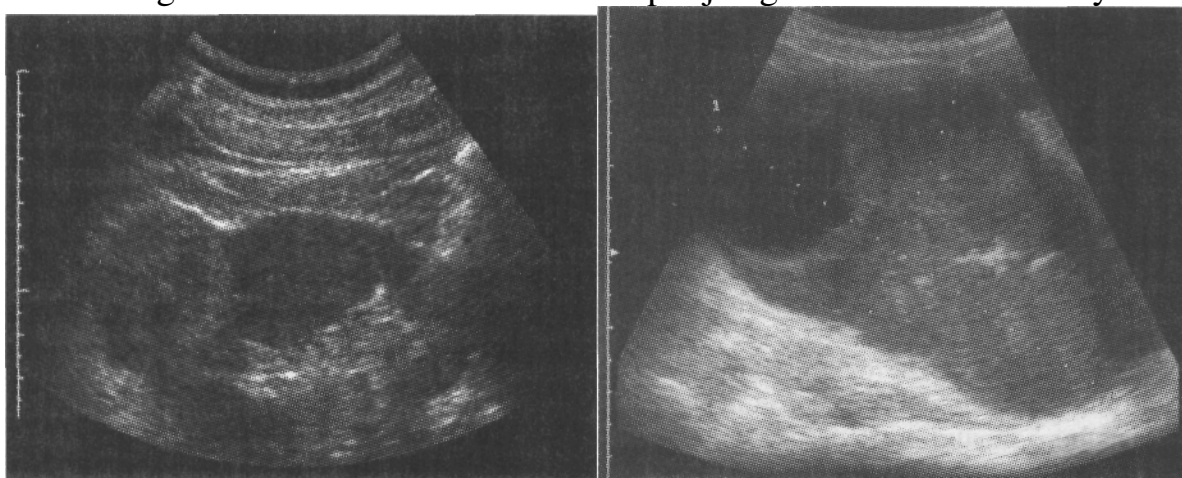
Bu xol kayd kilinayotgan belgilarni buyrak rakiga aynan xos ekanligidan darak beradi.

Shunga kura, buyrakda usma borligiga gumon kilingan bemorlarni tekshirishda, immunologik usullar albatta kullanishi kerak (112 rasm. Buyrak usmasini stsintigrammasi. Chap buyrakni shulasi uning yukori kismida joylashgan usma tufayli uzgargan).

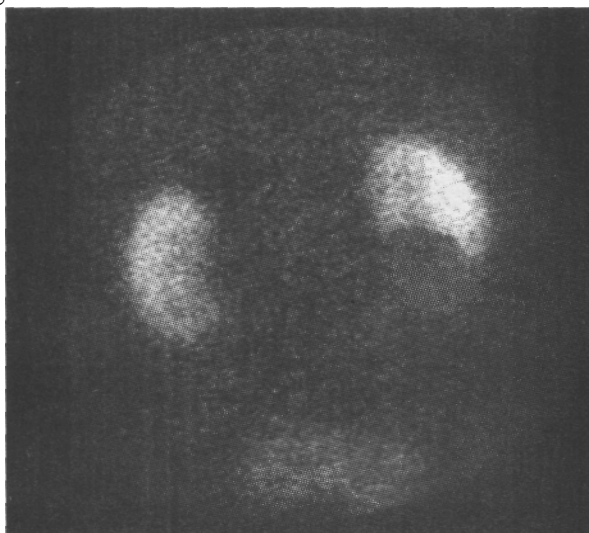
Oxirgi yillarda buyrak rakini radioizotop tashxislariga aloxida e'tibor berilmokda. Shu maksadda statik nefrostsintigrafiya (yoki buyrakni skanirovaniyasi) kullanimokda.

Buyrak usmasini eng kup stsintigrafik belgilariga, buyrak tuzilishini xar xil kismldrida (yukori, urta va pastki segmentlarida) uyanlar bulishi (112-rasm) yoki buyrakni soyasini butunlay kurinmasligi xam mumkin.

Nepryamoy radioizotop renangiografiya kilinganda buyrakni usma joylashgan soxasida usmani kon tomirlarini kuprok rivojlanganligi tufayli, shu joylarda izotopni ortikcha yigilishi natijasida, soyani kuyuklanganligini kurish mumkin. Buyrakni kistasi tekshirilganda esa aksincha bu erda izotopni jamgarrilishi keskin kamayadi.



Ultrazvuk skanirovaniya, buyrak usmalari va kistalarini tashxisida katta urin egallaydi. Bu usul beozor zararsiz aloxida tayyorgarlik talab kilmaydi, ammo katta tashgich axamiyatiga ega.



Usmalarni ultrasonogrammasi, usmalarni xar xil kattalikdagi tukimalarida, kon tomirlarida kuyilib ivib kolgan kondan, ulgan tukimalardan akslangan ovozlardan tashkil topgan bulib, ularning xar biri uzini ajratgan ovoz satxiga ega buladi. Shunday kilib, buyrakda usma bor bulsa, buyrakni tashki satxi tekkis bulmaydi. Uni ichki tuzilishidan xar xil tukimalarni ovozi xar xil aks ettirilishi tufayli juda kup aks-signal paydo buladi. (123- A rasm).

Buyrak usmasining pieonefrozdandan, gidronefrozdandan, polikistozdandan va solitar kistadan farqlashda, buyrakning ultrazvuk skanirovaniyasi katta ahamiyatga ega. Buyrak kistasi sanogrammalarda tekkis chegarali, pustlogining ichki kismida ovoz aks etmaydigan, bushlikdan tashkil topgan buladi. (123-B rasm).

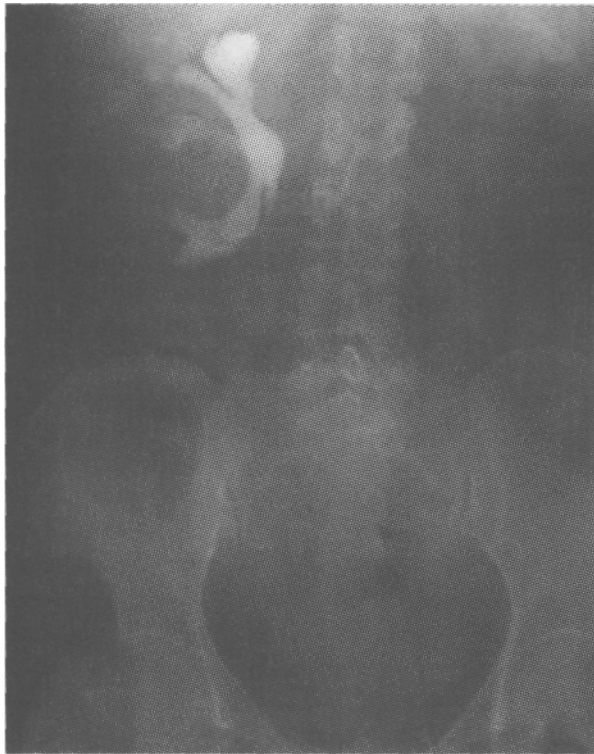
122-rasm. Buyrak usmasidagi stshintigrammasi. Chap buyrakni shulasi yukori segmentdagi uzgarishlar xisobiga uzgargan.

123-rasm. Buyraklarni exogrammasi. A- buyrakni yukori segmentini kutbida joylashgan kista. (buyiga kura kesilgan): B- buyrakni pastki segmentini kistasi (buyiga kura kesilgan).

BUYRAK USMASINI RENTGEN TASHXISI.

Yukoridagi usullarni klinik tajribaga kiritilishiga karamay, buyrak usmasini tashxisini asosiy kismini rentgenologik tekshirish tashkil kiladi. Usmalar jarayonini aniklashda barcha rentgenologik usullarni imkoniyatlari bir xil emas. (124-rasm). (Ekskretor urogramma).

Kosachalar va jom sistemasidagi buyrakni yukori va urta kismilariga xos shakliy uzgarishlar. 125-rasm.



Nefrotomogramma. Buyrakni pastki segmentini raki.

Ekskretor urografiylarni retrograd pielografiyalardan olinayotgan axborot xozirgi zamon talabani unchalik koniktirmay kuydi. Bu usullar fakat buyrakdagi xajmiy uzgarishlarnigina tasvirlashga imkoniyat bera xolos. Ularning yordamida buyrakda topilgan uzgarishlar xatto kistani usmadan ajratishga xam xar vakt dalil bulaolmaydi. Ayniksa usmani davolash uchun eng zarur bulgan muammo usmani boskichi xakida, bu tekshirishlar xech kanday ma'lumot bermaydi. Bunga karamay buyrak usmasini aniklashda bu usullarni ahamiyati katta, chunki kupincha bu tekshirish tufayli buyrak usmalarini kidirishni kerakligi tugrisida shubxa tugiladi

va shunga kura kushimcha tekshirishlar utkaziladi.

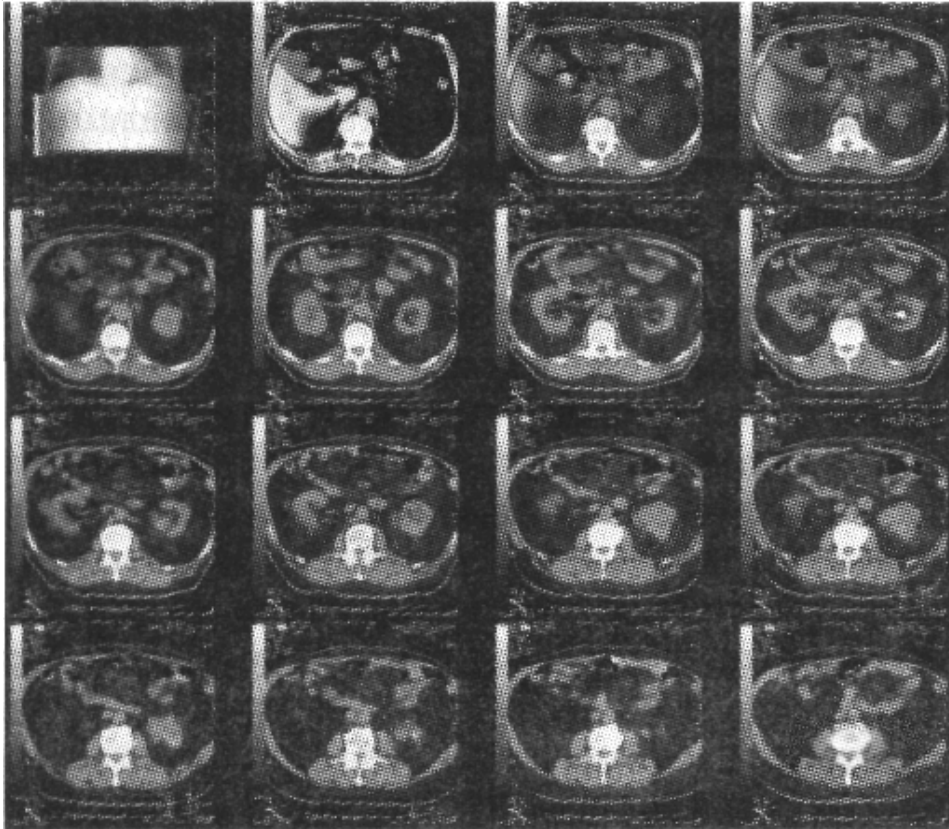
Bemorlarni tekshirish uchun eng avval buyrakni shaklini uzgarishining ba'zi turlarini aniklashga imkoniyat beruvchi umumiy urografiya kilinadi. Umumiy urografiya yordamida buyrakni shakli tugrisida tula ma'lumot bunday xolarda buyrakni shaklini aniklash uchun tomografiya yoki pinevmotretroperitonium kilinadi.

Ekskretor urografiya esa buyrakni funksional xolatini usma bilan zararlangan buyrakni esa, morfologik fazilatini aniklaydi xamda karshi tomondagi buyrakni vazifasini boshlanish paytlarida uncha uzgarmaydi. Agar vazifa yuk bulsa bu blastomotoz jarayonini chukurlashib ketganidan buyrak tukimalari usma bilan aralashgandan yoki uni buyrakni kon tomir yoki usib kirib ularni ezib kuyishligidan xamda jalalar bilan jaroxatlanganidan dalolat beradi. Usma bilan jaroxatlangan

ammo ishlash kobilyati xali xam saklangan buyraklarda kilingan ekskretor urogrammalar kurib tekshirilganda, ularda kosachalar va jomchalarni shakllarini keskin ravishda uzgarganligini , xamda ularni kisilib – kimtilib kolganligi buyrakni ichki kismi bilan tashki kismi orasidagi tukimani kalinligini usganligi 1 yoki bir necha kosachalarni amputasiyasi, jom devorini satxini gadir-budir bulib kolishi va bu erga rentgenokonstrast naychasini yukori kismini urta chizik tomon siljishi (124-rasm) kabi xolatlarni kuzatish mumkin.

Agar ekskretor urogramma etarlicha anik bulmasa, siydik yullarini anikrok kurinishini ta'minlash maksadida infuzion urografiya kilinadi.

Buyrak usmasini tashxisida nefrotomografiyaning axamiyati katta. Nefrotomografiyada, usma xajmi anchagina boshka bulimlariga karaganda rentgenokonstrast modda bilan ancha chukurrok buyalgan, kirgoklari uncha anik chegaralanmagan soya sifatida kuzga tashlanadi, usmani ayrim joylarida rentgen kontrast modda yigilib kolib, bu er tukrok buyalib kolgan kislardan ajralib turadi. Buyrak kistasi esa usmaga ularok, nefrogrammada rangi uncha tuk bulmagan yumalok shaklda kurinishi, nefromotografiyani usmasini kistadan farqlashda anchagina axamiyatini kattaligidan darak beradi. (125-rasm).



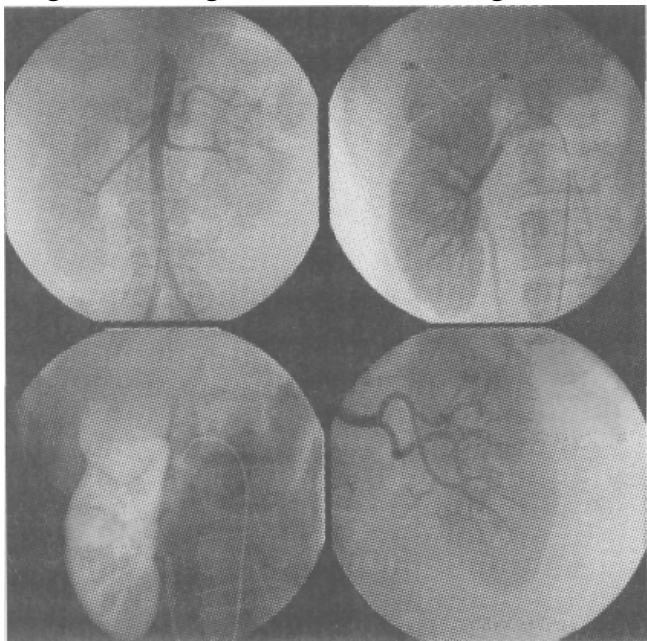
Oxirgi

paytlarda buyrak usmasini aniklash maksadida va usmani jalalar berib yuborishlik xavfi borligini nazarga olingani xolda retrograd pielografiyadan kamrok fodalanilmokda. Chunki retrograd pielografiya kilinganda jomni ichki bosimini ortishi tufayli, buyrakning tomirlarini xam bosimini ortib ketishi ancha xavflidir. Shuning uchun retrograd pielografiya xamma boshka zamonaviy rentgenologik usullarni bajarish imkoniyati mumkin bulmasa, yoki ular yordamisiz kaksallikni aniklab bulmaydigan xolatlardagina noiloj bajarish mumkin. Retrograd pielogrammalarda xam usmani belgilari, xuddi ekskretor urogrammadagi belgilarga uxshaydi.

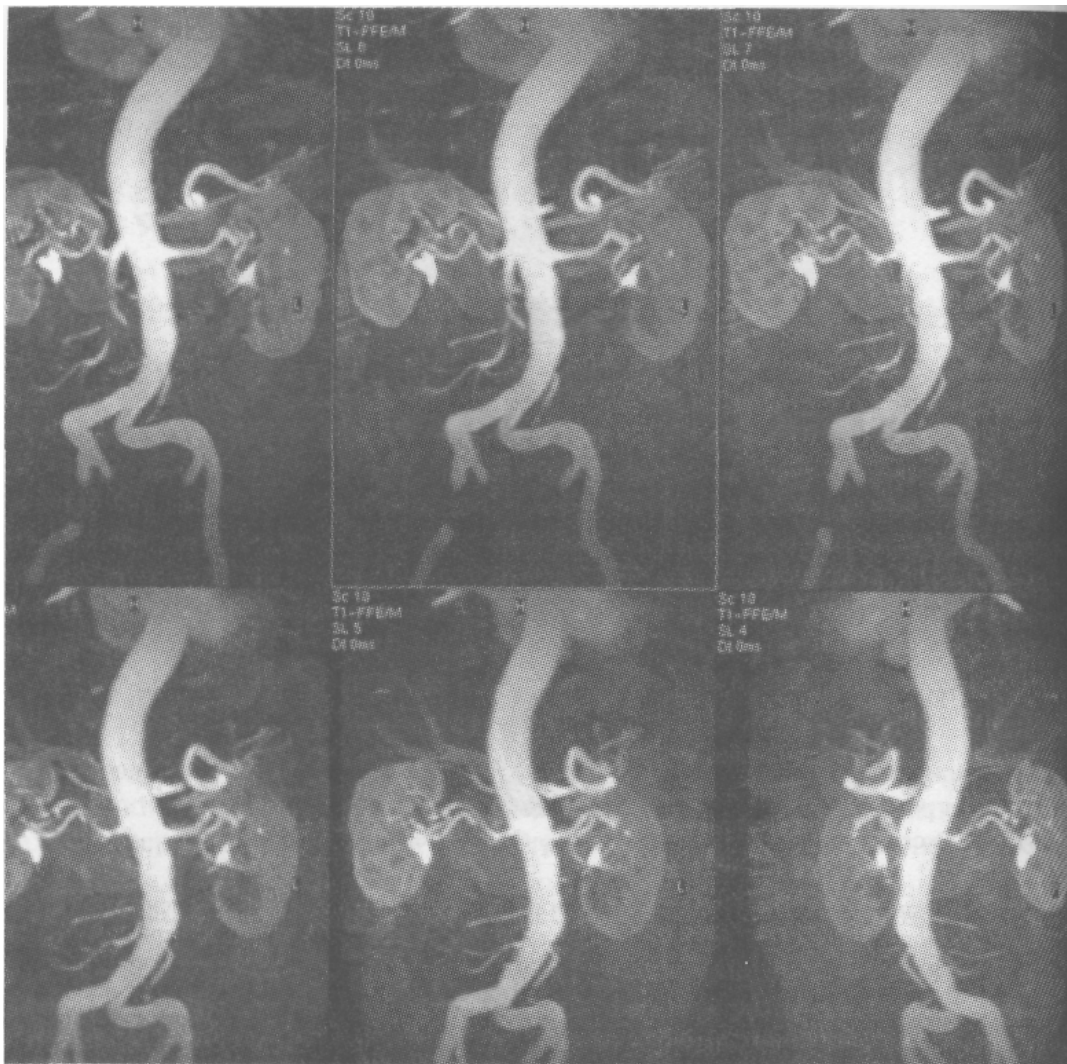
Retrograd pielografiyani xam ekskretor uroografiyani xam buyrak konab turganda yoki kon tuxtagandan keyingi yakin orada bajarib bulmaydi. Aks xolda jom va kosachalar ichidagi kon ivitmalari, usmalarda uchraydigan «chala tulish» belgisiga uxshab ketishi mumkin. (126-rasm. Aortogramma. Ung buyrakni yukori segmentidagi usmani patologik kon tomirlari).

Ayrim xolatdarda «jom-kosa» bulimidagi uzgarishlar xakidagi kushimcha ma'lumotni ekskretor uroografiya yoki retrograd pilografiyada kullaniladigan polipoziotsion (kup xolatli) (chalkamcha, yonboshlab, dung tushib) tekshirishdan kushimcha kiymat ma'lumotlar olish mumkin. Bemorni bir xil xolatda yotkizib tekshirishlar, ayrim xolatlarda buyrak kosachalaridagi oddiy tekshirishlar yordamida topilmaydigan uzgarishlarni xam aniklash mumkin.

Ekskretor uroografiya va retrograd pielografiyalar buyrak tukimasini ichki kismidagi, uncha katta bulmagan usmalarni aniklab bera olmaydi. Bundan tashkari, bu usullar yordamida xar vakt usmani xajmi xakida uning kancha chukurlikka usib kirgani, uning kanchalik tarkalgani xakida ma'lumot olish juda kiyin. Bu borada



buyrak usmalarini aniklashda buyrakni kon tomirlarini rentgenologik tekshirishlar aloxida urin egallaydi. Oxirgi paytlarda translyumbolnaya (bel soxasidan) aortografiya , buyrakni selektiv angiografiyasi, venokavografiya buyrak venografiyasi kabi tekshirishlar keng mikyosda kullanilmokda. Bu usullarini barchasini bizning mamlakitimizda birinchi bulib, N.I. Pirogov nomli 2- MOLMI ni, urologik klinikasida kullanilgan.

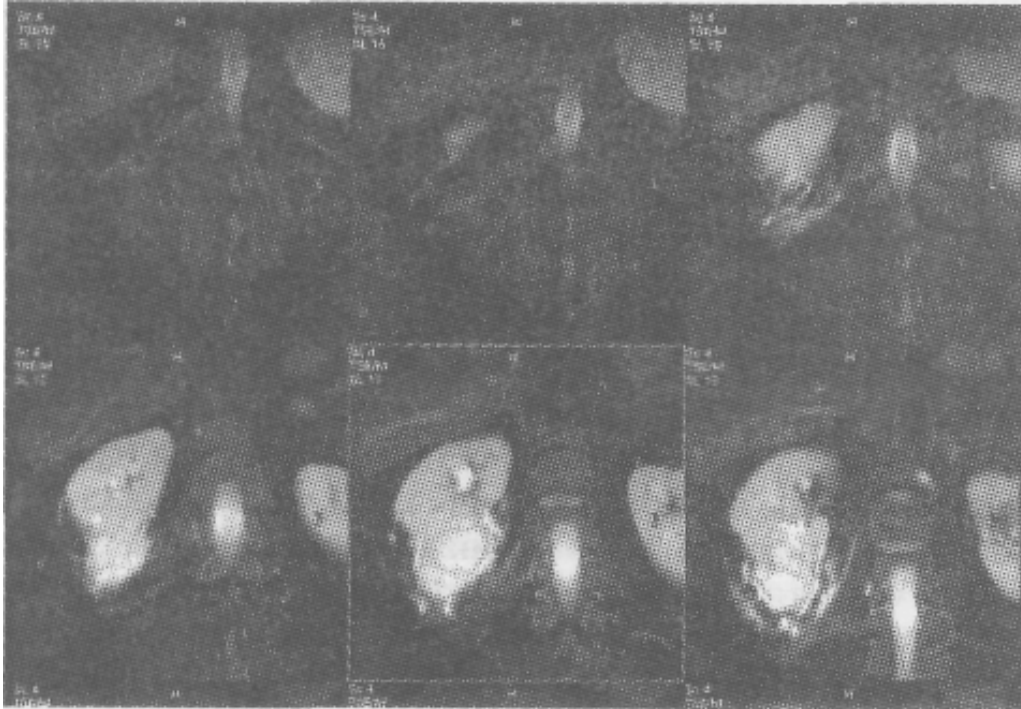


Buyrak

anigiografiyasi- buyrak usmasini aniklashda juda xam katta axamiyatga ega bulgan usuldir. Uning yordamida: 1. oldingi etaplar yordamida aniklangan usma xarakterini aniklash, ya'ni usmani kistadan farklash. 2. buyrak tukimasining Qovuq kismida joylashgan va uni jom kosa kismida uzgarish paydo kilmagan, xali katta bulmagan usmalarni aniklash. 3. buyrak venasini xamda pastki kovak venaning xolatini (ularni ichida ivitmalar bor yukligini aniklash. 4. usmani kushni a'zolari ichiga usgan – usmaganini, karama-karshi buyrakda esa jalalarni bor yukligini ajratishga imkoniyat beradi.

Buyrak angiografiyasini birinchi boskichi korin aortografiyasi bulishi kerak, chunki uning yordamida jaroxatlangan buyrakni tomirlarini tuzilishi) yolgiz, ikkisha bulingan yoki kushimcha tomir) aniklanadi, usmani tomirlarini kaysi tarfiga usganligi (a'zoni chukuriga yoki uni tashkarisiga), uni atrof a'zolar bilan alokasini karama-karshi buyrakda, jigarda jalalarni bor-yukligini aniklash mumkin. Bu borada (seriynaya) bir kator aortografiyadan olingan ma'lumotlar katta axamiyatlidir. Bunda olinadigan kkator rasmlar programmasini tuzishda, jaroxatlangan buyrakdagi fistulyar kon ta'minotini boshlangich arterial fazasini ushlab kolishga xarakat kilinishi darkor. Usmani belgilariga, buyrakni asosiy arteriyasini kegayishi usma tukimalarini kon tomirlarini tartibsiz joylashuvi (usma soxasidagi tomirlarni chigalida rentgen kontrast moddani mayda nuktalarini «kulmok» , «kulchalar» sifatida tuplanishi, ertaki fazada segmentar nerogarmma yoki buyrak venasini shakllanishi, usma shulasini kuyuklanishi va bu soyani bir xil bulmay, orasida alaparchin (usmadagi

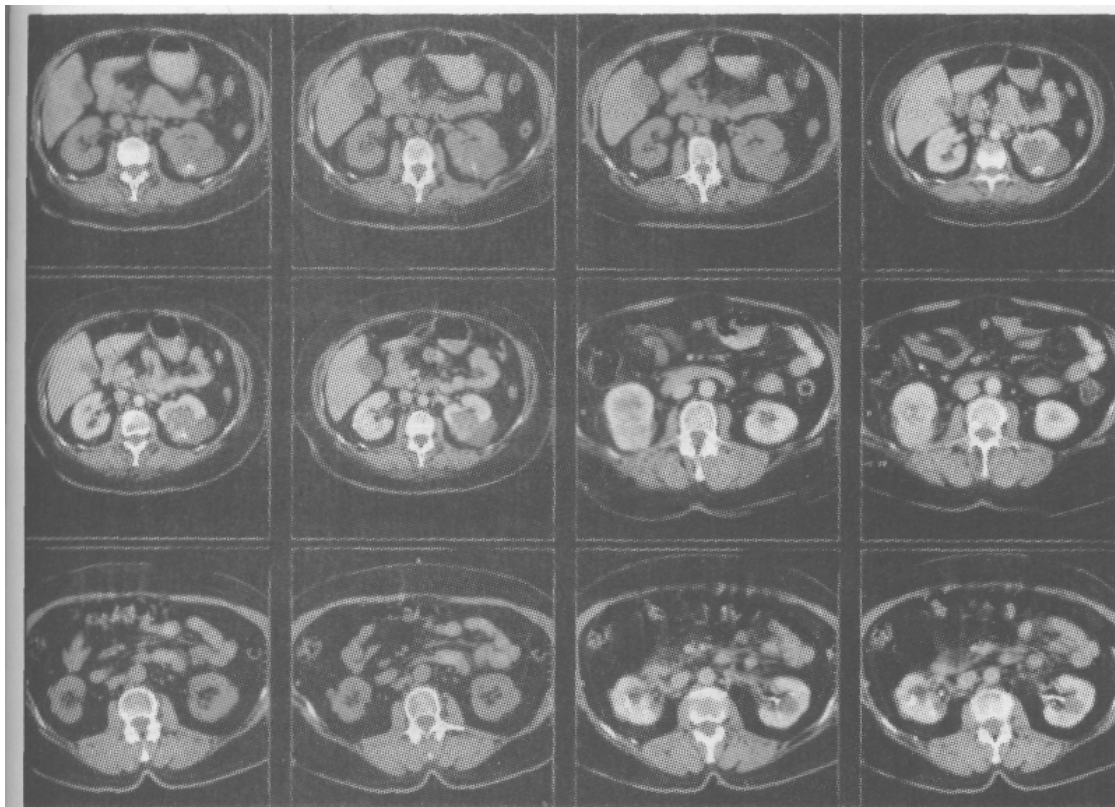
nekroz xisobiga) soxalarni bulish xolatlari kuzatiladi. (126-rasm) Aortografiya ma'lumotlarini yanada chukurrok urganishlik darkor bulsa, buyrakni selektiv arteriografiyasi kilinadi. (127-rasm).



Agar

angiografiya vaktida olingan ma'lumotlar ravshan bulmasa, albatta farmakoarteriografiya kilingan ma'kul (2-bobga karang). Bunday tekshirish yordamida xali xech uzgarmagan buyrak tukimalarini kon tomirlarini orkasida yashirinib kolgan usmani mayda tugunchalarini xam aniklash mumkin.

Kon okimini tusmay kilingan pastki venokavografiyani yordamida pastki kovak venani xolatini uni uz urnidan siljiganligi yoki siljimaganligi, usmani vena tomirlarini ichiga ancha usib kirgani xamda kon okimiga tuskinlik berayotgani yoki bermayotgani kabi uzgarishlarni aniklash uchun bajariladi. Olingan ma'lumotlar esa bajariladigan operatsiyani uchun imkoniyatni bor yukligi; bu operatsiyani xamda uning xajmi xakida fikr yuritishiga yordam beradi. (128-rasm)



Buy

rak venografiyasida usma borligi aniklangan buyrakni tekshirishdagi oxirgi boskich xisoblanadi. (129-rasm).

Shuni xam aytish kerakki buyrak venasidagi ivitmani kup ozligi buyrakdagi usmani xajmiga xech kanday alokasi yuk. Buyrakda nakadar kichik xajmdagi usma tugunchasi topilgan bulmasin, buyrak venografiyasini bajarishligi albatta shart. Bu koidaga rioya kilinmasa, operatsiya paytida kutilmagan xolat (pastki kovak venani ichiga usib kirgan ivitmani) tukkisdan topilib kolishi natijasida operatsiyani xajmini borishini xamda uni bajarish uchun sarflanadigang vaktni uzgarishiga tugri kelib koladi.

Buyrak vena tomirlarini xolatini aniklashni kullaniladigan davolash usulini, ya'ni xajmini ilgari belgilab olish uchun axamiyati katta. Buyrak venasiga usib kirgan usmani venogrammada yakkol aniklash mumkin. Buyrak usmasi kanday xolatda bulmasin venografiya yordamida kontrast moddani buyrak venasidan, urugdon kon tomiriga karab okib kirishi aniklanadi. Jaroxatlangan buyrak vena tomirida bosim anchagina baland (165-280 mm suv ustuni) buladi. Ammo buyrak usmasida kuzatiladigan varikotseli, xar vakt xam vena tomirini ezilganligidan yoki jaroxatni anchagina kechikib kolganligidan bulmay balki buyrak usmasi tufayli kutarilgan kon bosimidan ekanligidan darak beradi. Chap buyrak usmasida kuzatiladigan varikotsele – bu chap buyrak vena kon tomirlaridagi konniYu venokoval darchalar orkali shingilsimon tugunchalarga va ulardan pastki kovak venaga okib utishining okibatidandir.

Limfangioadenografiya buyrak usmasini parokoval (pastki kovak vena atrofida) va (aorta atrofidagi paraoartal jalalarini topishda yordam beradi. Ammo bu usul buyrak usmasida keng kullanilmaydi, chunki xar vakt xam xamma limfa tugunchalari kurulavermaydi. Rasmlarda, limfa tugunchalaridagi uzgarishlarini usmaga yoki yalliglanish jarayoniga alokadorligini aniklash anchagina kiyin.

Sinchiklab tekshirishlarga kura, usmani jalalarini yaqin-a'zolarida topilmaganligi esa, xakikatda buyraklarda usmani yukligini tasdiklaydi albatta.

Buyrakda usma borligini nazarda tutib va bu sumani kupincha upkalarga va suyaklarga jalalar berishligini extimol kilingani xolda upkalarni, kurak kafasini umurtka poganasini tos suyaklarini, bosh suyaklarini, bosh suyakni reangiografiyasida xam bor-yukligini aniklash lozim.

Tekshirish usullaridan olinadigan ma'lumotlarni xar xil bulishlarini nazarda tutilgan xolda, bu usullarni kulanish tartibini kuyidagicha bilishligini tavsiya kilish mumkin.

Odatda tekshirish kandaydir klinik taxlil usulini kullashdan boshlanadi. Keyinchalik buyrakda bitta usmaga alokador bironta belgini yukligi xakida ma'lumot beruvchi (skringing-test) ya'ni radiozotop (skanirovanie yoki sitsntigrafiya) tekshirish utkaziladi.

Agar stsintigrammada birorta nukson bor bulsa, usmani kistadan farqlash maksadida, ultrazvuk skanirovaniyasi utkaziladi.

Bu ma'lumotlarni tabiati rentgenologik usullar yordamida anikrok belgilanadi. Buning uchun transfemoral aortografiya kilinib, urak angiografiyasini xamma fazasi shu jumladan, nefrogramma va ekskretor urogramma xakida tula ma'lumotlar olinadi. Aortografiyadan olingan ma'lumotlar ravshanlik bermasa, yoki salbiy chiksa tekshirish jarayonida buyrakni selektiv arteonografiyasini, agar bu xam etarlicha bulmasa, farmakangiografiya kilish xam lozim buladi. Arteriografiya yordamida buyrakda usma borligiga ishonch xosil kilingandan sungvenoportagrafiya va buyrakni selektiv venografiyasi bajariladi.

FARKLOVChI TASHXIS.

Kupincha buyrak usmasini, solitar kistadan farqlashga tugri keladi, chunki ular bir-birlariga uxshab ketadi va ikkalasi xam bir paytda uchraydi. Buyrak kistasi, xamda usmasini farqlashda nefrotomografiya katta yordam berishi mumkin, chunki unda usmani soyasi kistanikiga karaganda kuyukrok buladi. Buyrak usmasini kistadan anik farqlash, buyrak arteriografiyasining yordamida bajariladi. Oxirgi paytlarda bu maksadda punktsion kistografiya (49-rasmga karang) va ultrazvuk yordamida skanirlashdan foydalanilmokda.

Suv buyrak bulganda kovurga ostida anchagina tarng, satxi tekkis usmasimon narsa paypaslanadi, ammo siydikda kon bulmaydi. Buyrak usmasi va gidronefrotik transformatsiyadagi jom-kosachalarni pielografik kurinishi, bir-birlaridan keskin farqlanadi. Buyrak arteriogrammalarida buyrak arteriyasini va uning shoxchalarini torayganligi aniklanadi. Buyrak polikistozi bir tomonlama rivojlangan bulsa, u xolda paypaslash paytida topilgan shishmani, usma deb uylash mumkin. bunga kura, sidikda kon xam bulsa shubxa yanada ortadi. Ammo polikistoz uchun surunkali buyrak etishmovchiligini biron-bir xolati va ayniksa jom-kosachalaridagi pielografik xolatini uziga xos ikki tomonlama uzgarishlari, ularning shakllarini xamda ingichkalanishini kabi uzgarishlari xos belgilardir.

Arteriogrammalarda kup mikdorda topiladigan kon tomirlariga kambagal , yumalok shaklli kislarni xamda ingichka va uzun artriyalarni borligi taajublidir.

Buyrak karbunkuli va abtssida topiladigan rentgenologik uzgarishlar xam usmaga xos bulishi mumkin: xar xil shakl uzgarishlar , jom-kosa tartibini bir tomonga surib tashlanganligi, kosachalarning amputatsiyasi, kabi belgilarga uxshab

ketadi. Buyrak usmasi xamda karbunkuligini stsintiskanogrammada kurinishlari xam juda uxshashdir. Shu jumladan- izotopni maxalliy tulish nuksoni belgisi. Bundan tashkari utkir yalliglanishga xos xamma klinik va taxliliy belgilar (bezgak kondagi leykotsitoz buyrak usmasini yuk deb aytish emas, balki uning borligini tasdiklaydigan belgilar katoriga kiradi. Bunday xolatlarda fakat buyrak arteriografiyasigina masalaga ravshanlik soladi. Xuddi shunday kilib, buyrak silini buyrak usmasidan farklanadi.

Buyrak usmasini korin pardasini korin pardasini ortidagi boshka usmalardan ajratish anchagina kiyin.bunday kasalliklarda paypaslashdan olingan ma'lumotlar,bir-birlariga uxshash. Ekskretor urografiya va retrograd pielografiya(pnevmoretroperitoneum, tomografiyalarni bir paytda bajarilgani xolda) yordamida bajarilgan rasmda, korin pardasini ortida usma bulganda jom-kosachalarining tuzilishi, uzgarmagan, buyrak esa bir tomonga itarilib, uni urnida joylashib olgan usmalarni shakli kurinadi. Siydik naychasini xam urtaga tomon itarib kisilib-kimilib kolishi xam, korin pardasini ortidagi usmaga xos belgidir.

Davosi.

Buyrakni xatarli usmasini birdan-bir radikal davolash chorasi operatsiyadir.

Operativ davolash.

Oxirgi yillarda buyrak usmalarini keskin operativ davolashga imkoniyat anchagina kengaydi. Bunga jarroxlik malakasini oshganligini, zamonaviy anesteziologiyani va renematologiyani va renematologiyani rivojlanganligini, kuchli antibakterial dori-darmonlarni yurak tomirlar uchun dorilarni rentgen nurlarining kullanishi va operatsiyadan avval va keyin usmalarga karshi kimyoviy moddalarni ishlatilishi sabablidir.

Boshka a'zolarida jalalar mavjud bulgan xoltlrda xam usma olib tashlashga tuskinlik bera olmaydi. Chunki boshka a'zolarida yolgiz jalalar bulganda xam, keskin operatsiyalar (upkani bir tomoni yoki biron kismini,jigarni kesib tashlash, kul oyoklarni kesib tashlash) kilib bemorlarni davolashga imkoniyat bor.

Ba'zan buyraklardan xayot uchun xavfli kon siyishlar mavjud bulib kolgan xollarda xam boshka a'zolarida kuplab jalalarni bulishiga karamay ularni xammasini terib olib tashlashlikka tugri keladi.

Usma bilan jaroxatlangan buyraklardagi usmani joylashgan urniga karab, buyrakni ochishni va olib tashlashlik uchun xar xil operativ yullar korin pardasi ortidan korin pardasi yoki kukrak korin orkali (retroperitoneal yoki torakoabdominal) mavjud.

Xozirgi zamonda korin pardasini tashkarisidan bikin orkali boradigan kesish yuli kuprok kullanilmokda. Bu yulni ochish uchun bel soxasidagi terini kesishni xam birnecha xil usullari bor.

Jumladan eng kup kullanilayotgan Federov tomonidan tavsiya kilingan egri kundlang kesish usuli bulib, bunda avvalom bor, belni orka kismida Nagamatts usuli kullanila. Ya'ni XI-XII kovurgalar kesib olib tashlanadi. Bu esa buyrakni yukori kismini ajratib, buyrak tomirlariga osonrok etib borishlik va ularni oldin boglab olishka va fakat shundan keyingina buyrakni xamma yogini ajratishlikka imkoniyat tugdiradi. Nagamatts usuli kullanilganda buyrakni olib tashlashlikda kullaniladigan ikki talab bajo etilishi lozim: buyrakni ajratmay turib uni kon tomirlari boglashlik va buyrak atrofidagi yog tukimasini ildizi bilan kushib olib tashlashlikdir.

Korin bushligi orkali borishlikni yaxshiligi shundaki, bu usul kulanilganda operatsiyani boshidayot buyrakni ajratmay turib va buyrakda xech kandy xarakat kilmay turib, uni tomirlarini boglab tashlashlikka imkoniyat tugiladi. Ba'zan buyrakni kon tomirlariga osonrok olib boruvchi bu yul orali (buyrak atrofidagi yog tukimalari kup rivojlangan ba'zan bu tukimalarni shishib taranglashib ketgani undagi kon tomirlarni kengayib va kup konayotgan, vena tomitrlarini sonini kupaygani tufayli) operatsiya kilishlik anchagina mushkul buladi.

Korin bushligi orkali boradigan bu yul kupincha operatsiyadan oldingi tashxis anik kuyilmagan bulsa, xamda bolalardagi Vilms usmasini olib tashlashlik uchun kilinayotgan operatsiyalar paytida kovurga va tos suyaklari orasidagi masofa kalta bulib, kovurga osti burchagi esa keng bulgan xolatlarida kulanilishi mumkin.

Ba'zan Nagamatts usulidan kam farklanuvi ammo buyrakni etarlicha eng kilib ochishga imkoniyat beruvchi kukrak –korin yuli xam kulaniladi. Usmani korin bushligi a'zolari (jigar ichaklar)ga usib kirishligi buyrakni olib tashlashlik uchun tuskin bulmasligi kerak, chunki buyrakdan tashkari jigar va ichaklarni jaroxatlangan joylarini xam kesib tashlash imkoniyati bor.

Buyrakni olib tashlamay usmani olib tashlashlik bemorda lgiz buyrak bulgan yoki xar ikkala buyraklar xam usma bilan jaroxatlangan xolatlardagina bajarilishi mumkin, chunki ikkinchi buyrakdagi usma asosiy usmani tomiri bulishi mumkin. Agar buyrakni jaroxatlangan joyini ba'zi bir sabablarga (jaroxat buyrakni asosiy tomirlarga yoki katta kon tomirlariga yakin joylashgan xolatlarda) kura olib tashlashlikka imkoniyat bulmasa, bu operatsiyani ekstrakarporal (organizmdan ajratilgan) sharoitlarda bajarishga tugri keladi.

Buyrakning xatarli usmalaridagi ilinadigan operatsiyani kat'iy bulishligini asosiy sharti, buyrakni pastki kovak venadagi venografiya yordamida aniklangan usma ivitmalarni, operatsiya paytida chikarishlik va kattalashgan aorta oldi xamda pastki kovak ven oldiga limfa tugunlarini yaxshilab olib tashlashlikdan iboratdir.

Oxirgi yillarda usma bilan jaroxatlangan buyrakni arteriya kon tomirini operatsiyadan avval toraytirish yoki butunlay berkitib yuborishlik choralarni kulanishi boshlanmokda. Kasallikni tasdiklovchi selektiv buyrak arteriografiyasini bajarilishi bilanok buyrakniarteriya kon tomiriga konni ivituvchi (kon ivitmasi, ezilgan mushak tolalari yoki ataylab tayyorlangan modda) yuboriladi yoki tomirga yuborilgan kateterni pufakchasi ishiriladi. Buyrakka arterial konni okib kirishi kamayishi bilan usma anchagina kichayadi, bu esa operatsiyani osonrok bajarishlik uchun kon okishni esa kamrok yukolishini ta'minlaydi.

Buyrak olib tashlash operatsiyadan keyingi xolatlardagi xar xil asoratlar ikkita asosiy guruxga bulinadi: xamrok bulib kelayotgan surunka kasalliklarni , operatsiya munosabati bilan avjga chikishidan, xamda operatsiya bilan boglik bulgan asoratlar.

Buyrak usmasi tufayli kilinayotgan operatsiyalardan keyingi ulim tobora ozaymokda. Agar XIX-XX asr boshlarida bunday ulimni soni 50-60%ni tashkil kilgan bulsa, xozirgi paytda 3-5% gacha kamaydi. Bemorni operatsiyadan keyingi ulimlarini asosiy sababi , yurak tomir kasalliklari va tromboemboliya xolatlardir.

NUR BILAN DAVOLASH.

Xozirgi kadar kattalarni buyraklaridagi usmaga karshi nur kulanishligini darkorligi xakida anik fikr yuk. Buyrak usmasini radiorezistent ya'ni nurga

ta'sirchanligi kam bulgan usma , nur bilan davolashda esa shunchaki ogir bemorlarda operatsiya kilish mumkin bulmagan xolatlarda yoki jalalar tufayli paydo bulgan kattik ogrikni koldirish uchun kullaniladigan vosita fikr bor.

Nur bilan davolashni kat'iy kilinmagan operatsiyalardan keyin (usma va uni tomirlari tarkalib ketgan buyrak atrofidagi yog tukimalarini, buyrakxamda pastki kovak venadagi kon ivitmasini olib tashlashlikni imkoniyati bulmaganda) xajmi juda katta , atrofga yopishib, tomirlab ketgan va operatsiya kilib olib tashlab yaxshi natijaga erishishga kuz etmagan buyraklar bulgani xolatlarda (kattik ogrikni koldirish yoki kon siyishni kamaytitrish uchun) kullashlik tavsiya etiladi.

DORI-DARMONLAR BILAN DAVOLASH.

Kim'yoviy – terapiya. Buyrak usmasini va uning jalalarini (kim'yoviy moddalarga ta'sirchanligini yukligi tufayli , ularni kullanishligiga xech kanday xojat yuk.

Gormonterapiya. Oxirgi yillarda buyrak usmasini gormonlar (estrogen antogistlar) bilan davolash usuli anchagina keng tarkalmokda. Bunga asos bulib, ilmiy tajribalar yordamida kalamushlarga estrogen yordamida chakirilgan buyrakusmasi 9adenoma va adenokartsinoma)ni rivojlanishini, estrogenlarga karshi bulgan androgen gormonlardan testosteron yoki progesteron yordamida ancha susaytirish imkoniyatini borligi aniklangan. Gistologik tasdiklangan, xamda operativ davolash uchun anchagina kechikib kolgan, jalalab ketgan buyrak usmasi bilan kasallangan bemorlarda xam gormonlar kullanilganda ularni kupchiligida xolatni anchagina yaxshilangani, ba'zilar esa usmani xajmi va suyakdagi jalalari xam kichaya borayotganligi aniklangan.

Kasalligi juda xam kechikib, xamma yokka jalalab ketgan buyrak usmasi bilan azoblanayotgan bemorlarda bizning mamlakatimizda ishlab chikarilgan oksiprogesteron kapronat 250-500 mg dan sutkasiga 3-4 oy mobaniyda mushak orasiga keng kullanimokda. Bu dori kasallikni borishini, operatsiyadan keyingi muddatlarda xam anchagina yaxshiladi. Agar buyrak usma tufayli kesib tashlangan bulsa xam okibat anchagina yaxshi bulmokda.

O k i b a t .

Buyrak usmasining okibati kasallikni boskichiga uni borligini aniklangan muddatiga va uzok yakin a'zolariga bergan jalalariga boglik. Eng yomon okibat tuyrakdagi usma tomirlarga usib kirgan bulsa yomon buladi.

Juda yomon okibatlar esa, endilikda operatsiya kilib bulmaydigan bemorlarda kuzatiladi. Birlamchi usma tobora usib boradi va uni tomirlari xar tomonga tarkaladi bemorlarni esa axvoli tobora yomonlashadi, bemorlar bexollashadilar, ozib-tuzadilar, kupincha bezgak kattik ogrik kon siyish kabi belgilar davom etadi. Bemorlar xolsizlikdan zaxarlanishdan kon siyishlikdan xalok buladilar. Bemorlarni yoshi kasallikni okibatida anchagina katta urin egallaydi, 40 yoshgacha bulgan bemorlar keksa yoshdagi bulgan bemorlarga nisbatan tezrok xalokatga uchraydilar.

Buyrak usmasini ba'zi belgilari (bezgak va varikotsele) xam yomon okibatni belgilari katoriga kiradi.

V I L M S U S M A S I .

(Buyrakni emrional adenomiosarkomasi).

Bolalarda uchraydigan xamma usmalarni 1G`3 kismini, buyrak usmalari tashkil kiladi. Ularni 95% esa, embrional tukimalarda kelib chikadigan va juda xatarli aralashda usma- Vilms usmasiga mansub. Bu usma xar kanday yoshdagi bolalarda xam uchraydi, ammo 2-5 yoshdagi gudaklarda kuprok buladi. Kiz chakaloklar xamda ugil bolalarda bir xil kuplikda tarkalgan. Bemorlarni 5% da Vilms usmasi ikki tomonlama xam bladi.

Etiologiyasi.

Vilms usmasi dizomriogenez (embrional rivojlanishini buzilgani) tufayli yuzaga kelgan xatarli usma katoriga kiradi.

Patologik anatomiyasi.

Vilms usmasini mikroskopik tuzilishi juda xar xil. Sarkamotoz, veretenoobraz xujayralar, yulduzsimon, yuamlok va farklanmagan embrional yoki neyrogen xarakterli, yadrolari tuk buyalgan, protoplazmaga kambashal, xar xil kurinishdagi katta kichik va atipik epitelial xujayralardan tashkil topgan buladi. Ba'zan pay tukimalarini orolchalari, sillik kundalang mushak tolalarini, embrional yoki voyaga etganrok turlarini, xamda neyroepitelial xujayralarini ba'zan esa suyak tukimalarini yog xujayralarini xam uchratish mumkin. Kaysi xujayralar turkumini kup va oz bulishiga kura, ularni xar xil munosabati yuksaladi. Buyrak kesilganda usma tugunlari ok rangli, ba'zan ola-chipor xam buladi. Usmani jalalari buyrak atrofidagi limfa tugunchalariga, keyinchalik esa upka, jigr va boshka a'zolarga boradi.

Belgisi va klinik okimi.

Vilms umasini boshlangich boskichlarida uni klinik belgilari xali kam bolalarda bexollik, kamkonlik, tajanglik, ishtaxasizlik, ozginlik va isitma kabi belgilarni uchratish mumkin. Bu belgilarni barchasi kasallikka xos bulmagani tufayli, odatda usmani anchagina kattalashib, kasallikni esa ogirlashib, ancha kechikib kolgan xolatlaridagina kasallikni aniklanishiga sabab buladi. Kupincha anchagina kattalashib kolgan usma, bolani chumiltirayotganda kukkisdan kuzga tashlanadi, ba'zan esa vrach kurigida topiladi. Usma avvalom bor ogriksizlik, bemalol urnidan siljiydigan, yuamlok yoki xar xil shaklda, yukorisi tekis yoki gadir-budir buladi. Kupincha kattik ba'zan kayishkok, ba'zan tulkullash aniklanadi. Usma kupincha 20 sm va undan xam katta xajmgacha usib, korinni tuzilishini va uning xajmini uzgartiradi. Kattalashgan buyrak, jigarni yoki kora jigarni ezib kukrak pardasini yukoriga itaradi va shu tufayli kukrak kafasini pastki kismi kengayib koladi.

Usma kasalligini keyingi xolatlarida buyrakni fibroz kobigi tarnglashuvi tufayli va nerv oxirlarini ezilishi natijasida, ogrik paydo buladi. Ogrikni paydo bulishi va uni kuchayishida, buyrakni tomirlarini egilishi xam katta urin egallaydi.

Ba'zi xollarda kon siyish, konsizlik va kon bosimining ortishi kabi xolatlari yuz beradi. Kon siyish usmani jomga tomon usib kirishini okibatidir. Kupincha usma emirilib kon tomirlarni eritib yuborgan xolatlarida xam agar usmani kobik pardasiga zarar etmagan bulsa, siydikda kon bulmasligi xam mumkin. kon siyish bel soxasida yoki korinda, arzimagan zarbani berilishi natijasida boshlanib ketishi mumkin. Bunday xolatlarda kon ivitmalarini siydik yullariga tikilib kolishi tufayli, kattik ogriklar paydo bulishi xam mumkin.

Pastki kovak venaga usmani usib kirishi yoki uni ezib kuyishi okibatida korin bushligida suyuklik-astsit yigilib korin shishib ketishi mumkin. Buyrak venasini bosilib kolishi, kollateral kon aylinishining paydo bulishi va varikotseleni yuzaga

chikarishi mumkin. Vilms usmasini anchagina erta jalalashishi, uning katta kichikligidan emas balki uziga xos uzgarishga va rivojlanishiga boglikdir. Odatda aval buyrakning atrofidagi limfa tugunchalari jaroxatlanadi, jalalar tufayli bel va jinsiy a'zolarida xar xil ogriklarni kelib chikaradi. Jalalar upkalarga jigarga va boshka a'zolariga xam borishi mumkin.

Tashxisi.

Kasallikni tashxisi uning klinik borishi, taxliliy, rentgenologik va boshka tekshiruvlar natijasida asoslanadi. Bemor bola kuzatilayotganda uning terisidagi vena kon tomirlarini xolatiga, korinni tuzilishiga va umurtka poganasiidagi egrilikka e'tibor berishi kerak. Mayda bolalarda varikotseleni paydo bulishligi xam buyrak usmasi borligi extimoli xakidagi fikr yuritishga imkoniyat beradi. Bolani kornini, tik turgaziB. Bikinga, yonboshga va chalkamcha tushirib yotkizilgan xolatda paypaslab tekshirish lozim. Ba'zi xolatlarda usmani paypaslash uchun bolaga xatto narkoz berishga tugri keladi.

Kupincha bemorni siydik analizida proteunuriya va leykotsituriya aniklanadi. Leykotseturiya asosan Vilms usmasiga infektsiya kushilib kolgan bulsa yuzaga chikadi. Vilms usmasi bilan jaroxatlangan bolalarni 20 % da SOE ancha baland buladi.

Usmani aniklashda rentgen tekshirish usullarini katta axamiyati bor. Obzor rentgenogrammalarda ichaklarni bir tomonga itarib turgan, ba'zan esa ba'zi joylari oxak toshga aylanib ketgan kattik usma kuzga tashlanishi mumkin. Bel mushagini rentgen soyasi, usma bor tomonda ancha xirarok bulib kurinsa ba'zan esa butunlay kurinmaydi. Bemorni yonboshlatib turib kilingana rentgen rasmlarida usmani soyasi, gazlarga tulgan yugon ichakni orkasida kurinadi. (korin bushligida usma bulgan xolatlarda yugon ichak bel tomonga surilgan buladi).

Buyrak usmasini anikrok kurish uchun odatda ekskretor urografiyaning pnevmoperitoneum va tomografiyalar bilan birgalikda kilinsa juda yaxshi buladi. Buyrakni vazifasi saklangan xolatlarida jom-kosachalarni usma bilan ezilib, notekis xolatlarda bulganligi tomogrammalarda xar xil soyalar sifatida kurinadi.(130-rasm).

(130-rasm. Ekskretor urogramma chap tomondagi Vilms usmasi).

Buyrak angiografiyasi kurilganda buyrak usmasini undagi kistalarga nisbatan kon tomirlariga anchagina boyib ketganligi kuzga tashlangan. Ammo bu kon tomirlarini notekis rivojlangani va usmani tashki chegarasi atrofida xar xil arteriovenoz paydo kilishligi usma uchun xarakterlidir.

Farklovchi tashxis.

Vilms usmasini eng avval suv buyrakdan farqlashga tugri keladi. Suv buyrak kasalligida ekskretor urografiya kilinganda unda jom-kosachalar umuman kurinmasligi yoki juda kengayib ketgan bulib, kurinishi mumkin. Agar usma bulsa, jom kosachalar ezilib, bir tomonga surilgan buladi yoki butunlay kurinmaydi.

Buyrak polikistozi bulgan xolatlarda xam kasallikni aniklash uchun ancha kiyinchilik tugiladi. Kasallikni ikkala tomonlamaligi, ekskretor urogrammalarda jom-kosachalarini uziga xos «urgimchaksimon» sifatlanishi, buyrak soxasida esa kurgina bir-birlari bilan kon tomirlar yordamida boglangan, ammo kon tomirlarga kambagal soxalarni angiogrammalarda uchrashi, ularni buyrak polikistoziga alokador ekanligidan darak beradi.

Rentgenologik belgilari bilan buyrak usmasiga uxshab ketuvchi, buyrak karbunkulini usmadan ajratib turuvchi belgilariga misol kilib kasallikni shiddat bilan boshlanishi xamda buyrak soxasidagi kizarish va mushaklarni taranglashishi, shikastlangan buyrakni ishlash kobilyatini butunlay yukolishi kabi belgilarni kursatish mumkin.

Usmani jalalarini bor yukligini (limfangoadenografiya, kukrak kafasining rentgenografiyasi, jigarni skanirovaniyasi yordamida) aniklashni axamiyati juda katta chunki bu xolat davolashga bulgan munosabatni belgilashga yordam beradi.

D a v o l a s h.

Bemor xar tomonlama (operatsiya, nur bilan ta'sir kilish va ximioterapiya yordamida) davolanganida natija yaxshirok buladi. Xirurgik operatsiya asosan buyrakni olib tashlashdan iborat. Agao upkalarda jalalar bulsa, upkani yarmi yoki bir kismi olib tashlanadi. Bolalarda buyrakni olib tashlash operatsiyasi kattalardagiga nisbatan anchagina boshkacha. Bolalarda usma anchagina katta xajmda bulganligidan u odatdagi, belda kilinadigan operatsion yaraga sigmaydi. Bundan tashkari odatdagi yara, buyrakni ajratmay turib, uni kon tomirlarini boglab olishga imkoniyat bermaydi. Shu sababdan bolalarda usma tufayli olib tashlanadigan buyrak korin bushligi orkali kilingan operatsi yarasi bilan bajariladi. Korinni oldingi devori, xanjarsimon usmadan kov suppasigacha kadar yoriladi. Korin bushligi ochilib uni ichki a'zolari kuzdan kechirilgach, yugon ichakdan 1 sm tashkarida korin pardasini orka varagi kesiladi. Ichaklar ichkariga tomon surilib, buyrakni kon tomirlari gavalantiriladi. Bu tomirlar boglangandan keyin, buyrak olib tashlanadi.

Buyrak bilan bir katorda upka va jigardagi jalalarni xam olib tashlash kerak buladi. Vilms usmasi ikki tomonlama bulganda buyraklarni rezektsiya kilinishiga yoki buyraklarni birinchi olib tashlash va ikkinchisini rezektsiya kilish kerak buladi.

Vilms usmasini nur bilan davolashni xar xil turlari mavjud:

operatsiyadan keyingi xolatlarda.

Operatsiyadan avval va undan keyingi xolatlarda.

Keskin operatsiya kilib bulmaydigan xolatlarda.

Mustakil davolash usuli sifatida.

Oxirgi yillarda nur bilan davolashni usmaga karshi kullaniladigan antibiotiklarni (aktinomitsin D, xrizomallin, bruneomitsin) xamkorligida, nurni antibiotiklarni usma atrofida yaxshirok tuplanishiga imkoniyat berish kobilyatidan foydalanilgani xolda olib borilmokda. Nur bilan davolanilganda juda katta kismini (usma joylashgan joy, atrofidagi jalalar) zararlashuvini nazarga olingani xolda odatdagidan yukori energiya tarmogini kullanishini kuzda tutilgan ma'kul. Vilms usmasini davolashda tuzukrok natijaga erishmok uchun, birlamchi oddiy maxalliy ulchov yigindisi sifatida 2000-4000 rad kuzda tutiladi. Kundalang maxalliy ulchov esa 150-200 rad tashkil kiladi.

Energiyani kiritish uchun kullaniladigan teri yuzasi va uning soni esa, davolashni kay sifatda tashkiil kilinishiga, ya'ni energiyani kuchi kancha kup tanlansa, shuncha kam teri saxni kerak buladi. Torlanuvchi nurlanish kushilganda 3-4 satx, gamma nurlanishda 5-6 satx ishlaniladi. Nur odatda jaroxatlangan buyrakni oldingi yonbosh yoki orka satxidan yuboriladi.

Vilms usmasini davolashda dori-darmonlardan operatsiyadan oldin va undan keyingi muddatlarda shuning bilan bir katorda, dori-darmonlardan, operatsiya kilishga imkoniyat bulmagan xolatlarda mustakil davolash usuli sifatida xam

foydalaniladi, odatda poliximioterapiyaga, ya'ni bir vakti uzida bir necha sistostatiklarni kullashga kuprok e'tibor beriladi, vinkristin va siklofosfan yoki ularga kushimcha kilinib olivomitsin kullanilashiga axamiyat berilgani ma'kul. Bunda dorilarni aloxida-aloxida kullanilgandagi mikdori ishlatiladi.

O k i b a t i.

Kasallikning okibati uni xatarlik darajasiga boglik. Operatsiyadan keyingi yashash muddatini kup yoki oz bulishi bolalarni yoshiga boglik. Katta yoshdagi bolalar ichida 5 yillik yashash muddati 30-50% ni tashkil kilsa, 1 yoshgacha bulgan gudaklarda bu muddat 80-90 %ni tashkil kiladi. Klinik tajribada agar bola operatsiyadan keyin 2 yil yashasa unda okibat yaxshi bulishini kutish mumkin.

BUYRAK JOMChASI VA SIYDIK NAYChASINI USMASI.

Buyrak jomini va siydik naychasini epitelial usmalari, uzlarini klinik okimi, davolash usullarini buyrak usmalarini davolash usullaridan farklanuvchi xatarli usmalarni aloxida turkumini tashkil kiladi. Jomlarni usmasi buyrak tukimalarini usmasiga karaganda anchagina kam uchraydi. Siydik naychasini usmalari esa bundan xam kam uchraydi, kasallik 40-60 yoshdagi odamlarda kuprok erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi.

Buyrak jomi va siydik naychasini epitelial usmalarini tarakkiyotini sababali, Qovuq usmasini kelib chikish sabablariga uxshashdir. Buyrak jomini kasbiy usmalari asosan (anilin buyoklar korxonalarini ishchilari), shu turkumdagi kishilarni Qovuqlarida paydo buladigan usmalariga nisbatan anchagina kam uchraydi. Jom va siydik naychasini xatarli usmalari anchagina kup tarkalgan. Bolgariya va Yugoslaviyada (xamma buyrak usmalarini 3-4 kismni tashkil kiladi). «Balkan nefropatiyasi»ni keng tarkalganligi sababli, usmaning kelib chikishini shunga boglashadi.

Patogenezi.

Kasallikni rivojlanishida kasbga oid xamda uz uzidan paydo buluvchi, ya'ni spontan deb ataluvchi usmalarni asosiy sababchisi bulgan kontserogen moddalarni kaysi xili siydikda mavjud bulmasin baribir asosiy urinni siydikni Qovuqda tuplanishi asosiy urin egallaydi. Mana shu sababli, ya'ni jomlarda siydikni umuman tuxtalmay utib ketishi tufayli bu erda usmalar, Qovuqdagiga nisbatan kamrok uchraydi, chunki Qovuqda siydik soatlab tuxtaladi. Siydik naychasida esa siydik umuman tuxtalmaydi. U siydik uchun xurjun emas, shuning uchun bu erda usma xam juda kam rivojlanadi.

Jom va siydik naychasining usmalarini rivojlanishiniomillaridan biri, kariyalardagi xar xil usmalarini bora-bora xatarli usma xolatiga utish xususiyati (kapilloma asta-sekin albatta rakga aylanadi) bulsa , ikkinchidan ularni siydik yullarini shillik pardasi buylab asosan yukoridan pastga karab tarkalish kobiliyatini borligidan iboratdir. Shunga kura, jom usmasini pastga tomon siydik naychasi buylab Qovuqlarga yunalishi ayniksa xar safar yangi erda paydo bulgan yangi usmani ilgarigisidan kura tobora xatarlirok bulishi aniklangan. Uzok yakinga ketadigan jalalar juda kam uchraydi.

Patologik anatomiya.

Jom va siydik naychasini epitelial usmalarini patologik anatomiyasi, Qovuqni usmasini tuzilishidan kam farklanadi. Usmalarni kuyidagi turkumlari : 1.papilloma

2.papilyar (sosochkovo`y) rak 3.ploskokltochno`y rak bor. avavaldada papillomalar xar doimdagidek tuzilishiga (uzun shoxlangan, ingichka oyokli) bulib, keyinchalik asta-sekin yugonlashadi, tuklari kaltayadi, epiteliyni ichkariga buklanib usish jarayoni boshlanadi. Bu esa papillomani rakka aylanishi demakdir.

Belgilari va klinik okimi.

Buyrak usmasidagi kabi kasallikni asosiy belgisi kon siyish, ogrik va kulga urinadigan usmadir. Ammo jom usmasida va ayniksa siydik naychasini usmasida kon siyish kamdan kam ogriksiz buladi. Buyrak soxasidagi uncha kattik bulmagan ogrik esa, usma tufayli siydik okishi buzilishining natijasidir. Buyrak sanchigidagi kabi tulgoksimon ogriklar odatda kon siyish bulganda kon ivitmalarini siydik yullariga tugon bulishi tufayli vujudga keladi. Odatda kon siyish paytida paypaslab, kattaygan buyrakni topib bulmaydi. Chunki buyrak bundan uncha uzgarmaydi. Buyrak ikkilamchi suv buyrak bulsagina kattayishi mumkin.

Tashxisi.

Siydikni taxlilxonada tekshirilsa proteunuriya, eritrotsituriya, ikkilamchi pielonefrit bulsa- leykotsituriya va bakteriuriya topiladi. Tashxisda katta urinni sistoskopiya egallaydi. Kon siyish paytida sistoskopiya kilinsa, osonlik bilan konni kaysi buyrakdan chikayotganligini aniklash mumkin. Usma siydik naychasini intramural kismida joylashgan bulsa, kupincha Qovuqqa usib chikib kolgan kislari kuzga tashlanadi. Agar usma Qovuqni siydik naychasini jumbagini atrofida joylashgan bulsa, bu usmalarni ikkilamchi usmalar deb, ya'ni jom yoki siydik naychasini usmasi deb tushunmok kerak. Siydik naychasiga katetr utkazilganda juda ajoyib belgi-katetr usmani soxasidan yotayotgani uning teshigidan xamda uning atrofidan kon ajraladi. Katetr usma soxasidan yukoriga utishi bilan uning teshigidan toza siydik chika boshlaydi. Bu Shevassyu belgisi tekshirilgandan oldin yoki kupincha undan keyin kilingan siydikni sitologik tekshirishlari katta natija beradi, chunki uning yordamida siydikda apitik xujayralar yoki ularning tupamlarini topish mumkin.

Tashxis kuyishda va usmani joylashgan urnini aniklashda rentgenni axamiyati katta. Ekskretor urogrammalarda jom, siydik naychasini usmalari joylashgan joyidan yukorgi kislarni kengayganligi va chala tulgan belgisi aniklanadi. Agar buyrakni vazifasini susayishi natijasida ekskretor urogrammalar yaxshi chikmasa, usmani katetr utkazayotganda yaralanishiga karamay, retrograd urogramma kilinadi. Jom usmasi bulganda, retrograd pielogrammada, jomni ichiga usib kirgan usma xisobiga chala tulish belgisi topiladi. (131 rasm). Siydik naychasini retrograd uretrogrammalarida kurinishi uziga xos usmani xar ikkala tomonidan kontrast modda utib «ilonni ogzi»ga uxshash shakl keltirib chikaradi. (132 rasm). (131 rasm). Retrograd pielogramma. Buyrak jomini papilyar raki. (132-rasm). Retrograd uretrogramma. Siydik naychasini papilyar raki tufayli paydo bulgan chala tulish belgisi.

Farklovchi tashxis.

Jomlarni umasini kupincha rentgen nurlarini tusmaydigan rentgenonegativ toshlardan farklashga tugri keladi, chunki xar ikkala kasallikda xam retrograd pielogramma kilinganda chala tulish belgisi topiladi. Ammo bemorni buyragini jomida tosh bulsa, rentgendagi chala tulish belgisi yumalokrok chegaraga ega bulgan shaklda kurinadi, aksari rentgen rasm, usmaga alokador bulsa, uning kirgoklari tekis

bulmaydi, usmani oyok kismiga kontrast modda bormaganligi tufayli u er kurinmaydi.

Agar tashxisda ravshanlik bulmasa, jomdagi toshni anikrok ajratib beruvchi pnevmopielografiya kilingani ma'kul.

D a v o s i.

Buyrak jomi va siydik naychasining usmasini birdan bir kat'iy davosi-operatsiyadir. Usma buyrak jomidan chikayotgan bulsa, shu buyrak uni siydik naychasi xamda Qovuqni jumbok atrofi bilan kushib (nefroureter ektomiya) olib tashlanadi. Bundan keskin operatsiya kilishlikni boisi shundaki, jom usmasi pastga, siydik naychasi xamda Qovuqqa tomon tarkalgan bulishi mumkin. Bu operatsiyalarni bajarish uchun terini kesishlikni ikkita aloxida usul bilan bajarilishi mumkin: oldin Qovuqni va siydik naychasini kesib olib tashlashlik uchun Pirogov usuli bilan, keyinchalik esa bel soxasidan kesilib buyrak olib tashlanadi.

Siydik naychasini pastki kismida birlamchi usma bulib, siydik yullarini yukori kismida xech kanday uzgarish yukligiga ishonch xosil kilingani takdirida buyrakni saklab kolishlikni mumkinligini kuzgolovchi operatsiya kilinadi, chunki xech-kachon usma pastdan yukoriga karab yunalmaydi. Bu xol Qovuq va siydik naychasini bir kismi olib tashlanadi va iloji bulsa siydik naycha Qovuq bilan ulanadi. (ureterotsistoanastomoz). Agar naychani katta kismi etishmasa, Boari operatsiyasini bajarishga tugri keladi.

Jom va siydik naychasining usmalariga kim'yoviy moddalarni ta'sirini bulmaganligi tufayli, nur xam kim'yoviy moddalar bilan davolashlikni xech kanday axamiyati yuk.

O k i b a t.

Keskin operatsiya kilingandan keyin okibat ancha yaxshi. Bemorlarga xar doim sistoskopiya tekshirishlar (kamida bir yilda 2 marta) utkazilib turilishi shart, chunki ba'zan Qovuqda usmani jalalari kechikib paydo bulishi mumkin.

KORIN PARDASINI ORKASIDAGI USMALAR VA BUYRAK YuKORISIDAGI BEZNI USMASI.

Korin pardasini orkasidagi xamda buyrakni yukorisidagi bezlarni usmalari siydik tanosil a'zolari usmalariga uxshab ketadi. Bu usmalarni buyraklarga va yukori siydik yullariga anatomik yakinligi xamda ularni buyrak usmalaridan farqlashlikni kiyinligi tufayli, ular urologiya tajribasida anchagina kup uchraydi.

KORIN PARDASINI ORKASIDAGI USMALAR.

Bu usmalar asosan 3 guruxga bulinadi:

Mezenximadan tarkalgan usmalar (lipomalar, fibromalar, liposarkomalar, fibrosarkomalar va xakazo).

Nerv tukimalaridan chikkan usmalar (neyrofibromalar, nevrilemmomalar. Shvannomalar, paragangliomalar).

Uistalar va teratomalar.

BELGILARI, KLINIK OKIMI.

Xromaffin tukimalarini usmalari – paragangliomalarni belgilari, feoxromotsitomalarini belgilarini xuddi uzi. Korin pardasini orkasidagi usmalarni boshka turlari, uzok vaktgacha va juda katta xajmga etmaguncha

sezilmaydi va xech kanday uzgarish bermaydi. Katta xajmdagi korin pardasini orkasidagi usma, atrof a'zolari ezib, belda va korin bushligida kattik ogrik paydo kiladi, kungilni aynishiga, kabziyatga, korinni shishishiga sabab buladi. Ba'zan bemor uzlarini yoki vrachlar tomonidan paypaslayotganlarida, bu usma kukkisdan kulga urinib kolishi xam mumkin. Usmani kechki belgilaridan biri bezgak bulib u usmani parchalanishi va atrof tukimalarga yiring tuplanishi natijasida yuzaga chikadi. Bundan tashkari varikotseli, astsit, korinni terisini ostidagi vena kon tomirlarini kengayishi, tuxumni venalarini pastki kovak venani usma ezib kuyishligi tufayli oyoklarda shish paydo buladi. Korin pardasini orkasidagi usmalar, jalalarni juda kam beradi.

T a s h x i s .

Korin pardasini orkasidagi, xajmi anchagina katta bulgan usmalarni paypaslab osongina aniklash mumkin. Ba'zan korinni ung yoki chap tomonida joylashgan, anchagina katta xajmdagi yumalok kattik yukorida kovurgani ostiga karab, pastga esa kichik tosgacha borib etgan usmani paypaslashga xam tugri keladi. Bunday katta xajmdagi korin pardasini orkasida joylashgan usmalar, yoshi anchagina borib kolgan bemorlarda uchrashligi, bu usmalarni asosan buyrakka alokasi bulmagan va uni tashkarisida rivojlanayotgan usmalarga mansubligidan darak beradi. Ammo kasallikni anik tashxisi rentgen tekshirishlar yordamidagina aniklanadi.

Umumiy rentgenogrammada buyrakni pastida joylashgan, yumalok usmani chegaralari aniklanadi. Bel mushagini soyasi kurinmaydi. Usmani chegaralari tomogrammalarda yoki korin pardasini orkasiga gaz yuborilib kilingan rasmlarda (pnevmoretroperitoneum), yanada anikrok kurinadi. Ekskretor urogrammalarda va retrograd ureteropielogrammalarda buyrakni yukoriga karab siljiganini, siydik naychasini esa ichkari tomon surilganini kurish mumkin. Buyrakni uz urnidan bu kadar siljiganini, radioizotop skanirovanie yoki stsintigrafiya usmani kattikligini xam aniklash mumkin. Agar yukorida kayd kilingan usullar yordamida usmani xarakterini aniklab bulmasa, usmani buyrakka alokasini bor-yukligini angiografiya yordmida xal kilinadi, veno kavografiya yordamida esa pastki kovak venani usma ezib kuygan – kuymaganligi yoki uning ichiga usib kirib ketganligini xakida ma'lumot olish mumkin. bu esa fakat kasallikni aniklash uchungina emas, balki operatsiya kilish mumkin yoki mumkin emasligini aniklab beradi.

Farklovchi tashxis.

Korin pardasini orkasidagi usmalari kupincha buyrak , me'da osti bezi yugon ichaklarni usmalaridan va kistalaridan, kobuxga uralib kolgan parda orkasidagi gurralardan farqlashga tugri keladi.

Bir tartibda kilingan rentgenologik va angiografik tekshiruvlar, odatda operatsiyadan oldin, tugri tashxis kuyishga tula ravishda imkoniyat beradi. Fakat ayrim xolatlardagina anik tashxis operatsiya kilinib, bryushina orkasini tekshirilgandan keyingina kuyishga tugri keladi.

D a v o l a s h .

Korin pardasini orkasidagi xatarsiz yoki xatarli usmalarni barchasini xam, keskin operatsiya kilinib olib tashlanishi darkor. Bu usmalarni xajmini juda katta bulishligi, ularni atrof a'zolar bilan jumladan pastki kovak vena, aorta bilan yopishib ketganligi tufayli, operatsiya juda kiyin davom etib, usma bilan bir katorda buyrakni kora jigarni olib tashlashlikka, oshkozon, ichaklar va oshkozon osti bezini xam jaroxatlangan

kismlarini kesib tashlashlikka majbur bulish xolatlari mavjud buladi. Bunday ogir operatsiyani bajarish uchun juda katta bel va korin soxasini egallovchi operatsiya yarasini kilishlikka tugri keladi.

O k i b a t .

Korin pardasini orkasidagi xatarli usmalarni okibati uncha yaxshi emas. Bemorlarni umrini 5 yilga chuzish fakat ayrim xolatlardagina mumkin buladi.

Bunday xolat, juda kup bemorlarni kasalliklarini aniklashda kulaniladigan tashxis usullardan keng foydalanish imkoniyatini xar vakt xam bulmasligidan deb tushunilsa buladi. Agar kasallik kancha erta aniklansa va unga karshi choralar uz vaktida kullanilsa, uning natijasi shuncha yaxshi buladi.

BUYRAK USTI BEZLARINING USMALARI.

Buyrak usti bezini usmalarini, bir-biridan butunlay fark kiladigan ikki asosiy turkumga belinadi. Buyrak usti bezini pustlogidan xmda uning mangizidan tashkil topuvchi usmalar. Birinchi turkum usmalari, ikkinchisiga karaganda kamrok uchraydi.

Buyrak usti bezini pustlogiga mansub usmalarga adenoma, kortikosteroma, androsteroma, kortikoestroma, aldosteroma va aralash shakllari kiradi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Bu usmalarni klinik belgilari, buyrak usti bezini pustlogi ishlab chikaradigan maxsulotini (glyukokortikoidlar, mineralokortikoidlar yoki androgenlar)ni ortib ketishi bilan boglik. Kortikosteromada xamma kortikosteroidlarni ishlab chikarilishi ortib ketadi va Itsenko-Kushinga (ortikcha semirish, arteriya kon bosimini balandlashuvi, bolalarni erta voyaga etishuvi, kattalar esa jinsiy a'zolarni vazifasini erta pasayishi) sindromi rivojlanadi. Juda kup mikdorda androgenlar ajratadigan androsteromalar uchun androgenital sindrom: ugil bolalarda erta voyaga etish, kizlarda yolgondakam , ayollarda virilyatsiya kabi belgilar xarakterlidir. Estrogenlarni ishlab chikaruvchi kortikoesteromada estrogenitalniy sindrom: erkaklarda ayollarga uxshab ketishlik (feminizatsiya) va jinsiy zaiflik rivojlanadi. Aldosteroma natijasida ortikcha ishlab chikariladigan aldosteron tufayli birlamchi aldosteronizm (muskullarini shalpayishi, changak, arteriya kon bosimining ortishi) kelib chikadi. Buyrak usti bezining okbigini aralash usmalari bulganda yukoridagi belgilarni xammasi xam uchrashuvi mumkin.

Buyrak usti bezlarini miya kismida nerv tolasidan yoki xromoffin tukimasidan – ganglionevroma yoki feoxromatsitoma (ancha kup uchraydi) rivojlanishi mumkin. Feoxromatsitomalar tuzilish jaxatdan xavfsiz bulsada, ammo ba'zan jala xam beradi va urtacha 10% xolatlarida xavfli shaklga utishi mumkin.

Feoxromatsitomani klinik kurinishi, uni vakti-vakti bilan konga kateoxolamin va noradrenalin)ni chikarib turishiga boglik. Bu moddalar arteriya kon bosimini ortishiga, kattik bosh ogrishiga va paroksizmal taxikardiya xujumini kelib chikishiga olib keladi. Ba'zan xujum korin soxasida ogrik nafasni kisilishi, kayd kilish, terlash kabi belgilarni xam paydo kiladi. Xujum kandaydir bir tashki, fizik vositaga (masalan: usmani paypaslanishi natijasida) yoki xayajonlanish natijasida xam ruyobga chikishi mumkin.

Ba'zan kasallik kaytlnadigan emas, balki doimiy tus olishi mumkin.

T a s h x i s .

Buyrak usti bezlarni usmalarini tashxisi, avvalom bor yukorida kayd kilingan, uziga xos tabiatli, klinik belgilarga asosan kuyiladi. Rentgenologik va taxliliy usullar bilan utkazilgan tekshirishlar esa tashxisni tasdiklaydi.

Buyrak usti bezining kobigini usmalari, siydikda gormonlarni ajralishini orttiradi: kortikosteromada –17 oksiketosteroidlar, androstiromada-17 ketosteroidlar, kortikoestromada – estrogenlarni ajralishi kupayadi. Feoxromotsitomada katezolaminlarni siydikdagi mikdorini fakat xujum paytidagina emas, balki tanchlik paytida xam ortikcha bulishligi aniklangan Paroksizmal arterial gipertenziya paytida esa, giperglikemiya va glikozuriya topiladi. Buyrak usti bezini usmasini tashxisi va ayniksa uning kaysi tomonda joylashganligi xakidagi ma'lumotlarni esa rentgenologik tekshiruvlar yordamida aniklanadi.

Rentgen suratlarida (ayniksa ravshan blib pnevmoretroperitoneum bilan birgalikda kilingan tomogrammalarda) uzgarmagan buyrak usti bezi, buyraklarni yukori kutbida uchburchak yoki yoy sifatida shakllanishadi. Buyrak usti bezida usma paydo bulsa, bezni soyasi kattalashib, yumalok xolatga utadi. (133-rasm). Oxirgi yillarda buyrak usti bezini usmasini aniklashda, buyrak usti bezining angiografiyasi muvoffakiyat bilan kullanilmokda. Uning arteriyasi, korin aortografiyasi paytida yoki katetrni uchini bu arteriyani ichiga kirgazib (nadpochechnikni selektiv arteriografiyasi) turilgani xolda kontrast moddaga tuldiriladi. Xuddi shu tarika buyrak usti usmasi bulgan tomonlarni tomirlarini tuzilishini aniklovchi, buyrak usti bezlarini venografiyasi xam bajariladi.

Buyrak usti bezining usmasi nishonlangan yod – xolestrol yordamida bajarilgan stsintigrafiyada xam topilishi mumkin.

Farklovchi tashxisi.

Buyrak usti bezlarini usmasini klinik belgilariga kura boshka endokrinologik kasalliklaridan (Itsenko Kushinga kasalligi va boshkalar) kon tomirlarini kasalliklari (gipertoniya kasali) dan va rentgenologik belgilarga kura buyrakni , oshkozon osti bezini usma va kistasidan, splenomegaliya va boshkalardan farqlash lozim. Buyrak usti bezlarini angiografiyasi bu borada eng yaxshi farklovchi tashxis usuliga kiradi.

D a v o s i .

Buyrak usti bezlrini xatarsiz xamda xatarli usmalarini xammasini xam asosiy davolash usuli operatsiya xisoblanadi. Buyrak usmasi olinganidagi kabi, buyrak usti bezining usmasini olish uchun Nagamayts usuli buyicha bikin yoriladi. Agar xojat tugilgudek bulsa, bikinga kushib, korin xam yorilishi mumkin. Buyrak usti bezini usmasini olib tashlash operatsiyasini bajarishdan oldin yaxshi, uziga xos tayyorgarlik kilinadi. Bu tayyorgarlikni muxim xosiyati bemorda, operatsiyadan keyingi fursatda yuz beradigan , buyrak usti bezining etishmovchiligini oldini olishlikdan iboratdir. Ung yoki chap buyrak usti bezining usmasi tufayli bu bezni gormon ishlab chikarish kobiliyati kuchaygan blishi mumkin. Shu sababli ikkinchi tomondagi bezni vazifasi ancha pasayib ketgan bulishi mumkin. Shuning uchun operatsiyadan oldin va undan keyin uz vaktida bemorga kushimcha gormon berilib turilmasa, buyrak usti bezining utkir etishmovchiligi kelib chikishi mumkin. Xuddi shuningdek, feoxromotsitoma olib tashlanganda esa albatta katezolaminlar yuborilib turilishi zarur.

Feoxromotsitomasi bor bemorlarga operatsiyadan oldingi muxlatda operatsiyadan 3 kun oldin adrenoblok kiluvchi moddar yuboriladi: fentalamin

(retjitin) 0,5-1% li eritmasidan 1 ml 1-2 marta muskul orasiga yoki vena ichiga. Kortikosteroid gormonlar bilan utkaziladigan tayyorgarlik kiska muddatli bulgani ma'kul. Operatsiya arafasida kechkurun va ertalab operatsiyadan oldin, 75 ml2 gidrokortizon muskul orasiga yuboriladi.

Operatsiyadan keyingi muxlatda, kortikosteroma olib tashlangan bemorlar kortikosteroid gormonlar bilan davolanishlari kerak. Birinchi xafta davomida mushak orasiga kuniga 6 marta 75 mg dan asta-sekin kamaytirib kuniga 1-2 marta 50 mg gacha operatsiyadan keyin 8-chi kundun boshlab prenizolon asta-sekin 15 mg dan kamaytirib borib, 14 kun 5 mg sutkaga tushiriladi.

Feoxromotsitoma olib tashlangandan keyin utkir kolleks xavfi tugiladi. Uning oldini olish uchun bemorga kon kuyish va venasiga tomchilab angiotenzinamid (gipertenzin) minutiga 3-10 mkg yoki noradrenalin girodtartrat (5% -1 litr glyukozaga 4-8 mg kushib minutiga 20-60 tomchi xisobiga yuborib turish kerak.

(133 rasm). Buyrak usti bezining usmasini rentgenogrammasi.

A-pnevmoretroperitoneum. Ung buyrak usti bezining usmasi.

B-Aortografiya. Ung nadpochesnikni usmasi (nayzalar bilan kursatilgan).

O k i b a t.

Buyrak usti bezining usmasini okibati uning xatarligidan va uni uz vaktida operatsiya kilinib tashlanishiga boglik. Oxirgi yillarda anesteziologiyani yutuklari, operatsiya kilish usullarini mukammalashuvi, gormonal moddalar keng foydalanilganligi tufayli buyrak usti bezlarinini usmalarini operatsiya usuli bilan davolash ancha yaxshi natijalar bermokda.

QOVUQ USMALARI.

Qovuq usmalari barcha usmalarni 4% - tashkil kilsada ular kuplik jixatdan oshkozon, kizilungach, upka va xikildoklar usmalaridan ustunlik kila olmaydi. Jaxon statistikasing ma'lumotiga kura bu kasallik tobora kupayib bormokda.

Qovuq usmasi erkaklarda, ayollarga nisbatan anchagina kup uchraydi. (4:1 nisbatda). Usmani erkaklarda kuprok uchrashi, ularni kontserogen moddalar bilan kuprok alokada bulishlari va siydikni Qovuqda uzok saklanishiga boglik bulsa kerak deb faraz kilinadi.

Qovuq usmalari odatda yoshi 50 dan oshgan kishilarda uchraydi. Usma Qovuqni xar kandy joyida paydo bulishi mumkin, ammo kuprok Leto uchburchagida va unga yakin atrofda kuprok joylashadi.

Usmani kup (95%) kismi epiteliydan tashkil topadi, ya'ni Qovuqni ichki satxini koplaydigan perexodnoy epiteliy (uroteliy) dan rivojlanadi.

P a t o g e n e z i.

Usmalarni kupincha buyrak jomi yoki siydik naychasida emas, balki Qovuqda uchrashi, kolaversa uni xar kandy xolatlarda xam shillik pardasi siydik bilan xulanib turuvchi uchburchagi, yoki bugzida paydo bulishligi bexos bulmasa kerak albatta. Yoshi ulgayib kolgan erkaklarni kovugida usmalarni kuprok uchrashuvi ulardagi siydikni uzok tutilishi okibati ekanligi sir emas.

Xozirgi zamon ma'lumotlariga kura Qovuq usmasini kelib chikishida atrof muxitdagi kontserogen moddalarni asosan tutun, mashinalardan ajraladigan is va xakozalarni katta xamiyati bor. Qovuq raki bilan ogriyotgan bemorlar orasida kushandalarning kupligi, tamaki chekish bilan Qovuq usmalarini paydo bulishi orasida katta aloka bor, degan xulosa kilishga imkoniyat beradi. Siydikni Qovuqda

uzok saklanishida endogen kim'yoviy moddalarni patogenetik axamiyati katta. Qovuqqa tushib uning shillik pardasiga ta'sir kursatadigan kim'viy faktorlarni kupincha siydik yullari orkali kelishlari aniklangan.

Patologik anatomiyasi.

Qovuq usmalari birlamchi va ikkilamchi bulishlari mumkin. Ikkilamchi usmalar deb Qovuq atrofidagi a'zolarning usmalarini Qovuqqa tomon usib kirgan xolatlari tushuniladi.

Bundan tashkari Qovuq usmalarini epitelial bulmagan turlari mavjud. Bezarar epitelial bulmagan usmalar, fibromalar, miomalar, fibromiksomalar, gemangiomalar klinik tajribada juda kam uchraydi. Bu usmalar kupincha erkaklarda uchraydi va xar kanday yoshga xam mansub. Sarkomalar upkalarga, plevruga, jigarga va boshka a'zolarga, limfa tugunchalariga juda erta jalalar berish xamda Qovuqni ichkari kavatlalariga usib kirib boshka a'zolarga utib ketish kobiliyatiga egadirlar.

Qovuqni epitelial usmalaridan papiloma va rak kup uchraydi. Papiloma deganda tuzilishiga ega bulgan xavfsiz fibro epitelial usmalar tushuniladi. Qovuqda uchraydigan papillomalarga bunday tushunish mutlako tugri kelmaydi. Chunki bu usmalarni orasida anchagina pogramichno`y va perexodniy turlarga bulinganligi uchun, ularni vaktincha bezarar «papillomalara» turkumiga xos deb aytishga tugri keladi. Kupincha bezarar papillomalarni olib tashlanganidan keyin, bir necha vakt utib ularni urniga kaytadan, raklarga xos xususiyatga ega bulgan usmalar paydo bulishligi ma'lum. Qovuqni papilomasi mustakil bezarar usma bulmay, balki rakga olib boruvchi blastomatoz jarayonini boshlangich boskichidir. Qovuqni usmalarini kuyidagi morfologik tasnifi tajribada kullash uchun anchagina kulay.

odatdagi papilyar fibroepitelioma

atipik papilyar fibroepitelioma

papilyar rak

salidniy (pervichno-nifiltriruyuhiy) rak.

Odatdgi papilyar fibroepitelioma – bu kulrang yoki kizgich- sarik, ingichka ayokda shoxlangan usma bulib, uni ingichka surgich shoxchalari xilpirab turadi. Usma atrofini kurshab olgan , Qovuqni shillik pardasi xech uzgarmagan buladi. Bu guruxdagi usmalarni uziga xos eng asosiy belgilaridan biri, ularni chetga chikmagan, Qovuqni ichiga karab usadigan, ingichka oyokli epitelial usma ekanligida.

Atipik papilyar fibroepitelialamani odatdagidan makroskopik farki, uning oyogini yugonligi bilan tuklarini semizrok, kupolrokligi va kupligi bilan fark kiladi. Uning xajmi xar xil bulib, tez usadi. Ba'zan usmani atrofidagi shillik pardani yalliglangan joylarini ozrok shish va polipoz usmalarni uchratish mumkin.

Atipik fibroepiteliamani makroskopik tuzilishi, uzining notugri tuzilgan atipik formadagi xujayralari, kalta yadro va yadrochalari, kup sonli assimetrik metozlari va xujayra katorlarini notugri tuzilishi bilan farklanadi, ammo xatarli gistologik belgisi tomirlanib usishi xali yuk. Bu usmalar devorni pastki katlamlariga kirib utmaydi va jalalar bermaydi.

Papilyar rak Qovuqni eng kup uchraydigan usmalar turkumidan, tashki kurinishidan, atipik papilyar fibroepiteliomaga uxshasada, ammo keng ayokda joylashgan bulib, xajmi ancha katta buladi. Surgichlari kalta, yugon, osonlik bilan yaralanadigan va yumiriladigan buladi. Usma yolgiz yoki bir nechta bulishi mumkin. bu guruxdagi

usmalarni asosiy gistologik belgisi ularning epiteliyasini tomirlab usishda epiteliya, ayniksa pastki katlamlarda juda uzgaruvchan buladi.

Yukorida kurilgan uch xil usmalar okibatda rakka aylanadigan bir jarayonni uch boskichi deb tushunilsa xam buladi.

Birpasta, yoki birlamchi sngib usuvchi rak, uzining ichkariga karab usishi farklanadi. U Qovuqni ichiga osilmaydi, atrofga tez tarkaladi va chiriydi, yakin atrofi tezda yalliglanadi.

Rak usmasi usa borib, Qovuq devorini asta-sekin kamraydi va Qovuqni ichini tuldirib yuboriladi.

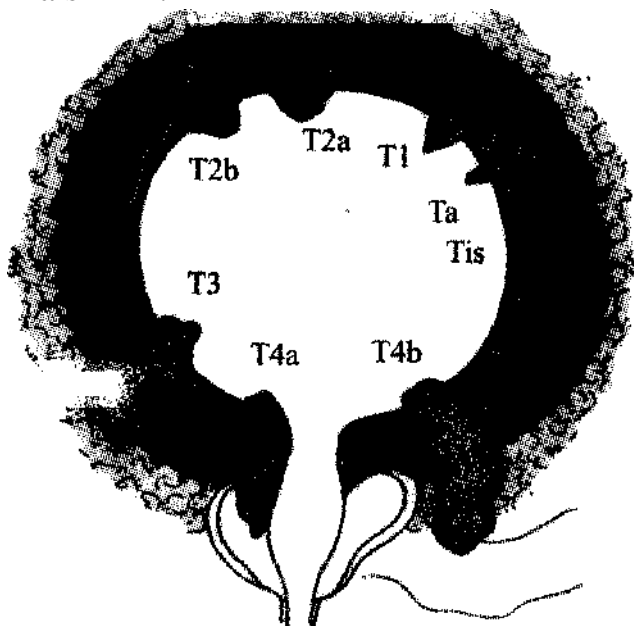
Qovuqni devori keskin kalinlashadi va taranglashadi. Siydik naychalarini jumboklarini kurshab olib , uni tashkaridan ezib kuyadi. Buning natijasida buyrakdan siydikni ajralishi keskin buziladi, siydik naychasi va jomlar kengaya boradi, bunga tezlik bilan infektsiya kushiladi.

Qovuqni rakini siydik kanaliga tarkalish xollari juda kam uchraydi.

Usma Qovuqni chegarasidan chikib, atrof tukimalarga va kushni a'zolarga, kichik tosni tukimalariga tugri ichakka, prostata beziga, bachadon, kinga, korinni terisiga usib kirishi mumkin. Qovuqni gumbaziga joylashgan rak, korin bushligiga usib kirib, korin pardasiga tarkalishi mumkin.

Qovuq rakini jalalari kupincha yakin atrof limfa tugunchalariga tarkaladi. Usmani Qovuq devoriga tobora tarkalishi, kon tomirlarga usib kirishi natijasida, uzokroktdagi a'zolarga (upka, jiggar, suyaklar) xam jalalar tarkaladi. Ammo bunday jalalar juda kam uchraydi.

T a s n i f .



Qovuq rakining eng voyaga etgan tasnifi Xalkaro rakga karshi ittifokni tavsiya kilgan tasnifi xisoblanadi. (134-rasm).

(134 rasm. Qovuq rakini xalkaro tasnifi.)

Bu tasnif blastomatoz jararyonini uchta boskichini, ya'ni Qovuqda va uning yakin atrofidagi blastomatoz jararyonini tarakkiyot darajasini ifodalovchi uchta tarkibiy kismini uz ichiga oladi: birlamchi usma darajasi T, unga xos rakamlar bilan (1,2,3 yoki 4 bilan) yakin atrof limfa tugunlarini jaroxatlanishi-№, uzok a'zolardagi jalalarni-M, xarf bilan belgilanadi. Jalalarni xamda limfa tugunchalardagi jalalarni

yukligini –O (№, №0 uzokdagi jalalarni borligini 1 rakam bilan 0 (№1, №2) tekshirishlarni natijasini X- xarfi bilan (№x, Mx) .

T1 – Qovuqni asos membranasini emiruvchi, shillik pardasini va epiteliya osti kushuv tukimalarini jaroxatlovchi rak usma.

T2 – mushak katlamiga usib kirayotgan usma.

T3 – mushak katlamiga usib kirgan usma.

T4 – Qovuqni devoriga, Qovuq atrofidagi yog tukimalariga va kushni a'zolarga usib kirgan usma.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Qovuq usmalarini belgilari, asosan kon siyish va peshobni buzilishidan iborat. Qovuq usmasi, Qovuq devoriga singib usmagan xolatlarida uzok vaqtgacha peshobni aynimasligi mumkin. Kon siyish belgisi, peshobni aynishiga karaganda ertarok yuzaga chikadigan belgi, chunki kon siyish belgisi usmani tuklarini, Qovuq kiskargan paytlarida juda oson jaroxatlanishi tufayli yuzaga chikadi.

Qovuq usmasida uchraydigan kon siyish bulgisi, peshobni boshlanishidan oxirigacha davom etgan bulishi, yoki (terminal) fakat peshobni tugash paytida, Qovuq kiskarganda boshlanadigan bulishi mumkin. Mikrogematuriya (eritrotsituriya) kamrok uchraydi.

Qovuq usmasida kuruladigan kon siyish katta tezlikda va kancha vaqt davom etishi xammada xar xil. Ba'zan kon siyish kiska vaqt davom etsa, bir necha oylar xatto yillar davomida fakat 1-2 martagina takrorlansa, ba'zi xollarda esa, tez-tez konab, birnecha kunlar davomida, xatto tuxtamasdan doimiy ravishda davom etishi mumkin. Ancha rivojlangan, kechikib aniklangan va chirishga boshlangan usmalar tuxtamay konaydigan bulib koladilar.

Kon siyish turlicha buladi: salgina kizgich rangga buyalgan siydikdan, kip-kizil rangli, ichida kon ivitmalari bor suyaklik darajasigacha bulishi mumkin. Ba'zi vaqtlarda Qovuqni usmasidan ajralayotgan konni mikdori shu kadar kupayadiki, xatto ivib, Qovuqni ichini ivitmaga tuldirib kuyadi. Buning natijasida bemorni xattoki, siydigini ajralish kiyinlashadi va ba'zan butunlay tutilib xam koladi. Siydikda kondan boshka xar xil uzgarishlar xam uchrab turadi.

Qovuqdan va yukori siydik yullarijan sidikni kiyinchilik bilan ajralishi, Qovuqdagi usmani chirishi va buni ustiga infektsiyani xam kuyilishi , Qovuqni va yukori siydik yullarini yalliglanishiga olib boradi.

Siydik tarkibida yiring bulib, achima ammiak xid tarkaydi, fosfat tuzlar chukmaga tushadi.

Agar usma Qovuqni devoriga singib usayotgan bulsa, bemor siyish paytida ayniksa, uni tugatishiga yakin, kattik ogrik sezadi va shunga karamay baribir extiyojga tez-tez yugurishga majbur buladi. Ba'zan usmani Qovuq devoriga singib usgan xolatlarida, bemorlar xojatga bormasalar xam, doimiy kattik ogrikdan azob chekadilar. Ogrikni chotni orasiga, jinsiy a'zolarga, dumbaga, dumgazaga, boldirga yunalishi, bu erdagi nerv tollariga xam usmaning usib kirayotganligidan dalolat beradi.

Usma Qovuqni devoriga va atrof tukimalarga usib kirib, keyinchalik nekroz berishi tufayli, tugri ichak, jinsiy a'zolar bilan Qovuq orasida darcha paydo bulishiga olib boradi.

Usmani Qovuq devoriga singib usib, naychalarni jumbogini ezib kuyishi mumkin. buning natijasida bemorlarda kattik ogrik paydo bulishi, buyraklarda yalliglanish va suvbuyrakni rivojlanishini mumkin. Agar xar ikkala jumbok xam ezilib kolsa, buyrak etishmovchiligi, xamda uremiyani belgilari yuazaga chikadi.

T a s h x i s i.

Vazifa fakat Qovuqda yangi paydo bulgan usmalargina borligini aniklash emas, balki ularning boskichini, usmani atrofidagi Qovuqni shillik pardasini va yukori siydik yullarni xolatini, metatazlarini bor yukligini xam yaxshilab bilib olish lozim. Bu esa fakat siydik yullarinigina emas, balki xamma a'zolarini xam xolatini yaxshilab urganishlikni talab kiladi. Olingan ma'lumotlarga kura, bemorni operatsiya kilishlik mumkin emasligini, kanday operatsiya kilishlik ma'kulligini xamda bemorni operatsiyaga tayyorlash choralari belgilanib olinadi. Qovuq usmasini tashxisini kup xildir.

Paypaslash. Usmani xajmini uning atrof a'zolarga alokasini aniklashda ikki kul bilan Qovuqni paypaslash katta axamiyatga ega. Buning uchun bitta kul korinni pastki kismiga, Qovuqni ustiga kiinchi kulni panjalari esa orka peshobga (yoki kinga) kirgizilib paypaslanadi. Tekshirishdan yaxshi natija olishlik uchun, Qovuqdagi siydik va ichakdagi axlat chikarilib yuborilgan bulishi lozim. Bu usulda paypaslash natijasida Qovuqdagi kattik usmani , uning tukimalarini xolatini va ularni tos tukimalariga, tugri ichakka prostata beziga bachadon va kinga yoki tos suyaklarga tarkalganini aniklash mumkin.

Qovuqni bugzida joylashgan va Qovuq suppasini orakasidagi usmalarni paypaslash ancha mushkul. Paypaslash usma aniklanmagan takdirida xam uni bor yukligi xakida birdaniga xulosa kilish kiyin. Shuni xam aytish kerakki, Qovuqni devorini kalinlashuvi, usmani borligidan emas balki yalliglanishidan paydo buladi.

Siydikni chukmasidan xujayralarni kidirish, Qovuq usmasini tashxisida katta axamiyatga ega. Siydik chukmasida yolgiz usma xujayralarni yoki ularni tuplamlarini topilishi, Qovuq usmasiga xos belgilardan xisoblanadi. Rakni belgilari kuyidagicha : 1. yugon xujayralarning borligi. 2. Xujayralarni xar-xilligi. 3. Xujayra xajmini xar xilligi. 4. Negizlaridagi uzgarishlar.

Tashxis uchun mayda rak xujayralarini tuplamini, ya'ni uning tukimalaridan mayda parchalarni topilishi, aloxida xujayralarni borligidan katta axamiyatga egadir.

Siydik chukmasida xujayralarni tekshirish Qovuq usmalarini aniklashda kushimcha axamiyatga ega. Uning foydasi ayniksa Qovuqni ichini kurish yoki boshka tekshirish usullarini bajarib bulmagan xolatlarda va boshka katta tekshirishlar yordamida olingan ma'lumotlarni natija bermagan xollarda Qovuqda usma yuk deyilgani emas.

Tsistoskopiya. Qovuqda usma borligiga gumon bulganda sistoskopik tekshirishni axamiyati juda katta. Uning yordamida usmani kuz bilan kurish. Uning joylashgan urnini, xajmini sonini va tashki tuzilishini, atrofidagi shillik pardani xolatini , siydik naychalarini jumbogini va boshkalarni kurish mumkin.

Qovuqni devoriga singmay usgan papilyar usmalarni sistoskopiya yordamida aniklash juda oson. Sistoskopiya usmalar Qovuqni devoriga singib usgan xolatlarida, ancha murakkablashadi, chunki bu xolda sistoskopni Qovuqni ichiga utkazish ancha mushkullashadi. Qovuqni kurish ancha kiyinlashadi. Chunki bunda Qovuq kupincha kongga tulib koladi.

Qovuqni devorga singib usmadiygan papilyar usmalari, sistoskopiya ingichka ayokli, uzun-uzun tukli usma shaklida gavdalanadi. Usma atrofida shillik parda uzgarmagan. Usmalarga sinchiklab karalganda, ularni ichida daraxtga uxshagan tomirlar gavdalanadi. Usmani Qovuq devoriga singa boshlanayotganligini birinchi belgisi uning atrofida shillik parda kon tomirlarini kupayib borishida.

Usma Qovuq devoriga singigan sayin uning oyoklari kaltayadi va yugonlasha borib, usmaga kushilib yuk bulib ketadi. Usmani asosi xam yugonlashadi, atrofida shillik parda shishadi. Kizil rangga buyaladi. Endi usmani kurinishi gusht bulimiga uxshab koladi. Ustidagi tuklari yukoladi, ba'zi joylari emirilib, yiringlashadi, ustiga tuzlar chukadi, chegarasi yukoldi va atrof tukimalardan ajratib bulmaydigan xolatga utadi. Usmani siydik naychalarini jumbogiga yakin joylashgan xolatlarida jumbokni tuzilishi xam uzgaradi. Qovuqni singib usadigan usmalari avvaldanok keng tarkalgan bulib usadi, tuklari bulmaydi.

Ular Qovuqni ichiga karab kam usadi. Kupincha Qovuq devorini kalinlashtiradi. Bu usmalarni kupincha maxalliy yoki yarali chakmazak bilan almashtirib kuyish mumkin.

Qovuqda kup sonli usmalar bulganda ular xar xil bulimlariga joylashgan bulishlari va bir-birlariga uxshamasliklari mumkin. (135-rasm. Rangli ilovaga karang).

Qovuqni divertikulida joylashgan yoki uncha katta bulmagan birlamchi singib usuvi usmalarini ba'zan sistoskopiya kurmay utkazib yuborish xam mumkin.

136 rasm. Sistogramma. Qovuq chap devoriga singib usuvchi usma.

Endovezikal biopsiya- Qovuqni ichidan, sistoskop yordamida tukim olib tekshirish, Qovuqdagi patalogik jarayonini turini aniklash katta axamiyati bor. Ammo operatsion sistoskop yordamida usmani fakat yukori kismigina olib tekshirilishi mumkin bulganligi tufayli, usmani xatarli yoki bezarar ekanligini anik berib bulmaydi. Chunki usmani xatarli bulishligini pastki chukrrok kismalaridan olib tekshirilganda bilinadi. Shu munosabat bilan oxirgi paytlarda endovezikal biopsiyani fakat ayrim xolatlardagina kullanilmokda.

Rentgenologik tekshirishlar xam Qovuq usmasini aniklashda uni darajasini bulgilashda va yukori siydik yullarini xolatini aniklashda katta axamiyatga ega.

Tsistografiya kilinganda Qovuqni singib usmagan usmalari Qovuqni tashki chegarasini buzmaydi, fakat «chala tuldirish» belgisini beradi xolos. Qovuqni kirgoklarini notekis tulishi (devorni kamtiklashuvi, chegaralarni emirilishi, bugizni soyasini yukoriga kutarilishi) usmani Qovuq devoriga singib usayotganidan dalolat beradi. (136 rasm).

Usmani Qovuqni atrofida tukimalarga usib kirishi, Qovuqni kiyshayib kolishiga sabab buladi.

Politsistografiya usuli bor plyonkada bir nechta sistogarmmalarni Qovuqni kontrast modda tuldirib xar xil xolatlarida rasmini olishdan iborat.

Shunday kilinganda Qovuqning devorini kiskarish imkoniyati tekshiriladi. Qovuq devoriga usma singib borganda Qovuqni kiskarish kobiliyati albatta uzgaradi. Usmani xajmini uni joylashgan urnini aniklashda juda xam kimmatli ma'lumotlarni chukmali sistogramma (bariy sulfati va kislrod yordamida) olinadi.

Eng yaxshi kurinishli rasm, papilyar usmalarni rasmlarida buladi, chunki usmani tuklarini orasiga bariy kirib olib, usmani yaxshi gavdalantiradi. Chukma

sistogrammani, periitsstografiya bilan kushib kilinsa, yanada yaxshi buladi. Kislorodni Qovuq atrofida tukimaga, chotni oraligini igna bilan teshib yuboriladi. Gaz xamda Qovuqni ichki bushligidagi bariy orasida Qovuqni devori yakkol kurinadi.

Ekskretor urografiya yordamida jom va siydik naychalarida papilyar usmalarni bor-yukligi, bu erda siydikni ajralishi, jomlardagi siydik va Qovuqdagi anatomik uzgarishlar aniklanadi. Kechikib kilingan sistogrammalarda Qovuqni ichidagi uzgarishlarni kurish mumkin.

Siydik naychalaini pastki kismlarini usma ezib kuygan xollarida ekskretor urografiya kilinsa, uning yordamida buyrakni xolati siydikni ajralishi buzilishi kabi uzgarishlarni aniklash mumkin.

Tosni venografiyasi yordamida usmani atrofda tarkalishi, uning kaysi tarafga usayotganligi aniklanadi. Venalarni bir tomonlama kuprok rivojlanishi va boshka tomonda mayda venalarni kupayishi, katta kon tomirlarni yonboshga surilishi kabi xolatlarni aniklash mumkin. 137-rasm.

138-rasm. Qovuq rakidagi limfogramma. A-tomir fazasi limfa tomirlarini buzilishi; B-adenografik faza, limfa tugunchalarida (deffekt naponeniya) «chala tulish» belgisi.

Tos arteriografiyasini xam, usmani Qovuq devoridagi va uni tashkarisidagi rivojlanish darajasini belgilash uchun kullaniladi. Qovuqni devoriga singib usmagan usmalar bulsa, tosni yirik kon tomirlarida uzgarish bulmaydi. Fakat usma bor joyda Qovuqni tomirlari ozgina uzgaradi xolos. Usma singib usgan bulsa, u xolda usmani ichiga karab kirib borayotgan kon tomirlar topiladi. Oxirgi paytlarda ultrazvuk tekshirishlar kullanilayotganligi munosabati bilan arteriya va venograiyadan kam foydalanilmokda.

Limfangiografiya yordamida tos va korin bushligining tomirlarini atrofida jalalar aniklanadi. Limfa tugunchalarini limfa tomirlarini utkazish kobiliyati saklangan bulsa, ularning ichida kontrast modda kurinadi. Agar jalalar tufayli ular berkilib kolgan ublsa albatta xech narsa kurinmaydi (138-rasm) Limfa tomirlarini butunlay tusilib kolishini radioizotop limfaskanirovanie yoki limfostintografiya yordamida aniklangan va yukorida kursatilgan limfa tugunchalarini xamma jaroxatlari, lipomatoz va fibro skleroz kasalliklarida buladigan uzgarishlarda xam buladi. Ularni xech kanday rentgen tekshirishlar bilan tekshirib, jalalardan ajratib bulmaydi. 139-rasm. Exogramma Qovuqni singimay usadigan usmasi buyicha kesilgan. Demak, limfografiya limfa tugunchalarida jalalarni aniklash juda xam olijanov usul ekan. Usmani Qovuq devoriga singib usganligi darajasini xozirda kuprok exografiya (ultrazvuk bilan skanirovanie kilish) yordamida aniklanmokda. (139-rasm). Ultrazvuk skanirovaniesini fakat suyuklik bilan tuldirilgan xolatlardagina bajarish mumkin. Ikki ulchovli exogrammalarda Qovuqni buyicha va kundalangiga kilingan kesmalarni olish mumkin. Ultrazvukni rasmlariga kura, Qovuq usmalarini uch xolatini kurish mumkin. 1. Usma Qovuqni shillik pardasini va uning ostidagi kavatini egallagan. 2. Usma Qovuq devorini mushak kavatiga usib, Qovuq devorini tuzilishini uzgartirgan. 3. Usma Qovuq devoridan utib, uning yakinidagi tukimalarga xam utgan.

Farklovchi tashxis.

Qovuq usmasini Qovuqni sistoskop yordamida tekshirilganda xam ajratib bulmaydigan, xar xil patalogik jarayonlar bilan farqlash lozim. Bunday jarayonlarga Qovuqni silini yoki zaxmni usmaga uxshash granulyatsiyalari, silni yarasi yoki boshka oddiy yaralar endometriaz, surunka gemorogik chekmazak, Qovuqni uzelkoviy periarteriti. Qovuqni birlamchi usmasini, uning deovriga usib kirgan bachadon yoki uni ortiklarini prostata bezini, tugri ichakni va boshkalarni usmalarini, sistoskopda ukrib bir biridan ajratib bulmaydi.

Farklovchi tashxis juda kiyin, shuning uchun bemor xar tomonlama tekshirilishi lozim.

Qovuq usmasini yukorida kursatilgan barcha kasalliklardan farqlash uchun biopsiya kilingani ma'kul.

Davolash.

Qovuq usmalarini davolashni operativ va konservativ usullari mavjud. Operativ usullarga Qovuqni ichidagi usmani asboblar yordamida olish yoki Qovuqni yorib jarroxlik usullarini kullashlikdan iborat.

Operativ davolash.

Endovezikal elektrokaagulyatsiya ya'ni Qovuqni ichkarisidan elektr yordamida kuydirish, Qovuqdagi papilomalarni davolashdagi asosiy usullardan xisoblanadi. Buning uchun Qovuqni yorish kerak bulmaydi. Bemorlar operatsiyani oson utkazishadi, katta-katta papilomalar xam osonlik bilan yukoladi. Ammo elektrokaagulyatsiyadan keyin kupincha usma yana paydo bulishi va shillik pardalar tarkab ketishi mumkin. Shuning uchun bu usul odatda kariyalarda va oxista bemorlarda kullaniladi. Boshka xollarda papilomalarni davolash uchun , transuretral elektrozektsiya ishlatiladi.

Transuretral elektrozektsiyani bajarish uchun maxsus endoskopik asbob-rezektoskop ishlatiladi. Bu murakkab asbob yordamida poliplar xam kuydiriladi. Kesib kuydirish Qovuqni soglom tukimalariga kadar olib boriladi. Transuretral elektrozektsiya asosan, Qovuqdagi ancha katta bulmagan, leto uchburchagida Qovuqni bugiz kismida yoki bugizga yakin yonbosh devorlarida joylashgan usmalarni olish uchun kullaniladi. Bu usul elektrokaagulyatsiyaga karaganda ancha yaxshi. Uni fakat singib usadigan usmalarda katta operatsiyalarni ba'zi bir sabablariga kura bajarish mumkin bulmagan xolatlarda kullash mumkin.

Transvezikal elektrozektsiyani kilish uchun Qovuqni keng ochish va usmani yukori kismini elektr toki bilan kesib olib tashlash lozim. Bu usulni transuretral rezektsiya kilish xolatlariga uxshash sharoitlarda ammo rezektoskopni uretradan utkazishlikka imkoniyat bulmagan xolatlarda bajariladi.

Qovuqni rezektsiyasi. Qovuq usmalariga karshi kurashlarni xamma kup xil turlarini yagona bir maksadi bor. Bu xam bulsa Qovuqni barcha vazifalarini saklab kolgan xolda usmani yaxshilab olish yoki uni emirib tashlashdan iborat.

Onkologiya jarroxligida keng tarkalgan usul usmani butunlay soglom tukima chegarasida kesib olib tashlash Qovuq usmasini davolash xam uz aksini topgan.

Shillik pardani va uning ostidagi kavatni chegarasidagi, singib usadigan Qovuq usmalarini, transvezikal rezektsiyasi, ba'zi sabablarga kura transuretral elektrozektsiya kilib bulmaydigan xolatlarda kullaniladi.

Usma Qovuq devoriga singib usgan xolatlarda Qovuq devorini xamma kavatini soglom tukimalar chegarasida kesib usma bilan birgalikda olib tashlanadi. Qovuqni

yonbosh devorlarida joylashgan va siydik naychalarini ezib kuymagan usmalar osonrok operatsiya buladi.

Bu operatsiyani bajarish uchun, korinni pastki kismi buyiga karab yarim oy shaklida kesiladi. Qovuqni oldingi devori ochilgandan keyin uning usma egallagan kismi, atrof tukimalardan ajratiladi. Qovuqni gumbazi, korin pardasidan xam yaxshilab ajratiladi, kon ortikcha okmasligi uchun Qovuqni yukorigi va pastki arteriya va vena kon tomirlari boglab tashlanadi. Qovuq yaxshilab ajratilib, buyiga karab kesiladi va usma aylanasiga kesib olib tashalanadi. Qovuqni devorini xamma Qovuqni yarasini ikki katra ketgut iplar bilan tikiladi. (140-rasm. Rangli ilovaga karang). Operatsiyani Qovuqka naycha kiritish bilan tugatiladi. Qovuqni tikilgan yarasini oldiga drenaj koldiriladi. Kerak bulsa Qovuqni atrofidagi tukimalar uchun drenaj tozni pastki kismini teshib kiritiladi.

Agar usma siydik naychasiga yoki uni jumbagiga utgan bulsa, operatsiya ureterotsistostematoz bilan xam tugashi mumkin. Buning uchun siydik naychasini pastki kismi Qovuqdan ajratilib, 3 sm atrofida yukorirokdan kesib, keyin boshkatdan Qovuqka ulab kuyiladi. (141-rasm. Rangli ilovaga karang).

Usma Qovuqni gumbaz kismida joylashgan bulsa, uni kesib olish uchun Qovuqni gumbazini uragan pardasi va uraxuslar xam kushib olinadi.

Operatsiyadan keyingi muddatni 2-3 kunida Qovuqni kesgandan keyin tikib kuyilgan yarasini oldiga kuyilgan tampon olinadi, 1-12 kuni esa ya'ni Qovuqni yarasini bitishiga yakin, rezina drenaj olib tashalanadi. Agar Qovuqni yarasi bu muddatda yaxshi bitmasa nayga yaradan siydik chikmay klguncha olib tashlanmaydi. Qovuqni ichiga kuyilgan naycha esa 12-14 kuni olinadi va shu zaxotiyok siydik kanali orkali Qovuqka naycha utkazilib kuyiladi. Siydikni tabiiy yunalishi, kanaldagi naychani olib tashlanganidan keyin tiklanadi.

Qovuq bilan bir katorda siydik naychasini bir kismi xam olib tashlangan bemorlarda kesilib yangitdan tikilgan naychani ichiga kiritilib kuyilgan ingichka rezina naychani xolatidan doimiy xabardor bulib turilishi lozim.

Bu rezina nachasi odatda Qovuq bilan siydik ulangan joyidagi iplarni echilib ketish imkoniyatini oldini olish va ulamani yaxshi bitishi uchun yaxshi sharoit tugdirish maksadida kuyiladi. Uni orasida 2 xaftacha vakt utgandan keyin olish mumkin.

Agar Qovuqni usmasini kesib olishlikni imkoniyati bulmasa usma Qovuqni kup joyini va ayniksa uni bugizini egallab olgan bulsa, sistektomiya – Qovuqni butunlay olib tashlash operatsiyasi bajariladi. Bu operatsiyani juda ogir va bemor chun kiyin sharoitlarda, ya'ni usma juda tomirlab ketgan xolatlarda kilishga tugri keladi. Qovuq olib tashlangandan keyin siydik naychalari ichaklarga ulanib kuyiladi.

Operatsiyaga tayyorgarlik. Bemorlarni Qovuqni olib tashlash operatsiyasiga tayyorlash uchun ularni xar tomonlama tekshirish, kuch-kuvvatini kutarish (kon va boshka subkliklar kuyish, dori-darmonlar yuborish kerak, kon tomirlar va upkalarni ishini yaxshilash) ichaklarni ishini yaxshilash kabi ishlarni bajarish lozim. Bemorga bir xafta davomida sifon klizmalar kilinadi, oson xazm buladigan orkatlar beriladi, ichaklar dorilar bilan tozalanadi (enteroseptal kuniga 0,5 gr 3 maxal, levomitsitin 0,5 gr 4 maxal) operatsiyaga 3 kun kolganda bemorga kuniga 10 tomchiga 2-3 maxal opiy eritmasi berib turiladi.

Tsistektomiyadan keyin siydik naychalari yugon ichak bilan ulanadi ki teriustiga chikarilib kuyiladi. Kupincha Brikker operatsiyasi bajariladi, ya'ni ikkala siydik naychasini xam bir tomoni berk ipak xaltaga ulanadi. Ichak laxtagini ochik uchi terini ustiga chikariladi. Operatsiyadan keyingi ulim 5-15 % ni tashkil etadi.

Tsistektomiya. Qovuqni ustidan kilingan operatsiya yarasi orkali bajariladi. Qovuq atrof tukimalardan ajratiladi, kon okayotgan tomirlari boglanadi. Qovuqni boglovchi tolalar kesilgandan keyin, Qovuq prostata bezi bilan birgalikda olib tashlanadi. Qovuqni urniga siydik kanali va korindagi yaraga naycha utkaziladi.

Kovugi olib tashlanib, siydik naychalari ichakka ulangan bemorlar 5 va undan ortik yil yashaydilar. Siydik naychalari ichak laxtagiga ulanib, Qovuqlar olib tashlangan operatsiyalar, Qovuq rakini davolashda ancha yaxshi usullardan xisoblanadi. Bu opeartsiyani bajarishlik uchun bemorni axvoli umuman xali yaxshi, siydik yullarini vazifasi saklangan bulishi kerak. Aks xolda ichaklardagi axlat siydik yullari orkali yukoriga tomon yurishi extimoli bor.

Ureterosigmoanastomoz. Siydik naychalarini yugon ichaklar bilan ulash, Qovuqni emirib olib tashlashdan oldin yoki undan keyin bajarilgan ma'kul. (143-rasm, rangli ilovaga karang).

Siydik naychalarini Qovuqqa kayta ulashlikni juda kup usullari bor. Ammo bemor operatsiya kilinganda bu usullardan eng engili va tez bajariladigani, naychani ichakka ulangan joyini mustaxkamligini ta'minlaydigan usullarini tanlagani lozim. Shunga kura kupchilik urologlar va xirurglar Tixonov va Mirotvortsev usullarini kullashadilar.

Tixonov usuli bilan bajarilganda korinni oldingi devorini pastki kismi uzunasiga yoriladi. Umumiy podvzdoshnaya arteriyani joylashgan eridan siydik naychasini pastki kismi topiladi va uni ustini yopib turgan korin pardasi 4-5 sm davomida ochiladi. Siydik naychasini, atrofidagi tukimalardan Qovuqqa yakin joyini yaxshilab ajratib ikki marta boglanadi va uni yukori kismi kesib olinadi. Siydik naychasini yukori uchi tepaga tortilib yugon ichakka yakinlashtiriladi va ichakni korin pardasi bilan koplanmagan eriga ulanadi.

Siydik naychasini ichak bilan ulash invaginatsiya usuli bilan tikiladi va yugon ichakni chokka yakin joyi teshiladi. Bu teshikka 1-1,5 uzunlikda siydik naychasini kirgizilib ichak devori tikilib tashlanadi. Korin yarasi katma-kat tikiladi. Ikkinchi siydik naychasi xam shu tarika ichakka ulanadi.

Mirotvortsev usulini Tixonov usulidan farki, siydik naychasi ichak bilan ulanayotganda «invatsinatsiya» kilinmaydi, balki naychaning uchi ichak teshigini chekkasiga («oxiri yonboshiga») kilib ulanadi.

Siydik naychasini ichak bilan ulash mumkin bulmagan xolatlarda kupincha uni uchi bikinni terisini teshib, tashkariga chikarib kuyiladi.

Siydik naychasini, terini tugri kelgan joyidan chikarib kuyish mumkin. Buning uchun korin devorini kerakli joyi teshiladi va bu teshik orkali siydik naychasini Qovuqdan kesib atrof tukimalari bilan birgalikda ajratilgan kismi utkaziladi va teri yarasiga naychani uchidan 2-3 sm koldirib, tikib kuyiladi. Korin yarasi xam tikiladi. Naychani teridan chikib turgan kismi orkaga shimarilib tikib kuyiladi. Siydik naychasini ichiga angichka polietilin naycha tikiladi va siydik shu naycha orkali shisha idishga yigiladi.

Operatsiyadan keyingi muxlat bunday katta operatsiyani kechirgan bemorlarda ancha ogir utadi. Bunga sabab, operatsiya uzini murakkabligi va kasallikni ogirliqi. Yugon ichakka yugon rezina naychasi kiritilib kuyiladi. Naychalarni ichidagi rezinalar 12-14 kun davomida ushlanib keyin olib tashlanadi. Xar extimolga kura, yugon ichakka kaytadan drenaj tikib kuyiladi. Ichaklardagi drenajlarni olish muddati xar safar aloxida belgilanadi. Bu drenajlar urtacha 30-40 kun ushlanadi. Siydik naychalar teri yuzasiga chikarilib kuyilgan xollarda operatsiyani okibati, siydik naychalarini xolatiga boglik. Agar ular yaxshi bulmaydi. Naycha teri darchasi yaxshi bulgandan keyin, ya'ni operatsiyadan 13-15 kun utkazib, trubkalar olib tashlanadi va ularning urniga yangisi kiritiladi. Bu naychalar tez-tez yaxshilab yuvib va almashtirilib turilishi lozim, chunki ularning atrofida tuzlar yigilib kolishi mumkin.

POLIATIV OPERATSIYALAR.

Usma Qovuqni bugiz kismiga usib, uni berkitib kuysa, yoki Qovuqni ichi konab, ivindilarga tulishi tufayli utkir siydik tutilishi paydo bulsa, tezlik bilan Qovuqni teshib, rezina naycha kiritish operatsiyasini bajarishga tugri keladi. Agar siydik yukori siydik yullarida ushlanib tikilib kolayotgan bulsa va buni ustiga utkir yiringli pielonefrit, urosepsis, azotemiya, paydo bulsa tezlik bilan pielonefrostomiya yoi ureterokutaneostamiya ilinishi lozim.

Qovuqdagi chiriyotgan usmadan okayotgan konni tuxtatish uchun kilinayotgan konservativ choralar natija bermasa, bemor operatsiya kilinadi va xar ikkala tomondagi podchervnaya arteriyalari boglanadi.

KONSERVATIV DAVOLASH.

Nur bilan davolash mustakil chora sifatida Qovuq usmalarini davolashda xam fakat ayrim xollarda operatsiya kilinib bulmaydigan xollardagina kullanilishi mumkin. Nur bilan davolash kupincha boshka davolash usullari bilan birgalikda operatsiyaga tayyorgarlik sifatida, operatsiyani osonrok utishini ta'minlaydigan chora sifatida kullaniladi. Operatsiyadan keyingi muddatda nur bilan davolash, operatsiya paytida Qovuq usmasini yaxshi tozalab olib tashlashlikni iloji bulmagan xolatlarda xam usmani yana kaytalanishini oldini olish uchun kullaniladi.

Qovuq usmasini nurlashni eng yaxshi foyda beruvchi usuli telegammaterapiya xisoblanadi. Oxirgi yillarda klinik tajribada, yukori energiya (betatronlar, liniynie uskoriteli) manbalari, Qovuq rakini davolashda yangi imkoniyatlar ochmokda.

Dorilar bilan davolash, Qovuq rakini mustakil davolash usuli sifatida xam ta'siri kullanilsa yaxshirok natija beradi. Eng yaxshi natija, usmaga karshi ishlatiladigan kim'viy dorilardan siklofosfan (0,72 gr xar kuni yoki kun ora venaga yoki mushak orasiga xrizomalin (0,5-1gr. Vena kun ora) va boshkalar shu jumladan tiofasamid (tio TEF) va dibunol (ionala) Qovuqni ichiga yuborilsa yaxshirok natijalarga erishiladi.

Prognoz.

Xamma choralar uz vaktida kurilganda, prognoz anchagina durustrok buladi. Yaxshi natijaga erishishni asosiy manbai, Qovuq usmasi bilan ogrigan bemorlarni ambulatoriyada yaxshi kuzatib borishlikda. Bunday usmalarni juda kup kaytalanishi nazarga olingani xolda, bemorlarni xayoti davomida doimo sistoskopik nazorat kilinib turilishi kerak. Bu esa usma kaytalaniganini uz vaktida aniklab uz vaktida davolab turishlikka yordam beradi. Operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida xar

uch oyda keyingi yil davomida yiliga ikki marta undan keyingi yillarda yiliga bir marta sistoskopik nazorat utkazilib turishlik tavsiya kilinadi.

SIYDIK KANALINI USMALARI.

Erkaklar va ayollarni siydik kanallarining tuzilishlari bir-biriga uxshash bulmaganligi tufayli, ularni usmalari xam xar xil buladi. Ayollarda xam, erkaklarda xam siydik usmalari bezarar yoki xatarli bulishi mumkin.

AYOLLAR SIYDIK KANALINING USMALARI.

Bezarar usmalar.

Ayollar kanali bezarar usmalari ichida eng kup uchraydigan poliqlar kamrogi esa papillomalardir. Bu usmalarni tashki kurinishida bir-biriga uxshashliklari oyoklarini borligida, ammo poliqlarni tashki sirti tekis bulsa, papillomalarning tashki sirti notekis, tukli buladi. Ularning xar ikkalasi xam kuprok uretrani tashki teshigini atrofida joylashgan bulib, mikroskop ostida tekshirilganda, tuzilishi poliqlarni yopuvchi epiteliyaga yoki uretrani bezlarini epiteliyasiga uxshash xujayralardan tashkil topgan usma ekanligi kuzga tashlanadi. Ayollar siydik kanalini boshka bezarar usmalari (angiomaslar, fibromalar, miomaslar va boshkalar) juda kam uchraydi. Usmalar kuprok 40 yosh atrofidagi ayollarda uchraydi.

Ayollar siydik bezarar usmalarini asosiy belgilariga bemorlardagi kandaydir peshobni nokulayligi, yoki xar xil ogriklarni paydo bulishligi siydikni ajralishini buzilishi yoki kiyinlashuvi, ba'zan esa bemorlar kattik xarakat kilganlarida, yurganlarida siydik kanali usmalarini konab ketish xavfi kabi belgilar kiradi.

Bemorlar tez-tez kurikdan utib tursalar kasallikni tashxisi uncha kiyin emas. Kupincha ayollarni urogloglarga, ginekologlar yuboradilar. Odatda polip va papillomani siydik kanalini shillik pardasini osilib kolish xolatlaridan farqlashga tugri keladi. Bu xolatni tekshirish chun uretra ichiga buj yoki kateter tikilib kurilsa, uretrani shillik pardasi shalvirab kolgan bulsa yozilib ketadi va usma yukoladi.

Ayollarni siydik kanalini bezarar usmasini davolash asosan operatsiya yuli bilan bulgani yaxshi. Operatsiya kilish uchun asos bulib usmani tez usishi, uning xajmini kattalashib borishi, kon okishi, yalliglanib ketishidadir. Operatsiya usmani tos tomiri bilan kesib tashlashlikdan iborat. Ba'zan kulanilayotgan kim'viy moddalar yoki elektr toki yordamida kuydirib yuborishlar asosan vaktincha yordam beradi, bemorni kasallikdan butunlay kutkarmaydi. Okibatda xolatni rak utib ketish xavfi tugiladi.

R A K .

Ayollarda siydik kanalini raki kam uchraydi. Asosan ular papilyar rak bulib, kupincha siydik kanalini tashki teshigini atrofida joylashadi. Kasallikni asosiy belgilariga, siydik kanalidan ajraladigan konga uxshash suyuklik, bemor siyganda kiyinchilik va ogrik sezishi ba'zan esa siydik yiringli bulib xam ajralishi va boshkalarni kursatish mumkin. Usma atrof yakindagi limfa tugunlariga jalalaydi.

Ayollarda siydik kanali usmalarini aniklashda uning tashki teshigi atrofidagi keng asosli yukorisi shilinib, konagan (114-rasm rangli ilova) usmaga e'tibor berish kerak. Anik bulmagan xollarda usmadan ozgina kesib olib, mikroskopik ostida tekshirish kerak. Usmani tarkatgan jalalarini aniklash uchun, limfangiodenografiya yoki limfoskanirovanie kilish kerak.

Davolash xar tomonlama bulishligi lozim: Operatsiyadan oldin va keyin nur bilan davolash va usmani atroflicha soglom tukimalar chegarasidan kesib olishlik lozim. Operatsiya bilan bir katorda yoki keyin uni oxirida chov boldir limfa tugunlarini ularni atrofidagi yog tukimalari bilan birgalikda (ikki tomonlama chov limfa tugunlarini olib tashlash, ya'ni Dyuken operatsiyachi) ba'zan esa yonbosh chukurchasidagi limfa tugunlarini xam olib tashlanishi lozim.

ERKAKLARDA SIYDIK KANALINI USMALARI.

Erkaklarda siydik kanalini bezarar usmalarini eng kup uchraydiganlaridan utkir uchli kondiloma bulib, u kupincha siydik kanalini tashki teshigini yonida joylashadi. Ular uncha katta bulmagan ozgina shalpaygan, xujagat yoki gulli karamga uxshash usmadir. Ularni mikroskopda tekshirilganda koplovchi epiteliydan tashkil topganligi aniklanadi. Kasallik juda yukumli, chunki uni virus tarkatadi. Shuning uchun uni virusli papilloma deb atalsa xam buladi.

Erkaklarni siydik kanalidagi papillomalarni davolash kat'iy bulishi, ya'ni usmani soglom tukimalar chegarasidan kesib olib tashlashlik kerak. Bu operatsiyani kupincha elektr pichok yordamida kilinadi. Bunda kon okish oson tuxtaydi va ancha muncha rak xujayralari yaxshi yukoladi.

Siydik kanalini rak kasalligi erkaklarda kupincha 40 yoshdan keyin uchraydi. Odatda u siydik kanali tashki teshigini atrofida, kamrok uning boshka kismlarida joylashadi. Usmani tashki kurinishi gulli karamga uxshaydi. Gistologiya kilinganda kuprok ploskokletochniy rak topiladi.

Kasallikni boshlangich belgilariga : uretradan kon ajralishi, suyuklik chikishi, peshobni ogrik va kiyinchilik bilan bulishi kiradi. Keyinchalik esa yiringli suyuklik chika boshlaydi, jinsiy a'zoda xam usma paydo buladi, u asta-sekin siydik va jinsiy a'zoni boshka tukimalariga usib kiradi. Limfa tugunlari yalliglanadi, ularni ichida xam usma xujayralari kupaya boradi. Kasallikni ogir xolatlarida siyish jarayoni butunlay tuxtab koladi, usmani chirishi natijasida zakarni ayrim joylaridan siydikka darcha ochilishi xam mumkin.

Kasallikni boshlangich xollarida uni aniklash anchagina kiyin. Shuning uchun siydik kanalidan kon tomchigan bemorlarni juda sinchiklab e'tibor bilan tekshirishlik zarur. Bunday xolatlarda uretroskopiya va ureterografiya kilingani ma'kul. Siydik kanali buylab shish paydo bulganda kasallikni aniklashi osonrok bulsada, ba'zan usmani aniklash uchun usma bor joyini kesib olib tekshirilikka tugri keladi. Davolash xar doim tula tekis olib borilishi lozim. Buning uchun siydik kanalini kesib tashlashlik kerak bulsa, zakarni xam olib tashlashlikka tugri keladi. Amputatsiya kilish operatsiyasidan oldin va undan keyin rentgen nurlarini kullashlik kerak bulsa limfa tomirlarini va tugunchalarini kushib olib tashlashlik (Dyuken operatsiyasi) mumkin.

O k i b a t.

Siydik kanalini bezarar usmalarini okibati uncha yomon emas, ammo ayollarda xam erkaklarda xam siydik kanali rakini okibati ancha murakkab. Bu bemorlarni fakat 1-4 kismini 5 yil umr kurishligini ta'minlash anchagina kiyn. Kasallikni okibati uni kachon aniklanganligiga yoki uni yakin atroflarga bergan jalalariga boglik. Agar jalalar bor bulsa, unda okibat ancha yomon buladi.

PROSTATA BZINING USMALARI.

Prostata bezining bezarar usmalariga uretra oldi bezlarining adenomasi kiradi. Kup uchraydigan xatarli usmalarga esa prostata bezining boshka usmalari (sarkoma va boshkalar) juda kam uchraydi.

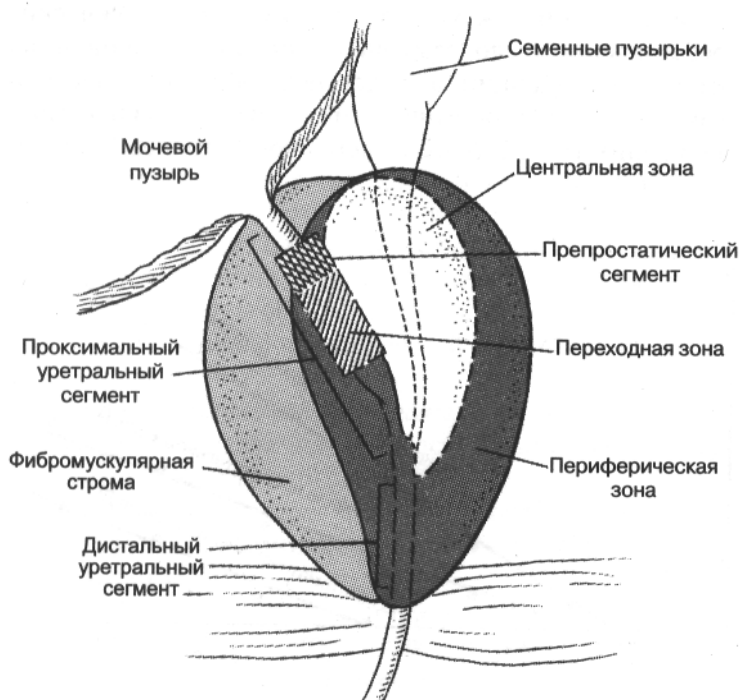
PROSTATA BEZINING ADENOMASI.

(Siydik kanali oldi bezlari).

(Kelib chikishi nuktai nazaridan bu kasallikni siydik oldidagi bezlarini adenomasi deb atashlik tugri, ammo odat tusiga kirib kolgan prostata bezining adenomasi degan nom bilan xam ifodalansa notugri bulmaydi –Red.).

Prostata bezining adenomasi yukori yoshdai erkaklarda anchagina kup tarkalgan kasallikdir. 50 yoshdan yukoridagi soglom erkaklarni tekshirilganda, ularning orasida 10-15 % da kasallik aniklanadi, ammo ularni xammasida xam kasallikni belgilari aniklanavermaydi.

Etiologiyasi.



Prostata bezining adenomasini kelib chikishi xaligacha tulik aniklangan emas. Bu borada albatta garmonlarni katta axamiyati bor. Kasallikni ayni kariyalarda uchrashligi (yoshlar orasida bu kasallik juda kam uchraydi) buni guvoxidir. Xayvonlarda utkazilgan tajribalardan olingan natijalar xam shuni tasdiklaydi. xayvonlarga estragenlar bilan ta'sir kilinganda, ularda prostata adenomasiga uxshash xolatlar yuzaga chikkan Prostata adenomasini erkaklarda uchraydigan klimaksga takkoslasa buladi. Moyaklarni vazifasi pasayishi va shu tufayli ayollar jinsiy gormonlarini erkaklarnikiga nisbatan ustun bulib ketishligi degan xulosa xam kelib chikadi.

Patogenezi.

Xozirgi zamonda prostata bezining adenomasini kelib chikishi tugrisida kuyidagi nazariya kabul kilingan. Erkaklar kariganlari sari ularni moyaklarini vazifasini pasayishi, organizmda erkakjinsiy gormonlar – androgenlarni ozayishiga olib boradi. Organizmni ichki sekretsiyasini bezlarini bir-birlari bilan alokasi uzgaradi, natijada gipofizni oldingi kismidan ajraladigan gonodotrop gormoni kupayadi. Bu garmonni

ta'siri ostida siydik kanali atrofidagi bezlar kattalashadi va adenoma paydo buladi. Albatta prostata adenomasini kelib chikishida, gormonlar muvozanatidan tashkari kichik tos ichidagi vena tomirlarining chigallarida va prostata bezida konni dimikib kolishining xam axamiyati katta.

Kasallik asosan utirib ish kiluchilar orasida kuprok uchraydi. Tugma omillarning xam axamiyati bor, chunki bir oila a'zolarini ichida kasallikni kuprok tarkalishligi ma'lum.

Patologik anatomiyasi.

Prostata adenomasi prostata bezining joylashgan siydik kanalini yonidagi (parauretral) bezlaridan usgan usma ekanligi xozirgi paytda aniklangan. Siydik kanali atrofidagi bezlarni adenomasi usib, prostata bezini kattalashtirmaydi, balki uni ezib atrofiyaga olib boradi. Keyinchalik prostata bezi, adenomani kobigiga aylanib koladi. Uni adenomani jarroxlik kobigi deb xam atashadi. Chunki adenomani operatsiya paytida olib tashlashlik uchun, bu kapsulani teshish kerak buladi. Adenomani asosan uchta bulimi bor : bitta, urta va ikkita yonbosh bulimlari. Yonbosh bulimlari uretrani ikki yonida va buynida urtanchi bulimi esa uni orkasida joylashgan buladi. Bezni ogirligi xar xil bir necha grammadan 300-400 gr. va undan xam kuprok bulishi mumkin.

Kupincha tugri ichak tomonga (Qovuq osti turi) usadi. Qovuqni ichiga karab usgan xollarida peshobni buzilishi kuprok yuzaga chiksada, paypaslab karalganda bez uncha kattaga uxshamaydi.

Adenomani mikroskop ostida tekshirilganda asosan, silindrik epiteliy bilan yopilgan bez tupamlarini, kistalar, mushak va kushuvchi tukimalar tolalari topiladi. Yukorida aytilgan tukimalarni kaysi birini oz kupligiga karab bez adenomasi, fibroadenoma, adenomioma, aralash formalar buladi. Kuprok fibroadenomatoz va adenomatoz turlari uchraydi.

Prostata bezining adenomasi paydo bulishi bilanok, buyrak va siydik yullarida sezilarli uzgarishlar boshlanadi. Prostata bezining usishi, siydik kanalini shu kismini uzaytiradi va yalpaytiradi, tuzilishini uzgartiradi. Qovuqni devori kalinlashadi. Gadirbudir bulib koladi. Prostata adenomasi usganisari yukori siydik yullarida va buyraklarda uzgarishlar tobora ortib boradi. Ba'zan xar ikkala tomonning xam jumboklarini prostata adenomasi ezib kuyadi. Natijada yukori siydik yullari, keyinchalik buyraklarning ichki bushliklari xam kengayadi. Siyishni kiyinlashganligi tufayli Qovuqni ichki bosimi ortadi. Bu esa siydik yullaridan va keyinchalik buyraklardan xam siydikni ajratmay kuyadi. Qovuq juda xam kengayib butunlay kiskara olmaydigan xolatga keladi, jumboklarni uchi ochilib ular orkali Qovuqdagi siydik yukoriga karab intiladi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Prostata bezining adenomasini belgilari, kasallikni boskichlariga boglik bulgan peshobni buzilishi (tezlashishi, kiyinlashishi) xamda buyraklarni vazifasini buzilishi bilan ifodalanadi. Kasallikni klinik okimini , Qovuq va yukori siydik yullarini xolatini belgilovchi, uch boskichga: kompensatsiyalashgan, subkompensatsiyalashgan va dekompensatsiyalashgan boskichlarga bulinadi.

Birinchi kompensatsiyalashgan boskichiga Qovuqni siydikdan butunlay bushay olishi, uning devorlarini kalinlashuviga boglik bulib, bu paxonada, buyrak va yukori siydik yullariniishi uncha buzilgan emas. (Buyrak etishmovchiligini latent yoki

kompensator boskichi)ligi xarakterlidir. Bu boskichda kasallikni belgilari kuyidagila : peshobga intilsh tezlashadi, ayniksa kechalari peshob kiyinlashadi va uni vakti uzayadi. Siydik okimi sekinlashadi va ingichkalashadi, peshobga borilganda siydik tugriga okmay, oyoklarga karab tushadi. Kechasi peshobga yugurishlikni boisi, tos vena tomirlariga konni yigilib kolishi va bezni shishidan kelib chikadi. Ana shu sababli bemorlar ertalab birinchi marta siish uchun anchagina kiyinchilik tortadilar. Siydik bemorni ancha vakt kuchantirib, keyin chikadi. Kunduzi aksincha bemor yugurib, ishlab xarakat kilgani sababli siyish anchagina osonlashadi. Prostata adenomasini birinchi poganasi uchun juda xarakterli belgilardan – buyrakli chikarish, ya'ni kasal kukkisdan shu kadar kattik siygisi keladiki, unda xatto uzini tutib olishga imkoniyati topa olmaydi va tezda siyishga urinadi. Aks xolda siydik uz-uzidan okib ketishi mumkin.

Kasallikni ikkinchi darajasida esa, Qovuq yukori siydik yularida buyraklarda dekanpensatsiyani (subkominsatsiyani) boshlanishi bilan ifodalanadi. Bu darajani uziga xos belgisi koldik siydik ya'ni kasal uzi siygandan keyin chikmay kolgan siydik. Bu boskichda Qovuqdagi gipotoniya (shalpayishini)ni tarkalishi tufayli endi detruzor, Qovuqdagi siydikni tulik sikib chikara olmaydi va shu munosabat bilan kundan-kunga koldik siydikni xajmi tobor ortib boradi (surunkali chala siydik tutilishi). Adenomani Qovuqni bugiz kismini ezib turishi, Qovuqdagi siydikning ajralishiga tuskinlik kiladi va uning ichki bosimini ortishiga, yukori siydik yullarini va keyinchalik buyrakni xam kengayishiga olib keladi. Shu munosabat biln buyrakni ishi xam ayniydi. Surunkali buyrak etishmovchiligini kompensator yoki intermitteruyuhiy darajasi paydo buladi.

Prostata adenomasini ikkinchi boskichiga xos eng asosiy belgi, peshobdan keyin Qovuqni tulik bushamasligini tugrisida taassurot. Bora-bora peshob undan kam kiyinlasha boradi, xajmi ozayadi, shunga kura bemor siyishdan kanoatlanmaydi. Bemorni suvga tashnaligi, tez-tez suv ichishi, ogzini kurishi, siydikni mikdorini oshishi, unda buyrak vazifasini yanada chukurrok buzilayotganligidan darak beradi. Koldik siydik asta-sekin 1 l xam ortib ketadi.

Kasallikni kuchaya borishi, uning uchinchi poganasiga, Qovuq vazifasini butunlay bzilishiga va buyrak etishmovchiligini chukurlashuviga olib boradi.

Bu oxirgi darajada, kuchini butunlay yukotib bushashib kolgan Qovuq muskulaturasi, endi siydikni Qovuqdan xaydashlikka xech kanday iloji kolmaydi. Qovuq juda kengayib ketadi. Shu munosabat bilan fakat siydikni xaydovchi emas, balki siydikni tutib turuvchi muskullar xam bushashib ketadi. Siydik kattalashib ketgan Qovuqni va yirilib ketgan ichki sfinterni tuldiradi va asta-sekin yukori siydik yullaridan ajralayotgan siydik Qovuqqa sigmay, tomchi – tomchi bulib siydik kanali uchidan okib turadigan bulib koladi. Bunday xol paradoksal ishuriya deb ataladi. Ana shu xolat kasallikni uchinchi poganasini asosiy belgisidir. Yukori siydik yullari va buyraklarni siydik ajratish va uni chikarish kobilyatini juda yomonlashib ketganligidan darak beruvchi bu xolat yanada kuchayadi. Endilikda buyrak etishmoviligiga olib boradi. Konda azot eritmalari kupayadi. Bemor uz vaktida yaxshilab davolanmasa , u albatta xalok buladi.

Prostata adenomasini klini okimini xar poganasining uziga xos asorati buladi. Kasallikni birinchi va ikkinchi pogonalarida siydikni oz-muncha uzgarib kolishidan tashkari ba'zan utkir tulik siydik tutilishi xolatlari xam uchrab turadi. Bunday

xolatlar kuprok e'tiborsizlikdan: parxez buzish (kupincha spirtli ichimliklar iste'mol qilish) sovkotish, ich kotish, uzok siydikni chikarmay ttib yurish xollarida rivojlanadi. Bunday kukkis utkir siydik tutilishining sababi uzi kattalashib turgan prostata adenomasini tukimalarida ishik paydo bulishi natijasida yoki Qovuq atrofidagi kon tomirlarini kengayishida. Shular tufayli siydik kanali juda xam torayib siydikni butunlay utkazmay kuyadi.

Ayrim xollarda tuxtalgan siydik uz xolicha yurishib ketadi. Ammo kupincha bemorni siydigi kateter yordamida chikariladi. Siydi bir ikki marta katetr yordamida chikarilgandan keyin, ba'zi bemorlarda tabiiy siydik chikishi uz xolicha kaytatdan tiklanadi. Kup bemorlarda bunday xol yuz bermaydi. Shuning uchun ularni kupchiligi shoshilinch ravishda operatsiya kilinadi. Agar tabiiy peshob uz xoliga kaytgan takdirida xam, keyinchalik yana kaytatdan tuxtab kolishi mumkin.

Prostata adenomasida kon siyishlik anchagina kup uchrab turadi. Kon asosan Qovuqni bugzidagi yugonlashib ketgan vena kon tomirlaridan chikadi. Ba'zan kon shu kadar okadiki, xatto Qovuqka uni ivib kolgan kislari yigilib, Qovuqni ishiradi va siydikni ajralishini kiyinlashtirib kuyadi. Bunday xolatlarda xam shoshilinch ravishda operatsiya kilishga tugri keladi.

Prostata bezining adenomasi bulganda kupincha Qovuqda tosh xam paydo buladi. Ular son jixatdan yagona va kup mikdorda xajmlari xar-xil, tashki kurinishi kupincha yumalok yoki sal-pal uzunchokrok, kim'yoviy tarkibi urat yoki fosfatlardan tashkil topgan buladi. Toshlar Qovuqka asosan buyraklardan tushgan buladi. Ba'zan esa, prostata adenomasi bulganda yoki siydikni bemalol okib chikishiga boshka tuskinlik bor bulganda Qovuqni uzida xam paydo bulishi mumkin. Prostata adenomasiga tosh kasalligini kushilib kolganligini asosiy belgilaridan biri, siyishga yugurishni kechasi emas, balki kunduzgisini kupaysishi, ayniksa bemor kuprok xarakat kilganida yanada kupayib ketishi misol bula oladi. Bunda Qovuqda kuchli siydik kanali uchiga yunaluvchi ogrik paydo buladi, peshob paytida birdaniga siydik tuxtab xam koladi.

Prostata adenomasining borishi unga yalliglanish jarayonini kushilishi bilan mushkullashishi mumkin. bu yalliglanish siydik yulini xar xil bulimiga(uretrit, sistit, prostatit, epididimit va epididimorxit) oid bulishi mumkin. ammo utkir va surunkali pielonefrit aloxida urin egallaydi, chunki bunga prosta adenomasiga xos bulgan pastki siydik yullarini torayishi sababli, siydik ajralishini yomonlashuvi emas, balki yukori siydik yullarini xam yomonlashuvi sababchidir. Surunkali pielonefrit asta-sekin nefrosklerozga aylanadi va okbatda surunkali buyrak etishmovchiligiga olib boradi.

T a s h x i s .

Kasallikni aniklashda bemordan batafsil xol-axvol surashlik katta urin egallaydi. Bemorni yaxshilab kurishlik, paypaslash va boshka imkoniyatlarni kullashlikni xam katta axamiyati bor.

Bemorga bir karash bilanok, uni kutarilib turgan kovugiga nazar tashlash mumkin. Bunday Qovuqni paypaslaganda kov ustidagi yumalok, kattik shishmani uchratish mumkin, agar tukkillatilsa past, tulik ovoz eshitiladi.

Kasallikni aniklashda prostata bezini tugri ichak orkali paypaslab kurishlik xam katta axamiyatga ega. Siydik kanali oldi bezlarini prostata bezlaridan 1:1G`2; 2; 3 marta kattaligi aniklanadi. Bezning yukorisi tekkis bulimlarini orasidagi arikcha

tekkislanib ketgan, chegaralari anik, unga tugri ichak devori yopishmagan, anchagina kattik buladi.

Tekshirishning oxirgi nuktasi asboblar yordamida kovni ustida paypaslanilgan shishma xakikatdan Qovuq yoki boshka narsa ekanligi aniklaniladi. Kateter tikilib siydik chikarilib yuborilganidan keyin shishma yukolib ketsa, demak u Qovuq, agar yukolmasa demak bulak narsa deb tushuniladi. Katetr yordamida siydik kanalini toraygan joyi aniklanadi. Kateterizatsiya kilayotib uchratgan tuskinlik torayish bulsa, uni darrov engib utib ketish anchagina kiyin ammo bu tusiklik kattalashgan adenoma sababli paydo bulgan bulsa, katetr toraygan joydan deyarli utaveradi. Qovuqni kateterizatsiya kilish uchun avvalom bor rezinadan yasalgan, uchi utkirlashgan (Timann kateteri) kateterdan foydanilgani ma'kul.

Prostata adenomasini yonboshdagi kismlarini Qovuqni ichiga osilib turgan (parda belgisi) va uni Qovuqning orka kismiga kirib turgan urta kismini, sistoskopiya orkali shillik parda borligi aniklanadi. Ba'zan esa bu shillik pardalar engil kizarganini yoki vena kon tomirlarini anchagina kengayganini kuramiz. Sistoskopiya yordamida Qovuqni ichida xar xil noteksiliklar. «Trabekulalarni» kurish mumkin. Ba'zan esa chukurliklar anchagina keng bulib ularni ba'zilarini «soxta» divertikullarga uxshatish xam mumkin. Prostata adenomasiga yuldosh kasalliklar sifatida, Qovuqda tosh yoki xar xil usmalarni topish mumkin. siydik naychalarining jumboklari adenoma tugunchalari bilan kutarilib, anchagina shishib kolgan xolatda buladi. Ba'zan prostata adenomasini anchagina shishib ketganligi sababli, naycha jumboklari umuman kurinmay xam ketadi. Kattalashib ketgan prostata adenomasini koplalab turgan shillik parda yoki boshka kasalliklar (konab ketish, utkir prostatit, utkir epididimit) kelib chikishi mumkinligini nazarda tutilgani xolda xadeb bular-bulmasga sistoskopiya kilaverish xam yaramaydi. Sistoskopiyaning fakat eng kattik zaruriyat tugilganda, tashxis kuyishlik uchun kiyinchilik paydo bulganda yoki asosiy kasallikdan bulak boshka bironta kushimcha kasallikni boshka xech kanday yuli bilan aniklashga imkoniyat kolmagan takdirdagina kilish mumkin. Xuddi shu nuktai nazradan Qovuqni kateterizatsiya kilinishiga xam chek kuyilgani ma'kul. Koldik siydikni va sistografiyani kilish uchun esa kateterizatsiya kilmay boshka ilojini kilish xam mumkin.

Radioizotop xamda rentgen usullari prostata adenomasini tekshirishda aloxida urin egallaydi. Buyrak va yukori siydik yullarini xolatini tekshirish uchun ekskretor urografiya kilish kerak.

Prostata adenomasi bilan kasallangan bemorlarning buyrak va yukori siydik yullarini xolati, kasallikni boskichiga boglik. Kasallikni 1-boskichida ekskretor urogramma odatdagidan uzgarmagan buladi. 2- boskichida buyrakni jom va kosachalari, xamda siydik naychasini ozmuncha kengaygani topiladi. 3-boskichida buyraklar rentgenokonstrast moddalarni yomonrok ajratadi, gidroureteronefroz boshlanadi. Prostata adenomalri kattalashib siydik naychalarini jumboklarni ezib, siydik ajralishini yomonlashtirganda Qovuqni siydikdan bushatilganda xam yukori siydik yullaridan siydik yaxshi chika olmay tuxtalib kolaveradi. Xuddi shu paytlarda ekskretor urografiya kilinsa, siydik naychalarida uziga xos uzgarishlar-naychalarni intramural kismini torayganini xamda yuksatavezikal kismini balik ushlaydigan karmok singari egilgan xolatini kurish mumkin.

Kasallikni keyingi kezlarda buyraklardan ajralgan rentgenokonstrast moddalarni Qovuqqa yaxshilab tuldirib kurulganda Qovuqni buyin kismida kontrast moddadadan xoli, gumbazga uxshagan ya'ni prostata adenomasi egallagan kismini kurish mumkin. Bemor siyib olgandan keyin yana bir rentgen kilinsa koldik siydikni va uning xajmini aniklash mumkin.

Agar sistogrammada xolat aniklanmasa unda vosxodyahiy sistogramma kilish kerak. Buning uchun Qovuqqa katetr orkali rentgenokonstrast modda yoki kislorod yuboriladi va rentgen rasmini olinadi. Agar Qovuqda tosh, prostata adenomasi yoki boshka biron usma bulsa uni aniklab kurish mumkin. Uretrogramma kilinsa, zakarni bez egallagan joyini uzayganini kurish mumkin. Xozirgi paytda bir vakti uzida Qovuqqa suyuk kontrast modda xamda kislorod yuborilib rentgen kilinmokda. Bu bilan Qovuqni chegarasi xamda uning ichidagi usma yoki toshni anik kurish mumkin. (145-rasm).

Kupincha prostata adenomasi kilingan sistografiyalarda, siydikni Qovuqdan orkaga siydik naychasi tomon yunalganini (refleks) kurish mumkin.

Radioizotop usuli bilan tekshirilganda buyraklarni ishlash kobiliyati Qovuqni siydikni xaydash kobiliyati (radioizotopnaya urofloumetriya), koldik siydikni va uning aniklash (izotopnaya sistometriya) mumkin. konga izotopni yuborib uni Qovuqqa tushganiniga kadar Qovuqni ustidagi radioaktiv xolatini siyishdan oldin va keyin tekshiriladi va uning farkiga kura Qovuqdagi koldik siydikni xajmi aniklanadi. Xuddi shunga uxshash tekshirib koldik siydik ultrazvuk usuli bilan xam anilanadi.

Prostata adenomasi bor bemorlarni buyraklarini ishlash xolati, konni ivish va ivimaslik kobiliyati va boshka bioximik kursatkichlar taxlil tekshirishlar orkali aniklanadi. Bemorlarni kupchiligi katta yoshda bulganligi sababli ularni xar tomonlama tekshirishlik (elektrokardiografiya, rentgenografiya va boshkalar) katta axamiyatga ega.

Farklovchi tashxis.

Prostata adenomasini uziga xos klinik belgilariga kura, siydikni ajralishini uzgartiradigan kupgina kasalliklarga masalan: zakarni torayishi, Qovuq bugzini sklerozi, surunka prostatit, prostata raki, Qovuq bugzini raki, Qovuqni neyrogen disfunktsiyasiga uxshab ketadi.

Bu kasalliklarni bir-biridan ajratish belgilari bor. prostata raki uzining kattikligi , gadir-budirligi, suyaklardagi jalalari bilan farklanadi. Siydik kanali torayishida tor joydan katetr utmaydi va rentgenogrammalarda toraygan joy kurinadi. Qovuqni buyin kismidagi rak, sistoskop yordamida tekshirilib aniklanadi. Qovuqni buyin kismini torayishi (marion kasalligi) Qovuqni buyin soxasidagi prostata beziga alokasi bulmagan chigallarni borligiga karab Qovuqni neyrogen gipo yoki atoniyasini esa siydik yullarida xech kandy tusik bulmasa xam mustakil siyishni buzilishi natijasida kattalashib ketgan Qovuqni borligiga kura aniklanadi.

D a v o s i.

Prostata adenomasi bilan ogrigan bemorlarni davolashni birdan bir chorasi operatsiyadir. Gormonlar (kupincha erkaklarni jinsiy gormonlari , ba'zan ayollarni gormonlari) bilan davolash yaxshi natija bermasada, ularni ba'zi sabablarga kura operatsiya kilish mumkin bulmagan xollarda ayrim bemorlarda kullaniladi. Gormonlar bilan davolash natijasida bez va uning atrofida kattik chigallar paydo

bulib, ular operatsiya kilish paytida katta xalokat kursatadi va operatsiyaning okibatini yomonrok bulishiga sababchi buladilar.

Operativ davolash radikal va poliativ keskin va engillashtiruvchi bulishi mumkin. Agar bemorni yoki anchagina ulgaygan bulib, u xar xil kushimcha dardlarga (generalizovanniy ateroskleroz, pnevmo va kardioskleroz, jigar va buyraklarni vazifalari buzilgani va xakozolar) muhtalo bulgan bulsa xamda operatsiyadan keyin xosil buladigan jaroxatni ogirligini nazarda tutib, bemorni operatsiyaga anchagina sinchiklab tayyorlangani ma'kul.

Operatsiyadan avvalgi muddatda kon tomir va yurakni faoliyatini yaxshilovchi, jigar va buyraklarni kuvvatlovchi, prostata bezida va buyraklarda yalliglanish jarayonini davolovchi dori- darmonlardan keng foydanilsa yaxshi buladi.

Buyrak faoliyatini aynishini keyingi (prostata adenomasini 3 darajasida) boskichlarida bemorlarni keskin operatsiyaga tayyorlashlik uchun eng zarur bulgan buyrak etishmovchiligini yukotishni asosiy omillaridan biri, Qovuqni klassik usulda, ya'ni korinni pastki kismini kesish yuli bilan yoki shu erda Qovuqni troakar yordamida teshilib, siydikni bemalol ajralib turishini ta'minlashdan iboratdir. Oradan bir necha hafta yoki oylar utishi bilan bemorni xolatini bir muncha yaxshilangandan keyin, adenoma olib tashlanadi. Siydik bemalol ajralishi tufayli, siydik yullarini xolati buyraklarni faoliyati bir muncha yaxshilanadi. Bu esa operatsiyani asosiy kismini anchagina kulay vaziyatda bajarishga imkoniyat beradi. Agarda yukori siydik yullaridagi siydiklarni yomon ajralayotganligi, siydik yullarini intramural kismini, kattalashib ketgan prostata bezini adenomasini ezib kuyishligi sababli vujudga kelayotgan bulsa. U xolatda Qovuqni teshib, naycha tikish bilan axvolini yaxshilash mumkin bulmaydi. Bunday xolatlarda vaziyatni fakat tezlik bilan operatsiya kilib bezni olib tashlanilganidagina uzgartirish mumkin.

Xozirgi zamon nazariyasiga kura ikki boskichli adenomektomiyani fakat noiloj xolatlardagina kilish tavsiya etiladi. Anesteziologiya va reanimatologiyani yutuklari, operatsiya maxoratini takomillashuvi, kuchli antibiotiklarni mavjudligi bularning xammasi kupchilik bemorlarda shu jumladan kariyalarda xam bir etapli keskin operatsiya kilinib. Konikarli natijaga erishish mumkin. Agar operatsiya uz vaktida, ya'ni Qovuq xamda yukori siydik yullari, uz vazifalarini u kadar yukotmay turib kilinsa, natija anchagina yaxshi buladi. Shu borada prostata adenomasini birinchi darajasiga oid klassik belgilar mavjud bulgan xolatlarda, kasallikni ikkinchi darajaga utishini kutib utirmay, yaxshi xolatlarda operatsiya kilingani ma'kuldir. Prostata adenomasi okibatida kelib chikkan siydik tutilishi yoki kon okishi kabi xoisalarda xam keskin adenomektomiya kilingani ma'kul, chunki konservativ yul bilan yoki asboblar yordamida kon okishni tuxtatish yoki siydikni ravon ajralishini ta'minlab bulmaydi. Aks xolda uretrit, prostatit epididimit, epididimorxit, pielonefrit kabi yalliglanish jarayonlari vujudga kelishini extimoli bor. Albatta bunday xolatlarda keskin operatsiya kilishga imkoniyat bulmaydi va fakat epitsistostomiya kilib kuyishgina mumkin xolos. Shunga kura prostata adenomasi tufayli siydigi tutilgan yoki kovugiga kon ivimasi tulib kolgan bemorlar tezlik bilan tekshirilib agar operatsiyaga karama-karshi omil bulmasa, biror soat muddatida operatsiya kilinadi.

Maksadga muvofik operatsiya prostata adenomasini jarroxlik pustlogidan ajratib olib tashlashlikdan iborat. Bu operatsiyani bajarish uchun prostata beziga xar xil yul bilan borish mumkin; chot orkali va Qovuq orkali. Xozirgi zamonda bizni

davlatimizda xamda chet elda asosan Qovuq orkali kilinadigan adenomektomiya kuprok tarkalgan.

Korinni pastki devori uzunasiga Qovuq ustida kesiladi va Qovuq ochiladi, shillik parda xamda bezni jarroxlik pustlogi Qovuqning bugiz kismida panja yordamida yoriladi va prostata adenomasini aylanma xarakat kilib ajratiladi. Bemorni peshoviga kiritilgan ikki panja yordamida prostata bezi yukoriga, Qovuqni ichiga kiritilgan ung kulni panjalari tomon suriladi. Bu esa operatsiyani borishini osonlashtiradi. (146-rasm. Rangli ilovaga karang).

Olib tashlangan adenomani urni va yirtilib ketgan siydik kanali kirgoklari ketgut bilan tikilib boglanadi, Qovuq esa butunlay yoki vaktincha kuyiladigan kov naychaga kadar tikilib tashlanadi. Qovuq butunlay tikib tashlangan xolatlarda, Qovuq ichiga siydik kanali orkali balonli naycha (foli katetri) kiritiladi.

Prostata adenomasini davolashni polliativ usullariga transuretrl elektrotseksiya xamda epitsistostomiyalar kiradi. Basharti bemorni xolati radikal adenomektomiya kilishlik uchun yaramaydigan bulsa, siydik tutilishi, parodaksal, ishuriya yoki Qovuqda tamponada paydo bulgan takdirida Qovuqni ichiga kov orkali urnatiladigan rezina naychalar, bemor uchun doimiy umrbod bulishi xam mumkin. Bunday xolatlarda eng oson yul bilan, ya'ni troakar yordamida naycha kuyiladi. (146-rasm).

Doimiy epitsistostomiya bilan yurishga majbur bulgan bu bemorlar xayotini oxirgacha siydik yigadigan xaltacha kutarib yurishga majbur buladi. Ularning buyraklarini faoliyati, siydikni Qovuq, siydik naychalari orkali yukoriga urishi, surunkali pielonefritni, nefrozsimon va surunkali buyrak etishmovchiligi kabi mushkulliklarni kushilish tufayli, asta-sekin yomonlasha boradi. Shunga kura transuretral elektrozeksziya prostata bezining adenomasini davolashdagi polliativ usullarni ayni muddosi desa buladi. Bu operatsiya rezektoskop yordamida bajariladi. Metaldan yasalgan sirtmokdan yukori chastotali tok utkaziladi va uning 1rdamida jarrox, bezni uretrani ichiga osilib, uni ichki kismini tusib turgan usmalarini asta-sekin «randalaydi» kanalni torayib kolgan kismini kengaytiradi, arikcha xosil kiladi. Kavlash bilan bir katorda, yarani ostini kuydirib boradi. Bu operatsiya prostata bezini adenomasini butunlay olib tashlashdan anchagina engil, shu sababdan uni adenomektomiya kilib bulmaydigan barcha xolatlarda bajarish mumkin.

Transuretral elektrozeksziya operatsiyasidan keyin, prostata bezini adenomasi bilan ogrigan bemorlarda siydik ajralish yirok vaktgacha yaxshilanadi. Ba'zan operatsiya takrorlashga tugri keladi.

Prostata bezini adenomasi olib tashlangan bemorlarni operatsiyadan keyingi muxlatda kuzatish anchagina murakkab. Operatsiyadan keyingi birinchi soatlarda meditsina xodimlari Qovuqdan ajralayotgan siydikni xolatiga e'tibor berishlari zarur. Agar siydikni rangi gushtni suliga uxshash bulsa, bunday kon ajralish uncha xavfli emas. Ammo siydikni rangi anchagina tuk-kizil bulsa, shunga kura bemorni kon bosimi xam tobora pasaya borsa, tomir urishlar tezlashsa, rangi ruyi okarsa, tezlik bilan kon okishni tuxtatish choralari kurilgani ma'kul. Kurilgan choralar etarlicha yordam bermasa, takroran operatsiya kilishga tugri keladi. Qovuqni yarasi kegaytiriladi va olib tashlangan adenomani kobigidagi kon okayotgan tomirlar tikilib boglanadi.

Prostata bezining Qovuq orkali olib tashlanganidan keyin 3-4 kun muddatga, siydik kanalini bez bilan birgalikda olib tashlangan kismini tiklash maksadida,

Qovuqqa kateter urnatiladi. Uretraga xamda Qovuqni yarasi orkali kuyilgan xar ikkala kateterlar orkali Qovuq yaxshilab yuvilib turiladi. Bu esa Qovuqni ichida konni ivib kolishiga, xamda siydik teshigini ivitmalarini tusib, berkitib kuyishiga yul kuymaydi.

Bemorlarni urinlaridan turishligi, ularning xolatiga karab belgilanadi. Kupincha operatsiyani ertasi kuniga kasal urnidan turishi mumkin. Bemorlarni erta aktivlashtirish xar xil kungilsiz xolatlarni oldini oladi. Bu borada ularga nafas gimnastikasi, aktiv xarakatlar tavsiya etilishi kerak. Epitsistostomani berkitish uchun kanday choralar kullanilgan bulsa, Qovuqni yarasini davolashda xam shu usullar ishlatiladi. Operatsiyadan keyingi muddatda antibiotiklardan keng foydalanilgani ma'kul.

Adenomektomiya operatsiyasini, barcha jarroxlik operatsiyalarga xos mushukllaridan tashkari uziga xos kungilsiz xodisalar xam bor, tomirdagi kon ivitmalarini erib ketishi natijasidan kelib chikadigan ikkilamchi kon ketish, utkir epididimit shular jumlasiga kiradi. Bu kasalliklarni oldini olish maksadida operatsiyadan oldin urug tizmasini boglab yuborish maksadga muvofikdir.

Prostata adenomasining oldini olish maksadida bemorlarga kam utirib kuprok xarakatda bulishlik fizkultura mashgulotlari, piyoda yurish va boshkalar tavsiya etiladi. Utkir taomlar alkogol ichimliklari mutlako iste'mol kilinmasligi kerak. Taxorat uz vaktida bulishi, uxlayotganda kattikrok kurpada, uncha issik uralmasdan yotishlik tavsiya etiladi.

P r o g n o z.

Bemorlarni uz vaktida operatsiya kilinsa, prostata adenomasining okibati konikarli buladi. Ba'zi xolatlarda operatsiyadan keyin siydik kanalini torayib kolishi, chov suyaklarni yiringlashuvi, surnkali chekmazak, Qovuq toshlari, siydik tutmaslik, tuzalmaydigan Qovuq yarasi kabi xolatlar uchrab turadi. Shunga kura prostata adenomasi tufayli operatsiya bulgan bemorlar doimiy ambulatoriya kurigida bulib turishi ma'kul. Bemor uzok muddatda konservativ davolansa yoki butunlay davolanmasa xamda uzok vakt Qovuq teshigida trubka saklansa surunkali pielonefrit va surunkali buyrak etishmovchiligini rivojlanishi extimoli bor.

PROSTATA BEZINING RAKI

SSSR da prostata bezining raki uncha kup tarkalmagan usmalar katoriga kiradi va erkaklarda uchraydigan barcha rak kasalliklarning 2-3% tashkil kiladi. Ba'zi mamlakatlarda esa bu kasallik anchagina kup tarkalgan, masalan: AKSh da prostata raki erkaklardagi barcha rak kasalligini 12 % tashkil kiladi.

Etiologiyasi.

Prostata bezini rakini etiologiyasi xozirgacha tulik aniklanmagan bulsada, xozirda kasallikni asosida gormonlar muvozanatini ayniganligini turishligi ma'lum. Bunday xulosaga kurgina tajriba va ilmiy tekshirishlarni natijasida erishilgan ba'zi jinsiy gormonlarni ta'sirida, xayvonlarni prostata bezida rak paydo kilish, prostata bezining rakiga esa ayollar jinsiy gormonlari – estrogenlarni xamda bichish operatsiyasini ijobiy ta'siri borligi bunga misol bula oladi. Rak kasalligini kuprok kariyalarda uchrashligiga sabab xam, ularni organizmda gormonlar muvozanatini buzilishidan deb tushunilsa buladi.

Patologik anatomiyasi.

Xozirgi paytda juda kup morfologik tekshirishlar tufayli prostata bezining raki, siydik kanali atrofida bezlarni adenomasidan emas balki prostata bezining uzini tukimasidan rivojlanishligi aniklangan. Demak, parauretral bezlarni adenomasini prostata bezining rakiga xech kanday alokasi yuk. Olib tashlangan parauretral bezlarni adenomasida rakni illatlarini topilish xolatlarida esa, xar ikkala darni barobar uchrayotganini va bu paytgacha aniklanmagan rakni, adenoma tukimalariga usib tukimalariga usib kirayotganligini dalolatidir.

Prostata bezining rakini xajmi xar xil juda kichik tugunchadan to 10 sm va undan xam kattarok usma xajmigacha buladi. Prostata rakining kupchilik gistologik formasi adenokartsinomadir. Kamrok skirraz, salidniy va ploskeltochniy raklar uchrab turadi.

Maxalliy jalalar kupincha yonbosh limfa tugunchalarida uchraydi. Uzokdagi jalalar ayniksa suyaklarda, umurtkada, dumgazada, boldir suyagida uchraydi. Upkalarda va jigarda jalalar kamrok buladi.

T a s n i f i.

Barcha raklarga uxshab prostata bezining raki xam xozirgi vaktida xalkaro TNM sistemasiga kura 4-darajaga bulinadi.

T1 – usma bezni ozginagina kismini egallaydi.

T2 – usma bezni kupgina kismini egallasada uni kattalashtirmaydi xamda tuzilishini uzgartirmaydi.

T3 – usma bezni kattalashtiradi va tuzilishini uzgartiradi, ammo uni chegarasidan chikmaydi.

T4 – usma atrof tukima va a'zolarga tomir beradi.

N1 - maxalliy (bikin, chov) limfa tugunchalarini jaroxatlaydi. No-limfadenografiya kilinib maxalliy limfa tugunchalarida xech kanday uzgarish topib bulmaydi; Nx- limfa tugunchalarini xolatini aniklashga imkoniyat yuk.

Mo – uzokdagi jalalar klinik va rentgen yordamida topilmaydi.

M1 – suyaklarda jalalar, M2- tananing boshka joylaridagi metastazlari.

Belgilari va klinik okimi.

Prostata bezining raki boshlangich paytlarda xech kanday belgilarga ega emas. Bunday xolatlarda kasallik kupincha profilaktik tekshirishlarda yoki boshka biron sabab bilan tugri ichakni panja bilan kurilgan xolatlarda kukkisdan topilib kolishi mumkin. Kasallikni belgilari anchagina kattalashib kolganda yoki suyaklarga jala berib kuygan xolatlarda yuzaga chikadi.

Kasallikni birinchi klinik belgilari peshobni aynishidan iborat buladi. Tundagi taxoratga yugurishlar, kunduzgidan kuprok buladi. Bemor uzini siydikdan butunlay bugangan deb xis kilmaydi, bu esa Qovuqda koldik siydikni borligiga gumon tugdiradi. Siydikni utkir tutilishi va kon siyish kabi belgilari, kasallikni boshlangich kezlarida kam uchraydi. Bu belgilar usma anchagina kattalashgan yoki usma Qovuqni bugiz kismiga usib kirgan xolatlarda uchraydi. Kasallikning boshka kamrok uchraydigan belgilariga kabziyat orka peshob atrofida, chotda ogrikni paydo bulishi kiradi.

Kupincha ogrikni birlamchi usma emas, balki uni suyaklarga bergan jalalari keltirib chikaradi. Shuning uchun bu bemorlar kupincha uzok vakt radikulit kasalligidan davolanadilar. Bunday ogriklar albatta birlamchi usmani atrofga, ayniksa bel soxasidagi nerv tolalarga usib borishi natijasida xam paydo bulishi mumkin.

ba'zan esa rakni birinchi belgisi sifatida, boldir suyagidagi jala tufayli uni kukkisdan, uz-uzicha sinib ketishi tufayli gavdalanishi mumkin.

Kasallikni ancha rivojlangan kezlarida asosiy usma siydik naychalarining pastki kismalarini ezib kuyishi natijasida yukori siydik yullarida xam kasallik nishonalari paydo buladi; buyrak soxasidagi ogrik va buyrak etishmovchiligini belgilari (umumiy bexollik, ogizni kurishi, chankoklik, ichiladigan suyuklikni mikdorini xaddan tashkari oshuvi) kuzatiladi. Yukori siydik yullaridagi siydik yunalishini buzilishiga, utkir va surunkali pielonefrit xam kushiladi. Utkir yiringli pielonefrit urosepsisni keltirib chikaradi, surunkalisi esa buyrak etishmovchiligini yanada rivojlantiradi. Unisi xam, bunisi xam, bemorni tezrok ajalga yullaydi. Yukori siydik yullari uncha jaroxatlanmasa xam bemor ozib tuzishdan va rak tukimalarining zaxaridan jalarni ta'siridan ulib ketadi.

T a s h x i s i.

Prostata bezini rakini aniklashning birinchi boralarida, klinik tekshirish usullarini sifatlilik, panja yordamida, orka peshob orkali tekshirish va boshkalar, aloxida axamiyatga ega. Bunday xarakterlar yordamida xatto kasallikni boshlangich boskichlarida xam, prostata bezining bir yoki ikkala tomonidan mayda, yolgiz, kattik usma tugunchalarini uchratish mumkin. Ba'zan kasallik xar tomonlama kattalashgan toshdek kotgan kattik, chegarasiz, gadir-budir, xar tomonga usib borayotgan katta usma sifatida aniklanadi.

Taxlil usullari, prostata bezining usmasining tashxisi uchun yordamchi omil gavdalanadi. Kon tekshirilganda unda SOE ni tezlashgani, kasallikka buyrak etishmovchiligi kushilguday bulsa, gipoizostenuriya, giperaztemiya kushiladi. Kon zardobidagi achchik fosfataza fermentini anikdanishi fakat prostata bezining rakiga va ayniksa uning syauklarda jalalarini bor bulgan xolatlarini aniklash uchun katta axamiyati bor.

Tsistoskopiya yordamida esa Qovuqni bugiz kismida assemetrik deformatsiya borligi usmani Qovuq devorlariga usib borayotganligi aniklanadi.

Rentgenlogik tekshirishlar prostata bezini aniklashda asosiy usullardan xisoblanadi.

Urotsistografiya yordamida Qovuqni va siydik kanalini boshlangich bulimiga usib kirib kelayotgan prostata bezining rakini soyasini kurish mumkin. Bu soya prostata adenomasini bergan soyasiga nisbatan uzining assimetriyasi va notekiisligi bilan farklanadi.

Qovuqni osti notekis kutarilib turadi. Prostata bezini bunday assemetrik kattalashuvi - «Lakunar» sistogrammada yakkol kuzga tashlanadi. Sistogramma xamda tomogrammalar bir vaktida kilinsa prostata bezining oddiy xolatlarida tekshirib, topib bulmaydigan assmetrik kattalashganini xam aniklash mumkin.

Prostata bezining rakida kilingan va zovezikulografiya yordamida urug pufaklarining uziga xos assimetrik kattalashuvlarini va boshkalarni kurish mumkin.

Prostata bezini rakida kilingan ekskretor urografiya yukori siydik yullarida assimetriyani borligi Qovuqni kengayganligini va tomirlardan birining vazifasini ancha susayganligini aniklaydi.

Ba'zan bir tmondagi siydik naychasidan siydik yaxshi ajralib turgan xolda, ikkinchisi butunlay torayib, berkilib kolganligi va buyrakni ishi xam buzganligi

aniklanadi. Kechikib kilingan ekskretor urogrammalarda siydik naychasidagi tusik kuringani tufayli retrograd sistografiya kilishga xech kanday extiyoj kolmaydi.

Limfangioadenografiya boshka tos va jinsiy a'zolari rak usmasidagi kabi limfa tugunlarida xam uziga xos uzgarishlarni aniklaydi. Tos suyaklarini rentgenogrammalarda xam prostata bezining rakini jalalarga xos uzgarishlar (148-rasm) topiladi.

Suyaklarni osteoblastik (suyakni kalinlashuvi) osteoplastik soxalari (suyaklarni ingichkalashuvi), ularni rentgen rasmlarini kurinishida, alachipor va marmarsimon tus keltirib chikaradi. (148-rasm).

Rentgen rasmlarda bunday xolatlarda kurib , boshka tekshirishlar utkazmay xam, ular prostata bezini rak usmasini jalalarga xos uzgarishlar deb aytishga imkon beradi. Oxirgi yillarda prostata bezini rakini jalalarini aniklash uchun radioizotop tekshirish usullari xam kullanimokda.

Prostata bezining rakiga gumon, xujayralarni tekshirish yuli bilan yorquinlashishi mumkin. Buning uchun prostata bezining shirasi bezni igna bilan teshib tortib olish usuli bilan tekshiriladi. Ammo olingan usmani rak deb atab bulmaydi. Prostata bezi usmasini rak ekanligiga ishonch xosil kilish uchun eng yaxshisi bezni troakar bilan teshib biopsiya kilish usulidir. Bezni teshib uni tukimasidan olish uchun maxsus tishlab oluvchi troakar kullaniladi.

Bezni teshib biopsiya olish. (Punktsionnaya biopsiya) ni ikki usuli bor.

Birinchisi bezni tugri ichak devor orkali bajariladi. Oxirgi ma'lumotlarga karaganda bu usul anchagina murakkab. Kup xar xil xalokatlarga «kon okish, yiringlab ketish» xatto bemorni ulimiga xam sabab bular ekan. Shuning uchun ikkinchi usulni butni terisi orkali kilinadigan tekshirishlardan foydalanilganligi yaxshirok. Bezni teshishni, tugri chiakka tikilgan panjani nazorati ostida bemorni chalkamcha tushirib etkizib, oyoklarini koringa tortib maxalliy ogrik koldirilgan xolda bajariladi.

Prostata bezining rakini erta tashxisi uchun profilaktik tekshirishlarni axamiyati katta. Chunki kasallikni boshlangich kezlarida xech kanday klinik belgilari bulmaydi. Bunday profilaktik tekshirishlarni 45 yoshdan yukori bulgan xamma erkaklarda utkazilgani ma'kul. Profilaktik tekshirishlar bemorlar prostata bezi tugri ichak orkali tekshirib ulardagi rakka mansub bulgan uzgarishlarni aniklashdan iborat. Uzgarishlar topilgan bemorlarda chukurrok uroglogik tekshirishlar utkaziladi.

Radikulit belgilari topilgan yoki boldir suyaklari singan urta va yukori yoshdagi erkaklarda prostata bezini tekshirib kurishlik shart.

F a r k l o v c h i t a s h x i s .

Prostata bazining rakini surunkali prostotit, prostata bezining usmasi yoki toshi adenomasi va sarkomasi, xamda prostata beziga usib kiruvchi Qovuqni bugizini raki va boshkalar bilan farklash lozim. Panja bilan aniklangan klinik tekshirishlarni ba'zi bir natijalari prostata bezining rakining belgilariga uxshab ketadi. Bunday xolatlarni prostata bezining punktsion biopsiyasi xal kiladi.

Davosi.

Prostata bezining raki, dori-darmonlar bilan davolasa buladigan xatarli usmalar turkumiga kiradi. Xayvonlarda utkazilgan tajribalar xamda ayrim bemorlarning axvolini uzok vakt kuzatilganidan olingan ma'lumotlarga karaganda,

ikkilamchi jinsiy belgilarni paydo bulganiga kadar, biror sabab bilan bichib kuyilgan kari odamlarni prostata bezini kattalashmaganligi aniklangan. Demak prostata bezini karilikda kattalashuvi, tuxumlarni ajratadigan androgenlariga boglik ekan, degan xulosa bor. Shunga asoslanib prostata bezining xujayralarining usishi, patologik rivojlanishi xamda rakka aylanishda xam gormonlarni axamiyati bor ekan. Bunday extimol amalda juda tugri bulib chikdi, chunki XX-asrning 40-yillarida prostata bezining raki tufayli, ikkala tuxumi olib tashlanib, estrogen garmonlar yuborilgan bemorlarda rak kasalini davolashni natijasi jda yaxshi bulgan. Gormonlar bilan davolangan bemorlar tez orada uzlarini yaxshi xis kila boshlaganlar. Bunda siyish yaxshilanadi, prostata bezidagi usma kichayib, anchagina yumshayadi, ba'zan esa kulga xam ilinmaydigan darajada kichayib koladi. Prostata bezining rakini suyak va upkaldagi jalalari xam, gormonlar bilan davolanganda, anchagina kichayib, ba'zan yuk bulib xam ketadilar.

Oxirgi yillarda juda kup yangi su'niy gormonal dorilar kashf kilingan. Ularning kupchiligi prostata bezining rakini davolashda keng kullanilmokda: sinestrol (2%-eritmasidan 3-4 ml kuniga mushak ichiga), dietiletilbestrol (3%-eritmasidan 2 ml kuniga, mushak ichiga). Estradurin (40-80 mg 1-2 xaftada 1 marta, mushak ichiga) etinilestradiol)mikrofolin) (10,001 g 3 maxal ichgani) va boshkalar kullaniladi. Bularningichida fosforillirlangan estrogen dorilar: xonvan,difastilben yoki shunga uxshash dorilar fostestrol (6% eritmasidan 250-500 mg dan kuniga, vena tomiriga) aloxida urin egallaydi. Bu dorilarni ta'sir kilish printsipi, ularni badanga kirib kon tomirlar orkali faolsiz xolatda aylanaverishda, prostata bezini usma tukimasi bor joyiga borib, bu erda rak tukimasidan ajralayotgan achchik fosfatoza ta'sirida defosforillanadi va uzidan faol estrogenini ajratib chikaradi va tukimaga uz ta'sirini kildi. Shunga kura estrogen prostata bezining rak tukimalariga muljallangan va tanlangan ta'sirini ta'sirini kursatadi. Natijada estrogenlarni boshka a'zo va tukimalar, ayniksa jigar, yurak, kon tomirlari va mushak tukimalariga uzini salbiy ta'sirini kursatmaydi. Erkaklarda kukrak bezini kattalashtirish xolati kuzatilmaydi.

Kon zardobidagi erkak va ayollarni gormonlarini mikdorini radioimmunologik usullar yordamida aniklash, gormonlarni tekshirib turishlikni asosiy omilidir.

Prostata bezini rakini gormonlar bilan tuxtamay davolab turish kerak. Buning uchun avval bemorga birdaniga kup mikdorda dori beriladi va keyinchalik bu dorilarni kondagi mikdorini , kushimcha oz-oz mikdorda usha dorilardan berilib, uni mikdori saklanib turiladi. Estrogenlar bilan davolash, bemorni bichish bilan boshlansa, natija yanada yaxshi buladi.

Ammo bichish operatsiyasini bemorlarni asabiga yomon ta'siri borligini nazarda tutib, oxirgi yillarda tuxumni fakat uzinigina, ya'ni uni atrof pustlogidan shilib ajratib olib tashlash usuli kullanilmokda. Bu operatsiya uzining okibati bilan bichish operatsiyasidan kolishmaydi. Bemor esa tuxumlarni ajratadigan gormonlaridan butunlay kutiladi. Shuning bilan bir katorda bu operatsiya anchagina engil utadi, bemorni asabini uncha buzmaydi, chunki ular uzlarini tuxumlari bor odamlarday xis kilaveradilar.

Afsuski prostata bezining rakini gormonlar bilan davolashning imkoniyati ularni ta'sirini asta-sekin paysaib borishligi bilan chegaralanib boradi, chunki odamlarda, tugrirogi prostata bezining rak tukimasida, gormonlarga nisbatan karshilik osha borib, dori uncha yaxshi ta'sir kilmaydigan bulib koladi. Oxirgi yillarda prostata

bezining rakini davolashda estrogenlarni kullanilishidan orttirilgan tajriba, ularni odamlarga fakat ijobiy emas, balki salbiy ta'sirlarini xam borligini kursatdi. Bu esa klinik tajribaga, prostata rakini operatsiya kilish usullarini kiritish kerakligini urgatdi. Prostotektomiya operatsiyasini chot orasidan kilish mumkin bulsada, uni kuprok korin bushligi orkali bajariladi. Operatsiyani okibatini yaxshi bulishligini asosiy sharti, uni ertarok, usma xali atrof tukimalarga tarkalmay va yakin atrofga jalalar bermay turgani xolda bajarilishida prostata bezining raki boshlangich kezlarda xech kanday belgisiz kechishi va sababli, uni erta aniklanishini kiyinligi tufayli, bugungi kunda radikal operatsiyalarni soni juda oz, bundan tashkari radikal prostaektomiyani bajarish uchun prostata bezini jarroxiy pustlogi urug pufakchalari, Qovuqni buyin kismi va atrofidagi tukimalar limfa tugunlari bilan birgalikda kushib olib tashlashlik kerak. shunga kura bu operatsiya xar kanday bemorlarda xam bajaridavermaydi.

Prostata bezining rakida kilinadigan polliativ operatsiyalar turkumiga uni adenomasidagidek, epitsistostomiya xamda elektrozeksziyalar kiradi. Usma juda kattalashib, siydikni yulini tusib kuygan kezlarda epitsistostomiya kilinadi. Bunday kasallar umirlarini oxirlarigacha drenaj trubka bilan yurishga majburlar. Usma Qovuqni ichiga usib uning xajmini ozaytiradi, uning bugziga usib kirib bemorlarga kattik azob beradi. Shunga kura oxirgi klinik tajribalarga asoslanib prostata bezining rakida yuz beradigan siydikni utkir tutilish xolatlarida xam, transuretral elektrozeksziyadan kuplab foydalanilmokda. Siydik kanaliga osilib kirib, uni boshlangich erini va bugzini tusib oladigan prostata bezining rak usmalarini, elektrozeksziya yordamida olib tashlab, tabiiy ravigda siydik ajralishini ta'minlash mumkin. Bundan tashkari transuretral elektrozeksziya, prostata bezining raki okibatida yuz beradigan, siydikni surunkali tutilish xolatlarida xam Qovuqda koldik siydik bulmay ammo bemor kiynalib, (uzokdan-uzok kuchanib, ingichka okim bilan) siyayotgan bulsa, transuretral elektrozeksziyani kullash mumkin. Radikal xamda poliativ operatsiyalarni kullashda tinimsiz normonal davolashni unutmashlik kerak.

Prostata bezini rakini nur bilan davolash, asosan suyaklarga tarkalgan jalalar bor soxalarni ogrigini koldirish maksadida kullaniladi, chunki prostata bezining raki, rentgen nurlariga ta'sirchanligi yuk raklar turkumiga kiradi. Oxirgi yillarda ancha kuchlirok nur tarkatuvchi xar xil yangi preparatlarni ishlab chikarilishi, prostata bezini rakini xam nur bilan sezilarli yaxshi davolashga imkoniyatni kupaytirmokda. Estrogenlardan boshka ximoterapevtik dorilarni, prostata bezining rakiga ta'sirchanligi yuk.

O k i b a t.

Operatsiya kilinmagan yoki xech kanday gormonal davolangan prostata bezini raki bor bemorlarda okibat ogir. Ularning kupchiligi kasallik boshlanganidan bir yilcha muddat utmay xalok buladilar. Gormonlar yordamida davolangan bemorlarni yarmi 3 yil ? kismi 5 yilgacha yashaydi, eng yaxshi okibat erta operatsiya kilingan bemorlarda uchraydi. Buning uchun 45 yoshdan yukori yoshdagi erkaklarni prostata bezlarini tez-tez tekshirib turish lozim.

PROSTATA BEZINING SARKOMASI.

Prostata bezining sarkomasi uning rakiga karaganda ancha kam uchraydi. bu kasallikni bollarda kuprok trakaliganligi, uni rak kasalligi bilan farkanadi.

Belgilari prostata bezini rakini belgilariga peshobni buzilishi orkali peshobda, chotni orasidagi ogriklar uxshaydi.

Tashxisi prostata bezini panja bilan paypaslanganda (prostata bezini kattayganligi, kattik va gadir-budirligi, ba'zi joylarni yumshokligi) va uni biopsiyasidan olingan ma'lumotlarga asosan kuyiladi.

D a v o l a s h.

Keskin operatsiya kilish – prostata bezini urug pufakchalari bilan, tosni tukimalari va limfa tugunchalari, Qovuqni bugizi bilan kushib olib tashlash, kasallikni eng ertaki boskichlarida kilingandagina, yaxshi natija beradi. Nur bilan davolash yaxshi yordam bermaydi.

Okibati umuman yaxshi emas.

URUG PUFAKChALARINI USMALARI.

Urug pufakchalarini usmalari (fibroma, rak, sarkoma) juda kam uchraydi. kupincha urug tizmasiga usmalar, kushni a'zolaridan (prostata bezidn, Qovuqdan, tugri ichakdan) utgan buladi.

Belgilari asosan prostata bezining rakini belgilariga (chotni orasida orka peshobdagi ogriklar, peshobni buzilishi) uxshab ketadi, gemospermiya – kasallikni asosiy belgisi.

Tashxis - urug pufakchalari orka peshob orkali paypaslab topilgan belgilarga (uni kattalashuvi, gadir-budirligi) va vezikulografiyadan olingan ma'lumotlar (urug pufakchalarini kontrast moddaga yaxshi tulmasligi) ga karab kuyiladi. Agar masala ravshanlashmasa pufaklar orka peshob orkali teshib biopsiya kilinadi.

Davosi - fakat operatsiya. Urug pufaklari, prostata bezi, tos tukimalari, limfa tugunchalari, kerak bulsa Qovuqni bugiz kismalari kushib olib tashlanadi. Operatsiya chotni orasidan Qovuqni ichidan yoki korinni yorib xam bajarilishi mumkin.

Okibat - kasallik kupincha kechikib aniklanganligi tufayli operatsiyani xam kechikib kilinishi munosabati bilan uncha yaxshi emas.

TUXUM USMALARI.

Tuxum usmalari 20-45 yoshdagi erkaklarda uchraydi. Ular barcha xatarli usmalarni 2% ni tashkil etadi. Tuxum usmalarini karayib barchasi xatarli buladi.

Etiologiyasi.

Tuxumda usmani paydo bulishiga olib boruvchi omillarga kriptomorfizm va tuxumlarni xar xil jaroxatlarini kursatish mumkin. Yargokka uz vaktida tushmagan moyaklarda usmalar kuprok uchrashligi aniklangan. Oxirgi yillarda tuxumlarni usmalarini etiologiyasiga endokrin uzgarishlarni, jumladan gipofizni, gonodotropin gormonlarni ishlab chikaruvchi oldingi bulagini alokasi borligi aniklangan.

T a s n i f i .

Moyakni usmalari ikkita katta guruxga bulinadi: urug epiteliyasidan paydo buluvchi (germinogen) usmalar va boshka elementlardan, kupchiligini tashkil kiluvchi seminoma, tiratoma (teratoblastoma), embrional rak va xarionepiteliomalar kiradi. Eng kup (60-70 % bemorlarda) seminoma uchraydi.

Xalkaro tasnifga kura , moyak usmalarini 4 darajasi belgilangan T1- usma moyakni ok pustlogidan tashkariga chikmagan, moyakni kattalashtirmagan va tuzilishini uzgartirmagan, T3- usma ok pustlokka va moyakni ortigiga tarkalgan, T4- usma moyak va uni ortigidan usib, yorgok devorlariga va urug tizimchasiga xam usib kirgan va M belgilar boshka xatarli usmalardagi singari ifodalanadi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Usmani eng ertaki belgisi, uni kattalashtirgani va kattiklashgani buladi. Avval tuxumda uncha katta bulmagan kattik tuguncha aniklanadi. Keyincha usma tobora kattalashadi va kattiklashadi, yukorisi gadir-budir bulib ketadi. Kupincha usma tufayli, moyak pardalariga suyuklik yigilib moyak pardasini ikkilamchi istiskosi paydo buladi. Yorgokka tushmagan moyak usmasi kovda (kov kritorxizm bulganda) yoki korinni pastki kismida kattik shish paydo bulishi bilan (korin kriptorxizmi bulganda) belgilanadi.

Moyakni ba'zi usmalarida, bemorlarda ikkilamchi jinsiy belgilarga oid uzgarishlar paydo buladi. Masalan: moyakni epiteliomasida bemorlarni kukrak bezlarini kattalashuvi , andregon (leydigoma) larni ishlab chikaruvchi, Leydig xujayralarini germinogen bulmagan usmalarida, ugil bollarni erta balogatga etishuvligi kuzatiladi.

Moyakni xatarli usmalari aortani pastki kovak vena atrofidagi va korinni orka pardasini ketidagi limfa tugunchalariga jalalar beradi. Kattalashib ketgan bu limfa tugunchalarini xatto korinni yukorisidan paypaslab xam topish mumkin. ayrim mestazlar upkalarda xam uchraydi.

T a s h x i s i .

Tashxis asosan bemorlarni shikoyatiga asoslanib kuyiladi. Ular moyakni kattalashganini yoki kattiklashganini, gadir-budur bulgani, kattik shishni paydo bulgani aniklanadi. Utuvchi yoriklik nuri bilan kurilganda moyakni pardalarini orasida suyuklikni yukligi aniklanadi. Urug tizimchasi yugonlashadi, venalari kengayadi, rgokka tushmagan moyakni usmalari kovda yoki korinni ichida paypaslanadi. Tashxis taxlil tekshirishlarni natijasi bilan tasdiklanadi. Ba'zi bir moyak usmasi bor bemorlarda (asosan xorinepiteliomada0 siydikda xarionin gonadotropinni Ashgeym Sondekni biologik usuli bilan aniklanadi. Oxirgi yillarda xorinonik ganodotropinni siydikda aniklashni yangi, juda sezgir immunologik usuli kullanimokda. Bunda taxlil xayvonlar ishlatilmaydi.

Kriptorxizmi bor bemorlarni yorgogiga tushmagan moyagidan usma borligiga shubxa tugilganda, ular S% 99m Ts – pertexnetatom bilan izatop stsintigrafiya kilib tekshiriladi. Usma moyakni testikullar epiteliyasini butunlay egallagan xollarda stsintigrafik rasmda usmani shulasi kurinadi xolos. Usma moyakni xamma joyini egallagan bulsa uni tuzilishini butunlay kurinmasligi xam mumkin. Yorgokka tushmagan moyakni shulasi , ultrazvuk yordamida xam aniklanishi mumkin.

Moyakni jalalarini aniklashda rentgen tekshirishlar aloxida urin egallaydi. Rentgenoskopiya va rentgenografiya yordamida kukrak kafasini a'zolari tekshirilganda, upkalarda, kupincha yolgiz yoki kupsonli yumalok soyalar topiladi. Korin pardasini orkasidagi jalalarni aniklashda ekskretor urografiyani axamiyati katta, jalalar bor bulsa, siydik naychasi, tashkariga tomon siljigan buladi. Korin pardasini orkasidagi xajmi katta jalalar, naychalarni ezib kuyishi va buning natijasida ezilgan naychalarni yukori kismida va jom kosachalarda siydikni dimikishi va

ularning xajmlari kattalashib ketishlari mumkin. agar pastki kovak vena atrofidagi limfa tugunchalarida jalalar borligiga shubxa tugilsa, venokavografiya kilingani ma'kul. Bunday kilinsa pastki kovak venani yaxshi tulumagani, surilgani va ezilgani, ba'zan esa usmani, venani ichiga usib kirayotgani aniklanadi. Moyak usmasini korin pardasini orkasidagi limfa tugunchalarda jalalarning bor-yukligini anikrok belgilash uchun limfangiografiya kilinsa yaxshi buladi. Bunda jalalar bor bulsa, limfa tugunchalari kontrastga yaxshi tulumagan, limfa okimi esa buzilgan buladi. Oxirgi yillarda izatop limfaskanirovanie usuli kullanilmokda. Bu bilan limfa okimini buzilganligini katta-katta jalalarda xam izatopni limfa tugunchalariga yaxshi tulumagani aniklanadi.

Farklovchi tashxis.

Moyaklarning usmalarini ularni yalliglanish jarayoni (moyakni va uning ortigini yalliglanishi yoki sili) bilan farklash lozim. Paypaslangandan olingan ma'lumotlar uncha anik bulmasligi mumkin. usmani teshib, undan olingan tukimalarni tekshirilganda anikrok ma'lumotlar olinadi. Kerak bulsa bemor shoshilinch ravishda operatsiya kilinib, stol ustida biopsiya kilinadi. Uning natijasini kurib operatsiyani xajmi belgilanadi.

D a v o l a s h.

Moyaklarning xatarli usmalari xar tomonlama davolashni talab kiladi. Bunga operatsiya kilish, nur xamda kim'yoviy moddalardan foydalaniladi. Oxirgi ikki usul semenomani davolashda axamiyati katta, chunki bu smalarga nur va kim'yoviy moddalar yaxshi ta'sir kiladilar. Davlatimizda ishlab chikarilgan mashxur dori-sarkolizinni, seminomani limfa tugunchalaridagi jalalarini davolashda ishlatilgan. Bunda jalalar butunlay yukolib, bemor sogayganligi kayd kilingan. Sarkolizmni 30-50 mg xaftada bir maxaldan vena tomirga yuborilib (daolash kursiga xammasi bulib 200-300 mg ketadi) turiladi.

Moyak usmalarining davolashni, birlamchi usmani nurlashdan yoki venaga sarkolizin yuborishdan boshlangani va undan keyingina operatsiya kilingan ma'kul. Moyak usmalarini operatsiya kilish xajmi, xozirgi zamon ankologik talablarga kura juda keng bulishi kerak. Birlamchi usma tufayli, bir tomonlama, bamani kilib bichishdan (urug tizmasini xamma elementlarini oliglik shart) tashkari senminoma bulmagan usmalarda esa limfa yullarida xam operatsiya kilish ularni butunlay shilib (Shevassyu operatsiyasi) olib tashlashlik kerak. Bu operatsiyani korin bushligi ichidan ya'ni korin deovrini X-kovurgasidan, toki kov kanalini ichki teshigiga kadar kesib ochib yuborib bajariladi.

Korin pardasi kesilmaydi, ammo uni ichkariga surib, korin pardasini orka kismi keng kilib ochiladi va bu erdagi xamma yog tukimalarini limfa tugunchalari bilan birgalikda shilib olib tashlanadi. Operatsiyadan keyin nur bilan davolash yana davom ettiriladi.

Seminomada odatda bryushina orkasidagi limfa tugunchalari olib tashlanmaydi, chunki bu erdagi jalalar nur va dorilar yordamida xam yukotib yuborilishi mumkin.

Moyakni xavfli usmasini ayniksa seminomalarni davolashning okbati keyingi paytlarda nur va kim'yoviy dorilar kullanilayotganligi tufayli anchagina yaxshilanmokda.

Moyakda xavfli usmalarini paydo bulishi va rivojlanishligini oldini olishlikni birinchi omili, kriptarxizmni uz vaktida davolashdan iborat. Buning uchun moyak uz

vaktida va uz urniga ya'ni yorgokka tushirilishi, yoki tushurilishini iloji bulmasa yoki tuxum yaxshi rivojlanmagan bulsa, ammo ikkinchi moyakni xolati yaxshi bulsa. Uni albatta olib tashlashlik lozim.

O k i b a t .

Moyakni usmalarini okibati asosan ularni xatarligiga va rivojlanish darajasiga boglik. Eng yaxshi okibat seminnomalarda buladi. Boshka usmalarda ayniksa xorionepiteliomalarda okibat uncha yaxshi emas.

MOYAK ORTIGINI USMALARI.

Moyak ortigini usmalari kam uchraydi. Ular xatarsiz (adenomatoid usmalar)yoki xatarli (rak sarkoma) bulishi mumkin.

Belgilari: Moyak ortigini dum kismini kattalashuvi va kattiklashuvi, xavfsiz usma bulsa yumalok, 5-6 sm kattalikdagi, kattik shish sifatida buladi.

Tashxis klinik belgilarga va biopsiyani natijasiga asoslanib kuyiladi.

Davolash uchun fakat operatsiya kilish kerak. Bezarar usmalarda ortikni xammasi yoki uni dum kismi, xatarli usma bulsa, ortik moyak va uni urug tizmasi bilan kushib olib tashlanadi. Bemor operatsiyadan keyin, nur bilan davolanadi. Okibat uz vaktida davolangan bemorlarda uncha yomon emas.

ZAKARNI USMALARI.

Zakarni usmalari epitelial va epitelial bulmaganlarga va ularni xar biri esa xatarli va bezararga bulinadi. Zakarni epitelial usmalaridan eng kup papilyar rak uchraydi.

BEZARAR USMALAR.

Zakarni asosiy bezarar usmalariga papillomalar (149-rasm) kiradi. Eng kup virusli papillomalar (utkir uchli kondilomalar) uchraydi. Bu shoxli va tukli usmalar zakarni chekka kertmagining ichki varakasida, ba'zan zakarni boshchasida paydo buladi. Ularni viruslarga alokador ekanligi tajriba xayvonlarida (usmani xujayrasiz suyukligi bilan emlanganda) tasdiklangan. Klinik kuzatuvlarni kursatishiga kura bu usmalar yukumli va jinsiy yul bilan tarkaladi. Zakarni virusli papillomasi tez usadi. Ba'zan uzok vakt davomida usgan papillomalarrakka aylanishi xam mumkin.

Davosi papillomani elektr pichogi yordamida kesib olib tashlashlikdan iborat.

Zakarni xatarli usmalarini ichida eng kup rak xisoblanadi. U Evropada va Shimoliy Amerikada xam (erkaklardagi xamma rak kasalligini 1%) uchraydi. Ammo Afrika, Lotin Amerikasini kupchilik davlatlarida xamma ankologik kasalliklar ichida birinchi urinlarni egallaydi.

Etiologiyasi.

Zakar raking etiologiyasida, zakarni chekka kertmagini ichki pardasi bilan uni boshchasi orasida yigilib kolgan va parchalanayotgan smegmani kontserogenlik ta'sirining katta axamiyati bor.

Zakarni rakni patogenezida, zakarni kalpagini xaltachalarida yigilib olgan yigindilarni ta'siri bor. Bu smegma kalpokni tez-tez yalliglanishiga olib boradi. Shunga kura rak kuprok kalpokni xaltasida rivojlanadi. Kupincha rakni fimozlar bilan (60-80 % bemorlarda) birgalikda rivojlanishi, yoshligida sunnat kilingan bemorlarda esa juda kam uchrashligi bunga misol bula oladi. Zakarni predrak kasalliklariga papilloma, leykoplakiya va eritroplaziyalar kiradi. Zakarni rakini mikroskopda tekshirilganda, uni xil darajada mugizlashgan yapalok xujayralardan tashkil topganligi aniklanadi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Kasallikni boshlanishida uni belgilari kam bilinadi. Usma chekka kertmakni ostida bemorga xech bilinmay rivojlanadi. Kupincha bu erda yalliglanish jarayoni boshlangandagina kasallikni birinchi belgilari uzini bilintirmaydi.

Rakni ikki turini farklash lozim: ekzofit va endofit. Birinchi turi tashkariga karab usadi. Kuzikorin tusida buladi. Ikkinchi chukur tugncha yoki yara sifatida usadi. (150-rasm).

(150-rasm Zakar raki). Usma kupincha zakarni boshchasida chekka kertmakni tagida buladi.

Zakar rakining jalalari maxalliy (chov-boldir) yonbosh chukurchasini limfa tugunchalariga beradi. Ammo bu erda tez-tez yalliglanish jarayoni bulib turganligi tufayli kattalashgan limfa tugunchalarini yarmida rak jalalari bulmaydi.

Xalkaro tasnifiga kura zakar raki 4 darajaga bulinadi.

T1-singib usmagan, chegaralangan (2 sm, oz) usma, T2-2-5 sm. ozgina singib usgan usma, T3-5 sm. katta xajmdagi va pastki kavatlarga singib usgan usma, T4-zakarni kup kismini rak parchalab tashlagan va atrof tukimalariga usib kirgan. Limfa tugunchalarini jaroxatlanganligini kuyidagicha tasniflanadi. (N1-bir tomondagi N1-limfa tugunlari siljiydi. N2 -ikkala tomondagi limfa tugunchalar xam siljiydi, N3-limfa tugunlari siljiydi). Uzok a'zoldagi jalalar, rakning boshka turlaridagi kabi (Mo va M1) bilan ifodalanadi.

Tashxis.

Zakar usmasining kuz bilan kurib, kul bilan paypaslashlikni imkoniyatini bor bulishligiga karamay, uni tashxisi ancha murakkab. Buning boisi, rakni zakarni zakarni chekka kertmagini ostida uzok vaktgacha berkinib usishligida.

Zakar rakini jalalarini aniklash uchun, chov limfangioadenografiya kilinib aniklanadi.

Farklovchi tashxis.

Chekka kertmakni ostida yashirinib usayotgan zakarni rak usmasining uzok vaktgacha aniklab bulmaydi. Chunki bu erdagi tukimalarni tez-tez yalliglanib turishi tufayli, unga kupincha deyarli e'tibor berilmaydi. Undan tashkari uni tashki kurinishini kup kasalliklarga uxshashligi uchun uni akat biopsiya kilinnibgina aniklashga imkoniyat bor. Bu bilan rakni papillomadan, sidan, sifilis va boshka kasalliklardan ajratish mumkin. Rakni anik bilmay turib, extiyotgarchilik nuktai nazaridan operatsiya kilish mumkin emas.

D a v o s i.

Zakar rakini davosi operatsiya va nur yordamida borishi kerak. Operatsiyadan oldin birlamchi usmaga va yakin atrofidagi jalalarga nur berish kerak Operatsiyaning xajmi, rakni darajasiga boglik. Rakni birinchi darajasida zakarni boshchasi rezeksiya kilinadi. Ba'zan esa fakat nurni uzigina beriladi. Rakni ikkinchi darajasida, zakarniboshchasi rezeksiya kilinadi, ba'zan esa fakat nurni uzigina beriladi. Rakni ikkinchi darajasida, zakarni soglom tukimalari chegarasidan kesilib tashlanadi va Dyuken operatsiyasi (chov-boldir limfa tugunlarini olib tashlash) kilinadi. Uchinchi darajasida, zakar tak-pagi bilan va xamma limfa tugunlari bilan olib tashlanadi. Rakni 4-darajasida bemorni fakat dori- darmonlar bilan, nur va kim'yoviy preparatlar bilan davolanib turiladi.

Davolashni natijasi kasallikni darajasiga boglik. Urtacha 5 yillik umr 60-70 % bemorlardagina buladi.

Zakar rakini oldini olishda asosiy urinni chakka kertmak ostida yigilgan smegmani uz vaktida tozalab, yuk kilib turishdan iborat. Uz vaktida tozalikka rioya kilib, chakka kertmakni tagi tozalab yuvilib va yoglab turilishi lozim. Bu koidalarga bolalar yoshligidan urnatilishi kerak. Bir yoshga tulmagan bolalarni xam kalpigini uchini kengaytirib kuyilish kerak. Agar fimoz bulib kolsa, u xolda bolani xam kattalarni xam chakka kermogi aylanasiga kesib olib tashlanishi kerak.

O k i b a t i.

Zakar rakini okibati kasallikni yaxshilab, kompleks ravishda davolansa sogayib ketish 60% bemorlarda kuzatiladi va boshka raklarga karaganda ancha yaxshi (bemorlarni umri 5 yiliga kupayadi). Bu esa kasallikni kachon aniklanganliga, jalalarni bor-yukligiga boglik. Agar jalalar bor bulsa, okibat ancha yomon buladi.

EPITELIAL BULMAGAN XATARLI USMALAR.

Jinsiy a'zoni (zakar) epitelial bulmagan xatarli usmalariga misol kilib, rakdan kura kamrok anchagina kup uchraydigan endotelioma, melanoma va sarkomalarni kursatish mumkin. Ularni rakdan farki, kupincha jinsiy organni tana kismida paydo bulishida. Bu usmalarni jalalari maxalliy xamda uzoklarda bulishi mumkin. Ularni fakat biopsiya kilinib, anik xal kilish mumkin.

Davosi asosan jinsiy a'zolari kesib tashlab Dyuken operatsiyasini kilish xolos. Bu usmalarni kupchiligi nurga ancha chidamlidir. Prognozi uncha yaxshi emas.

BOLALARNI KOVUGI VA JINSIY A'ZOLARINI USMASI.

Bolalarni Qovuq usmasi, kattalarnikiga karaganda urtacha 60 marta kamrok, ugil bolalarda esa kiz bolalarga karaganda anchagina kup uchraydi. Bu usmalarni kelib chikishi, odatda mezenximal tukimalardan (rabdomiosarkoma, leyomisarkoma va mikrosarkoma) bulib, uzlarini juda ortikcha xatarligi bilan boshka usmalardan ajratib turadi. Usma juda tez usib Qovuqni devorini kurshaydi, prostata beziga, Qovuqni atrofidagi tukimalarga va kushni a'zolarga usib kiradi. Jalalarni kam beradi, bersa xam ba'zan upkaga va jigarlarga beradi.

Qovuqni bezarar usmalari (gemangiomas, fibromalar, papillomas dermoid kistalar) yosh bolalarda kamdan kam xatarlilik xususiyatini kursatadi. Juda kam uchrashiligi tufayli, uni tashxisi, asosan Qovuqda siydik tutilishi tufayli kilingan rentgenologik tekshiruvlarga kura aniklanadi.

Moyak usmalari bolalarda, kattalarga karaganda 50 marta kam uchraydi. Kupincha usmalar, yorgokka uz vaktida tushmagan moyaklarda uchraydi.

Bolalarda prostata bezining usmasi juda kam uchraydi. Bezarar usmalardan leyomiomani kursatish mumkin. Prostata bezining raki uchramaydi. Xatarli usmalardan sarkoma, kupincha liposarkoma va rabdomiosarkomalar sifatida uchrashishi mumkin. Bu usmalarning tez ulgayishi xamda sezilarli xatarliliigi bilan farkanadi. Usma odatda Qovuqni ichiga karab usadi va uni bushligini tuldiradi, ba'zan esa tugri ichakka xam usib kiradi. Jalalar eng avval suyaklarga va upkalarga tarkaladi.

XII- BOB

BUYRAK ARTERIAL GIPERTENZIYASI

Arterial gipertenziyasi bilan ogriyotgan bemorlarni 30-35% da kasallik buyrak va uning tomirlarini xastaligidan kelib chikadigan nefrogen gipertenziyasiga alokadordir.

Nefrogen gipertenziya ikki turga bulinadi: vazorenal va parenximatoz. Vazorenal gipertenziyaning sabablariga buyrak arteriyasi va uning asosiy shoxlarining bir yoki ikki tomonlama tugma yoki orttirilgan xastaliklari kiradi. Parenximatoz gipertenziya esa, kuprok bir yoki ikki tomonlama pielonefrit, glomerulonefrit va buyrakning boshka kasalliklari (buyrak tosh, sil, usma, buyrak kistasi, suv buyrak, buyraklar polikistozi va boshkalar) sababli kelib chikadi.

ARTERIAL GIPERTENZIYA S I N I N G V A Z O R E N A L T U R I .

Vazorenal arterial gipertenziya, barcha arterial gipertenziya bemorlarning 7% tashkil kiladi.

E t i o l o g i y a s i .

Goldblatt 1934 yili itlarda bitta buyrakning arteriyasini toraytirib, ikkinchi buyrakni esa olib tashlab, mustaxkam arterial gipertenziya turini keltrib chikarishga muvofik buldi. Odamlarda xam xar xil sabablarga kura, buyrak arteriyasi toraygan, yoki uning ichiga tromb tikilganda, ularda arterial bosim oshib ketar ekan.

Arterial gipertaniziyasi bor bemorlarni, arteriyasi toraygan buyragi olib tashlansa yoki bu buyrakni tomirida plastik operatsiya kilinib, ichi kengaytirilsa, bemorlarni sogayib ketishi, buyrak arteriyasining toraytiruvchi jaroxatlar arterial gipertenziyasining sababi ekanligiga isbot bula oladi. Arteriyani torayishini eng kup (65-70 % bemorlar) uchraydigan sabablardan biri ateriosklerozdir. Bunda uchraydigan burtmalar, tomirlarni ichini toraytiradi. Buyrak arteriyasini torayishini boshka sabablarga uni devorlarining fibromuskulyar displaziyasini (20-25%) kursatish mumkin. Displaziyani asosida esa, elastik tukimani tugma kamligi natijasida kelib chikadigan, tomir devorlarining xastaligidir. Keyinchalik muskul tukimaning urnini bosuvchi kmpensator gipertrofiya va fibroz tukimaning proliferatsiyasi xam kelib kushiladi. Bunday displatik uzgarishlar, arteriya devorini biron katlamini kuprok medial yoki intima kavatlarini shikastlantiradi. Patalogik uzgarish aylanma, kup sonli torayishlarga olib keladi va tomirlarni tuzilishini, tasbexni tuzilishiga uxshatib kuyadi.

Yakin vaqtlargacha nefroptoza, arterial gipertenziyani keltirib chikaruvchi sabab sifatida karalgan emas edi. N.I.Pirogov nomli II-MLODMI urologiya.

3-jadval.

Buyrak arterial gipertenziyasini tasnifi.

Buyrak tomirlarini turi

Tukima turi

Tugma jaroxat

Orttirilgan jaroxat

1. Buyrak arteriyasini fibromuskulyar displaziyasi.
 2. Buyrak arteriyasini anevrizmasi.
 3. Buyrak arteriyasini gipoplaziyasi.
 4. Aortani rivojlanishini anomaliyasi.
 1. Buyrak arteriyasini aterosklerotik torayishi.
 2. Nefroptoza tufayli buyrak arteriyasini torayishi:
 - a) vaktincha
 - b) organik.
 3. Buyrak arteriyasini trombozi yoki emboliyasi-buyrak infarkti.
 4. Panarterit.
 5. Buyrak jaroxati:
 - a) buyrak arteriyasini trombozi.
 - b) buyrak arteriyasini anevrizmasi.
 6. Buyrak arteriyasini tashkaridan ezilishi.
- Pielonefrit
 Glomerulonefrit
 Buyrak tosh
 Buyrak sili.
 Suv buyrak.
 Xomiladorlik nefropatiyasi.
 Kollagenozlar.
 Buyrakni jaroxati tufayli atrofiyasi.
 Govak buyrak
 Buyrak polikistozi.
 Buyrak tukimasini usmasi yoki kistasi.

Klinikasida utkazilgan tekshiruvlar, nefroptoza tufayli arteriyasining xaddan tashkari tortilishi va aylanishini xam, arteriyani torayishi deb xisoblash kerakligini kursatdi. Nefroptozi bor bemorlarning 6-8%da, buyrak arteriyasini bu turdagi xastaligi uchraydi. Bunday xolatlardagi torayishlar vaktincha buladi. Keyinchalik xosil buluvchi buyrak arteriyasining fibromuskulyar torayishlari esa doimiy buladi. Ortostatik arterial gipertenziya vaktincha torayishning asosiy belgisidir, chunki u bemor kurpaga yotishi bilan yuk buladi. Agar gipertenziya bemorni yotgan xolatida xam saklansa, demak buyrakni arteriyasida torayish xosil bulgan buladi. Tromboz va emboliya, buyrak arteriyasining toraygan xolatlarida arterial gipertenziyaga olib boradi. Ular asosan yurak va gipertenziyani kam uchraydigan sabablariga anevrizmalar va buyrak tomirining tugma torayishi, aortani va uni shoxlarini panarteriti, buyrak arteriyasi tashkaridan ezilishi kiradi.

Tiger Shtedt va Bergman 1898 yili uzlarini tajribalariga asosan ishemiyaga duchor bulgan buyraklarda kandaydir, arterial gipertenziyaga olib boruvchi, modda borligini aniklashgan. Bu modda soglom xayvonlarga yuborilganda ularda xam gipertenziya kelib chikkan. Shunday kilib, olimlarni xulosasi quyidagicha: buyrak tukimasi ishemiya sharotida, toraytiruvchi modda ishlab chikaradi. Uning nomini esa, renin deb nomlashadi. (lotincha chep-buyrak).

Patogenezi.

Xozirgi paytda aniklanganidek buyrak ishemiyasida proteolitik ferment-renin ishlab chikariladi, bu ferment kondagi a-globulin (gipertenzinogen) bilan kushilib jigar orkali ajraladi. Bu ikki moddadan pressor polipeptid xosil bulib, angiotenzin deb nomlanadi. U ikki xil buladi: angiotenzin I va II, birinchisidan ikkita aminokislota ajralganda ikkinchisi xosil buladi. Xozirgi vaktida aniklanganidek, renin va angiotenzin arterial bosimni kutarishmaydi. Fakatgina angiotenzin II sikuvchi kuchga ega bulib, konda aylanib, arterial gipertenziyaga olib keladi. Angiotenzin maxsus fermentlar-Angiotenzinozalar bilan parchalanadi.

Aniklashnishi buyicha renin, buyrakning yukstanlomerulyar apparatining (YuGA) xujaylaridan ishlab chikariladi. Vazorenal arteriya gipertoniyasi bor bemorlarda, buyrak arteriyasida torayish bor buyraklar, YuGA xujayralari gipertrofiyasi va ularda sekretiya kiluvchi granulalarning soni kupayishi, xamda reninning yukori kuchi (aktivligi) aniklanadi. Kup mutaxassislar fikri buyicha reninni kup ishlab chikarilishi fakatgina ishemiya natijasida emas, balki buyrak tomirlaridagi puls bosimini uzgarganida xam kelib chikadi. Buyrak arteriyasini toraygan joyidan keyingi tomirlardagi arterial bosim pasayadi. Bu esa arteriolalar devorlarining tarangligini kamaytiradi, natijada Macnla densa xemoretseptorlarni (YuGA) bilan organik boglangan kanalchalar strukturasiidagi) kuzgatadi va renin sekretiya-sini kuchayishiga sabab buladi.

Oxirgi yillarda vazorenal arterial gipertenziya patogenezida natriyni organizmda ushlanib kolishi, ekstratsellyullar suyuklikni plazma xajmini xamda buyrakni ichki bosimini kutarilishiga sabab buladi. Bundan tashkari vazorenal gipertenziyada, angiotenzin aldosteron(ikkilamchi aldosteronizm) sekretiya-sini kuchaytiradi, bu esa uz navbatida organizmda natriyni ushlanib kolishiga keltirishi aniklangan. Natriy ortik mikdorda bulganda, buyrak arteriyasini va arteriollarini devorida chukib, u erda suyuklikni ushaydi, bu esa tomirlarni shishishiga ularni ichini torayishiga va kon okmiga karshilik kursatishiga olib keladi. Bunday sharoitda tomirlar devorini katexolaminlar ta'siriga sezuvchanligi oshadi, periferik vazokonstruktsiyasi kuchayadi.

Renin bilan angiotenzinning gipertenziya keltirib chikarishdagi axamiyati bilan bir katorda, soglom buyrakni gipertenziyasini oldini olish uchun, gipotenziv moddalar («depressor substantsi») ni ishlab chikarishi mumkinligini anikladi. Xozirgi paytda esa bu depressor moddalar buyrakning miya katlamida xosil bulishi aniklangan. Vazorenal arterial gipertenziyaning patogenezida biologik aktiv polipeptidlar – Kininlar (Bradikinni, kallikrein va boshkalar) aloxida axamiyatga ega dirlar. Ular mayda va urta arteriolalar devoriga ta'sir etib, ularni kengaytirib. Shuning bilan periferik karshilikni pasaytirishadi.

Bir tomondagi buyrak kasallanganda kuzatiladigan vazorenal arterial gipertenziyani patogenezining asosida karama-karshi tomondagi soglom buyrakning tomirlaridagi rivojlangan ogir intraparenxima jaroxat bulib, kasallangan ammo vazifasi xali ancha saklangan kezida buladi.

BELGILARI VA KLINIK OKIMI.

Vazorenal arterial gipertenziya xar-xil yoshga xam mansub lekin kuprok (93 % bemorlarda) 50 yoshgacha uchraydi. Gipertenziyaga olib keluvchi buyrak arteriyasining arterosklerotik torayishi kuprok 40 yoshdan oshmagan erkaklarda

uchraydi. Fibromuskulyar torayishi kuprok uspirin va urta yoshdagi ayollarda uchraydi.

Vazorenal arterial gipertenziyaga xos shikoyatlar yuk. Gipertenziya aniklangan paytda shikoyatlarni yukligi, buning xususiyatlari belgisi xisoblanadi, ya'ni kasallik «tusatdan» xar xil profilaktik kuruvlarda aniklanadi. Kupincha uchraydigan belgilardan beldagi ogrik, bosh ogrigi bilan birgalikda kupincha nefroptoza kuzatiladi, ayniksa bemorning vertikal xolatida.

Vazorenal arterial gipertenziya uchun birdaniga bosim ortib ketishi, kup xollarda (18-30% bemorlarda) diastolik bosimni (110-120 mm. Sim. Ustuni xam yukoriligi, gipertonik korizni esa kam uchrashligi xarakterlidir.

T a s h x i s i.

Vazorenal arterial gipertenziyani aniklash uch boskichdan iborat. Birinchi boskich – aortografiya uchun bemorlarni tanlash: kasallikni tarixini bilish, umumklinik usullarni izotop renografiya, skanirovanie yoki stsintigrafiya va ekskretor urografiyalarni kullash. Tekshiruvlarning bu boskichini poliklinika yoki maxsus bulmagan stitsionar sharoitida, vrach Shternist oftolog, radiolog va rentgenologlar bilan birgalikda utkazish mumkin.

1. Vazorenal gipertenzialik bemorlarning kasallik tarixidan kuyidagilarni aniklash mumkin. Kasallikning oilaviy (merosli) emasligi,

2. Kiska muddatli gipotenziv davolashni foydasi bulmaganligi yok uni butunlay kullanilmaganligi.

Gipertenziyani beldagi utkir ogrik, buyrak jaroxati yoki buyrakdagi bironta operatsiyadan sung paydo bulishligi.

Tranzitor bezarar arterial gipertenziyaning kukkisdan kuchayishi.

Yukorida aytilgan, kasallik tarixidan aniklangan davolash ta'sirida xam uzgarmaydigan belgilari bor gipertenzialik bemorlarda maxsus tekshiruvlar utkazish kerakligini bildiradi.

TEKSHIRUV USULLARI.

Umumiy klinik tekshiruvlar arterial bosimni ulchash, diastolik bosimning kup oshganini aniklashga imkoniyat beradi. Arterial bosimni ulchash bemorni xar xil xolatida (yotkizilib, tik turgizib) jismoniy ishdan sung xar ikki kulida utkazilishi zarur. Gipertenzialik nefroptoz bor bemorlarning gipertenziasini 85% da ortostatik gipertenziya uchraydi. Xuddi shu guruxdagi bemorlardagi arterial bosimni xolati jismoniy ishdan (30 dakika yurish, yoki 15-20 marta utirib turish) sung aniklaniladi. Gipertonik kasalligi bor bemorlarda ortosttik gipertenziya bulmaydi.

Vazorenal gipertenziyaning boshka ososiy belgilariga kul va oyokdagi arteriya kon bosimini va tomir urishlarini assimetriyasini kursatish mumkin. Bunday xolat panarteritga xam xos belgilardir.

Vazorenal arterial gipertenziasini bor bemorlarning karayib yarmida, epigastriya soxasini auskultatsiya kilinganda kuprok buyrak arteriyasining fibromuskulyar torayishida uchraydigan, sistologik (anevrizmada) va diastolik shovkin eshitaladi. Kuz tubi tekshirilganda aniklanadigan angiopastik retinopatiya, vazorenal gipertenziyada boshka xar xil sababli rivojlanadigan arterial gipertenziya ancha kup uchraydi.

Buyrak arteriyasini torayishidan kelib chikadigan arterial gipertenziyasi bor bemorlarning ayrimlarida YuGA xujayralarini eritropoeti maxsulotiga ijobiy ta'siri sababli, kondagi eritrotsit va gemogloblin miqdori ancha yukori buladi.

Buyraklarning summar ishlash kobilyati konikarli darajada ancha uzok vakt saklanadi, osmatik kontsentratsiyalash xususiyati yukori darajada buladi. Bu klubochkalar filtratsiyasi xajmini va buyrakdagi kon aylanishi kamayishi kanalchalardagi reabsorbtsiyani uz navbatida kuchaishi bilan tasvirlanadi.

Arteriya toraygan tomondagi buyrakni ishlash xolatini bilishda, izotop renografiya kimmatbaxo usul xisoblanadi. U xammadan xam buyrak arteriyasining bir tomonlama jaroxatida juda foydali bulib ikkala tomon renogrammasi assimetriyani kursatadi. Bu usul yordamida kasallarni tanlash mumkin. Vazorenal gipertenziyani aniklashda, shuningdek dinamik stsintigrafiya va nepryamaya buyrak angiografiyasi katta axamiyatga egadir. Ular torayishning fakatgina funktsional tomonini emas, balki buyrak parenximasidagi funktsional uzgarishlarni xisoblab va kompyuter yordamida sinab beradi.

Vazorenal gipertenziyasi bor bemorlarni ekskretor urografiya yormida tekshirilganda, ularni buyraklarini kattaligi, farkini va xar birini ishlash kobilyaitini aloxida bilishga yordam beradi. Seriyali urografiya usulida esa, rentgenokonstrast modda junatilgandan sung, birinchi dakikalardayok arteriyasi toraygan tomondagi buyrakning ish faoliyatini aniklab beradi. Venaga 60-80 % rentgenokonstrast modda suyukligi (urotrast) junatiladi va 1,3,5,10 va 20 dakikalarda rasm olinadi. Rasmlardan bir (10 dakika) bemorning vertikal xolatida olinadi.

Ekskretor urografiya buyrak arteriyasini torayishiga xos belgilarni aniklaydi. 1. Buyrakni kosacha- jom sistemasidagi rentgenokonstrast moddaning paydo bulishining kechishi. 2. Buyrakni xajmini 1 sm yoki undan xam kuprokka kamayishini, ya'ni buyrakni atrofiyasini kursatadi. 3. Ertaki va mustaxkam nefrogramma. 4. Keyingi rasmlarda rentgenokonstrast moddani kontsentratsiyasini oshishi. 5. Buyrakni funktsiyasini yuk olishi.

Oxirgi belgisi kushimcha retrograd pielogrammada kosacha-jom sistemasining normal kurinishi aniklansa, buyrak arteriyasining trombozi va emboliyasi xakida uylash mumkin. Arteriyasi toraygan buyraklarning filtraitsiyasini kamayishi va reabsorbtsiyasining birinchi, uchinchi, turtinchi belgilarining patofiziologik asosidir.

Tekshiruvlarning ikkichi boskichi buyrak angiografiyasidan (aortografiya, zaruriyat bulsa buyrakning selektiv arterio va venografiyasi xam kilinadi. Iborat agarda bundan avval bemorga ekskretor urografiya utkazilmagan bulsa, unda ekskretor urografiya aortografiyani fazasi sifatida bajarilaveriladi. Buyrak usti bezini usmasiga gumon bulguday bulsa, aortografiyani, pnevmotroperitoneum va tomografiyalar bilan birgalikda utkaziladi.

Vazorenal gipertenziyada kilinadigan buyrak angiografiyasi, buyrak arteriyasining xar xil jaroxatini tashxisidagi yagona usul xisoblanadi, u arteriya torayishining fel-atvorini, joylashgan urnini va darajasini bir, yoki ikki tomonlamaligini aniklaydi. Buyrak arteriyasi torayishining funktsional belgilaridan biri deb, tomirning toraygan kismidan keyingi kengayishi xisoblanadi.

Buyrak angiografiyasini bajarish uchun asos sifatida 1. kasallikni tarixi, umumklinik tekshirish usullari, izotop renografiya, ekskretor uroografiyalar yordamida topilgan uzgarishlar. 2. dori-darmonlar yordam bera olmaydigan xatarli

okimli, 50 yoshgacha bulgan odamlardagi baland arterial gipertenziya. 3. Ortostatik arterial gipertenziya, asosan nefroptoz xisobiga. 4. gipertenziviyasi bor bemorlardagi eritremitiya. (151 rasm. Aortogrammalar. Buyrak tomirlarini stenotik jaroxatlari. A-ung buyrak arteriyasini ateriosklenotik torayishi, «Tasbixga» uxshash xolat (nayzalar bilan kursatilgan).

(152-rasm. Aortogramma. Ung buyrak arteriyasini anevrizmasi). Buyrak arteriografiyasi yordamida kuyidagi uzgarishlarni aniklash mumkin.

Arterosklerotik torayish kupincha bir tomonlama buladi. Arterosklerotik burtma odatda buyrak arteriyasining proksimal kismini aortaga yakin joyida joylashadi. (151-rasm0. Bemorlarni 20 % ga yakinida ateromatoz xam aortada xam buyrak arteriyasida uchraydi.

Fibromuskulyar torayish bir yoki ikki tomonlama bulib, kuprok ung buyrak arteriyasini jaroxatlaydi va uni shoxlariga, ayrim paytlarda buyrakni ichki tomirlariga xam utadi. Torayish asosan arteriyalarni urta va distal kismini uchdan bir bulagida joylashadi, angiografiya tasbexsimon bulib kurinadi. Torayishning xususiyatlari va uziga xos belgilarini saklash kerak bulib kolsa, buyrakni selektiv arteriografiyasi kulllaniladi.

Buyrak arteriyasi va uning shoxlarini trombozi yoki emboliyasi, arteriogrammada, kon tomir xuddi amputatsiya bulganday bulib kurinadi.

Buyrak arteriyasi anevrizmasida buyrak ichida yoki tashkarisida joylashgan tomirda kengayish paydo buladi. (152-rasm). Nefroptozdagi arterial gipertenziviyani patogenezini aniklashda buyrak angiografiyasi aloxida urin egallaydi. Bunday xolatlardagi tekshiruvlarni bemorni vertikal va gorizontal xolatlarila utkaziladi. Vertikal aortogrammada buyrak arteriyasi keskin chuzilgan bulib, ayrim xollarda buralgan, diametri toraygan buladi. Gemodinamik uzgarishlarni aniklash uchun bir paytda selektiv venografiya va flebotonometriya kilinadi. Nefroptoz bor bemorlarda vertikal aortografiya yordamida buyrak arteriyasining fibromuskulyar steozini aniklash mumkin. Bu uzgarishlarni gorizontal xolda kilingan angiogrammada aniklab bulmaydi.

Vazorenal gipertenziviyasi bor bemorlarning tekshiruvini uchinchi bochkichi buyrak arteriyasidagi uzgarishlarga, arterial bosimni kutarilishi boglikligini aniklashdan iborat. Buning uchun buyraklarni aloxida kateterizatsiyalash, testi, angiotenzinli sinov yoki reninni kuchini aniklash kabi testlardan foydalanish kerak. Tekshiruvning oxirgi kismi, karama-karshi buyrakning funktsional biopsiyasidan iborat.

Aloxida kateterizatsiyalash yordamida utkazilgan, funktsional buyrak testlari torayishi kuchli darajasida va ayniksa buyrak gipertenziviyasini bir tomonlama bulgan xolatlarini aniklashda katta axamiyatga egadirlar. Kuprok Govard va Rappoport sinovi kulllaniladi. Govardni kursatish buyicha toraygan tomonda sog tomondagi nisbatan siydikni xajmi 50% kam, natriy kontsentratsiyasi esa 15% ga pasaygan buladi. Siydikni mikdorini ulchamaslik uchun Rappoport buyraklardan aloxida olingan siydikni kreatinin mikdorini aniklanadi, chunki u reabsorbtsiya bulgan suv mikdoriga tugri mutannosibdir.

Renin faolligi buning uchun bemor 4 soat vertikal xolda (renini ajratilishini kuchaytirish) bulgandan sung , periferik vena koni tekshiriladi yoki bemorni ortostatik xolida, buyrak venalaridan, kateterizatsiya yordamida, xar xil buyrakdan

aloxida olingan kon tekshiriladi. Plazmadagi reninni faolligini torayish bor tomonida yukorirok bulishi uni arterial gipertenziyani rivojlanishiga, arteriya torayishini alokadorligi yuz foiz isbot kiladi.

Angiotenzinni mikdori yukori bulgan kimsalar (ya'ni vazorenal gipertenziyasi bor bemorlar) organizmiga ekzogen antiotenzin tushuviga kam sezuvchan, sezuvchansiz yoki bularni xammasini aksicha bulishlari xam mumkin. Endogen angiotenzinni, mikdori, reninni aktivligini darajasiga tugri mutannosib bulganligi uchun, angiotenzinli sinovni gipertenziya torayishiga boglikligini isbotlashdagiga ishlatish mumkin.

Buyrak biopsiyasi- tashxisni zarur bulib, ayrim xollarda davolash usulini va operatsiya turini (buyrakni olib tashlash yoki buyrak arteriyasi plastikasi) aniklashga yordam beradi. Arteriyasi, toraygan buyrak karama-karshi bulgan buyrakni arteroskleroz borligini aniklash uchun odatda teri orkali funktsional buyrak biopsiya usuli kullaniladi. jaroxatlangan buyrakning biopsiyasining esa tezlik bilan operatsiya paytida kilinadi.

Farklovchi tashxis.

Vazorenal arterial gipertenziyasi kupincha, gipertoniya kasalligi va simptomatik gipertenziyani boshka xar xil turlari (buyrak usti bezi kasalliklari, asosida nefrogen gipertenziyani parenximatoz xili va boshkalarda uchraydigan gipertenziyani belgilari bilan farklash lozim. Agar bemorlarni kasallik tarixida buyraklarida shamollash yoki boshka xar xil patalogik uzgarishlar mavjud bulgan bulsa, demak bu xolda nefrogen gipertenziyani parenximatoz turi rivojlanadi. Gipertenziya, buyrak usti bezining kasalliklari (Feoxramatsitoma, aldosteroma va boshkalar) asosida rivojlangan bulsa, unda arterial gipertenziasini krizsimon turi bulib, u bilan birga giperqlikemiya glikozurya, katexolaminlarning kon va siydikda yukori mikdori va shuningdek giperkaliemiya, izostenuriya sutkali siydik aldosteronning baland mikdori bulishligi xam katta urin oladi. Diagnostika aniklash uchun pnevmoretroperetneum, tomografiya, buyrak usti bezini arteriografiyasi yordam beradi.

D a v o l a s h.

Konservativ davolashni foydasizligi tufayli, buyrak arteriyasidagi jaroxat kandy bulishligidan kat'iy nazar vazorenal arterial gipertenziyani davolashda eng kup yaxshi natijani operatsiya beradi. Operatsiyadan maksad buyrakda normal magistral kon aylanishni tiklash. Operatsiya okibati, tomirlarni torayishini turi ularni joylashgan urni va torayish darajasi, ularni bir yoki ikki tomonlamaligiga, jaroxatlangan xamda shikastlangan buyrak parenximasini xajmiga va uni xolatiga boglik. (153-rasm).

153-rasm. Buyrak tomirlarida operatsiya. A-buyrak arteriyasini toraygan kismni kesib tashlab uni aortaga ulash, B-buyrak arteriyasini anevrizma bilan olib, bir-birini ulash. V-buyrak arteriyasini toraygan kismni kesib tashlab sun'iy tomir bilan almashtirish. G-aorta xamda buyrak arteriyasini orasida sun'iy tomirdan darcha, D-aorta orkali endartiritektomiya.

Agar nefroptozi bor bemorlarda arteriya torayishi vaktincha bulsa, nefropeksiyaning eng fiziologik turi, pitel – Lopatkin usulini bajarishlik tavsiya kilinadi, agar torayish doimiy bulsa, u xolda nefropeksiya bilan bir katorda buyrak arteriyasidagi plastik operatsiyani xam birgalikda kilish kerak.

Aterosklerotik torayishda kuprok kullanuvchi usullar:

Aorta orkali endarteretomiya, buyrak arteriyasiga tegmaslik va uning ikkilamchi torayishining oldini olish maksadida burtmani (tugmani) aorta orkali olib tashlanishdan iborat.

Endarterektomiya va autogen vena yoki sintetik material (dakron, teflon va boshkalar) bilan yamash.

Fibromuskulyar torayish yoki anevrizmada odatda kuyidagi usullar ishlatiladi.

Arteriyani kesib tashlab va «uchinchi uchiga» ulsh,

Arteriyasining kesib tashlab uni chukur boldir arteriyasidan yoki korin osti arteriyasidan kuvrsimon arteriya transplantasiya uni olib, autoplastika qilish.

Bundan tashkari sun'iy materialdan transplantatsiya yordamida aorta bilan buyrak arteriyasi urtasida kushimcha anastomoz barpo qilish mumkin.

Chap buyrak arteriyasi jaroxatlangan ayrim xollarda splenorenal arterial anastomozni xam kilinadi. Ayrim xollarda 9buyrak arteriyasining biron shoxining torayishi yoki berkilishi). Buyrak rezektsiya kilinadi.

Kon tomirlarni jaroxati (torayish, anevrizma) buyrak parenximasini ichida joylashgan yoki boshka texnik kiyinchiliklarda, masalan: oddiy yul bilan rekonstruktiv operatsiya qilish juda kiyin va iloji yuk bulgan lyumbatik yara ichida, chukurlikda joylashgan buyrakni rekonstruktiv operatsiya kilib bulmaydi. Bunday xolatlarda oxirgi yillarda operatsiya ekskraporal sharoitda bajarilmokd; buyrak tanadan ajralib olinadi (buyrak tomirlari kesiladi, siydik naychasi esa kesilmaydi) va maxsus operatsion suppaga kuyiladi, buyrak arteriyasi va venasiga kuvir (trubka) urnatilib, sovutilgan maxsus suyukliklar bilan yuvib turiladiva zarur bulgan operatsiya , kesib olingan buyrakda bajariladi. Operatsiya tugaganidan sung buyrakni yonbosh chukurligiga joylab uning tomirlari yonbosh kon tomirlari biln ulanadi: buyrak arteriyasini ichki yonbosh arteriya bilan umumiy venani yonbosh venasi bilan ulanadi. (buyrak aurotransplantatsiyasi).

Agar plastik operatsiya qilishni iloji bulmasa unda buyrakni olib tashlashlikka tugri keladi. Bunga asoslar:

buyrakni infarkti, uni vazifasini keskin buzilishi;

buyrak arteriyasining shoxlarining kupchiligini torayish jaroxati;

buyrak arteriyasining torayishi bilan birkatorda pielonefrit yoki buyrak atrofiyasini uchrashi;

ilgari bajarilgan arteriya plastikasi yoki buyrakda kilingan rezektsiyani befoydaligi, kattarok plastikani urinsizligi yoki bemorni xolatini ogirligi bilan boglik bulgan boshka sharoitlar;

buyrakni gipoplaziyasi.

Buyrakni arteriyasi ikki tomonlama toraygan bulsa yoki karama-karshi buyrakda arterioskleroz bor bulsa, kasal buyrakni olib tashlash mumkin emas.

Vazorenal gipertenziyasi bor bemorlarni operatsiyadan oldingi davrda tayyorgarlik sifatida bemorlarga uxlatuvchi va kon tomirlarni kengaytiruvchi dorilarni berish mumkin. Operatsiyani arafasida kuchli gipotenziv (rauvolfiya moddalari, ismelin, izobarin, dopegit va boshkalar) dorilarni ishlatib bulmaydi, chunki ular bemor organizmida yigilib narkoz operatsiya va operatsiyadan sunggi paytda gemodinamika kattik ta'sir kursatadi.

Vazorenal sababli operatsiya bulgan bemorlarni operatsiyadan sung kuzatib borishlikni uziga xos xususiyatlari bor. Bulardan biri anuriya kelib chikishlik imkoniyati. Bunday xolat plastik operatsiya yoki nefrektomiya kilinganidan sung, arterial bosimni normallasuvi, koptoklardagi filtratsion bosimni esa keskin tushib ketishi natijasida kelib chikadi. Bu kungilsizlikni oldini olish uchun organizmni etarli kon bosimi darajasini, ya'ni 120-80 mm simob ust.kam bulmagan bosimni ushlab turishlik zarurdir. Boshka xavf xatarlardan ikkilamchi, kon okish bulishi mumkin. Anuriya boshlanganini sezmay kolmaslik uchun kuchli antibiotikterapiya, drenaj kuvurlarini uz vaktida (3 sutkada) olish, operatsiyadan sung 7 kun davomida bemorni urnidan turishligiga ruxsat bermaslik va boshka choralarni kurishlik zarur.

Operatsiyadan sung 65-70% bemorlarda arterial bosim normallasadi, 15-20 % bemorlarda sezilarli kamayadi.

Muvaffakiyatli utkazilgan operatsiyadan sunggi konservativ davo xam yaxshi natija beradi. Gipertenziya kanchalik kam vakt davom etgan bulsa, operatsiyaning foydasi shunchalik mustaxkam buladi. Uz vaktida kilingan operatsiya bemorlarning reabilitatsiyasi va xayot biln mexnatga tezrok kaytishlikni garovidir. Vazorenal gipertenziya tufayli operatsiya bulgan bemorlar albatta dispanser xisobida bulishlari lozim.

O k i b a t i .

Operatsiya tufayli yukolmagan vazorenal arteril gipertenziyani prognozi ayanchlidir. Bemorlarni kupchiligida konservativ davolar befoyda chunki kon bosimi fakat kiska vaktgagina pasayadi. Ulim, gipertenziya tufayli yuzaga chikkan uzgarishlardan (yurak- kon tomir etishmovchiligi, miyaga kon kuyilish, yurak infarkti va boshkalar) va buyraklarni surunkali etishmovchiligidan kelib chikadi. Buyraklarni surunkali etishmovchiligi, buyrak arteriyasi toraygan tomondgi buyrakning (yoki ikki tomonlama jaroxatda-buyraklarning) kichayishi va karama-karshi buyrakning arteriosklerozi (bir tomonlama jaroxat) tufayli yuzaga kelib chikadi.

NEFROGEN ARTERIAL GIPERTENZIYANING PARENXIMATOZ TURI.

Ushbu bobning bu kismida biz glomerulonefritlarda uchrovchi arterial gipertenziyaga tuxtataymiz, chunki u terapevtik kasalliklarga mansub biz buyrak parenximasini urologik kasalliklarida, kuprok uchraydigan surunkali pielonefrit natijasida yuzaga keladigan arterial gipertenziyaga tuxtalib utamiz.

Etiologiyasi.

Arterial gipertenziyaning parenximatoz turining kupchilik sababi, surunkali pielonefritdir. Bir tomonlama surunkali pielonefrit u bemorlarning 35-37% uchraydi. Ikki tomonlama – 43%. Pielonefrit boshka kasalliklarda xam, siydik tosh kasalligi, buyrak polikstozi va boshkalarda a xam arterial gipertenziyani keltirib chikaruvchi sabablaridan biri xisoblanadi.

Patogenezi.

Surunkali pielonefritda oralik tukimalardagi sklerotik uzgarishlarni kuchayishi va kon tomirlarni sklerozi natijasida, buyraklarni ichki kon aylanishi uzgarib, buyrak ishemiyasi kelib chikadi. Bu esa arterial kon bosimini oshishiga olib keladi. Arterial kon bosimini oshishini parenximatoz turining patogenezida vazorenal gipertenziyani mexanizmning ayrim kismlargina urin olgan Xususan, pielonefrit bilan jaroxatlangan yoki nefrogen gipertenziya natijasida olib tashlangan buyraklarda, YuGA xujayralari

gipertenziyasini va reninni aktivligini kutarilgani aniklangan. Xozirgi bor fikrlardan buyrakning ishemiyasini paydo bulishligida va buni natijasida yuzaga chikuvchi gipertenziya, gemodinamik muvozanatni buzilishi bilan boglik bulib, ozayib kolgan ammo ishlayotgan parenxiamga kon kelishni etishmovchiligi natijasida rivojlanadigan degan fikr xozirda xam bor. Kasallikni ancha kechikib ketgan va ogir xollarida kam xatto buyrak tirishib, kichaygan bulsada, gipertenziyani bulmasligi mumkin, chunki bunday kasalliklar proporsional kon okmini kamayishi bilan davom etishi mumkin.

Pielonefrit rivojlangan sari, arterial gipertenziya patogeneziga boshka faktorlar xam, xususan natriyni balansini buzilishi kushiladi.

Natriyni organizmda kup mikdorda tutilib kolganida xam, arterial bosimni mustaxkam ravishda kutarilishi aniklangan. Shuning uchun, organizmdan natriyni chikib ketishi xollarda rivojlanuvchi pielonefritda, b gipertenziya bulmasligi mumkin.

BELGILARI VA KLINIK OKMI.

Surunkali pielonefrit natijasida yuzaga chikadigan arterial kon bosimini kutarilishi belgilari, pielonefrit va baland arterial bosim belgilaridan iboratdir. Shunga kura surunkali pielonefriti bor bemorlari 30% da arterial gipertenziya yagona belgi sifatida buladi, u xam bulsa kupchilik xolatlarda kukkisdan topilib kolishi mumkin. Kasallik kuproq ayollarda, yoshlarda, yoshlarda uchraydi. kasalik tarixidan gipertenziyani buyrak shamollashidan sung kelib chikkanini aniklash mumkin. Boshlanish paytlarda gipertenziyani kechishi bir tartibda uzgaruvchan utkaziladigan davolarda yaxshi tuzaluvchan buladi. Kasallik rivojlangan sari, gipertenziya mustaxkamlashib, diastolik bosim baland kolib, konservativ davodan tuzalmaydigan bulib boradi. Ayrim bemorlar chankoklik, peshona soxasidagi ogrikka shikoyat kilishadi, subfebril tana xarorati, poliuriya urin oladi.

T a s h x i s i.

Tashxis arterial gipertenziyani topish, pielonefritni (kupincha latent ravishda utadigan) aniklash va ular orasidagi etiologik boglikni aniklashda bu muammolarni aniklash ancha ogir masala, chunki xozirgi vaktgacha, surunkali pielonefritda arteriil gipertenziyani buyrakka boglikligini isbotlovchi anik tekshiruv usuli yukdir. Shunga karamasdan, pilonefrit bulganda nefrogen arteril gipertenziyani kelib chikishini kuyidagi belgilari bor. Kupincha bemorlarda oilaviy gipertonik anamnez buladi. Konservativ davoning foydasini yukligi, tez rivojlanishi, 1G`3 bemorlarda gipertenziyaning kukkisdan boshlanishi va tez rivojlanishi, 1G`5 da yomon sifatdagi okmi va kuz tubini jaroxati misol bula oladi. Agar pilonefrit davolanganda arterial bosim pasaysa, demak pielonefrit va gipertenziya az'aro boglik buladi.

Govard va Rapaport tekshiruvi, shuningdek angiotenzinli tekshiruvlar aloxida axamiyatga egadirlar.

Arterial gipertenziyaga olib kelgan pielonefritda, jaroxatlangan tomondan ajralayotgan siydikda natriy va kreatinin eritmasi kamayadi.

Farklovchi tashxis.

Nefrogen artekriial gipertenziyaning parenximatoz turini farklovchi tashxisi, gipertoniya kasalligi, simptomatik arterial gipertenziyaning xarxil turlari, shuningdek vazorenal turi bilan utkaziladi. Tashxis xuddi vazorenal gipertenziyada kilingan tekshiruvlarga asoslangan buladi.

D a v o s i.

Agar arterial gipertenziyaning sababi bir tomonlama surunkali pielonefrit bulib va karama-karshi buyrakning faoliyati uzgarmagan bulsa, unda yagona davo usuli nefrektomiya buladi. Pielonefrit va gipertenziyaning etiologik boglikligini xar doim xam aniklab bulmasigi tufayli, pielonefritning bosh jarayonlarida nefrektomiya kilishlika karor kilish kiyin. Pielonefritdan sung, buyrakning bir tomonlama bujmayishida, arterial gipertenziyaning parenximatoz turida fakat nefrektomiya kursatilgan. Operatsiyadan sung arterial gipertenziyaning mustaxkam normallashishi 60-65% bemorlarda kuzatiladi, uning biliarli pasayishi, shuningdek bosimni gipotenziv moddalar kullanilgandagi pasayishi operatsiya bulganlarning 20% kayd etiladi.

Ikki tomonlama pielonefrit natijasida kelib chikkan arterial gipertenziyaning davosi xozirgacha xal bulmagan masaladir. Pielonefrit bor buyrakning kon aylanishini yaxshilash maksadida chavridan, ingichka ichak bulagi va boshkalar yordamid buyrakning chekka kon tomirlarini xolatini yaxshilash usuli etarlicha foyda keltiradi. Kasallikning ogir va kechikib ketgan xollarida ikki tomonlama nefrektomiya va kelgusida buyrakni kayta ulash kursatilgan. Xar bir kasallanishda gipotenziv terapiyani, pielonefritni davolash bilan birgalik olib borish zarur.

BUYRAKNING BOSHKA KASALLIKLARIDAGI ARTERIAL GIPERTENZIYASI.

Siydik tosh kasalligidagi arterial gipertenziyani sabablari:

Pielonefrit; 2. Reflektor mexanizmlar; 3. siydikni okib chikishini buzilishi va uning fornikal apparati orkali reabsorbtsiyasi.

Toshlarning uz vaktida olib tashlanishi va pielonefritni yaxshilab davolashlik gipertenziyani butunlay yuk kilishlikni garovidir. Buyrak tuberkulezidagi gipertenziya kuprok uning kechki boskichlarida kuzatiladi.

Buning sabablari buyrak ishemiyasi va siydik naychalaridan siydikni okib chikishini buzilishidir. Keng mikdordagi destruktivlik, bir tomonlama tuberkulezdagi nefrogen gipertenziyada nefrektomiya kilish kerak. Agar gipertenziya siydik yullarini tuzilishi natijasida rivojlangan bulsa, plastik operatsiya kilish zarur.

Buyraklarning polikistozi bor bemorlarni 80-90% da arterial gipertenziya buladi. Buning sabablari bir yoki ikki tomonlama pielonefrit, shuningdek kistalar bilan buyrakning ichki va tashki arterial tomirlarning ezilishi va gemodinamika buzilishi. Bu xolda gipertenziyaning patogenetik davosini kon tomirlari atrofidagi kistalarni ignipuktura va kesib olib tashlash operatsiyasidan iborat.

Gidronefroz bulganda bemorlarni 20% arterial gipertenziyani borligi kayd etiladi.

Uning rivojlanishida kuyidagilar katta axamiyatga ega: 1. buyrak tukimasini ishemiyasi; 2. siydik yullarini tuzilishi; Siydik okishni osonlashtiruvchi plastik operatsiya kup xollarda arterial gipertenziyadan xam xolos etadi. Bir tomonlama gidronefrozining ogir xollarida gipertenziya xam bor bulsa, nefrektomiya kilingan ma'kul.

Buyrak usmasi va uni kistasida gipertenziyani kelib chikishida, bu ikkala kasallik uchun umumiy sababalri bor:

buyrak arteriyasini usma yoki kista bilan ezilishi;

usma yoki kistaga tegib, ezilib turgan buyrak parenximasini, kamkonligi;

buyrak siljishini natijasidagi buyrak arteriyasining torayishi va buralib kolishi.

Bundan tashkari, buyrak usmasida gipertenziya, arteriovenoz darchalar tufayli xam buladi. Gipertenziya buyrak usmasi bor bemorlarning 10%, buyrakkistasi bor bemorlarning 20% uchraydi. Nefrektomiya kilinganidan sung gipertenziya koidagidek yukoladi.

Ayrim xollarda korinni orkasi fibroz uzgarishlarni xam birlamchi (Ormond kasalligi), xam ikkilamchilari (para-yoki perinefrit, turli davolashlar okibatida) arterial gipertenziyaga sababbuladilar.

O k i b a t.

Nefrogen arterial gipertenziyaning parenximatoz turida, xuddi vazorenal turidagidek, kasallikni okibati asosan uz vaktida utkazilgan etiotrop va patogenetik sabablarga asoslangan davoga boglikdir. Agar bir tomonlama buyrak kasalligi arterial gipertenziyaga olib kelgan balsa, unda karama-karshi buyrak kon tomirida uzgarishlar rivojlanmay turib operatsiya kilinsa, kasallikni okibati nisbatan yaxshi buladi. Bulmasa kuchayuvchi arterial gipertenziya va buyrak etishmovchilik natijasida kasallik okibati anyachli buladi. Ikki tomonlama buyrak jaroxatida okibat doimo yomon.

XIII- BOB

BUYRAK VENA GIPERTENZIYASI

Buyrakdagi vena gemodinamikasini tariflovchi asosiy omillarga, buyrakkaarterial konni kelib buyrakdan esa vena konini yurakka tomon okishini kursatish mumkin.

Buyrakni asosiy venasini torayishi tufayli, kon okimini buzilishi, buyrakvena gipertenziyaga olib boradi. Nefroptozda buyrak venasining trombozida, buyrak venasining chandikli torayishida buyrak venasining retroaoral joylashgan xollarda, buyrakni kon bosimining kutarilish mexanizmi, yukorida kursatilganidek buladi.

Arteriovenoz (tugma yoki xayotda orttirilgan) kabi buyrak kon tomirlarini jaroxatlarida, buyrak vena kon tomirida bosimning oshishi, patalogik arteriovenoz aloka xisobiga xam buladi. Buni boshkacha kilib fistulali buyrak vena gipertenziyasini yoki ikkilamchi «arterial» maxalliy sababga kura yuzaga chikkan buyrak vena gipertenziyasi xam deyiladi.

Arterial gipertenziyasi bulgan bemorlarning buyragida vena bosimining kutarilishida, butunlay boshka mexanizmlar urin egallaydi. Buyrak arteriyasidagi konni yukori bosimi, simpatika- adrenal sistemasining yukori tonusiga, buyrakni pustlok kavatining vazokontruktsiyasiga va buyrakni medulyar kon okshining kuchayishiga olib keladi. Kup mikkordagi arterial kon okmini, kabul kilishni ta'minlovchi venalar turi, kup tomonli arteriovenoz shuntlar bilan bajariladi. Buyrakdan tashkari arterial gipertenziyasi bulgan bemorlarni ikkala buyragidagi vena gipertenziyasini patogenezi shunday, nefrogen gipertenziyasi bor bulgan bemorlarda, zararlangan buyraka nisbatan karama-karshi buyrakda xam shunday uzgarishlar buladi.

Buyrak konini bir kismini kiska yoy venasi orkali yoki uni tupchasimon yulga buoilishi, kon okimiga glomerulyar kon tomir turiga nisbatan ancha kam karshilik kursatadi. Bu buyrak uchun (kompensator) moslashuv ma'nosiga ega, chunki bu bilan arterial buzuvchi okimdan saklaydi. Gipertenziyaning bu turi ikkilamchi «arterial sistemali sababga kura buyrak vena gipertenziyasi deb ataladi. Buyrakdagi patalogik jarayon kupincha a'zo ichidagi murakkab koy aylanishining buzilishiga olib keladi. Bunda kasallikdan oldin yoki kasallik davrida kelib chikkan maxalliy va umumiy sabablarga kura, buyrak vena gipertenziyasini aralash turlari rivojlanishi mumkin.

Buyrakdagi vena gipertenziyasining eng kup uchraydigan sabablaridan buyrak venasining kisilishidir. Bu turli xil aloxida patalogik xolatlardan xisoblangan belgilar bilan namoyon bulishi mumkin.

BUYRAK VENASINI TORAYISHI.

Urug tizimchasini venasining varikoz kengayishi.

Buyrakni vena gipertenziyasini klinik belgilaridan biri, urug tizmasining venalarini kengayishi (varikotsele)dir. Kasallik yorgokni bir tomonini kattalashishi, usha tomonda nokulay sezgi tuxumda va chov soxasida tortishib ogrish, jinsiy kuzgalish va jismoniy mexnat paytida ogrikni kuchayishi bilan namoyon buladi. Yorgokning kasallangan tomoni paypaslab kurulganda urug tizmasining venalarini tuguncha-tuguncha bulib kengaygani aniklanadi. Vakt utishi bilan tuxumning tarangligi, ulchamlari uzgaradi, ba'zan tuxum kichiklashib boradi. Kupincha bemorlar

farzandsiz bulishadi. Spermaning uruglantirish xususiyatini susayishi, kasallikni darajasiga boglik emas.

Kupincha kasallik char tomonda rivojlanadi. Buning sababi chap tuxum venasi ung tuxum venasidan farkli ularok, uz konini chap buyrak venasiga kuyadi. Chap buyrakni gemodinamikasini buzilishi, chap tuxum venasidagi kon okimida uz aksini topadi. Ung tuxum venasini ung buyrak venasiga anamal kushilgan xollarda (10%) va ung buyrak vena kon aylanishi buzilganda, ung tomonlama varikotseleni kelib chikishi mumkin. Eng kam uchraydigan anomaliyalardan biri, ung tuxum venasini ikki tomonlama varikotselega olib keladi.

Buyrak venasidagi yukori bosim tuxum venalarining etishmasligiga oli keladi va kon teskari okib buyrak venaidan tuxum venasini shingil chigali va tashki urug venasi orkali umumiy yonbosh venasiga kuyiladi.

Varikotsele bilan kasallangan bemorlarda kupincha chap buyrak venasini kisilish, yukori tutkich arteriyasi (uning aortadan utkir burchak bilan ajralgan) va aorta uzagidagi sikilishi xisobiga buladi, buni arterial aortomezenterial pintset deb ataladi. Burchakning kattaligi bemorning xolatiga karab uzgaradi: yotgan xolatda (klinostoz) burchak katta buladi va buyrak venasidan konni okishi buzilmaydi, tik turgan xolatda (ortostaz) esa burchak kichrayadi, bu buyrak venasini kisilishiga olib keladi. Ortostozda vena okimi uzgaradi va yunalishi buyrak venasidan pastga tuxum venasidan shingil chigaliga karagan buladi. Klinostozda yunalish odatdagiday tuxum venasidan buyrak venasigacha buladi. Tik turgandagi shingil chigalining tulishi, bemorni yotgan xolatida yukoladi (orostatik varikotsele).

Buyrak venasining organik stenozi, ya'ni buyrak venasi atrofidagi yog tukimalarining chandikli jarayoni xisobiga (jaroxat tufayli) nefroptozda, doiraviy buyrak venasida, turgun vena gipertenziyasi kelib chikadi.

Buyrak tuxum vena reflyuksi bemorning xolatiga boglik bulmaydi, tuzum kanotining kengaygan venalarini tulib turishi, bemorning tik turgan xolatdan yotgan xolatga utganida uzgarmaydi. Torayishning bunday turidagi varikotseleda, siydikda oksil, kon bulishi kuzatiladi, buyrak vena xavzasida aylanish jarayonini buzilishining ogirliigi bilan tushuntiriladi.

Buyrak venasining stenozi xisobiga kelib chikkan shingil chigalining varikozi kupincha yoshlikdan rivojlanadi, xech bulmaganda bemor kasallikning kup yillardan buyon borligini aytadi. Venalarni kengayishi doimiy ukchayib borish xususiyatiga ega.

Buyrak kon tomirlarida arteriovenoz darcha bulganidagi buyrak usmasida jaroxat asoratida arteriovenoz darchalar) varikotsele, kiska muddat ichida rivojlanadi. Bu xolda venalarni kengayishi siydikda goksil, kon bulishi, arterial gipertenziya bilan birgalikda kuzatiladi, ba'zan esa varikotsele bulgan tomonda bel soxasida ogrik buladi. Shingil chigalini varikoz kengayishi klinostazda xam saklanib koladi.

Ayollarda varikotselega uxshash ovariko-varikotsele urugdon chigalini venalarning varikozi rivojlanishi mumkin. Bu xayz kurishni buzilishi bilan namoyon buladi.

Varikotselening tasnifi shingil chigalining kengayishi va tuxumning trofikasining uzgarishiga asoslanadi.

1. Davr-vena varikozi, bemor tik turganda, kuchanganda, fakat paypaslab aniklanadi.

Davr-venalarni kengayishi kuz bilan aniklanadi, lekin tuxumning ulchamlari va kattik yumshokligi uzgarmaydi.

Davr-shingil chigalini venalari ancha kengaygan, tuxum yumshok va ulchamlari kichraygan buladi.

Tashxis.

Varikotsele buyicha bemor tekshirayotganda, quyidagi savollarga javob topish kerak: 1. buyrak venasidan kon okishning xolatini baxolash.

2. Buyrak venasining stenotik shikastlanishini va uni sababini aniklash (buyrak venalari anomaliyasi yoki arteriya shoxlarini anomaliyasi, kaysiki buyrak venalarini ezishni mumkinligi).

3. Buyrak-tuxum vena kon aynishini buzilishini xusuiyatlarini aniklash (buyrak venasidan tuxum venasiga konning teskari okishi doimiy yo fakat turganda).

4. Tuxum venasining xamma kismining rasmini olish (birta yoki bir nechta vena uzagi, ularning kushilish joyi).

5. Chap buyrak va chpn son venalaridagi bosimni orto va klinostazda takkoslab ulchab kurish.

Bemorlarni tekshirish ularni kurishdan boshlanadi. Urug tizmchasi venalarining kengayganligini bor yukligi aniklanadi. Varikotseleni xarakteri, ya'ni bemorning gorizontal xolatida shingil chigalining venasining tulib turishini tik turgandagi xolatiga takkoslab kuruladi. Bu borada «Ivanisevich» usuli ancha kurgazmalidir: bemorni yotgan xolatida kov kanalining tashki atrofida urug tizimchasini sovuk suyagiga barmok bilan kisiladi va bemorni tik urnidan turgazib turgan xolatida xam, tomirlarni bosib turilaversa, yorgokdagi venallar kongga tulmaydi. Agar bosim tuxtalsa, shu paytning uzidayot shingil chigali kongga tuladi «ogirlashadi».

Bunday bemorlarni kuribok lurda buyrak gipertenziyasini taxmin kilish, gipertenziyani turgunmi yoki utib ketuvchimi, shikastlangan tomndagi tuxum atrofiyasini bor yukligi yoki vaktinchami, xam uning darajasini aniklash mumkin. Belgilarni evolyutsiyasini aniklash tashxis uchun katta axamiyatga ega, ya'ni uni tanani xolatiga boglikligi yoki boglik bulmagani xolda, ortostatik varikotseleni doimiy utishi yoki varikotsele gematuriya bilan birga bulsa, buyrakdagi patalogik arteriovenoz darcha yoki buyrak venasidagi tusik, stenotik shikastlanish asosida ekanligi tugrisida taxmin kilish mumkin. Bunday xolatlarda axvol konni tuxum venasi orkali bilan engillashmaydi. Buyrakdagi baland vena kon bosimi fornixlarga «tashlanadi». Ba'zan esa belgilarning bunday birgalikda kelishida- bemorlarda varikotsele rivojlanishi bilan gematuriya tuxtashligi aniklangan.

Taxlil utkazilgan tekshirishlarga quyidagilar kiradi: siydikni Nechiporenkoda Almeйда usuli bilan tekshirish oksilning kundalik ekskretsiyasini ayniklash, siydikni va konni immunoximik tekshirish. Bu kursatkilr (protenuriya mikdori va xarakterini buyrak vena gemodinamikasining buzilishini xarakterlasada) kasalikni aniklash uchungina emas, balki oksil ekskretsiyasini dinamikasini, uroptoteinogrammani uzgarishi buyicha, kullanilgan davoning natijasini baxolaydi.

Varikotsele bilan kasallangan bemorlarning buyrak arteriyalari kam tekshiriladi.

Buyrak arteriografiyasini utkazishlik uchun mavjud kursatmalar quyidagilar: 1. Xayot davomida orttirilgan varikotsele, 2. Bemorning yoshi 30 dan katta bulsa, 3. Varikotsele va konning bir paytda bulishi. Bu xollarda arteriografiya bilan buyrak

usmalarini va buyrakdagi patologik arteriovenoz fistulani bor-yukligi aniklanadi. Venografik tekshirish, asosiy tashxis axamiyatga egadir.

Selektiv, obsturatsiyasiz buyrak venografiyasi yordamida, buyrak venasida kon aylanishini buzilishini xolati, moyak venasining anatomik xususiyatlari va boshkalar aniklanadi.

Birinchi surat bemorni tik turgan xolida ikkinchisi yotgan xolida olinadi. Buyrak venasini organik stenotik shikastlanganida (aylanma, buyrak venasi, chandikli tusilishi orto-va klinostazda kilingan suratlarda, buyrak venasida va kollaterallar asosan bir xildir. Buyrak venasidan konni okishini kiyinlashtiruvchi tusik, tana xolatini uzgarishi bilan yukolmaydi(154-ram).

(154 rasm. Buyrak venogrammasi. Varikotsele va kon ketish belgilari mavjud bulgan bemorlardagi buyrak venasini uzgarmaydigan tusigi).

Buyrak venasining ortostatik stenozida (arterial aorta-mezenarial) «pintset») bemorlarni tik turgan xolatidagi suratda, buyrak venasining xamma kismi rentgenokonstrast modda bilan tuladi. (kuyi reflyuks) yotgan xolda esa, venaning prikoval kismi yaxshi kontrastlanadi, moyak venasi esa umuman kurinmaydi, yoki yukori kismigina tuladi (kiska reflyuk) (155-rasm).

Moyak venasining xamma kismi tekshiriladi, sur'at ortostazda kilinadi. Moyak venasini anatomik tipi, vena uzining soni(bitta, ikkiga bulingan, xatto uchga bulingan) uzoklarning kushilishi (bir-biri bilan past yoki yukori kushilishi , xar kaysi vena uzagining buyrak venasiga aloxida kuyilish) kushni venalar bilan alokasini xarakteri (siydik nayi venasi korin pardasini orkasidagi yog tukimalari buyrakni pustlogi, pastki kovak vena) aniklanadi. Olingan ma'lumotlar jarroxning operatsiya paytidagi ishni aniklaydi, kushimcha venalarni topib boglashni osonlashtiradi.

Venoz bosim, orto va klinostazda buyrak, pastki kovak va son venalarida ulchanadi. Olingan bosimlarni takkoslash, kanday operatsiya kilishni kursatuvchi asosiy kursatkichdir.

D a v o l a s h.

Kon okimni patalogik arteriovenoz shuntlanishi xisobiga kelib chikkan varikotsele, buyrakning jiddiy shikastlanganligining (usmalar, arteriovenoz fitulalar) belgisidir. Bunday xollarda albatta, bemorni varikotseledan xolos etish emas balki asosiy kasallikni davolash kerak.

Buyrak venasining stenozisi xisobiga bulgan varikotseleda, operativ daolash tavsiya etiladi. Operatsiya kanchalik tez, uz vaktida bajarilsa, moyakning faoliyati shuncha saklanib koladi yoki shikastlangan moyakni tezrok amallashiga najot buladi.

Invanisevich operatsiyasi – chap moyak venasini boglash va kesishdir.

Bu buyrak venasidan konni jinsiy chigaliga teskari okishni uzadi, varikotseleni yukotadi. Lekin Ivanisevich operatsiyasida varikotselle yukolgani bilan buyrak venasidan kon okishning kiyinligi xisobiga, kompensator rivojlangan aylanma renokoval darcha buziladi. Buni saklash maksadida,kesilgan moyak venasini proksimal uchini, umumiy yonbosh venasining bikiniga implantatsiya kilish taklif kilingan (proksimal testikuloilokavl vena anastomozisi) yoki katta teri osti son venasining urtasidan kesib proksimal kismi bilan moyak venasining kismi ulanadi. (proksimal testikulosafan vena anastomozisi).

Buyrak venasi stenozisi bilan boglik bulgan varikotseleda bunday operatsiya kilishni aniklashda rentgenovenotonometrik tekshirishning axamiyati katta. Agar

moyak venasi ikkita yoki bir nechta ingichka uzaklardan iborat bulgan bulsa, Ivanisevich operatsiyasi bajariladi. Moyak venasi keng va ortostazda buyrak-son vena gradienti mavjud bulsa, ya'ni tik turganda buyrak venasidagi bosim, son venasidagi bosimdan yukori bulsa venoz anastomoz kilinadi.

Bolalardagi varikotsele.

Urug tizimchasi venalarining varikoz kengayishi, odatda 10 yoshdan katta bolalarda uchraydi va 17 yoshgacha bulgan usmirlarning 12,4% tida uchraydi. Kupincha varikotsele 14-15 yoshli bolalarda uchraydi.

Jismoniy va jinsiy tez rivojlanayotgan bolalarda, jinsiy a'zolarga ortostatik yukori kon okimi xisobiga, shingil chigalida gidrostatik bosim ortadi va varikotsele kelib chikadi.

Varikotseleni taxshislarida doimiy profilaktik kuriklar utkazish ayniksa jinsiy a'zolari kurib borish katta axamiyatga ega.

Birinchi darajadagi varikotselesi bulgan bemorlarni 10% , vakt utishi bilan ularni usishini tuxttishi yoki sekinlashuvi va vena devorlarini tonusini kisman saklanishi tufayli, kasallikni belgilari ozmuna yukola boradi. Vena okimini kiyinlashuvi, moyakni rivojlanishiga tuskinlik kusatadi. Vakt utishi bilan morfologik uzgarishlar kushni tuxumda xam paydo bulishi mumkin. Moyakda venoz konning tuxtalib kolishi xisobiga, arteriospazma vujudga keladi va keyinchalik mayda introorgan arteriya va arteriollar obliteratsiyaga uchraydi, bu esa uz navbatida organni ishemiyasiga va redutsirlangan kon aylanishiga utadi. Arteriyalar spazmi va venoz kon tulishi kontrlateral moyakda xam kuzatiladi. Kon tomiridagi bunday uzgarishlar umumiy spermatogenezini buzilishiga, patalogik va xarakatlanmaydi spermatozoidlarni sonini kupayishiga olib keladi. Varikotseleni davolashni putetral davr tugallanmay turib utkazilgani maksadga muvofikdir. Bolalarda varikotselening 2-davrda, xali moyakni troikasi buzilmay turib operatsiya kilish tavsiya etiladi.

BUYRAKLARDAN KON KETISH.

Buyraklardagi vena gipertenziyasini boshka kurinishlaridan buyrakdanikon ketishi bulishi mumkin.

Kupincha buyraklardan kon ketish vena bilan buyrak jomchasi urtasidagi yupka devorining yorilishi xisobiga buladi. (Fornikal kon ketish). Bu jomcha ichidagi bosimning kutarilishi xisobiga (tosh, gidronefroz) yoki buyrakda yukori vena bosim bulganda ya'ni fornikslarning ikkala tomonida, bosimni turlicha bulganida yuz beradi.

Angiografik tekshirish davriga kadar buyrak jomchasini rentgenologik tekshirish (urografiya, pielografiya) fakat uni ichkari tomonidan utkaziladigan tekshirishlar xolos edi, shuning uchun klinitssit forniksning yorilgan joyini izlash bilan kifoyalana edi. Lekin uning sababi jomcha ichidagi bosim kutarilishi, papillit yoki usma bulsa, noma'lum bulib kolaverar edi. Angiografiya, buyrak butini karama-karshi tomonidan , buyrak vena gipertenziyasini keltirib chikargan sabablar mexanizmini urganishga imkon beradi. Bu tekshirishlar ushni kursatadiki, buyrak vena gipertenziyasi; «uzgarmagan» buyrakdan kon ketishining real sababi bular ekan. Xozirgi davrda «anik buyrak» gematuriyasi guruxidan, ya'ni sababi aniklanmagan tofovut kilinadi. 1. Buyrak venasining stenozi. Xayot davomida orttirilganlari- buyraklarning patalogik siljishi xisobiga, jaroxat, buyrak kon tomirlarini atrofidagi yog tukimalarini chandikka aylanishi tufayli, pielornefritda, retroreritoneal fibrozda, tugma sabablar-kon tomir anomaliyalari (venoz xam arterial) bu xollarda, buyrak venasidan konni

kaytib okib ketishi kiyinlashadi (retroaortal yoki aylanma buyrak venasi buyrak venasining aorta bilan kisilishi, yukori tutkich arteriyasi bilan fibroz chandiklar-artriofibroz aylanma kisilishi, venaning anomal arterial kon tomir bilan ezilishi, vrterial anevrizma).

2. Tugma yoki xayot davomida orttirilgan arteriovenoz buyrak okmalari.

3. Arterial gipertenziya; bunda ikkala buyrakda vena gipertenziyasi bulishi mumkin. (buyrakdan tashkari sabablariga kura) yoki karama-karshi tomondagi buyrakda (bir tomonlama shikastlangan nefrogen gipertenziyada) gematuriya kuzatilgan vena gipertenziyasi buladi.

BELGILARI VA KLINIK KEChISHI.

Siydikdagi konni xajmi turlicha buladi: kuz bilan arang aniklandiganidan to anchagina sezilarli bulishigacha. Siydik konni davom etishi xam bir necha oygacha bulishi mumkin. Kupincha siydik kon ogriksiz va peshobga daxlsiz buladi. Shuning uchun, ba'zan uni kiska vakt davom etishligi tufayli konni kaysi tomonidagi buyrakdan kon ketayotganligini aniklab xam ulgurmaydilar. Ayrim xollarda erkaklarda varikotsele paydo bulsa ayollarda mensturatsiya siklining buzilishi kuzatiladi. Buyragida arteriovenoz fistula xisobiga gematuriya bulgan bemorlarda, fistulali kon aylanishi sababli, kon bosimini kutarilishi mumkin, bunda buyrak parenximasining arterial kon bilan ta'minlashi buziladi. Kon bosimi yukori bulgan bemorlarda siydik kondan oldin, arterial bosimning kutarilishi kuzatiladi. Siydik konni konni tuxtashi, kon bosimining me'yorga kelish yoki kamayishi bilan ifodalanadi.

Kupchilik mualliflarning kuzatishi shuni kursatadiki, vakt utishi bilan «essentsial» okn siyish uz-uzidan tuxtaydi. Buyrakdagi vena konning dimlanishi xisobiga paydo bulgan kon siyish, kallaterollarning rivojlanib, vena gipertenziyasini pasaytirishi, xisobiga yukoladi.

Arterial gipertenziyadagi kon siyishning tuxtash mexanizmi esa ancha boshkachadir. Bu bemorlarni buyrakgida arteriokslerotik uzgarishlar bulganligi tufayli, buyrakni arterial kon bilan ta'minlanishi susayadi. Shu munosabat bilan buyrak vena gipertenziyasini kelib chikishi uchun sharoit kolmaydi va natijada kon siyish xolatlariga urin kolmaydi.

Buyrakda fistulali kon aylanish bulsa, kon siyish tuxtamaydi davom etadi.

Tashxis.

Bemorni kasallik tarixini surishtirilayotganda uni sil bilan ogrigan bemorlar bilan alokador bulganligi, tanzilit bilan ogrib turishligi yuzida shishlar paydo bulishligi (glomerulonefrit), bemorda va uni karindoshlarida kon okishga moyillikni (kon kasalliklari), jigar xastalıkları, buyrakdan kon ketishining jismoniy mexnat bilan boglikligi, bel va korin soxasiga jaroxat olinganligini (jaroxatdan sung buladigan buyrak venasining deformatsiyasi yoki arteriovenoz okma), baland arterial kon bosimining borligi, arterial kon bosimining kutarilishi bilan buyrakdan kon ketishning alokadorligi va bosimni uz xoliga kaytishi, siydik konni tuxtashi (arterial gipertenziyada kon siyish) kon ketayotganda bel soxasidagi ogrikni bor yukligi (buyrak usmalari, buyrak jomchasidagi toshlar, suvbuyrak, buyrakni kay biridan kon ketayotganligini aniklash), xayzni buzilishi (ikkala buyrakdan venoz konning okimini buzilishi) kabi xolatlar tula tukis aniklanishi lozim.

Bemor tekshirilayotganda, uning gavda tuzilishiga, teri kavatig, tomok bezlarini va oyoklardagi ven kon tomirlarini xolatiga xamda shishni borligiga axamiyat beriladi. Kon ketayotgan tomonini (bu klinik yoki sistoskopiya da aniklanadi), uni xolatini (doimiy yoki jismoniy mexnatga, arterial kon bosimining kutarilishiga alokasi) aniklash katta axamiyatga ega. Orto- va klinastazda ung va chap shingil tugunini xolati aniklanadi. Agar bemorda varikotsele bulsa (buyrak vena gipertenziyasi) varikotsele paydo bulishi bilan siydik kon urtasidagi bogliklikni borligi urganiladi. Tik turgan va yotgan xolda buyraklar paypaslab kuriladi. Bu bilan buyraklarni paypaslanganligi, buyraklarni kattalashganligi (usma, polikistoz, suvbuyrak) aniklanadi. Arterial kon bosim orto-va klinostozda urganiladi. Kon tomir shovkinlarini aniklash uchun bel va korin soxalari eshilib kuriladi (stenoz, arteriovenoz, fistula).

Taxlilxonadagi tekshirishlar olingan ma'lumotlarga karaganda bir necha, boskichda bajariladi. Avval kon va siydiklar umumiy tekshiriladi. Siydik kon bulayotgan vakt da tekshirilgan siydikda oksil mikdori kupayadi, silindrlar, leykotsitlar esa tuberkulez, pielonefrit, glomerulonefrit, buyrakdan vena konining okishini kiyinlashuvi bulganda kuzatiladi.

Kon tekshirilganda undagi eritrotsitlarni, trambotsitlarni soniga konni ivishiga ketgan vaktga, protrambin inteksiga, SOE ning tezligiga va boshka kursatkichlarga axamiyat beriladi, oksil ajralishi aniklanadi, siydik va konda immunoximik tekshirishlari (selektiv protenuriya, glomerulonefritla tupchalar tuzilishilarining shikastlanishiga xarakterlidir) utkaziladi.

Keyinchalik boshka taxlili tekshirishlarni kullashlik (bakterioskopiya siydikdan sil mikobakteriyasini aniklash uchun bakteriologik tekshirish, kon koagulogrammasini baxolash, tromboelastografiya) xam mumkin.

Obzor va ekskretor (infuzon) urografiya buyraklarni katta-kichikligini, assimetriyasini (usmalar, buyrakni mujmayib kolishi) toshlarning bor yukligi buyraklardagi oxaklashgan tukimalarni buyrak surgichlarini xolatini (spetsefik papillit) siydik naychalarining xolatini (siydik naychasini venasining varikozida – «tishli» , «festongatiy» siydik naychasi) bemorlarni tik turgan xolatida buyraklarini pastlashi va ularning buralishini aniklashga yordam beradi.

TsISTOSKOPIYA.

Agar sistoskopiya gematuriya paytida kilinmagan bulsa, ekskretor urografiya dan keyin kilingani maksadga muvofikdir. Chunki bu davrga kadr vrach ancha ma'lumotlarga ega buladi. Bu ma'lumotlar sistoskop orkali Qovuqni kurgandan keyin olingan ma'lumotlarni tuldiradi (yukori siydik yullariga tushgan toshlar, Qovuqdagi papilyar usma, uning shillik kavatidagi spetsefik uzgarishlar).

Buyraklarni statik stsintigrafiyasi, buyraklarda usmalarni borligiga gumon kilinganda yoki ularni anik yuk deb aytishga imkoniyat beradigan tekshirish usulidir.

Buyraklarni ultratovushli skanerlash usuli buyraklardagi usmalarni va buyraklarni polikistozli uzgarishlarini aniklashdagi navbatdagi etapdir.

Shunday kilib angiografiya ga kilinguncha bir kator kushimcha farklovchi tashxis tekshirishlar bajariladi. Siydik toshni, Qovuqdagi papilyar usmani, suvbuyrakni, buyraklarni polikistozini, koptokchalarni shikastlarini (glomerulonefrit) sil kasalini, buyrak usmasi yoki kistasini aniklash mumkin.

Angiografik tekshirishlar yordamida esa quyidagi savollarga javob topish kerak. Buyraklar usmasi, arteriovenoz darcha (seriyali aorto va arteriografiya), buyrak venalarining stenotik shikastlari (buyrak venografiyasini) aniklash lozim.

Aortografiya yoki selektiv buyrak arteriografiyasi yordamida buyrak arteriyalarining kupsonligini ularning joylashuvini notugriligi aniklanadi. Bu xollarda buyrak venasi kisilgan bulishi xam mumkin. Buyrak arteriyasining anevrizmasini (venani bosib turuvchi-venastenozi). Buyrak usmalariga xos bulgan patalogik kon aylanishni, muddatidan ilgari buluvchi nefrografik fazani yoki venogrammani kon siyishni sababi bulishi, fistulali vena gipertenziyasiga olib boruvchi kon okimini patalogik shuntlanishi) aniklab beradi.

Bemor tanasini gorizontaal va vertikal xolatida kilingan suratlarda buyrakning patalogik siljishi (buyrakni buralib kolishi, arterial uzakni tortilishi va buralib kolishi) vena konining turib kolish belgilari (davomli venoz faza, kolateralalar buylab okim) aniklanadi.

Selektiv buyrak arteriografiyasi, korin aortografiyasini kursatmalariga aniklik kiritadi.

SELEKTIV BUYRAK VENOGRAFIYASI.

Agar buyrak venasini tekshirilganiga kadar buyrakdan kon okishini sabablari (urolitiaz, polikistoz, glomerulonefrit, arteriovenoz darcha, sil, buyrak kistalari) aniklanmagan bulsa, buyrak venasining stenotik shikastlanishini taxmin kilish mumkin. Bunday xolatlarda kasallikni tarixini va kasallikni klinik okimini yaxshilab kurib chikiladi, bular asosida stenozni bor-yukligini emas, balki uning sababini xam taxmin kilish mumkin buladi. Ung tomonlama belgilarda – buyrakning patalogik jilishi bilan boglik bulgan vena stenozi – (ortostatik stenoz) jilmaydigan nefroptozda (doimiy stenoz) yoki venani bir necha taxmin kilinadi. Chap tomonlama belgilarda yosh bemorlarda kon siydikning sababi retroartal yoki aylanma buyrak venasi mavjud bulishi mumkin, katta yoshdagi bemorlarda esa, venaning organik stenozi sabab buladi. Kon siydik va varikotsele bir paytda uchrasa anomal aylanma buyrak venasi (yosh bemorlarda) tugrisida taxmin kilinadi. Kasallik tarixida jaroxatlanish bulsa-stenozining sababi jaroxatdan keyingi venoz pendunkulit buladi. Oyoklarida va tanasining boshka joylarida tugma vena uzgarishlari, venasining anomaliyasi tugrisida uylash mumkin. Masalan: buyrak venasining ekstrakoval kuyilishi.

Sur'atlar bemorning tik turgan va yotgan xollarida kilinadi. Agar chap buyrak venasining pastki kovak venaga odatdagi va pastrokdagi kuyilgan joyida (retroaortal vena) topilmasa, venani ekstrakoval kuyilishi taxmin kilish va uni umumiy yonbosh venasini kuyilish joyidan yoki chap yonbosh venasining xamma kismidan izlash kerak.

Agar utkazilgan tekshirishlar natijasiz bulsa, veriyali buyrak arteriografiyasini kilish maksadga muvofikdir. Bu bilan odatdan tashkari joylashgan buyrak venasining tuzilishini aniklash mumkin buladi. Buyrak venasining ajralish joyi, uning soni, yunalishi vena uzaklarining uzaklarining tuzilishi, rentgenokonstrast modda bilan tulishning bir xildaligi, asosiy uzakka nisbatan okimning yunalishini, tananing gorizontaal va vertikal xolatida aniklanadi. Buyrak ichidagi venalar xolati (varikoz) baxolanadi. Agar arteriovenoz «kelishmovchilik» taxmin kilinsa, buyrak arteriogrammasi bilan venogramma bir-biriga solishtirib kuriladi.

Buyrak venasining orteostatik stenozida (nefroptoz) klinostozda kilingan suratda buyrak venasining deformatsiyasi yukoladi. Turgun stenozda (nefroptoz , arteriofibroz «aylana» venalar anomaliyasi , arteriovenoz, «kelishmovchiligi» buyrak venasining bir necha arteriyalari orasida kisilish yoki uning ekskraloval kuyilishi va boshkalar) na ortoztazda va na klinostozda buyrak venasining deformatsiyasi uzgarmaydi. Buyrak venalarida va pastki kovak venasida kon bosimini ulchash bilan, buyrak kon tomilarini tekshirishni yakunlanadi.

Venotonometriya paytida arterial bosim sistemasi kuzatilib utiriladi. Buyrak kon siyish bulgan bemorlarni tekshirishda tashxislash etaplari kursatilgan tartibda utkazilsa, kupincha kasallik sababini aniklash mumkin buladi.

D a v o l a s h.

Buyrak vena gipertenziyasi xisobiga bulgan buyrak kon ketishlarida yaxshi uylyb konservativ usulni kullashlik maksadga muvofikdir.

Yukorida kursatilganidek buyrak vena gipertenziyasining ba'zi turlarida (dimlanish turi, arterial gipertenziyada buladigan buyrak vena gipertenziyasi) keyinchalik yukori venoz bosimning pasayishi va uz-uzidan fornikal kon ketishning tuxtashi mumkin. Koservativ davoga kuyidagilar kiradi: me'yor bilan xarakatlanish, kon tuxtatuvchi dorilarni tavsiya etish, (E aminokopron kislotasining 5% eritmasidan 100-200 ml, 3-4 fibronogenni eritmada vena ichiga vikasolni 5% eritmasini bir kunda 5 mldan 3 maxal mushak orasiga va boshkalar.

Kon kuyish arterial gipertenziyada kon 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 vaktincha yordam bersa, ya'ni kon ketish tuxtamasa yoki tez-tez kaytarilib tursa, jarroxlik usulini kullash kerak buladi. Nefroptozda –nefropeksiya kilinadi. Agar vena devorlarida kaystmas uzgarishlar bulsa birinchi navbatda kon tomirlaridagi uzgarishlarni tugrilash sungra esa nefropeksiya kilinadi. Buyrak bugizidagi chandikli uzgarishlar, buyrak venasini deformatsiya kilayotgan bulsa, vena chandiklardan ajratiladi (venoliz).

Buyrak dimlagichli buyrakni dekompressiya kilish usuldan biri proksimal testikulosa fen venoz darchasini yasash operatsiyasini yaxshi xizmat kilishi mumkin. Buyrakni pustlogini archish xam kon ketishini tuxtatishi mumkin, bu buyrak ichidagi yukori bosimni pasaytiradi. Buyrakdagi arteriovenoz darcha tufayli bulgan vena gipertenziasid kon ketsa buyrakni rezektsiyasi bajariladi. Lekin xar doim xam bu operatsiya yordam beravermaydi. Tekshirishlarda ba'zan arteriovenoz shuntlanish, buyrakni anik bir joyida topilgan bulishiga karamay, bu kasallikning tugma turlarida arteriovenoz fistulalar parenximada kuplab tarkalgan buladi. Bunday xollarda buyrakni kismi kesib tashlanganidan keyin xam kon ketish kaytalanavermaydi va keyinchalik buyrakni olib tashlaikka tugri keladi.

Buyrak vena gipertenziasini xisobiga bulgan kon ketishlarda buyrakni olib tashlash operatsiyasini bajarish noilojlik operatsiyasi xisoblanadi.

Bu operatsiya kamdan-kam kullaniladigan barcha davolar naf bermaganada va bemorning xayoti xavf ostida kolganda kilinadi. Lekin bu xollarda xam buyrakni olib tashlashda aniklangan kon-tomir shikastlarini ekstrakorporal korrektsiyalari va keyinchalik buyrak autotransplantatsiyasini xisobiga oli ish yuritiladi.

P r o t e n u r i y a.

Buyrakda yukori venoz kon bosimi bulganda siydikda oksil uchraydi. Venoz gipertenziyada protenuriyaning bulishi kam urganilgan.

Buyraklardagi yukori venoz bosim nefronlardagi proksimal segmentida reabsorbtsion mexanizmga shikastlovchi ta'sir etadi. Vena gipertenziyasi juda yukori bulganda, glomerulalarni bazal membranasi tuzulishini yaxlitligini buzilishiga karatilgan.

Protenuriya darajasi buyraklarda vena kon aylanishini buzilishi darajasini kursatadi. Kunlik siydikdagi oksilning mikdori , fiziologik protenuriyada (100 mg % kuniga) oshishi, buyrak vena gemodinamikasining yomonlashganini kursatadi. Buyrak sili, glomerulonefrit, tubulopatiya va boshkalar inkor etilganda, buyrak kon tomirlarini tekshirish talab kilinadi.

Shunday kilib buyrakdagi gipertenziyasi, nisbatan kup xollarda varikotsele, gematuriya, protenuriya kabi klinik kurishlar asosida yotadi.

Tashxisning ajralmas kismi bulib, shikastlangan yoki karama karshi kontrateral buyrakda vena gipertenziyasi borligi yoki yukligini aniklab, kasallikni kelib chikishiga aniklik kiritadi va davolash usulini aniklashga yordam beradi

XIV –BOB

PESHOBNI NEYROGEN BUZILISHI

QOVUQNI NEYROGEN DISFUNKTSIYASI

Peshob xar tomonlama takomillashgan jarayon bulib, u bir-biriga boglik bulgan va bir paytni uzida kechadigan, ikki xarakatni ifodalaydi: detruzorni kiskarishi, Qovuqni ichki va tashki kiskichlarini bushashuvidan iborat. Kovugini neyrogen disfuksiyasi bor bemorlarda, markaziy va tashki asablarni boshkarish imkoniyatini buzilish natijasida detruzorni kiskarishi va kiskichlarni bushashining koordinatsiyasi uzgaradi.

Etiologiyasi.

Qovuqni vazifasini buzilishi kuprok orka miya usmalarida umurtka poganasing birlamchi usmalarida yoki unda jalalar bulganda rivojlanadi. Bundan tashkari Qovuqni tashki denervatsisini tufayli uning vazifasini buzilishi, tos a'zolarida bajarilgan xar xil jarroxlik operatsiyalaridan keyin xamda kasallikni davolash uchun nurlar kullanilganidan keyin va boshka xollarda rivojlanish mumkin.

Qovuqni vazifasini buzilishi, bosh miya jaroxatlari, miyada kon aylanishining buzilishi, kabi xollarda markaziy asab notugri rivojlanishi (umurtka pogansining bel va dumgaza kismalarini orasidagi bekilmagan darchalar bel miya gurrasi (mielodieplaziya) sabali xam sodir buladi. Parkinson kkasalligi, bel miyasining yukumli kasalliklari (mielit, poliomielit, meningit, entsefalomielit, tarkok skleroz, zaxm va asab sistemasining silie , pernitsioz kamkonligida (funikulyar mieloz) diabet, xamda Adisson kasalligi tufayli yuz beradigan asab sistemasining tashki va ichki muxitdan zaxarlanishi va xar xil zaxarlanishlardan keyin, tarkibida mishyak bor moddalar ogir metall tuzlari, alkogol ruxiy kkasallilarni davolovchi dorilarni uzok ishlatilishi, bel, miya anesteziyasining notugri utkazilishi va boshkalar tufayli xam kelib chikishi mumkin.

Bolalardagi Qovuqni disfunktsiyasini sabablariga, yukoriga aytilgan xolatlardan tashkari, bel, miyasini tugma kasalliklari, mielodisplaziya va Spinabifida kiradi. Bu kasalliklarning belgilari, siydik va orka peshobni ushlamasligidan iborat. Innervatsiyani buzilishi bilanok kasallik «dardi bedavo» nusxasida davom etadi. Siydik pufagining funksiyasini birlamchi yukolishi uning anatomik tuzilishining buzilishiga olib keladi, tuzalishning buzilishi katta funktsional uzgarishlar kelib chikadi, ular keyinchalik pastki va yukori siydik yullarini chukur kaytmas morfologik uzgarishlarga olib keladi.

Patogenez.

Qovuqni neyrogen buzilishi, Qovuqni uzini yoki uning detruzoridagi uzgarishlar bilan, ularni tonusini kiskargan xolatida yoki kiskilarning berkitish apparatida, siydikni ushlanish yoki ushlanmasligi sifatida ifodalanadi.

Siyishning neyrogen buzilishini xolati xar xil sabablardangina emas, balki siyish jarayonini boshkaruvini buzilishidagi asabni urni va uning ta'sirini xolatiga boglik. Asab boshkaruvining buzilishi, siyish jarayonining shartli refleksi zanjirining xar bir poganasida masalan, bosh miyada, utkazish yullarida, siyishning bel (SII –SIV) markazida, tashki va instramural asab utkazish yullari va gangliyalarida paydo bulishi mumkin. agar jaroxat bosh miyaning peshona kismida, markaziy atrofidagi bulakchalarida ya'ni siyishning kobik markazida (kon aylanishni, jaroxat, usma)

joylashgan bulsa bu xolda boshkaruvsiz, bechakirik siyish kelib chikadi. Orka miyaning siish jarayonining bel markazlarini yukorisida tula kudalang-jaroxatida nusxa siyishni reflektor turdagi buzilishi kelib sikadi. Bunday xolatlarda siyish jarayoniga siydik bilan Qovuq devorchalarini chuzilishiga javoban chakirikni yukligi va Qovuqni reflektor kiskarishlarini bulmasligi bilan ifodalanadi. Bu ikkala siyish jarayonining bunday buzilishi siyish refleksining kobik kismini yuk bulishidan deb tushnilsa xam buladi. Bunda refleks shartsiz bulib koladi. Siyish bel markazi (SII – SIV) ni yoki ekstramedulyar asab tusiklarini va gangliylarini tula jaroxatlanganida, avtonom Qovuq kelib chikadi. Bu xolda Qovuq uziga kiskarishga kodir bulmaydi, chunki shartsiz refleks zanjiri buzilgan buladi.

Yukorida kayd etilgan siyishning neyrogen buzilishlarining turlari, ularni chetki turlari xisoblanadi. Kundalik tajribada kuprok utkinchi turlari uchraydi.

Qovuqdagi yalliglanish jarayoni shuni trofikasini buzilishidan kelib chikkanligi uchun rivojlanishi juda xam avjli xatto tezkorlik bilan borib, xatto yara bulishiga xam olib keladi. Bu sharoitda yiringli shamollash kelib chikib, u Qovuqning devorlariga utib, uning atrofidagi tukimalarga tarkaladi. Surunkali shamollash detruzor muskullarning kushuvchi tukima bilan sekin-asta almashuvi, siydik naychasini jumbogini kiskarish xususiyatlarini buzadi, natijada Qovuq-siydik naycha jom refleksig olib boradi. Bu esa keyinchalik, rivojlantiruvchi gidroureteronefroz keltirib chikaradi. Bunda bemorni ishlash faoliyati juda xam sustlashadi.

Siyish paytida siydik avval pastga emas balki yukoriga siydik naychalari buylab jomga borib undan sung oz-oz mikdorda tashkariga chikadi, ya'ni ikkiga bulib siyish paydo buladi. Natijada Qovuqda kupol morfologik uzgarishlar uni xajmini kamayishi kabi xolat kelib chikadi. Shu bilan bir katorda yukori siydik yullarining kengayishi kuchaya boradi. Ayrim xollarda siydik pufagini kateterizatsiya kilib, 1,5-2 litrgacha turib kolgan sidik chikarilishi mumkin. Bu xolat kupincha Qovuqni atoniyasi deb uylansa xam aslida Qovuqni xajmi atiga 80-100 ml tashkil kiladi xolos.

Belgilari va klinik okimi.

Asab sistemasining jaroxatini joylashishiga karab siydik pufaginging shikastlanishi xam xar xil buladi. Shunga kura «neyrogen» turlari xam reflektor, giporeflektor, areflektor va sklerotik turlariga bulinadi.

Reflektor Qovuq uchun uni detruzorini kuchli normal yoki past kiskarish kobiliyatiga uni xajmini mutadil bulishligi xarakterlidir. Bu turdagi uzgarishlar kuprok bel miyaning yukori kismida va uncha ogir bulmagan jaroxatlarda kuzatiladi.

Giporeflektor Qovuqning siyish refleksi odatda uni siydik bilan normadan yukori xajmda tuldirilgandagina paydo buladi. Siydik pufaginging ichki bosimi esa xar –xil bulishi mumkin, ammo koldik siydikni xajmi doimo kup buladi. Bu turdagi uzgarishlar bel miyaning urta sakral kismi jaroxatlanganda kelib chikadi. Siydik pufaginging ichki bosimi past, detruzorni kuchi sust, siyish refleksi sekinlashgan buladi. Qovuqning yaxshirok bushatilishi, korin bushligining oldingi devorining pastki kismi bosilgandagina bulishi mumkin. Qovuqning buyga, ba'zan Qovuqni siydikka tulayotgani xam sezilishi mumkin, ammo kupincha bu sezgi ba'zan sust yoki umuman yuk bulishi xam mumkin. Shuning uchun koldik siydik xisobiga Qovuqda kolgan sidikni mikdori tez orada oshdi va siydik pufaginging chuzilishini tezlatadi, bu esa detruzorda bulayotgan atrofiyani yanada kuchatiradi.

Giperreflektor Qovuq uchun xam undagi oz xajmdagi (200 ml) siydik igilganda, siyish refleksini paydo bulishi xarakterlidir. Detruzorni tarangligi xar xil buladi. Koldik siydikni bulishi yoki bulmasligi xam mumkin. Bu buyin turdagi neyrogen buzilishlar kupincha orka miyani va kukrak kismini jaroxatlarida uchraydi. bel miyaning sakral kismidagi jaroxatida tuxtatib ublmaydigan bel miya siish refleksi paydo buladi. Qovuqning sezgirligi sustlashadi, yoki butunlay yuk bulib ketadi. Ayrim xollarda Qovuqni ichki bosimini kukkis kutarilishi tufayli uz-uziga bushalishi mumkin. Detruzorning besabab kiskarish xollari, shuningdek gipogastriy soxasini perkussiya kilinganda va bemorni joyidan kuzgaltirilganda takrorlanishi mumkin. Giperreflektor Qovuqdagi koldik siydikni bulmasligi, jaroxatni korin nervlarini yukorisida joylashganida kuzatish mumkin.55555555555555555555555555

Bel miya shokining utkir fazasida areflektor Qovuq yuzaga chikadi va siyish refleksini yukligi tufayli siydikning tula tutilishi paydo buladi. Qovuqni uzini bushash xususiyati fakatgina siyish refleksini kayta tiklangandagina paydo buladi.

Sklerotik Qovuq eng ogir va kayta tiklanmaydigan jaroxat bulib, kuprok neyrogen Qovuqni uzok, xaddan tashkari kengayishi, uning tez-tez shamorllashi va undagi degenerativ uzgarishlarni natijasidir.

Bunday xollarda Qovuqni xajmi kichkina bulib koladi va uning devorlarini chuzilish xususiyati esa yukolib ketadi, siyish refleksi tamomila yuk buladi.

Shunda kilib, Qovuqning neyrogen disfunktsiyasining asosiy belgisi peshobni buzilishi xisoblanadi. Bunday xolatlar tufayli siyishni butunlay tuxtab, Qovuqni uta darajada tulishi tufayli paradoksal ishuriyaga yoki siyishni boshkarilmas turini paydo bulishiga olib boradi.

Areflektor va giporeflektor Qovuqli bemorlarda kurib va paypaslab xaddan tashkari kengayib ketgan siydik pufagini aniklash mumkin. Uning xajmi ayrim paytlarda 1-2 l gacha buladi. Kushilgan infektsiya esa sistit, pielonefrit va urosepsisga olib boradi. Kupincha siydikni tusilishi va surunkali shamollash natijasida siydik tosh kasalligi xam kelib chikadi. Basharti tosh xisobiga siydik yullari tusilib, Qovuq tulib ketganda xam bel miya jaroxati bor bemorlarda xech kanday sub'ektiv belgilar bulmaydi, chunki ularda sezishlik buzilgan shuning uchun bu belgilarni aniklash xam nokulay xam kiyin. Shuning uchun bunday bemorlarni e'tibor bilan fakatgina ularni pastki emas, balki yukori siydik yullaini xam tekshirishlik lozim.

T a s h x i s .

Siydik pufagining disfunktsiyasining turi va darajasi tugrisida fikr yuritishlikning birinchi davrida, umurtka poganasi va bel miyaning jaroxatining vaktining xamda Qovuqni markaziy va periferik inervatsiyaning buzilishini chegarasini aniklash uchun kattik xarakat kilingani ma'kul. Bemor bilan oxista suxbat utkazilsa, siydik pufagining disfunktsiyasini bir turini boshkasiga utganini bilish mumkin, davolashning aynan tekshiruv paytida zarur bulgan yulini aniklash zarur buladi. Taxliliy tekshiruvlar buyrakning ish faoliyatini aniklaydi, nevrologik tekshirishlar markaziy va periferik inervatsiyaning buzilishining darajasini va chukurligini bilib beradi. Undan sung rentgenologik, radioizotop va asboblar yordamida tekshiruvlar utkaziladi.

Obzor rentgenografiya kilinganda, suyaklardagi uzgarishlr va siydik yullaridagi toshlariga uxshash gumonli soyalarni borligi aniklanadi. Bel miyasi jaroxatlangan bemorlarda buyrak va siydik pufagi soxasida ogrik bulmasligi tufayli siydik tosh

kasalligini vaktida aniklash uchun yarim yilda bir marotaba obzor rentgenografiya kilish zarur. Ekskretor urografiya yordamida buyrakning ish faoliyati siydik yullaridagi toshlariga uxshash gumonli soyalarga munosabatini bilib olish mumkin. Agar uni utkazishlikni iloji bulmasa, radioizotop renografiya yoki dinamik stsintigrafiyalardan foydalanish kerak. Izotop-metodlar kullanilganda shuningdek koldik siydikni xajmini xam aniklash mumkin.

Detruzor va Qovuqni berkitish apparatining xolatini bilishlik uchun, uni tuldirishdagi kilinadigan sistomanometriya va uretrani ichki bosimning profilinni aniklash usullari kullaniladi. Siyishning neyrogen buzilishini reflektor yoki giporeflektor turini aniklashlikning yagona usuli sistomonometriya, sistografiya bilan bir vaktida kullanilganda, Qovuq-siydik naycha refleksini mavjudligini aniklasa buladi.

Siydik okimining xajmini va tezligini ulchash (uroflometriya) yordamida, detruzorning kiskarish xususiyati va uretrani ichki karshiligini baxolash mumkin. Siyishning neyrogen buzilishida bu tezlik sustlashadi. Uretrani ichki bosimini proili aniklansa, detruzor va tashki sfinkterlar faoliyatining kelishmovchiligini tashki sfikter gipertenziasini bilib olish mumkin. Bu belgilar davolashning operativ taktikasini xal kiluvchi belgilar xisoblanadi.

Tsistografiya va rentgenotelevedenie yordamida agar siydik pufagiga rentgenokonstrast modda sekin junatilsa, uning xakikiy xajmi anik belgilanadi va passiv xamda aktiv Qovuq-siydik naycha –loxanka reflyuksi aniklanadi.

Bir paytda utkazilgan elektrosistometriya detruzorning kiskarish faoliyati tugrisida ma'lumot beradi.

Uroflometriya yordamida siydik okimining tezligini ulchab, detruzorni kiskarish faoliyatini va uretrani karshiligini xam aniklasa buladi. Qovuqning neyrogen disfunktsiyasida bu tezlik sustlashgan buladi. Detruzorning kiskarish faoliyatini aniklash uchun, Qovuqni ichak orkali stimulyatsiyasini kullash mumkin. detruzorning kuzgalish kobiliyati saklangan bulsa, elektr impulsga javoban, Qovuqning ichki bosimi kutariladi.

Tsistoskopiya yordamida, koldik siydik, Qovuq pufagini xajmi, uning shilimshik pardasini va muskul devorni xolati va boshka kushimcha uzgarishlar aniklanadi.

Farklovchi tashxis.

Farklovchi tashxisni Qovuq falajiga olib keluvchi kasalliklar bilan utkazish kerak; prostata adenomasi va raki, Qovuqning buynini torayishi(Marion kasalligi) Siydik kanalini torayishlari, Qovuqning buy kismiga joylashgan usma. E'tibor bilan yigilgan kasallik tarixi, rentgenologik, sistoskopik, sistometrik va urofloumetrik tekshiruvlar Qovuqning disfunktsiyasini yukorida kayd etilgan kasalliklardan ajratishda yordam beradi.

D a v o l a s h.

Kovugining disfunktsiyasi bor bemorlarni, davolashning eng asosiy maksadi, siydikning bemalol ajralishini-ta'minlash, Qovuqni xajmini saklab kolish, shamollash jarayonini yuk kilsh, tosh xosil bulishini oldini olish, Siydik tuxtalib kolgan xollarda birinchi 5-6 kun mobaynida, Qovuqni bushatish maksadida, uni ikki kl bilan ezib kurish sulidan foydalanish mumkin. oldindan korinning pastki kismini, orkasidan esa, ichak orkali. Ammo siydik yullariga yalliglanishni kushilganidan sung, siydikni ikki

kul yordamida sikib chikarish man etiladi. Endilikda siydikni chikarish uchun Qovuqqa bir tarika vakti-vakti bilan (1sutkada 2-3 marotaba)katetr kuyishda aseptik koidalarga yaxshi rioya kilish, bu maksadda ingichka, elastik materialdan tayyorlangan katetrlarni ishlatilishi kerak.

Siydikni uz vaktida chikarish, Qovuqni esa antiseptik suyukliklar bilan yuvib turishlik uchun doimiy kateter-Monro sistemasini kullansa buladi. Uning tuzilishi kuyidagicha: Tomchigining yon devoriga, uchiga ignali rezina urnatilgan naycha (xavo darcha) kirgiziladi.

Qovuqqa urnatilgan katetrni siydik tuplaydigan xolatiga borguncha ulangan naychani pastga tushirmasdan, uning urta kismini (bu joyga yoysimon shisha trubka urnatiladi) siydik pufagidan yukorirok satxida kilib, shtativga kotirilib kuyildi. Sistema sozlanganidan sung undagi minutiga 60 tomchi tezlighida junatilgan suyuklik sistemasining eng pastki kismi Qovuqni satxi bulgani uchun avvalom bor Qovuqni tulgazadi. Qovuq fiziologik xajmigacha tulgandan sung suyuklik, siydik tuplaydigan xaltaga olib boruvchi naychani tuldira boshlaydi. Suyuklikni satxi yyosimon shisha trubkadan uktib, siydik yigadigan xaltani tez va tula bushanishi boshlanadi. Suyuklikni Qovuqdan tula chikib ketganidan sung sistema xavo bilan tuladi, bu xavo siydik pufagiga suyuklik tomchilari bilan kelib koladi. (xavo darchasini borligi xisobiga) va bu erdan u suyuklik bilan birga chikib ketadi. Siydik pufagi bushashi zaxotiyok, u yana suyuklik bilan tulishni boshlaydi va avtomatik ravishda kayd etilgan xarakterlar kaytariladi.

Bu sistemaning afzalligi shundaki siydik pufagi doimiy tomchilab tuladi va me'yorida tulganda xamda siydik pufagini bosimi etarli darajada bulganda ravon bushaladi. Bu xol fiziologik sharoitlarga yakin bulib siydik pufagining kiskarib kolishini oldini oladi, yoki yuk kiladi.

Agar bel miya jaroxatida Qovuq yoki siydik kanali shikastlangan bulsa, unda siydik tutilishining birinchi kunidayok epitsistostomiya kilish zarur. Epitsistostomani borligi yomon bitadigan okma xosil bulish extimolini paydo kiladi, uning bitishi juda kiyin bulib, siydik pufagining faoliyatini tiklanishi sustlanadi va Qovuq siydik naycha-jom reflyuksi kelib chikadi.

Tsistostomiyadan sung infektsiya bilan kurashish kerak: aseptika koidalariga rioya kilish, kup suyuklik ichish, antibakterial dorilar kabul kilsh antibiotikogrammaga asoslnib) siydikni xajmini etarlicha bulishini ta'minlash, yaralarni oldini olish, shuningdek fiziyaterapiya davolash jismoniy tarbiya xam utkazish zarur. Kayd etilgan davolash yullarining asosiy maksadi, patogenetik davo kullaguncha va siyish tiklanguncha siydik pufagining tulishi va tuplash xususiyatini saklab kolish. Patogenetik davolashlarga siydik pufagining reinnervatsiyasi, enterovezikopeksiya, siydik pufagining transrektal elektrostimulyatsiyasi va siydik pufagining reinnervatsiyalar kiradi.

Siydik pufagining reinnervatsiyasi ajratilgan va demukozatsiyalangan ingichka ichak bulagi bilan kilinishi mumkin. Ayrim xollarda siyishning tiklanishi siydik pufagining transrektal elektrostimulyatsiyasi yordamida bulish mumkin.

Siydik pufagining radiotulkini stimulyatsiyasini yukori chastotalik tok genertori va korinning tugri mushagini aponevrozi ostiga implantatsiya kilingan , detruzorg kiritilgan platina elektrodli kabul kilish uskunasi bilan utkaziladi. Detruzorda yukori

chastota, uzgaradi va u fiziologik bulib, sidi pufagi muskullarini kuzgaltiradi va uni kiskartiradi.

Operatsiya texnikasi.

Kabul kilish uskunasi uchun pastki urta kesim yordamida siydik pufagi ajratiladi va elektrodlar urnatiladi. Aponevrozni korinni tugri mushaklaridan chapdan va unga ajratib, korinni tugri mushagi orasi ochadi va tayyorlangan ushbu joyga kabul kilish uskunasi urnatiladi. Bu uskuna korinni tugri mushagiga kotiriladi va mushak kavat-kavat kilib ketgut bilan tikiladi.

Qovuq atrofiga drenajlar urnatiladi va ularning atrofida yara tikiladi. Drenajlarni turish vakti odatda 4-6 kun va u operatsiyaning shikastlanganligiga va yara chikindilarining mikdoriga boglik.

Bemor uzi siyayotgani sababli operatsiyadan sung, siydik pufagining uz vaktida bushalishini tekshirilib turish kerak. Buning uchun vakti-vakti bilan sidik pufagini kateterizatsiya kilinadi (kuniga 2-3 marotabadan) yoki siydik pufagiga 8-10 kunga doimiy kateter kuyiladi.

Yara bitnadan sung radiotulkinli stimulyatsiyani kuyidagi elektr papametrlarda utkazildi: kuchlanish 10-15 Vt, chastota 20 Gts, impuls uzokligi 6m-s. Stimulyatsiyani 30 s kuniga 3-4 marotaba utkazilishi, siyishni tiklanishiga olib keladi.

Siydik pufagining radiotulkinli stimulyatsiyasi va siyishning tiklanganligi tufayli siydik yullaridagi shamollash buyrak etishmovchiligi kamayadi va Qovuq-siydi naycha refluyksi xosil bulishini oldi olinadi.

Ayrim xollarda, sfinkterimetriya va uretra profilini ulchash asosida aniklangan sfinkter karshiligining kuchayib ketganida, siyishning tiklanishi uchun transuretral sfinkterotomiya yoki trinsuretral siydik pufagini buyni rezeksiya kilinadi. Bu chegarlar radio tulkinli stimulyatsiya bilan birgalikda yaxshi natijaga olib keladi.

O k i b a t.

Okibat kasallikning turi va davriga shuningdek, siydik pufagining disfunktsiyasining davosi uz vaktida utkazilishi va tugri tnlashini, xamda patogenetik asoslanishiga boglik.

Ts i s t a l g i y a.

Tsistalgiya asosan ayollarda uchraydigan kasallikdir. Bu kasallik tez-tez va ogrikli siyish bilan ifodalanadi. Siydikda (leykotsituriya, eritrotsituriya, eritrotsituriya) xamda sistoskopiya kilinganda, Qovuqda xech kanday yalliglanish belgilari topilmasa xam bemorlarda tez-tz va ogrikli siyish bilan ifodalanadi.

Tsistalgiyani kelib chikishi tugrisida nazariyalar kup bulsa ulardan uchtasi infeksiyon, garmonal, asab kasalliklari tugrisidagi nazariya ancha kup tarkalgan.

Birlamchi patalogik jarayon (tsistit, tuxumdonlarning garmonal vazifasini buzilishi, vegetatomir uzgarishlri, kichik tos a'zolarini yalliglanishi tufayli rivojlangan nevriltar) vegetativ nerv sistemasini interoretseptorlar orkali kuzgatadi. Bu esa uz navbatida kapillyarlarning va siydik pufagining retseptor apparatlarini javob reaksiyasini keltirib chikaradi. Kon tomirlarning uzgarishlari avvalo, vazokonstruktsiya, keyin esa vazodilatitsiya va konning maxalliy tuplanishi bilan ifodalanadi. Tuxumdonlarning garmonal funksiyasining buzilishi, sovkotish kabi omillar kayta-kayta ta'sir etib, siydik pufagining devorlarida trofik uzgarishlar keltirib chikaradi. Bu uzgarishlar siydik pufagining mexanoretseptorlariga ta'sir etib, sistalgiyaga olib boradi. Shunday kilib, infeksiyon, garmonal buzilishlar va asab

ta'irlar , retseptor apparatda uzgarishlarga paydo keladi. Keyinchalik siydik pufagining asab mushaklarida xam uzgarishlar paydo buladi. Bu siyishning uzgarishi bilan namoyon buladi. Bemorlar tez-tez ogriqli siyishdan shikoyat kiladilar. Xuddi Qovuqda siydik kolib ketganday buladi. Xuddi Qovuqda siydik kolib ketganday buladi. Lekin siydik tekshirilganda va Qovuq sistoskopiya kilinganda xech kanday uzgarishlar topilmaydi. Ayrim xollarda sistoskopiya Leto uchburchagidan engil kizarish kuzatiladi, shillik kavatining yumshashi va kon tomirlarining anikligi yukoladi. Shunday uzgarishlar soglom ayollarda xam, siydik va buyrak kasalliklari bilan ogriydigan ammo xech kanday shikoyati yuk ayollarda xam uchraydi.

Tsistalgiyani davolash, uning patogenetik yunalishiga boglik. Garmonal buzilishlar orkali kelib chikkan sistalgiya, garmonlar balansini normallasishi bilan davolanib ketadi. Sistalgiyaning neyrogen xarakterda ekanligini nazarda tutilgani xolda, asosiy patogenetik davo nerv mushak appartiga ta'sir kilishga yunaltrilgani ma'kul.

Keyingi paytlarda sistalgiyani davolashda sinusoidal modullangan tok kullanilmokda. Bu toklar «Amplipuls 3m» va maxsus ishlab chikarilgan elektrodlar orkali olinadi. Bu elektrodning biri kinga ikkinchi Qovuq soxasiga kuyiladi. Tokning kuchi 7-30 MA 30 minut da muolaja kilinadi. Davolash kursi 15 kunlik muolajani tashkil etadi. Uzoq vakt davom etgan sistalgiyalarda, ikki yarim xollarda uch kurs davolanadi.

Yana boshka davolash usullari xam bor. (Presakral navokain blakadasi, 0,5 % li 5-10 ml novokain eritmasini venaga yuborish, 1-2 % li 100-150 ml novokaini eritmasini Qovuq atrofi tukimalariga yuborish, refleksoterapiya va boshkalar).

E n u r e z.

Enurez deb uykudagi bexas, kutilmaganda siyish (cnuresis nocturna)ni aytiladi. Zamonaviy statistikani natijalariga kura, enurez 6-8% bolalarda uchraydi.

Ikki yoshgacha bulgan bolalarda enurez fiziologik xisoblanadi, undan kattalarida esa, kasallik xisobida yuradi. Ugil bolalarda enurez kizlarga karaganda kuprok uchraydi.

Enurezni kelib chikishi tugrisida nazariyalar juda kup, ammo ularning ichida, kasallikning sabablarini tugri tushuntiruvchisi, shartli reflektor nazariyadir. Sog odamlarning bosh miya kobigida, uyku vaktida xam siyish uchun chakirikni kabul kilish xususiyatini saklaydi, bu esa odamni uygonishiga olib keladi. (I.P.Pavlov buyicha korovullik punkti). Ushbu korovullik punkti bolalarda 1,5-2 yoshdan ishlashni boshlaydi, lekin kup somatik va asab kasalliklarida, uning xosil bulishi kechikadi, yoki bosh miya kobigidan paydo bulgan korovullik nuktasi uta tormozlangan buladi.

Kechkurungi siydik ushlamasligining ikki turi bor: birlamchi (tugilganidan boshlab siyishga chakirik bulganda shartli refleksi uygonishini yukligi) va ikkilamchi (biron bir kasallik natijasida ishlab chikarilgan refleksi tuxtalishi).

Bosh miya kobigini disfunktsiyasi natijasida rivojlangan enurezi bor bemorlarning ruxiy xolati tekshirilganda, ularning kupchiligida xotirani sustlanish, umumiy o rivojlanishning etishmasligi, duduglanib gapirish tez charchash xollari uchraydi.

Xozirgi zamon nazariyalariga kura boshka sabablar ichida, siydik tanosil a'zolarining maxalliy patalogik uzgarishlari(fimoz, balapopostit va shunga

uxshashlar) va boshka somatik kasalliklar (tanzillit, adenoid, ichak kurtlari va shunga uxshashlar)ni xam axamiyati bor, ya'ni enurez urologiyadan kura kuprok nevrologik kasalliklar xisobiga kiradi. Bu kasallik chegarasidagi kasallik bulganligi uchun uni fakatgina pediatri va nevropatologlar emas, balki urologlar xam ogir dardni aniklash va davolash usullarini bilishlari zarur.

Tungi siydik ushlamaslikning tashxisida urologik tekshiruv usullari katta axamiyatga ega. Sistoskopiya kilinganda ayrim xollarda siydik pufagining ichki sfinkterining ochilib turishi aniklanadi, bunda sistoskopiya osongina siydik pufagidan uretraning orka kismiga kiradi va xatto urug dungchasi kurinadi. (Shramm-Alekseev belgisi) va siydik pufagini pastki chegarasi pastga burtib koladi (til belgisi). Ilgari uylanganiday, enurezda bu belgilar unchalik kup uchraydi, ammo bularning aniklanishi kechkurungi siydik ushlamaslik tashxisini tasdiklanishiga yordam beradi.

Agar kechkurungi siydik ushlamaslik, markaziy asab sistemasining organik jaroxati natijasida kelib chikkan balsa, (shamollash va shikastlanish, umurtka poganasining bel-dumgaza kismini rivojlanishining ayrim nuksonlarida) unda bemorlarda shunga xos belgilar: mushaklarni tarangligi, poy reflekslarining uzgarishi, mushaklarning aloxida kislari atrofiyasi, sezuvchanligining buzilishi, vegetativ uzgarishlar paydo buladi. Dardning bu turida umurtkaning bel-dumgaza kismini rentgenografiya kilish zarur, chunki bel-dumgaza umurtka poganasini rivojlanishini ayrim nuksonlari bulishi xam mumkin.

Tungi siydik ushlamaslikning davolash usullarini ikkiga bulish mumkin: dorilar yoki maxsus uskunalar yordamida.

Ayrim xollarda bemorga kunning ikkinchi yarmida suyuklik ichishni chegaralash tavsiya etiladi, lekin buning fakat uzi yaxshi natijaga olib kelishi kiyin. Dorilardan detruzorning yukori kuzgaluvchanligini pasaytirish uchun xar kuni uykudan oldin 0,01 g dan belladonna ekstrakti yoki 0,005 g dan atropin sulfat kabul kilinadi. Davolanish bir necha oy davom etadi. Ayrim xollarda etarda uxlatuvchi dorilar ishlatiladi: 0,25g dan barbital – natriy (medinal) yoki 0,05 g dan fenobarbital (lominal). Ta'sirchan bemorlarda bir nechta psixoterapiya seansidan sung, kechkurungi siydik ushlamaslik utib ketadi. Kupincha gipnoz yordamida yaxshi natijalarg erishiladi, ayrim xollarda gipnoz bilan birgalikda, siydik pufagiga kumush nitratning 0,25 dan 1 % gacha kontsentratsiyasidagi aralashmasini instilyatsiyasi kullaniladi.

Patologik xollar (fimozi, tanzilit, adenoid, kurtlar va boshkalar) natijasida kelib chikkan tungi siydik ushlamaslikni davolashda asosiy kasallikni yunalishiga karatilgani ma'kul.

Siydik pufagi atrofini navokain bilan blokadasini yordami xam yaxshi natijalarga erishish mumkin. 0,5-2 % novokain eritmasining 10-50 ml mikdori bilan korinni pastki kismini terisini, novokain bilan blokada («limon kobigi» sifatida) kilinadi, berkituvchi teshik orkali ikki tomonda novokain junatib yoki Qovuq atrofiga 0,5% novokain eritmasidan 100 ml junatib Qovuqni anesteziyasi kullaniladi. Xar kuni siydik pufak atrofiga 0,5 % novokain eritmasidan 100 ml junatib, siydik pufagi anesteziyasi kullaniladi. xar kuni Qovuqni ichiga 3% novokain eritmasidan 15-20 mldan instilyatsiya kilish 15-20 kun davomida kullanilsa yaxshi foyda beradi.

Tungi siydik tutmaslikni maxsus uskunalar yordamida davolashda, uykuda bilmagan xolda siydikni birinchi kismi chikishidayok bemorni tez uygotadigan

B.I.Laskov tavsiya etgan uskuna , yangi shartli refleks alokasi xosil bulishiga olib keladi. Uskuna tarmokka ulanuvchi elektr okimi transformatoridan iborat bulib, latta yurgak bilan ajratilgan va maxsus belbokka urnatilgan ikki kontaktdan iborat. Bu belbog bolani siydik kanalini tashki teshigiga elektrni yakinlashtirib boglanadi.

Siydikning birinchi kismidayok kontaktlar orasidagi lattani namlaydi va natijada tarmok ulanadi. Bunda past kuchli ishlatilganida bemorda, xali paydo bulmagan yoki yukotilgan siygisi kelganda uygonuvchi shartli reflektor ishlab chikaradi.

Enurezi bor bemorlarning 70% ga yakinini sinusoidal yoki diadinamik okimlar yordamida Qovuqning teri orkali elektrostimulyatsiyasi kilish yuli bilan davolashsa (xar kuni yoki kunora utkaziladigan 20 seansli 1-2 kurs) bunda ayrim xollarda enurezga yuldosh bulgan tugr ichak sifinkterlari innervatsiyasi sustligidan kelib chikkan axlat ushlamaslik xam yukolishi mumkin.

Bolalarni yoshligidan tugri tarbiyalash, ularning jismoniy tugri rivojlanishi, enurezning oldini olishlikni garovidir. Tungi siydik tutmaslik oldini olishda tarbiya muxim axamiyatga egadir. Bunda kurpaga siyib kuyishdan uzini tutish shartli reflektor xususiyati va fakat tashkariga siyish odati tarbiyalanishi lozim. Ota-onalarni ogoxlantirish kerakki, bolalarni kechasi uykusida notugri tusishlik ularda notugri tuygu xosil kiladi. Ya'ni teskari eatijaga uykuda , bilmagan xolda siyish odatini rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Bemor uz vaktida davolansa okibat yaxshi buladi.

XV-BOB

UTKIR BUYRAK ETISHMOVCHILIGI

Utkir buyrak etishmovchiligi (UBE) deganda xar xil ichki yoki tashki omillarni ta'sirida buyrakni yoki xar ikkala buyraklarni xam sekretor va ekskretor vazifalarini birdaniga buzilishi tushuniladi.

UBE ni klinik okimi gomeostazni kay darajada buzilganligi, modda almashuvi natijasida kon tarkibida tuplanayotgan achchik chuchuk muvozanatini va boshkalarning uzgarishiga boglik. UBE ni eng asosiy belgisi oligoanuriya ya'ni siydikni oz mikdorda ajralishi yoki butunlay ajralmasligidir.

UBE sodir bulgan bemorlarni kupchiligida, buyrak tukimalaridagi uzgarishlarni barchasi kaytadan uz xoliga kaytadigan uzgarishlar buladi. Demak, bunday bemorlarni axvoli kanchalik ogir bulmasin, ular butunlay sogayib ketishlari mumkin Ammo 5-6 % bemorlarda nefronlarni kup kismini kirilib ketishligi, buyrakdagi uzgarishlarni kaytadan tiklanishiga imkoniyat bermaydi.

Etiologiyasi.

UBE ning keltirib chikaruvchi sabablar turta asosiy turga bulinadi.

UBEni keltirib chikaruvchi buyrakkacha bulgan sabablarga , ba'zi sabablarga (kon ketish, jaroxat, operatsiya) kura kon bosimini pasayib ketish xolatlari kiradi. Katta kon aylanishidagi bunday buzilishlar, buyraklarni tukimalarida kon aylanishini xam pasaytiradi. Shu tufayli buyrakni ichiki mexanizmlari, koptokchalardagi siydik ajratish jarayonini kerakli xolda ushlab kolaolmaydigan xolatga uchraydi. Buyrakni ichki kon aylanishining bunday buzilishiga javoban birinchi bulib, kapilyarlarni kiskarishi va kobixni kam konligi rivoj topadi va natija ajralayotgan siydikni xajmi ozayadi (oliguriya). Shok xamda kollyaaps xolatida tukimalardagi katabolik jarayonlarni kuchayishi va buyraklarni suyuklikni ajratish imkoniyatlarini pasayishi, kondagi azotni kupaytira boshlaydi. Shuni xam aytish kerakki, kam konlik jarayonini boshlangich boskichlarida (birinchi 2 soat) buyrak tukimalarida xali xech kanday morfologik uzgarishlar bulmaydi.

Bemorlarga gruppasi kelishmagan kon kuyilganda (gemolitik shok), ezilish (mioliz) sindromida, elektrdan jaroxatlanganda, katta xajmdagi kon kuyishlarda, kon tomirlarining ichida eritrotsitlarni parchalanishiga olib boruvchi (septik abortlar) bakterial shokda xam UBE kelib chikishi mumkin. bunday xolatlarda UBE ni sababi sifatida fakat kon bosimining pasayishigina emas, balki tukimalarni kup mikdorda parchalanishi tufayli ajralayotgan zaxarli moddalarni xamda tomirlarni ichida xosil bulgan ivitmalarining xam katta ta'siri bor.

Bemorlardagi tuxtovsiz davom etuvchi kayd kilishlar va ich ketishlar tufayli xamda uzok vakt bular-bulmasga xadeb siydik xaydochi dorilarni kullayverish tufayli suyuklik xamda elektrolitlarni ortikcha yukolishi xisobiga kon plazmasi ozayadi. Natijada kon aylanishida ishtirok etuvchi konni mikdori xam kamayadi. Plazmani xajmini xamda koptokchalardagi subklikni ajralishini kamayishi tufayli UBE kelib chikadi. Chunki organizmda suyuklikni kamayishi plazmani osmatik bosimini orttiradi. Shu munosabat bilan koptokchalarda suyuklikning ajralishi kamayadi. Kon tomirlarining devorlarini katexolaminlar bilan birgalikda taranglatib turuvchi asosiy elektrolitlar natriy va kaliylarni kamayib ketishi, tomirlarni kengayib ketishiga va kollapsni uzok vakt davom etishiga olib boradi. Natijada uz vaktida

yukotilgan suyuklik xamda elektrolitlar kayta kuyilmasa, kon aylanishini notugri borishi davom etaveradi va buyrak tukimalardagi vaktincha uzgarishlar doimiy tus oladi. Kup xolatlarda, masalan: ichak almashuvi, peritonit, xomiladorlarda yuz beradigan zaxarlanishlar tufayli yuzaga chikadigan arterial kon bosimni pasayib ketishi, xamda suyuklikni va elektrolitlarni tarkibini keskin kamayish xolatlari xam UBE keltirib chikaruvchi omillarda bulishi mumkin.

Yukorida kayd kilingan buyrakkagacha bulgan UBE keltirib chikaruvchi barcha etiologik omillar, buyraklarda kon aylanishining buzilishi, unda kam konlik keltirib chikarishi va kislorod etishmovchiligiga olib borish yuli bilan uz ta'sirini kursatadi.

Buyrakni uzidagi UBE ni keltirib chikaruvchi omillarga, odamlarni xar xil nefrotoksik moddalar bilan zaxarlanishlarida yuzaga chikadigan buyrak tukimalarini jaroxatlari kiradi. Masalan: kishilar simob (sulema) uran, kadmiy, xrom, fosfor, mis, etilenglikol tuzlari, sirka kislotasi, zamburglar xar xil dorilar bilan zaxarlanganlari yukorida kursatilgan zaxarli moddalar uzlarining tugridan-tugri buyrak tukimalariga ta'sirlarini kursatadi, chunki buyraklarni siydik ajratuvchi tukimalari uchun zaxarli xisoblangan ogir metallar tuzlarini kupchiligi, buyrak kanalchalarni epiteliyasida nekrobotik uzgarishlarni keltirib chikarish va keyinchalik ularni ba'zan parchalab xam yuborish kobiliyatiga egadirlar.

Buyrak tukimalariga kupchilik dorilarni zaxarli ta'siri, ularni uziga xos xususiyatiga ba'zi xollarda ularni odashib kup mikdorda yuborilishida va ayniksa odamlardagi bu dorilarga nisbatan sezgirlikni baland bulishi katta urin egallaydi. Bundan tashkari bemorlar suyuklikni kam iste'mol kilib, sulfanilamidlarni kup kabul kilsalar bu dorilar buyrak koptokchalarida kristallga aylanib kolib, ularni ichini tusib kuyadi. Yoki kanalchalarning yukori kismlari zamburuglar bilan zaxarlansa ularni pastki kismlari jaroxatlanishi mumkin.

UBE ligini keltirib chikaruvchi buyrakdan keyingi omillarga yukori siydik yullaritusib kuyuvi toshlar yoki siydik naychalarini ezib kuyuvchi usmalar sabab bulishi mumkin. UBE odatdaxar ikkala siydik naychalari yoki yolgiz buyrakni naychasi berkilib oksagina, rivojlanadi.

UBE ligini buyraksiz turi buyraklar kattik jaroxat tufayli ezilib ketsa, yoki yolgiz buyrak ishlamay kolsa agar kattik zarurat tufayli yoki kukkisdan olib tashlansa, yuzaga chikadi. Bunday xolatlar xayriyatki kamdan-kam uchraydi. odatda ular ogir operatsiyalar paytida, kupincha noilojlikdan kullanilgan chora sifatida gavdalanadi.

P a t o g e n e z i .

UBE ni keltirib chikaruvchi sabablarni xaddan tashkari kupchiligi, kasallikni kup sababli ekanligidan va uni yuzaga chikishida xar xil patogenetik mexanizmlarni borligidan darak beradi.

Buyrakkacha bulgan UBE ni asosiy sababi, buyraklarda kislorodni kamligi xisoblanadi. Shok paytida buyrak kislorodni ancha kam, (buyraklardan chikayotgan konni tekshirishlariga kura, odatdagiga karaganda urtacha 50% -yakin) iste'mol kiladi.

Odatda, buyrakka borgan konning 90 % uni kobix kismiga va fakat 10% gina uni miya kismiga boradi. Kon keltiruvchi arteriyalarda jaroxat arteriya kon bosimining pasayishi (operatsiya, kon ketish, zaxarlanish, bakteriemiya va boshkalar) tufayli kon koptoklarga bormay kobzax bilan miya orasiga ya'ni yukstamedulyar

zonaga kiradi xolos. Chunki arteriovenoz shunt, ya'ni arteriya va vena kon tomirlari orasida darcha (trueta darchasi) xosil bulib koladi.

Buning natijasida buyrakni kobux kismida kon va kislorod etishmaydi, ba'zi ayrim kuzatishlarni kursatishiga kura, buyrakni kabul kismini xalokatiga, bu erdagi kon bosimining birdaniga pasaish xolatlari sabab bularkan.

Buyrakni kabul kismida kon aylanishni sustlashishi yoki butunlay tuxtab kolishi, UBE ni keltirib chikaruvchi asosiy sabablardan xisoblanadi. Shunga kura bu kavatdagi tugri kon tomirlarda kon kupayib ketadi, chunki kon kuyuklashib, uning ivish kobiliyati ortib ketadi. Natijada boshka kavatlarda xali kon yaxshi yurishmay, mayda kon tomirdagi bosimlarni muvozanati buzilsa, buyrakdagi kon yaxshi aylanmay kuyadi. Natijada oralik tukimalarda kon tuplanib kolib, buyrakdan ajralmay kuyadi. Bunga javoban, buyrakning kanalchalaridagi bosim ortishi natijasida, koptokchalardagi suyuklik ajratish jarayoni 50-60 % pasayadi. Konni tikilib kolishi va kushni vena tomirlariga teshib utib ketishi natijasida, anoksiyaga juda xam sezgir bulgan kanchalarni epiteliasini va xatto ularni bazad membranasini nekrobioz xolatiga olib boradi. Buning natijasida kanalchalrni epteliasini nekrobiozidan tashkari tubuloreksis, ya'ni kanalchalarni devorini uzilib ketishi xolatlari xam yuz berishi mumkin.

Bunday xolatlar tufayli kelib chikkan anuriya fakat kanalchalarga epitelial tukimalarni silindrni gemin va boshkalarini tikilib kolishligidangina emas, balki filtratni butunlay kayta surilib ketishligi yoki uning oralik tukimalarga utib ketishligidan kelib chikishi mumkin.

Keyingi filtrat limfa va vena kon tomirlari orkali buyrak tukimalaridan kayta surilib ketadi. Ammo, 30% UBE dagi kanalalarni yukorida aytilganday buzilishi ommaviy buladi. Kupincha 8-9% nefronlar umuman buzilmaydi. Shuning uchun buyraklar sutkasiga 300g siydik ajratib turishi tufayli anuriya emas, balki oliguriya xolati tugrisida gapirilgani ma'kul.

UBE ni patogenezidagi yukorida kayd kilingan sabablar, buyraklarni ishlash kobiliyati orasidagi uzgarishlardan (oligoanuriya) kura, uning tukimalarida borayotgan morfologik uzgarishlar orasidagi farkni sabablari bilan tushuntirish mumkin. Kislorod etishmovchiligi okibatida kanalchalarni xujayralarida yuz berayotgan juda yuzaki uzgarishlar xam buyrakni ishini ancha chukur uzgarishlarga olib boradi.

Buyrak tufayli yuzaga chikkan UBE ni ba'zi patogenetik sabablariga oldindan sensabilizatsiya bulib kolgan allergologik komponentlarning xam ta'siri bor. Bu sensebilizatsiya uzok vaktgacha saklnib turadi. Buyrak etishmovchiligining ogiriligini va prognozini belgilashda jigarning xolatini xam nazarda tutish lozim, chunki ishini buzilishi, buyrak etishmovchiligining borligi bunda asosiy axamiyatga ega buladi. Toksiko- allergologik reaksiyalarda a'zolarni jaroxatlanish darajasi xar-xil buladi. Xomilador ayollardagi nefropatiyalarni klinik xolatida asosiy urinni autoallergiya egallagan xolatlarida, buyrak epteliasinr jaroxatlari oson tiklanadigan va uncha ogir bulmaydi. Shu paytning uzida jigardagi uzgarishlar juda ogir va xayot uchun xavfli bulishi mumkin. Septik abortlar tufayli yuzaga chikadigan UBE uchun xam allergologik reaksiyalarning axamiyati katta. Bu reaksiyalarning darajasi juda uzgaruvchan bulib, kanalchalar epiteliasidagi sitoplazmalardagi morfologik uzgarishlardan tortib, to buyrak kobigidagi nekrozgacha borishi mumkin. Bu

uzgarishlarning ogirligini darajasi organizmdagi mikroblar chikargan endotoksinlariga karshi paydo bulgan sensibilizatsiyaning darajasiga boglik.

Kortikal nekroz bulganda ultramikroskop yordamida tekshirilgan buyraklarda barcha koptok kanalchalarini fibroingendan tashkil topgan gomogen eozinofillar tuldirib, tusib kuyganligi aniklangan. Shunga uxshash tromblar upka, kora va jigar kapillyarlarida xam topilgan. Bu uzgarishlarning barchasi allergik jarayonga xos uzgarishlardir.

Siydik yullarini berkilib kolishi tufayli vujudga kelgan UBE dagi buyraklarda yuz beradigan jarayonlarni kelib chikishi butunlay boshkacha.

Siydik okimining buzilishi bir-bir ketin yuz beradigan reflyukslarga olib boradi va okibatda pielovenoz reflyuksi kelib chikadi. Agar tukimalarni orasida yigilib kolgan suyuklikni ajralishi uchun yaxshi bulmasa, ammo koptokchalarni arteriolalari xamda kanalchalarni kapillyarlarini sezilarli darajada ezilmaganligi, siydik yullaridagi tusik olib tashlanishi va siydikni tabiiy ajratilishining tiklanishi bilanok yoki pielo- yoki neropielotomiya kilinishi bilanok, buyrakni vazifasi tiklanib ketadi.

Siydik yullaridagi tusiklarga buyrakni yalliglanishi xam kushilsa, oralik tukimalardagi uzgarishlar, buyrakni ishini tiklanib ketishligiga ancha zarar kursatadi. Agar tusik 6-8 kundan kup daom etsa, buyrak tukimalaridagi shish kupayadi va kanalchalar epteliyasida, UBE ni shok paytida yuzaga chikadigan uzgarishlarga uxshash nerobiotik uzgarishlar vujudga keladi.

Buyraklar organizmdagi gomeostazni , ya'ni xujayralar orasidagi suyuklikning xajmini mikdorini osmolyarligini rN doimiyligini belgilab turuvchi va azot almashuvi natijasida yigilib turadigan xar xil koldiklarni ajratib chikaruvchi asosiy a'zo bulganligi tufayli bu a'zolarni vazifasini utkir buzilishidan birinchi bulib, organizmni xujayralar oraligidagi sektoriga putur etadi. Xujayralarni ichki muxitida esa ularga bulgan bosimni tobora ortib borayotganligi tufayli bu erda katabolik jarayon kuchaya boradi. Tukimalarni oksili, yogi uglevodlari emirila boradi, ancha kup midorda, suyuklik, azot koldiklari va elektrolitlari ajrala boradi. Suyuklik organizmda xujayralarning orasi orkali, ya'ni teri va upkalar orkali ajrala boradi. Ichaklar orkali chikadigan esa kayta kilish xamda ich ketish orkali boradi.

Elektrolitlarning yigilib borishi va suvni kuplab xosil bulishi xujayralar oraligida gipergidratatsiya xolatini keltirib chikaradi. Natriy va xlor mikdorini kupaytirib yuboradi. Aminokislotalardan ammiakning ajralishi tufayli jigarda uni mochevinaga aylanishi kuchayadi va uni kon zardobida tuplanish xajmi sutkasiga 16,7 mmolni tashkil kilishi mumkin. Bikorbanat natriy, metobolizmni jarayonida xosil buluvchi lipidlar xamda oksillarni sulfat va fosfatlari bilan boglanish kobiliyatiga ega. Shunga kura bikorbanatni mikdorini pasaya borishi atsidozni orttirib yuboradi. Xujayralarning katobolizmi kup mikdorda kaliyni ajratadi. Bu esa atsidozni sharoitida yurakni muskullariga zaxarlovchi ta'sir kursatib, ularni bir ritmda kiskarish kobiliyatiga putur etkazadi va uni tuxtab kolishiga xam olib borishi mumkin. Bu xolat UBE ni oligurik darajasida bemorlarning xalokatini asosiy sabablaridan biri xisoblanadi. Kon zardobida fosfatlar mikdorini ortib borishi giperkaltsemiyaga olib boradi. Bu esa nerv tukimalarini reaktivligiga ta'sir kursatadi.

Ube ni birinchi fazasidagi buyrak vazifasini utkir blokadas, boshka organ va sistemalarni, birinchi katorda oshkozon va ichaklarni shillik pardasidagi bezlarni ishlashini tezlashuvi bilan kompensatsiyalanib turadi.

Shu bilan bir katorada oshkozon va ichaklarni shirasini tarkibida bemorlar 3-4 gr kuruk mochevina ajratadi. Ularning bir kismi teri orkali ajraladi.

Ammo organizmni kompensator imkoniyati cheksiz emas. Bemorni axvolini tez orada ogirlashuvi va chora tadbirlar tezlik bilan yaxshi kurilmasa, ulimni kup uchrashligi bunga misol bula oladi.

P a t a l o g i k a n a t o m i y a s i.

UBE bulgan bemorlarni buyraklari tekshirilganda ularni anchagina kattalashgani, fibroz kavatini taranglashgani va uni oson ajralishi kayd kilinadi. Buyrakni kurinishi och-kulrang, ogirligi 300-400 g. Kobix kavati odatdagi puchaygan, och-sarik rangli. Piramidalar esa tuk, kip- kizil rangli. Kobix va miya katlamlari orasida ayniksa kizil rangli chegara kurinadi. Ularning shillik pardasida kon ivitmalari mavjud.

UBE ni sababi siydik yullarida tugon paydo bulishi tufayli bulgan xolatlarda, kosa-jomchalaridagi uzgarishlar anchagina keskin bulishi mumkin. pieloktoziya, gidrokalinoz, shillik pardalarga kon kuyilishlar.

Gistologik tekshirishlar utkazilganda buyrak tukimasini ba'zi kismidagi nefronlar uzgarmagan, ba'zan esa uzgargan buladi. Ayniksa, kanalchalarni boshlangich kismlaridagi epiteliylarni yalpayishi va kengayishi juda kuzga kuringan uzgarishlarni tashkil kiladi. Xamma joyda xam nekrobiotik uzgarishlar mavjud emas. Shu bilan bir katorada, kanalchalarni proksimal kismini epiteliysi xar vakt gidropik uzgarishlarga ega. Bu erdagi zernist silindrlar kizgich rangga ega buladi. Kanalchalar epiteliysini nekrozi fakat buyrak kobixlarini ikki tomonlama nekrozida yuz beradi. UBEga shok tufayli yuzaga chikkan takdirda, fakat kanalchalar sistemasidagi epiteliyni segmentar nekrozinigina emas, balki asosiy membranani xam parchalanganligini kuzga tashlanadi. Kanalchalarni nekrozlashgan epitelsini deskvomatsiyaga uchraydi, xujayralar detritsitini zernistaya massasiga aylanadi va kanalchalarni ichini tusib kuyadi.

Gistologik tekshirishlar, fosfat va suksindegidragenoz akktivlikni anchagna susayganligini aniklaydi. UBE paytida buyrak tukimalari uchun shish perivaskulyar gistoositlar va xujayra tukimalarini infiltratlari xarakterlidir.

Anuriya 5-6 kunida buyrak tukimalaridan biopsiya olib tekshirilganda, nefronlarni ayrim kismlarida kanalchalar epiteliyasida regeneratsiya borayotganligi aniklanadi. Epiteliyni butunlay tiklanishi, kasallik urtacha yunalishga borganda, 14-20 kunda vujudga chikadi. Bu esa poliruiya vaziyatiga tugri keladi. Bazalnaya membrana parchalanib ketgan xolatlarda epiteliyani uz xolatiga kaytishi kechikadi.

Siydik yullarida tugon bulgan xolatlarda patalogik uzgarishlar uncha kurinarli emas, kanalchalar apparatini gidropik uzgarishlari xamda oralik tukimalarining shishi.

Belgilari va klinik okimi.

UBE ni etakchi belgilari oliguriya bulib, bunda juda tez vakt ichida kon zardobida bioximik uzgarishlar sodir bulib, bemorni axvoli yomonlashadi. Etiologik omillarni kupligi tufayli, UBE klinik okimini boshlangich belgilarini ajratish imkonini beradi, ammo 2-3 kundan sung utkir uremiyani klassik belgilari, kasallik alomatlarini bir biriga uxshash kilib yuboradi. UBE borishida turta asosiy boskichi: boshlangich, oligoanuriya, diuretik va sogayish boskichlari farklanadi.

UBE boshlangich boskichi, etiologik omillarni (shok, sepsis, zaxarlanish va boshkalar) ta'sir kilish paytiga tugri keladi va ularni klinik belgilarini takrorlaydi. Shok fakat bir necha soat davom etishi mumkin va bemorni mutaxassis nefrolog kurguncha kollaps belgilari yuk bulib ketishi mumkin. Ammo kasallikni 1 kunidayok siydikni mikdori ozaya borishi va oliguriyani anuriyaga aylanishi mumkin. Bir vakti uzida suyuklikni organizmda tuplanishi, azotni kondagi mikdorining oshishi kasallikni 2 sutkasidayok 16-20 mmol-l ga etishi mumkin.

Oligoanuriya kasallikni asosiy bochkichi xuddi shu paytda bemorlar organizmga gemostazni eng ogir uzgarishlari boradi va eng kup ulim uchraydi. Siydik Qovuqqa xech tuplanmaydi yoki uning xajmi sutkasiga 200-300 ml oshmaydi. Uning solishtirish ogirligi juda past (1003-1008), osmolyarligi esa 250-360 mosmol-l buladi. Siydik chukmasi buyrakdagi ogir nekrobiotik uzgarishlar tufayli juda kup leykotsitlar, eritrotsitlar, silindrlar topiladi. Kasallikni bu boskichida proteinuriya kup buladi.

Giperazotemiya tez rivojlanadi a kasallikni 5-6 kuniga borib, mochevinani mikdori, 32-50 mmol u-l, kreatinin 500-900 mk mol-l ni tashkil kiladi. Tukimalardagi kaliyni kon tomirlarga utishi munosabati bilan giperkaltsemiyani mikdori 6-8 mmol – l oshadi. Bu esa juda ogir talofat xisoblanadi. Shu bilan bir katorda kon zardobiga fosforni (4-5 mmol-l gacha) va magniyni (2-3 mmol-l gacha) xajmi ortadi. Giperkalemiya mezigirlikni pasaytiradi, parasteziyaga togay reflekslarini pasayigiga olib boradi.

Elektrokardiografiya kilinganda T-tishlarni siimetrik va baland bulishi, ORS kmpleksni kengayishi, S-T oraligini izoelektrik chiziklardan pastga siljigani, R-tishini yalpayishi yoki butun yuk bulib ketish xolatlari topiladi. Giperkaltsemiyani zaxarli ta'siri kasallikni 3-5 kuni ruyobga chikadi. Metobolik atsidoz va giperkaltsemiya juda anik kurinadi.

Suyuklikni ortib ketishi nerv xujayralarini shishirib yuboradi. Bu xol bemorlarda bexollik uykusirashlik, tez-tez kayt kilishlik va delirioz xolatlarga sabab buladi. Kisl shelogi xolat bikorbonatlarni kamayishi tufayli ochik tomonga uzgaradi va konni rN pasayadi. Konda fosfatlar sulfatlar va organik kislotalar ushlanib koladi.

Xozirgi paytda tashxisni yaxshilanishi, davolash tadbirlarini uz vaktida utkazilishi tufayli UBE ning xamma klinik belgilari xam rivojlanavermaydi. Ammo ovkat xazm kilish a'zolarining belgilari: ogizni kurishi stomatitlar, tuxtalmay kayd kilishlar, ishtaxaning yukligi kabi belgilari sodir bulaveradi. Kabziyat kasallikni boshlanish kunlarida ichaklarni ishini sustlashuvi natijasida yuz berib, keyinchalik ich surilishi mumkin. Chunki azot moddasini ichaklardan ajralishi uremik gastroenterokolitni kelib chikishiga sabab buladi. Sharoitni kelib chikishi xam shu sababdan sodir buladi.

Nafas olish a'zolari tomonidan gipergidratatsiya munosabati bilan upka tukimalaridagi alveolyar kapillyarlarni utkazish xususiyatini ortib ketishi tufayli, interstetenal tukimalarda suyuklikni ortishi, upkalarda utkir shish paydo bulgani uchun, bemorni nafasi kisadigan bulib koladi.

Gipervolemiya kaliy mikdorini ortishi bilan zaxarlanish va tranzistor arterial gipertenziya tufayli yurak-tomirlar sistemasining ishlashi kiyinlashadi.

Vena kon bosimni ayniksa upka arteriya sistemasidagi kon bosimni kutarilish muimn. Oligoanuriya boshlanishi bilanok, buyrakni tomirlari torayadi, natijada bemorlar bel soxasida kattik ogrik seza boshlaydi.

Kondagi leykotsitlarning soni ayniksa sepsis bulganda, juda kupayishi mumkin va asosiy kasallik yukolishi bilan ozayib yana uz xoliga kaytadi. Eritropoez tezda buzilib, kon juda kamayib ketadi.

Diuretik boskich ikki etapd boradi: Ertaki diuretik fazasi. Kasallikni 10-14 kuni diurez kupaya boradi va 4-5 kunni ichida siydikni mikdori 2-4 l ga etib ketadi. Siydikni solishtirma ogirligi past va tarkibida mochevina xamda kreatinin mikdori kam, natriy, kaliy va boshkalar elektrolitlarni mikdori uzgarmagan buladi. Buyraklarni kontsentratsiyalanish imkoniyati yana 2-3 xafta past xolda koladi. Poliuriya stadiyasini birinchi xaftaning oxirlariga borib, giperazotemiya yukoladi va suv elektrolit tengligi tiklanadi. Eritropoezni tez tiklanishi tufayli konsizlik uzok davom etadi.

Tuzalish stadiyasi – kupincha bir necha oylarga va yillarga chuzilib ketadi. Uning chuzilishi UBE klinik kechivuni va okibatlarini ogirligiga boglik. Kup bemorlarda 3-6 oydan keyin buyraklarni kontsentratsiyasi faoliyati tiklanadi va bemor butunlay sogayadi.

T a s h x i s .

Tashxisda asosiy urinni kasallikning tarixi egallaydi. Bunda bemordan uning xol-axvolidan tashkari, uning yurish-turishi, egan ovkat va ichgn ichimliklari, ayniksa bilib – bilmay zaxarli dorilarni, yomon ichimliklarni, xar xil dori-darmonlarni iste'mol kilganligi xakidagi ma'lumotlarni surishtirish lozim.

Anuriya bor bulgan xolatlarda uni etiologiyasini uzgartirish lozim. Kasallikni tarixidan kasallikni utkir boshlanganligini aniklash mumkin. Tashxisdan maksad kasallikni boshlanishida siydik yullarida tuskinlikni bor-yukligi xakidagi ma'lumotlar aniklanishida buning uchun siydik yullariga katetr tikiladi va ba'zan retrograd urografiya kilinadi. Kukrak kafasini rentgenografiya kilib, upkalarning xolati sinab kuruladi. Kon tekshirilib unda mochevina, peratenin, azot, elektrolitlarning xolati aniklanadi va bunga kura UBE ni darajasi, kolaversa davolash imkoniyatlari belgilaniladi.

D a v o s i.

UBE ning boshlangich boskichlarida xamma xatti xarakat asosiy kasallikni davolashga karatilgan bulishi lozim. Agar shok bulsa tez orada kon bosimini kutarilishi lozim. Agar kon kuprok mikdorda yukolgan bulsa, tezlik bilan uni urnini tiklash kerak va kon tomirlarini tonusini tiklash maksadida 250-500 ml poliglyukin, 300 ml gemodezlarni vena tomiriga yuborish kerak.

Agar bemor nefrotoksik zaxarlar bilan zaxarlangan bulsa, u xolda zaxarli moddalarni tanadan tezrok chikarish choralari (oshkozon va ichaklarni yuvish) kurulishi lozim. Buning uchun xar xil antibiotlar kullaniladi. ayniksa ogir metal tuzlari bilan zaxarlanganda universal antidot- uniteil kullaniladi. Oxirgi yillarda katta muvafakiyat bilan aktivlashtirilgan kumir yordamida gemosorbtsiya usuli kullanilmokda. Bunda bemorni konni maxsus sorbent orkali utkazilib, tozalanadi. Dietilenglikol bilan zaxarlangan bemorlarga tezlik bilan birinchi 3-6 soat ichida degidrogenezni boglash uchun, etil spirtini 5% eritmasidan 2-3 l yuborish kerak. Bunday kilinganda zaxar lovchi modda etil spirtini gidrolizida ishtirok etganligi

munosabati bilan dietilenglikolni gidrolizida katnashmaydi. Dietilenglikol esa toza xolda organizm uchun xavfli emas va buyraklar orkali osongina ajralib ketadi.

Ba'zi erituvchi atseton getirexxoristviy uglerod, dixlovos va boshka moddalarni tarkibidagi yukori molekulyar spirtlar (etilenglikol) bilan zaxarlangan takdirida, birinchi kuniyok zaxarni organizmdan chikarib yuborish maksadida gemosorbtsiya yoki gemodializ utkazilgani ma'kul.

Kasalxonadan tashkarida kilingan abort va sepsislar tufayli rivojlangan tomirlarni ichidagi konni gemolizi xamda notugri kon kuyishlik «sindrom razdalivanie» xolatlarida geptoglobun «ushlogich» yordamida utkazilgan gemosorbtsiyalar juda yaxshi natijalar barmokda. Bu usul yordamida kon zardobidagi bush bilirubin xajmini juda tez pasaytirish va bu bilan kondagi boglangan biliruvinni kutarilib ketishi natijasidagi ogir okibatlarini jumladan UBE ning kelib chikishini, oldini olish mumkin. Spetsefik zardoblarni va antibiotiklarni uz vaktida yuborishlik, anaerob sepsisni davolashda katta urinni egallaydi. Bu borada UBE ni keltirib chikargan sabablarini, ya'ni sepsisni yukotishlik maksadida bachadonni kaytadan tozalashlik, agar axvol ogir bulsa, uni olib tashlash choralari kurilishi kerak.

UBE ni kanday sabablar tufayli kelib chikkaniga, karamay tezlik bilan osmotik diuretiklar (300ml 20% - manitolni, 500 ml 20% glyukoza eritmasini insulini bilan)ni 4-8 % gidrokorbonat natriyni atsedozni korrektsiyalash uchun yuborish kerak. tomirga yuboriladigan eritmalarni gomostazni xolatiga karab belgilash lozim.

Siydik yullarini tusilib kolishi tufayli UBE paydo bulgan xollarda tezlik bilan kilinishi kerak.

Kasallikni oligoanuriya stadiyasida kilinadigan davolashdagi suyuklikni yukolishini, elektrolitlarni metabolizmini va achchik-nordon tinchligini nazarda tutilgani xolda olib borilishi lozim. Oligoanuriyani birinchi kunidan boshlab oshkozon va ichaklarni zond yordamida yuvib turilishi lozim. Zondni kupincha 1-2 kunlik muddatga urnatiladi. Oxirgi yillarda anuriyani brinchi kunlaridayok katta xajmda siydik xaydovchi, furasemid va lazeps kabi dorilardan 200-400 mg-sut. Mikdorida yuboriladi. Bu dorilar yaxshi ta'sir kilsa, ularni kullashlik davom etishi mumkin. Anabolik gormonlarni yuborish juda erta boshlanishi lozim. Testosteron propionatdan sutkasiga 100 mg, metandrostenol (nerabol) dan kuniga 0,005 gr 3 maxal yuboriladi. Bu gormonlar oksil ketabolizmini pasaytiradi va kanallar epiteliasini regeneratsiya bulishiga yordam kursatadi.

Kaliy bilan zaxarlanishni pasaytirish va organizmni kuvvatini saklash maksadida 20% glyukoza (500,0 gacha) eritmasidan insulin (4 gr kuruk glyukoza mikdoriga Ed insulin) kushib va kuniga 30-50 ml 10 % glyukanat kaltsiy eritmasidan yuborib turilishi kerak. Agar kullangan dori- darmonlar foyd abermasa va anuriya 5-6 kuniga davom etaversa, bemorning axvoli kun-sayin ogirlashib borsa, giperazotemiya (33-50 mmol –l mochevina) giperkaltsemiya (6-7 mmol-l va atsidoz kuchaysa, gemodializ kullash masalasi xal kilishlik kerak.

«Sun'iy buyrak» SBA ni (156 rasm) ishlatish yuli bilan utkaziladigan gemodializ, kon tarkibidagi elektrolitlarni va metaboliz tufayli xosil bulgan moddalarni chala utkazuvchi parda orkali, maxsus tayyorlangan ajratuvchi suyuklikka utkazilib yuborishdan iborat. Bu suyuklik tarkibida xar kanday suyukliklardagi elektrolitlarni buzilishini tenglovchi elektrolitlar tarkibi, mavjud. Semotik duiffuziya tufayli, kon tarkibidagi azot metabolizmini moddasi mochevina,

kreatinin, mochevin kislotasi va boshka urta molekulali moddalar xam suyuklikka utadi. Ultrafiltratsiya yordamida 1 soat gemodializ jarayonida kondan 2-4 ortikcha suyuklikni ajratish mumkin. Ba'zi kislotalarda gemodializ borish mumkin. Buning uchun sarbent solingan kolonnani ekstrokorporal kon aylanish sistemasiga kushib kuyiladi.

Odatda, gemodializ utkazilgandan keyin bemorni axvoli ancha yaxshilanadi, giperazotemiya pasayadi, gemodializ bir necha marta toki buyrakni azot ajratish kobiliyati tula tukis tiklangunga kadar utkazilishi mumkin.

Dializlar orasida utkaziladigan kushimcha davolash choralari organizmni kuvvatini ta'minlash va katabolik jarayonini tezligini pasaytirish uchun vena kon tomiriga kuniga 500,0 ml gacha 10-20% klyukoza eritmasini insulin bilan, metabolik atsidozni tenglash maskdida natriylaktatini 5% eritmasidan yoki natriy gidrokarbonat, anabolik gormonlardan metandrosteron (nerobol) (0,005 dan kuniga 3 maxal) yuborilib turilishi kerak. ammo anuriya boskichini boshlangich paytlarida testosteron propionat eritmasidan 100-150 mg mushak yuborilgani yaxshi buladi.

Konsizlikni davolash uchun temir moddalardan berish, kon va aminokislotalar eritmasidan kuyib turishlik kerak.

Diuretik boskichida, suyuklikni elektrolitlarni yukotilishi darajasini aniklab turishlik va ularni kamchiligini uz vaktida bioximik yordamida tenglab turishlik ma'kul.

Atsidoz paytda yukotilgan kaliy mikdorini kuniga 2-5 g toza kaliy xisobida, kaliy xloridni yuborilgani ma'kul, chunki uni achchiklanib turishining ta'siri bor. Buyrakdan ajralayotgan suyuklikni xajmi etarli bulgan xolatlarda oksillarni kamaytirish maksadga muvofik emas. Bu paytda bemor kuchli oson xazm buladigan va xar xil ovkatlar bilan ta'minlab turilishi kerak. g`UBE okibatida xar xil yalliglanish jarayoni (pnevmoniya, pielonefrit, tanzili va boshkalar) mavjud bulganligi tufayli bemorga xar xil antibiotiklardan toki u statsionardan chikib ketmaguncha, etarli darajada yuborilib turilishi darkor. Anuriya paytida yuboriladigan antibiotiklarning xajmi ularni buyraklar orkali ajralishi bulganligi tufayli odatdagidan 1-4 xajmga kamrok bulish kerak.

O k i b a t.

UBE prognozi kasallikni kechishini ogiriligiga ichki a'zolari, asosan jigarni jaroxatlangan darajasiga boglikdir. Albatta buyrak etishmovchiligini keltirib chikargan asosiy kasallikni okibati katta rol uynaydi. Ammo UBE ogir xolatlaridagi buyrakni vazifasini tula tukis tiklanishi, barcha sabablar nazarda tutilgani, xolda bemor statsionardan chikib ketganidan keyingina 6 oydan 2 yil muddatga chuzilishi mumkin. Demak bemorlarning tula-tukis sogayishi va reabilitatsiya kilinishi xammada xar-xil va buyrak jigar apparatlarini kay darajada buzilganligiga boglik. Shunga kura 70% bemorlarni ish kobiliyati fakat 6 oy muddatdan keyin tiklanadi. Boshka bemorlarni 10% uzlarini eski ishini uzgartirishga va 20% vaktincha ishlash kobiliyatini butunlay yukotishga majbur buladi.

XVI – BOB

SURUNKALI BUYRAK ETISHMOVCHILIGI

Surunkali buyrak etishmovchiligi (UBE deb, buyraklarni yoki tugma yagona buyrakning anatomik yoki funktsional rivojlanib boruvchi surunkali kasalligining asorati deb tushuniladi.

Bu ogir patalogik xolat bulib, buyraklarni gemostazni saklashdagi vazifasini tula, yoki kisman buzilishi bilan ifodalanadi.

Surunkali buyrak etishmovchiligi (SBE) ni davolash uchun, maxsus davolash usullari kerak buladi.

Etiologiyasi.

SBE ning boshlanishidan toki uning oxirgi boskichiga kadar rivojlanishiga, buyrak va siydik yullarini davolab bulmaydigan surunkali kasalliklari sabab bulishi mumkin.

Buyraklarni ko'ptokchalar appartining birlamchi shikastlanishi (glomerulonefrit, glomeruloskleroz).

Kanalchalarni birlamchi shikastlanishi (surunkali giperkoltsemiya, tugma oksaluri, fankoni sindromi va uning variantlari, ogir metallar kurgoshin, kadmiy, simob, uran va boshkalar bilan zaxarlanish).

Kon tomir kasalliklari(buyrak arteriyalarining ikki tomonlama berkilib kolishi, arterial gipertenziya, ikki tomonlama nefroskleroz).

Ikki tomonlama buyrak va siydik naychalarining nuksonlari,(buyrak va siydik naychalarini neyromuskulyar displaziyasi).

Surunkali interetinal nefrit va uning infektsiya ekvivalenti pielonefrit ba'zi xollarda buyrak va siydik yullarini sili.

Buyrak va siydik yullarining abetraktiv kasalliklari(toshlar, usmalar, korin orkasini fibrozi) va pastki (siydik kopchasining buyin iksmidagi va siydik kanalining tugma nuksonlari, siydik kanalining kisilib kolishi, xavfli usmasi, prostata bezining adenomasi va xavfli usmasi, Qovuqni xavfli usmasi), siydik yullariga surunkali pielonefritning kushilishi.

Sistemali kollegen xastaliklari (sklerodermiyaYu tugunchali periaarteriit, tarkalib ketgan volchanka).

Modda almashuvi sababli kelib chikkan buyrak kasalliklari (amiloidoz, oksaluriya va oksaloz, podegra, siydik kislotali nefropatiya) bilan birlamchi giperparatireoidizm, fenatsetin mikdorini surunkali oshirish, sarkoidoz).

Shuni ta'kidlash lozimki, nefroskleroz nozologik tashxisida igna orkali va operatsion biopsiya kilinganda xam ancha kiyinchiliklarga tugri kelinadi. Shuning uchun ba'zi gemodializ bilan davolanayotgan bemorlarda buyrakni bujmayib kolishining sababi aniklanmay koladi.

Buyrak etishmovchiliga nefronning turli bulimlaridagi shikastlanishlar sabab bulishi mumkin. Ko'ptokchalarni birlamchi shikastlanishda siydikni mikdori kamayadi, buyraklarni kontsentratsiyalash vazfisi saklanib kolgan xolda proteynuriya, eritrotsituriya kuchayadi. Kanalchalarni epiteliyasini jaroxatlangani sari, kontsentratsiyalash xususiyati yomonlashib boradi.

Buyrak parenximasi kisman yoki butunlay olib tashlanganda (nefroektomiya, buyrak rezektsiyasi) uni kolgan kismi, kompensator kattalashuvga uchrasada, lekin

birorta nefron kayta xosil bulmaydi. Bunga bitta buyrak olib tashlangandan keyin, ikkinchi buyrakni 1 soat davomida anchagina kattaygani misol bula oladi. Kolgan yolgiz buyrak plazma okimini va filtratsiyani avvalgi xolatiga nisbatan 80% ga etkazishi mumkin.

P a t o g e n e z i.

SBE patogenezi, UBE patogenezidan murakkabrokdir, chunki organizmda buladigan uzgarishlar kup tomonlama xarakterga ega, chunki u barcha sistema va organlarga ta'sir kursatadi. Kasallik asta-sekin kuchayib oxirgi boskichga boradi va buyrakning kompensator imkoniyatlarini zabd etadi. Kondagi azod koldiklari, pigmentlar ayrim xollarda elektrolitlarni mikdori kuchayib ketadi, a'zoni endokrin vazifasi buziladi. Buyraklarning suyak ajratish vazifasi saklansa xam ba'zi xollarda kuchaysa xam kondagi oksil koldiklarni radikallari (mochevina, siydik kislotasi, amonokislotalar, kreatinin, guanidin, fosfat, sulfatlar) kupayadi, kup xollarda kon bosimi kutariladi, bunga kondagi reninni kupayishi sababdir va oxirgi surunkali uremiya kelib chikadi.

Buyraklar parenximatoz shikastlanganda, shikastlangan nefronlar kasallikning boshlanishidan kompensator gipertrofiyaga uchraydi.

Klinik kuzatishlar va xayvonlarda utkazilgan eksperimental tekshirishlar shuni kursatadiki, buyrak etishmovchiligining asosida ishlab turgan nefronlarning xajmini kamayib ketishi va kolgan nefronlarni esa giperplaziyasi, ularga yuklangan vazifaning juda kupayib ketishida ekan. Bu kontsepsiya "intaktlangan nefronlar gipotezasi" nomini oldi. Sunggi tekshirishlar shuni kursatadiki, SBE da xamma nefronlar ozmi-kupmi shikastlanar ekan.

Koptoklarni filtratsiyasiga karab ishlab turgan nefronlarning mikdori xakida muloxaza yuritish mumkin. Nefronlarning ishini buzilishini boshlangich boskichlariga, proksimal kanalchalarda protsesslar (oksillarni, kantlarni, aminokislotalarni, elektrolitlarni kayta surilishi) va shu bilan boglik bulgan modda almashuvining buzilishi (oksil va suv tuz) kiradi. Buning natijasida, amonokislotalarni buyraklar orkali chikarib yuborilganligi sababli oksil sintezi buziladi va glyukozariya, atsidoz kelib chikadi. Kaltsiyni ichaklardan rezorbtsiyasining uzgarishi gipokaltsemyaga olib boradi. Fosfatlarning konda saklanib kolishi esa uz navbatida suyak tukimalarida ogir uzgarishlar, ikkilamchi giperporatireodizmiga, kalkonsimon oldi bezining giperplaziyasiga olib boradi. Patalogik protsessning oxirgi boskichlarida yumshok tukimalarda, kon tomir devorlarida, teri osti yog tukimasida, kuzning shillik pardasi kaltsifikotlar xosil bulishi mumkin.

Terining sargish-er rangiga kirishiga sabab, konda ba'zi pigmentlarni (uroxrom) saklanib kolishidir. Vodorod va organik kislotalar ionlarining sekretsiyasini buzilishiga sabab osmotik diurezda bikorbanatlarning yukolishidir. Uremiyada turgun metallik atsedozning sababi xam ana shundadir. Buyraklarning shikastlanishi va nefronlarni fibroz uzgarishi, mitoxondrial fermentlar sekretsiyasini buzadi, kaysiki normal plazma ta'sirida eritropoetni ishlab chikaradi. Bu SBE dagi kamkonlikka olib keladi.

Patalogik anatomiya.

Buyraklardagi patomorfologik uzgarishlar asosiy kasallikka kura xar xil buladi. Lekin xar kaysi xolda xam nefronlarning ulishi kuzatiladi. Urologik kasalliklar ichida

kuproq surunkali pielonefrit SBE ga olib boradi. Unda kuyidagi uzgarishlar buladi. Buyrak kanalchalarining epiteliysini atrofiyasi ularning ichini kengayib kolloid modda bilan tulishi kuzatiladi. Koptokchalarni pustlogi kalinlashadi, kupchilik koptokchalar kalinlashadi.

Pielonefritning oxirgi boskichlarida buyrakning mikroskopik kurinishi kalkonsimon bezning tuzilishini eslatadi. SBE ning bu boskichidagi uzgarishlar, tuzalmas deb xisoblanadi. Keyinchalik, limfositlar bilan infiltratsiyalangan pustlok kavati, yupkalashib boradi.

Kolloid modda bilan tulgan kanalchalar bushab koladi. Miya kavatida produktov yalliglanish amaliy bulib, piramidalarda kushuvchi tukimali chegara xosil buladi. Sekin asta buyrakning pustlogi uladi, koptokchalar yukoladi. Buyrak parenximasining progressiv atrofiyasida, katta va kichik buyrak arteriyalarining shikastlanishi axamiyatga ega. Arteriolalar sklerozi odatda shillik va interstitsional uzgarishlar kompleksidan tashkil topadi.

T A S N I F I.

SBE okimi turt davrni kechadi.

1) SBE latent davri obektiv belgilarini ozligi bilan tasvirlanadi. Uni fakat kup tomonlama klinik tekshirishlar utkazilgandagina aniklanishi mumkin. Odatda koptokchalar filtratsiya 50-60 ml-min ga kamayadi. Kandlar ekskretsiyasi geparin klirensi proteinuriya, dizaminoatsidriya kuzatiladi.

2) Kompensatsiyalangan SBE, buyraklarni ishini ancha kamayganida kuzatiladi, lekin kondagi mochevina va kreatinin kupaymaydi. Diurez kanalchalarini reabsorbtsiyasini kamayishi xisobiga, 2-2,5 lga kupayadi.

Tupchalardagi filtratsiya Z0-40 ml minutga kamaydi. Siy-dikni osmolyarnosti turgun pasayadi. Natriy urezni kupayishi xisobiga elektrolitlarni siljishi kuzatilishi mumkin.

3) Intermittiruyushaya SBE- tupchalarni filtratsiyani va kanalchalardagi reabsorbtsiyani yana xam susayishi bilan tasvirlanadi, vakt-vakti bilan giperazotemiya kuzatiladi. Mochevina 13-16 mmol-l va kreatinin 350-400 mk-mol-l atrofida koladi. Tupchalardagi filtratsiya 25 ml-mindan pasayib ketadi. SBE ni bu davriga bemorning axvolini gox yaxshilanib, gox emonlashib kolishi xarakterilidir. SBE ning avj olishi pielonefrit glomerulonefrit uuruji toifasidagi boshka ka-

salliklar bilan boglik bulishi mumkin. Suv- elektrolit muvozanatini, kislotashkor xolatini buzilishini kuzatilishi mumkin. Kerakli davolar kullanilmasa kasallikning navbatdagi davriga utib kolishi mumkin.

4) Terminal SBE- kerakli muolajalar kilinmasa (gemodializ buyrak utkazish) yaxshilanmaydi. Bu davr klinik kechinmasiga kura 4 davrga bulinadi.4-jadval SBE klinik kechishini oxirgi boskichini davrlari.

KLINIK OKIMNI DAVRLARI

KLINIK XOLATLARI

DAVOSI

I.

Suyuklik ajratish xususiyatini sonlangan sutkalik siydikni mikdori (kuk) (klineris keskin 10-15ml min gacha pasaygan. Giperzatemiya 16-25 m moll

mochevina xisobida kupaya borish xususiyatiga ega. Mutadil chuchuklik. Suv elektrolitlar buzilmagan.

Gemodializ, buyrakni kayta utkazish.

II.A

Oligoanuriya (diurez 300 ml kam siydikni osmolyarligi 300-350 moll) suyuklik ushlanib kolgan, giperzatemiya, atsidoz Yurak-kon tomirlar va boshka a'zolarda tiklanuvchi uzgarishlar. Arterial Balana bosim. Kon aylanishni II-darajali etishmovchiligi.

Gemodializ buyrakni kayta utkazish.

II.B 2

II-A davrdagi uzgarishlarga uxshishi, ammo yurak etishmovchiligi ogirroq, kichik doirada kon aylanish ancha buzilgan. Arterial baland bosim.

Gemodializ yoki peritoneal dializ.

III.

Ogir uremiya, giperzetomiya 66 m-mil-A va undan yukori. Dekompensatsiyalashgan atsidoz va dielektrolitemiya. Yurakni etishmovchiligini ogir turi, yurak astmasi, anasarko, jigar distrofiyasi.

Peritonal dializ gemosorbtsiya.

BELGILARI VA KLINIK KEChISHI.

Buyrak ishining buzilishi kup tomonlama va xar xil buladi. SBE klinik belgilari esa kasallikni davriga, tanadagi boshka kasalliklarga, retikuloendotelial sistemasining shikastlanish darajasiga, arterial bosimning kutarilishiga, yurak- tomir sistemasining buzilishiga, markaziy nerv sistemasining axvoliga va boshkalarga boglikdir. SBE litent davrida kasallikning klinik belgilari uncha anik bulmasligi yoki umumiy bulmasligi mumkin bulsa kompensatsiyalangan davrida esa, bemorlarda bexollikka, ishtaxaning susayishiga, bosh ogrigi, yuzning va oyok kullarning ishishi kuzatiladi. Bemorni birinchi bor kurilgandayok uni xolsizligi, asabini chegaralanganligi, asab reaksiyasining susayishi etiborni jalb kiladi. Intermittik boskichida kasallikni yukoridagi xamma belgilari yanada avj oladi.

SBE ning belgilari, uni keltirib chikargan sabab bilan aniklanadi, lekin SBE ning turiga karamay, ayrim azolarda uziga xos uzgarishlar yuz beraveradi. Teri katlamini och-sarik rangda bulishi, organizmda uroxrom moddasini tuplanib kolishi bilan boglikdir. Teri kurishkok va uzini elastikligini yukotgan buladi. Teri bezlarining kurib kolishi va yogli degeneratsiyasi tufayli, terlash kamayadi. Odatda surunkali uremiya bor bemorlarda, ularning terisida, tirnoklarning tatalangan izi koladi, chunki teri kattik kichiydi, ayniksa kechki vaktlarda kuchayadi. Agar tanada ishish bulmasa, teri osti yog tukimasi va muskullarning atrofiyalashganini kuzatish mumkin. Kasallikning meyoriga etib kolgan davrida, gemorrogik diotezni (turli joylarga kon kuyilishlar, burundan, oshdozon va ichakdan kon kelishi) kuzatish mumkin. Suv-elektrolit muvozanatini buzilishiga karab teri osti eg tukimalarining shishi turlicha buladi. 15-20% bemorlarda uchraydigan surunkali glomerulonefritni nefrotoksik

sindromida shishlarning xosil bulishi va suyuklikning organizmda tutilishi kuzatiladi. Nafas olish azolarini SBE da shikastlanishi, yurakni chap korinchasi etishmovchiligi va tanada suyuklikning tutilishiga boglikdir. Rentgenogrammadagi uzgarishlar "suvli upka" tipida buladi. Upka ildizida xar xil kattalikda yumalok doglar kurinadi. Upkani rasmi kuchayadi, bazida upkaning chekkalarida katta-katta, bulutsimon shishilar kuzatiladi. Kasallikning oxirgi davrlarida plevra bushligida suyuklik tuplanadi, buni perkussiya, auskultatsiya yuli bilan oson aniqlash mumkin. Alveolalarda, kapilyarlarda paydo bulgan dimlanish xisobiga suyuklik, ularni tashkarisiga chikadi, bu esa tez orada zotiljamga olib boradi. Bemorlarning infeksiyaga karshiligi susaygan bulganiligi uchun, bronxopnevmoniyami belgini- xaroratni kutarilishi mumkin. Dizlektrolitemiya va atsidoz, kupincha SBE ning oxirgi boskichini ogirlashtiradi, nafas olish kiyinlashadi, bu esa bemorning axvolini murakkablashtiradi. Yurak -tomir sistemasining SBE da shikastlanishi, arterial gipertenziyaning darajasiga bogliq. Arterial gipertekziya SBE ning asosii belgilaridan bulib, uning sababi buyrakdagi yujstaglome-rulyar apparatining vazifasini kuchayishi va reninni kup ishlab chi-tsarilishini otsibatidir. Uzoh ogir nefrogen arterial gipertenziya-da yuraj mushaklarining gipertrofiyasi va distrofiyasi kuzatiladi. Kuchayib boruvchi yurak: etinmasligi, kichik kon aylanish doirasida soo`ning dimlanishi, nafas etishmasligi, yurakning tez urishi va kecha-lari yurak astmasini xuruji bilam ifodalanadi. Keyinchalik katta kon aylanish doirasining etishmasligi kushiladi, jigarning kattalashishi tananing u er, bu erida va oyok kullarda shishlar paydo bulishi va nixoyat bushliklarda suv tuplanishi yuzaga chikadi. Agar buyrakning suv ajratish vazifasi saklangan bulsa, natriyning tutilishi bulmasa, arterial gipertenziya uncha baland bulmasa, yukorida aytilgan yurak etishmasligi uzok vakt rivojlanmasligi mumkin. Kasallikni klinik rejimi giperazetemiya, umumiy giperhidratatsiya tufayli, "kuruk" perikarditni okibati sifatida rivojlangan suvli perikarditda ancha ogip buladi. Oshkozon-ichak yuli SBE ning yordam kompensator kompleksiga ancha oldin kushiladi. Kasallikning muvozanatlashgan davrida oshkozon va ichak devorlaridan azot metobolizmini maxsulotlari chika boshlaydi. Shuning uchun uremik zaxarlanishni usishi bilan, oshkozon va ichakning faoliyatini buzilishi juzatiladi. Ammiak, mochevina va kreatininning doimiy ajralib turish, kungil aynishiga, kusishga, ishtaxaning yukolishiga sabab buladi. Bemorlar ogiz bushligida bemaza tamni sezishadi.

Surunkali uremiyaning okibatida yarali stomatik rivojlanadi. Tilni surgichlari kattalanadi, rangi sargish- jigarrang tusini oladi. Ogizni doimiy kurib yurishi parotitni kasalini chikishiga sabab buladi. Uremik gastroenterokolit ishtaxasizlik, ichaklarining dam bulishi va xar xil ogriklar bilan kuzatiladi. Ichaklardagi uzgarishlar petexial toshmalardan, to gemorrogik yaralar xosil bulishiga kadar olib boradi. Bu yaralar oshkozonda, 12 barmokli ichakda, ingichka ichakning oxirgi kismlarida, kur ichakda xam uchraydi. Bazi xollarda bu a'zolardan kon ketish xollari xam bulishi mumkin.

Ayrim bemorlarda ichaklarni yaxshi ishlamasligi tufayli, korin dam buladi, kattik ogriklar paydo buladi, psevdoperitotni kuzatilishi mumkin. Bu belgilar korin bushligida suyuklikning kupayishi va sorin pardasini, azot metoboliamini zaxarli maxsulotlari bilan kitiklanishiga boglikdir.

SBE da suyak ayrim apparatidagi uzgarishlar, kaltsiy va fos-for almashuvining buzilishi bilan boglikdir. D vitaminni tanaga uzlashtirilishini kiyinlashuvi

gipokaltsemiyani rivojlanishiga sabab buladi, chunki bunga kaltsiyning ichakdagi rezorbtseyasining buzilganligi tuskinlik kiladi. Kaltsiyning kup yukotilishi va gipokaltsemiya ,kon plazmasida fosforning kupayishiga, va buning okibatida giperparatireodizmni keltirib chikaradi. Paratireoid garmoni kup ishlab chikarilishi, kaltsiyni suyakdan kuplab ajralishiga va kaltsiy tuzlarining yumshok tukimalarga, buyraklarga, upkaga, bugimlarga, kon tomirlarga, yurakning utkazuvchi apparatiga,tuplanishiga olib keladi. Suyaklarning shikastlanishi, fibroz, osteitlar sifatida buladi. Buni yagona belgisi, suyaklardagi ogriklardir. Rentgenologik tekshirishda osteporoz va oeteofibroz aniklanadi.

Asab-ruxiy muxit. Surunkali uremiyaning kup kurinishlari, masalan: xikildok tutilishi, past xarorat, mushaklarning tortilishi, posevdoteteniyaning kelib chikishi, sabab boshkaruvining buzilishi bilan boglikdir. Ruxiy uzgarishlar, SBE ning sunggi davrida kuzatiladi. Buning kelib chikishiga arterial gipertenziya, suv- elektrolit balansining buzilishi va miyaning shishishi sabab buladi.

Siydik sistemasi.SBE ning siydik sistemasi tomondan kurinishi asosiy kasallik bilan belgilanadi va shuning uchun u turli tuman bulishi mumkin.

Kon sistemasi, SBE ni bilan xastalangan bemorlarda kamkonlik kuzatiladi (gemogloblin 4-6 g-l eritrotsitlar 1,8.10-2,5.10zmk1). Buyraklarda xosil buladigan glyukoprotendning asosiy turi bulgan eritropoetning axamiyati katta. SBE gi bor va kamkon bulgan bemorlarni konini zardobida eritropoetin kam buladi. Boshka sabablarga kura paydo bulgan kamkonlikda eritropoetin kup buladi. SBE tufayli kamkon bulgan bemorlarni suyak miyasi tekshirilganda, eritropoetin tukimani giperplaziyasi bulmaydi. Kilingan barcha davolar yaxshi foyda bermaydi, kon zardobida mochevina mikdorini kupayishi natijasida kamkonlik yana xam kuchayadi, davolash kiyinlashadi, kon kuyish esa gemogloblin va eritrotsitlar mikdorini fakat kiska vaktgagina kutaradi. SBE gida kilingan koagulogrammani, gipokoagulyatsiya tomonga uzgarishligi aniklanadi. Ivishga karshi sistemasi kupayishining sababi, mochevina va boshka azot shlaklarini geparinni tasirini yukotish jarayoniga tasirini va konda fibrinaliz aktivatorlarini yigilishida deb tushuniladi.

SBE gida kislotali metabolitlarni surilishi, natriy bikorbonatni yukotilishi, vodorod ionlarinii tutilishi, ishkoriy rezerv mikdorini susayishiga olib keladi. 65% SVB gi bulgan bemorlarda metobalik atsidoz kuzatiladi.

T A Sh X I S.

Bemorlar poliklinikada birinchi marta kurulganidayok buyrak etishmasligining belgilovchi shikoyatlarni aytmashliklari mumkin. Ular uzlarida shunday xastalik borligini xayoliga xam keltirishmaydi. Kupincha bu bemorlar esh bulishi munosabati bilan ularni organizmi tanani ourunkali uremiyaga chidamli buladi, yordamchi kuchlar esa kon zardobidagi mochevina 16-20 mmol-g bulganda xam , ish faoliyatini yukotmaydi saklab koladi va kurinishga majbur kilmaydi.SBE ni uz vaktida aniklashda, xar xil surunkali buyrak kasalligi bor xisoblangan bemorlarni ruyxatga olish va ularni nazorat kilib turish yordam beradi. Kamkonlik, terisini och-sarik rangi, ozginligi , teri va mushaklarning bushligi, markaziy asab sistemasidagi uzgarishlar , vrachga, kasallikni vaktida aniklashga yordam beradi. Bemorni xolatini aniklash uchun kuyidagi savollarga javob topish kerak: SBE ning naysi, davri? Agar bu SBE ning terminal davri bulsa, uning kechishi kanday? SBE ning sababi nima va uning asoratlari kanday?

SBE ning tashxisi taxlil tekshirishlar, asbob uskunalar rentgenizatop tekshirishlardan sung tasdklanadi. Konni bioximik tekshirishlar, buyraklarni, azot ajratish vazifasini, elektrelitni buzilishini, kislota -ishkor xolatini aniklaydi. Siydik yullarini abzor rentgenog-rammasi buyraklarning xajmini kichayganligini, tomografiya, esa, buyraklarni chegaralarini aniklaydi. Ekokretor urografiyaning SBE ning birinchi davrida kilish mumkin xolos, chunji rentgenoktrast moddani jaroxatlangan buyraklar orkali chikarilishi kiyinlashadi.

Radioizotop tekshirish usullari ancha anik usul bulib, aynisa SBE ning boshlanishi davrlarini aniklashda yordam beradi. By usul buyrak bir tomonlama zararlanganda, uning funksional xolatini aniklash bilan birga, karama- karshi buyrakning ishini buzilishini dastlabki belgilarini aniklaydi, bu esa SBE ning aniklashda katta axamiyatga ega.

Kasallikning oxirgi davrlarida, pielonefrit bilan glomerulonefrit urtasida farklovchi tashxis kilish, xar doim xam oson emas. Kassallikni uzok kechishi, vakti- vakti bilan piuriya kuzatilishi va yalliglanishning boshka belgilari- pielonefrit foydasiga xal buladi. CBE ning birlamchi sababini aniklashda buyrakning punktsion biopsiyasini xulosasi yana xam aniklik kiritadi.

Yukorida kursatilgan tekshirish rejalariga asoslanib kasallik tashxisini juyish, SBE ning davrini, klinik kechishini, kasallikni asoratlarini va shu bilan birga davo yullarini aniklash mumkin.

D A V O L A Sh.

SBE ning davolash ishlariga, asosiy kasallikni davolash bilan birga rejim, parxez, suv elektrolit buzilishlariga tasir etish, atsidoz, yurak etishmasligi kon bosimini kutarilishi va boshka ichki azolarni buzilishini davolash kiradi.

Engil xizmat kilish , extiyotkorlik choralari kasallik okibatiga yaxshi tasir kursatadi. Azotemiya uncha kup bulmaganda kuyidagi, oksil moddasi oz

(1 kunda 20-25 g oksil), tarkibida yoglar va kand moddalarini kuprok ushlagan va taomlar istemol kilinsa yaxshi buladi. Yoglar-sarik yog (1 kunda 100 g), tungiz yogi sifatida, uglevodlardan-ezilgan kartoshka foydalidir. Kondagi azot koldiklari normal bulganda umumiy nefrologik parxez kullaniladi; bir kunda 60-70 g oksil va yoglar, uglevodlar esa cheklanmaydi (2500 kkal 1 kunda) Tuzsiz nefrologik parxezni (stol №7 a), giperazotemiyasi va kon bosimi baland bemorlarga tavsiya etiladi.

Buyraklarning suv chikarish vazifasi saklangan bulsa kup suyuklik istemol kilinsa maksadga muvofik buladi. Kon plazmasini ishkorklash uchun va yukotilgan natriyni urnini bosish uchun 5% natriy gidrokarbonat kuyish kerak (500 ml gacha va 5% -20% glyukoza eritmasi (300-500 ml) tuxtamay kuganda esa -3% natriy xlor eritmasi (200-300 ml) kuyish kerak.

Plazmani onkotik bosimi pasayishi tufayli shishlar paydo bulganda , glyukozaning 20% eritmasi- dekstran bilan insulin (xar 4 g kuruk glyukoza xisobiga 1 E insulin) eritmalari kullaniladi.

Gipokaltsiemiya da kaltsiy glyukonat (10% eritmasidan 50 mlgacha muskul orasiga) julnatiladi.

SBE ga xarakterli bulgan katabolik xodisalarni susaytirish uchun anobolik garmonlar 1 kuniga 100 mg xisobida tavsiya etiladi:5% testosteronon propionat , metandrostenolon Enerobol) kuniga 3 maxal,metilandrostendrol 0,025 g li tabletkasidan kuniga 4 maxal. 0,005 g. Davolashni 20 kun davom ettirib, sungra 10

kun tanaffus beriladi, sungra yana kayta 20 kunlik davro tavsiya etiladi. Katoiolizmni susayishi, giperazotemiya kamayishi yoki uning kupayishini tuxtashi bilan ifodalanadi. Giperazotemiya bilan kurashishda keyingi paytlarda Sunax Sedymus simligidan tayyorlangan dorilar-skoliamin (SSSR) (0,5 g dan 4 maxal ichishga) lespenefril (frantsiya) (10 ml dan kunda 2 maxal vena ichiga, yoki 10 ml dan 3 maxal ichgani) keng kulanilmokda.

Siydik ajralishini kupaytirish uchun 1S-2i% glyukoza insulin bilan va mannitoldan (500 ml dan) vena ichiga tomchilab yuboriladi. Furasemid guruxidagi siydik xaydovchilarni xam kullash mumkin. Ularni 100-200 mg atrofida, bemorning shaxsiy sezgirligiga karab borishlik tavsiya etiladi.

Nefrotik sindrom aktivlashgan xollarida kartikostereidlarni uzok vakt davomida kullashlik kerak. Giperazotemiya baland bulgan xollarda oshkozon va ichaklarni natriy gidrokarbonatni 2% -eritmasi bilan yuvish (foydalidir. Chunki bu azot koldiklarini chikarilib yuborishiga, gostrit belgilarni kamayishiga, kungil ainishini va kusishni tuxtashiga olib keladi. Bu och koringa, ovkat istemolidan oldin, kunda I maxaldan utkaziladi. SBE ning konservativ davslash usullarini, buyraklarning suv ajratish vazifasi salaklangan bulib, uremik zaxarlanish belgilari va giperazotemiya uncha kup bulmagan, mochevina 32 mmol dan oshmagan xollarda kullash mumkin.

SBE ning kechki boskichlarida konservativ davolash odatda kam foyda, beradi, shuning uchun dializ usullarini kullash va buyrak transolntaulyasidan foydalanishlik zaruriyati tugiladi.

PERITONEAL DIALIZ

Peritoneal dializ usulining kulanilishi asosida korin pardaning tabiiy yarim utkazuvchinlik membrana xususiyatidan foydalanishlik yotadi, chunki bu membrana orkali organizm, korin bushligiga, azot koldiklarini, elektrolitlarini, suvni chikarib turadi, dializlovchi suyuklik tarkibini tugri tuzib, korin bushligini yuvishlik bilan, azot koldiklarini chikarib, tashlash elektrolit tengligini normallashtirish va dializlovchi suyuklikning giperosmolyarligi tufayli, ortikcha suyuklikni xam chikarib tashlashlik mumkin.

Peritoneal dializni keksayib, xolsizlanib kolgan bemorlarda utkazilishi maksadga muvofik, chunki ularda gemodializ utkazishlikni iloji yuk.

Ba'zi klinikalarda peritoneal dializ, bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun , jumladan buyrakni kuchirib utkazish operatsiyadan oldingi kiska davrlarda kulaniladi. Xozirgi davrda peritoneal dializ uchun doimiy fistula xar korin devori Zaretskpy ignasi yordamida teshiladi vakt xam kulanilmaydi u va bu igna orkali kupgina teshiklari bulgan kateter kirgiziladi va igna olib tashlangandan keyin kateter korin devoriga maxkamlanadi. Odatda franktsion dializ usuli kulaniladi. (157 rasm, Arteriojvenoz darcha).

GEMODIALIZ.

Xozirgi davrda, SBEgi bor bemorlarni "suniy buyrak" appa-rati yordamida gemodializ kilinib davolanmokda. Bemorlar, vakti-vakti bilan bu apparatga ulanib turiladilar.

Kuproq vakt davomida gemodializ utkazishlik uchun, arteriya va vena tomirlarida, doimiy va ishonchli kirish yuli bulishi kerak. Arteriya va venani doimiy birlashtirish goyasi Alvallga (1948) ta'luklidir. Bunday birlashtirishnini eng kulay

usulini Skribker (1960) taklif qilgan. Bu usul bilan, tirsak arteriyasini tirsak venalaridan biri bilan, uziga xos tuzilishga ega bulgan teflonosilastik protez - arteriovenoz (157 rasm) shuning bilan ulanadi. Gemodializdan oldin, shuning oxirgi uchlarini bir-biridan ajratilib, gemodializator ga ulanadi.

Xozirgi vaktida suniy materiallardan tayyorlangan turli xil arterisvenoz shuntlarni modifikatsiyalarini kul yoki oyoklarda kullash tajribasi tuplangan. Shuni xam takidlash lozimki, bemorning tirsagida kon aylanib turuvchi trubkalarning mazjudligi ularni asabiga tasir kiladi va uning faoliyatini cheklaydi. Bu trubkalarni uchlarini tusatdan ajralib ketishi tufayli kuchli kon ketishiga olib kelishi mumkin bu esa bemor xayotini xavf ostida koldirishi mumkin va yana boshka yomon asoratlardan biri, junting ichini tikilib kolish extimoli va uning atrofidagi tukimalaroning yalliglanishdadir. Teri ostida kilingan arteriovensz shunt esa 6u kamchiliklardan xoli.

Buning uchun uni 4-5 sm masofada tukimalardan ajratiladi. Arteriya tomirni xam shuncha masofada ajratiladi. Kon tomir kiskichlar yordamida, kon tomirlar kisiladi. Ularni va urtasida darcha kuyish uchun ular bir biriga yakinlashtiriladi. Arteriya va vena kon tomirlarini yon devorlari 1sm uzunlikda ochiladi, undan sung yonma-yon kilib darcha kuyiladi (158 rasm) Kon tomirlarni avval orka devori, sungra e esa oldingi devorlari tikiladi. Tomir chogi kuyilsa, venada pulsatsiya va kuchlanish paydo buladi. Operatsiyadan sung kul yoki maydigan kilib kuyiladi. Ikki uch xaftadan sung vzaki vena jon tomirlari kengayadi. Bu venalar AIP ga kon olish uchun va konni bemorga kaytarish uchun ishlatiladi.

Apparatga kon olish uchun eng kengaygan vena tomirlari tanlab olinadi, bu vena listal yunalishda aloxida igna bilan teshiladi, chunki karshi kelayotgan kon okimi aparatining ishlashini taminlaydi, chunki Dializdan kaytgan kon shu tirsakning biror venasiga kayta kuyiladi. Lekin punktsiya proksimal yunalishda bulishi kerak. Gemodializ utkazish uchun, klinik kechishning I va II davrlari eng kulaydir. Bunda bioximik kursatkichlar kuyidagicha buladi: tupchalar filtratsiyasining kamayishi 5 ml mindan kam, giperazotemiya 20-40 mmolG⁻¹ mochevinaga, 800-100 mk molG⁻¹ kreatinin, metabolik atsidoz, bikarbonatining kamayishi 15 m mol-l dan kam. Nefrologik belgilaridan mushaklarning tortilishini, keltirishni etiborga olish kerak. Gemodializ utkazish uchun yana boshka zarur kursatmalardan gastroenterokolit belgilari, ich ketish, anoreksiyadir. SBE gi bulgan bemorlarni da-

volashni UBE kasalligining boshlanish davrida, giperazotemiya bulgan davrda boshlash kerak. Tananing doimiy zaxarlanishi ichki azolarning distrofiyasigina emas, balki usib boruvchi yurak etishmovchiligiga olib keladi. Gemodializ utkazish uchun bulgan karshiliklarga, yurak astmasi, katta va kichik kon aylanish sistemasidagi etishmaslik, anasarka, septik xolatlar, gemorragik diatez, umumiy ateroskleroz kiradi.

Gemodializni utkazish uchun statsionarda, ambulatoriya sharoitida va uyda utkazish kerak.

Gemodializ utkazish uchun kovak tolali galtak dializatorlar yoki plastinkali dializatorlarni ishlatilishi mumkin. Bemorning axvoliga karab turli xajmdagi dializatorlar kullanishi mumkin. SBE gi bulgan 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 karab, dializlovchi eritmadagi ayrim elektrolitlarni uzgartirish mumkin.

Gemodializ seansi 5-6 soat davom etadi. Uni bir xaftada 2-3 marta takrorlash mumkin. Uremik zaxarlanishni tezlik bilan kuchayishi, gemodializni shunchalik tez-tez utkazishlikka kursatma bulib xizmat kiladi. Gemodializ usulini kullab SBE gi bulgan bemorlarning umrini bir necha yilga uzaytirish mumkin. Gemodializ paytida xar xil asoratlar bulishi mumkin. Ular buyrak etishmasligi bilan va kup marotaba gemodializ utkazilishi bilan boglik bulgan, usib boruvchi kamkonlik, kon bosimining balandligi xvsobiga miya kon aylanishining buzilish kabi xollar sabab bulishi mumkin. Yurak - kon tomir etishmasligining eng xavflisi kuruk va suvli perikarditlardir. Kullanib boruvchi suvli perikarditlar, yurak oldi sumkasining dimlanib kolishi xisobiga, yurakni tuxtalshiga xam olib

kelishi mumkin. Infeksion asoratlarga, sepsis, pnevmoniya, shuntni atrofining yiringlashi, nefrotik stomatit, parotitlar kiradi. By asoratlar keng tasir doirasiga ega bulgan antibakterial dorilarni kuchli dozasi bilan davolaniladi. Periferii neyropatiya SBE ga xos asorat. U kup marotaba kayta utkazilgan gemodializ davomida kuchayishi mumkii. Buning belgilariga oyoklarni sholi, mushaklarni atrofiyasi va boshkalar kiradi. Bunday bemorlarga buyrak tplantatsiyasi bilan yordam berishgina mumkin xolos. Asab buzilishlari (oneyroid- deliroizi va delirioz-amentiv xollar, psixomotor kuzgalishlar, uremik zaxarlanish, dielektrolitemiya bilan borlikdir. Bularni gemodializ bilangina yukotish mumkin.

Gemodializ bilan davolanganda bemorlarda osteodistrofiya

va suyak fibrozi kelib chikadi. Bu kasalliklarni davolash ancha kiyin. Buyrak tplantatsiyasi kilingandagina bu belgilarning kamayishiga va yukolishiga umid kilish mumkii.

Xozirgi davrda gemodializ bilan davolanayotgan SBE gi bulgan bemorlarni soni kupaymokda ambulatoriya sharoitida davolanayotganlarni xam, xuddi shu apparatlar bilan uz uyini sharoitida gemodializ kilish mumkin. By apparatni bemorga «suniy buyrak» apparati bilan ishlash kursini utgan bemorni biron karindoshlari uylab kuyishlari mumkin.

B U Y R A K K U C h I R I B U T K A 3 I S h.

Buyrak kuchirib utkazish operatsiyasini SSSR da birinchi bulib, 26 yoshli, kurgoshin dixloridi (sulema) bilan zaxarlangan va shu tufayli utkir buyrak etishmasligiga uchragan 26 yoshli ayolda, 1933-yilda Yu.Yu. Varinov bajardi. Bu operatsiya, kortikosteroidlarni tirik organizmdagi immunologik reaksiyani susaytirish kobiliyatini borligi aniklanganidan keyingina, klinika sharoitlarida bajarila boshladi. 1961 yili 6-merkaptopurin analogi bulgan azatioprin(imuran)ni, immunologik reaksiyasini susaytiruvchilik tasiri borligi aniklanganidan sung, immunodepressiya soxasida ancha yuksalish paydo buldi.

Buyrak kuchirib utkazishning natijalarini yaxshilashning yana bir yuli buyrak beruvchi va buyrakni utkaziladigan shaxslarni

tugri tanlashdadir. Tanlangan juftlarning tukimalarining bir-birlariga moyilligi yakin bulsa, buyrak kuchirib utkazish operatsiyasi natijalari yaxshi buladi. Eng yaxshi natijalar bir tuxum-dan rivojlangan egizaklardan buyrak olinib utkazilganida buladi, chunki ularda bir xil genetik omillari mavjuddir. Buyrak beruvchi shaxslarni

tanlashda, eritrotsitar va leykotsitar sistemani antigenlari kullaniladi. Leykotsitar antigenlar sistemasida 40 ga yaqin kuchli va kuchsiz antigenlarni borligi aniklangan.

Buyrak kuchirib utkazish operatsiyasini natijasi, ayniksa olingan buyrakni ishining tiklanishida, buyrakni konservatsiyalash usulini ahamiyati katta. Birinchi borada buyrak beruvchi shaxslardan olingan buyrakni tezlik bilan olinishini va shu bilan birlamchi issiklik ishemiya vaktini kiskartirilishini taminlashdadir. Shundan sung ,buyrakni tezlik bilan turli eritmalar yordamida, perfuziya kilishga kirishiladi.

Konservatsiyani perfuziya kiluvchi apparatlar yordamida utkazish mumkin. Bunda konservatsiyalash vakti 24 soatgacha chuzildi. Bu apparatlarda aloxida kimyoviy tarkibli perfuzion suyuklik kullaniladi va undagi natriy, kaliy, albuminlar mikdori xisobga olinadi.

Buyrakning kuchirib utkazish operatsiyaga bulgan kursatmalar gemodializdagiga uxshab, surunkali pielonefrit, surunkali glomerulonefrit, buyrak toshlari, buyraklar polikistozi, gidronefroz, buyrakni yuk bulish xolatlari, tugma nuksonlar va bazi boshka kasalliklar okibatida kelib chikkan SBE ning oxirgi klinik kechishning I va II A) davridir. Bemorning axvoli juda xam ogir bulsa, unda oshkozon yara kasalligi, ruxiy kasalliklar, endokrin kasalliklari mavjud bulsa bu operatsiyani utkazish mumkin bulmaydi. Bemor organizmida aktiv infektsion bulsa, bu operatsiyani utkazish umuman mumkin emas.

SBE bor bemorlarda buyrakni azot chikarish vazifasi saklangan, suv elektrolit muvozanati va yurak tomir sistemasi uncha buzilmagan bulsa, buyrak (kilib utkazish operatsiyasini bajarishlik uchun eng kulay sharoit mavjud desa buladi. Shuning uchun bu operatsiyasini, SBE ning oxirgi boskichining birinchi kunlarida utkazishlik madsadga muvofikdir.

Buyrak beruvchi shaxslar, bemorning yaqin yo karindosh- uruglari (akasiya opasi, otasi, onasi,) bulishlari mumkin. Xozirgi paytlarda uliklardan olingan buyraklarni utkazish tajribasi keng ri-vojlantirmokda, chunki ulikdan, yoki tirik odamlardan olib utkazilgan buyrak olib utkazish operatsiyalarning natijalari

bir birlaridan fark kilmas ekan. Buning uchun asosan, ogir, miya jaroxatlaridan xalok bulgan shaxslarni buyraklarini olishlik tavsiya etiladi. Bunday bemorlarni xakikatdan ulganliklariga tula ishonch xosil kilishlik uchun, ulardagi arefleksiya, nafas olmaslik, kuz korachigini reflekslarini yukolgani kabi klinik belgilarni, xamda yurak faoliyatini tuxtaganligini (elektrokardiogrammada, tugri chizikni bilishi) miya faoliyatini yukligini (elektroentsefalografiya yordamida)24 -28 soat davomida kuzatib va shundagina tula ishonch

xosil kilinadi.

O p e r a s i y a g a t a y y o r g a r l i k .

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda umumiy chegaralardan tashkari, ularda surunkali gemodializ utkazilib turiladi, bemordagi xamma

yalliglanish jarayonlari bartaraf kilinadi, operatsiya arafasida esa ularga 20 mg prednizalon va 200 mg imuran yuboriladi.

Operatsiyani bajarish usuli. Utkazish uchun olingan buyrak, bemorning chov chukurchasiga , chov kon tomirlarini yoniga urnatiladi va uni arteriya kon tomirini uchi, bemorning ichki chov arteriyasini uchiga ulanadi. Xuddi shu tarzda venalar xam ulanadi. (159 rasm, rangli ilova). Agar utkazish uchun olinayotgan buyrakni arteriya kon tomiri bir nechta bulsa, u xolda buyrakni, aorta devorini bir kismi bilan kesib

olinib, undan kuvir yasaladi va bu kuvuri uchi Ya.A.Lopatkin usuli buyicha , ichki chov arteriyasiga ulanadi. Xuddi shu tarika kalta buyrak venasi xam, pastki kovak vena xisobiga uzaytiriladi.

Siydik naychasini uchi esa, siydik pufagining yukori yonbosh devoriga ulanadi. Buning uchun giydik naychasi buyrak jomchasidan 12-15 sm masofada kesib olinishi lozim, chunki shu masofagacha jom arteriyasi, siydik naychasini kon bilan taminlab turadi. Operatsiyadan keyingi davrda buyrak utkazilgan bemorlarni axvoli ancha ogir kechadi. Aloxida dori darmonlar va juchli antibakterial, yurak- tomir, dezintoksikatsiey, simptomatik) davolanmasa bulmaydi. Bemorlar uzlarining 1 kg tana ogirligi xisobiga 2 mg imuron va

1 mg prednizalon olishlari kerak. Operatsiyadan keyingi ekg jiddiy xolat ajralish xolati, operatsiyani uchinchi kuni buladi. Ajralish reaksiyasi bulganda tana xarorati kutariladi, bezgak tutadi, kuchirib utkazilgan buyrak ajratayotgan siydikni mikdori kamayadi, kon zardobidagi kreatininni va mochevini mikdori kupayadi . Ajralish reaksiyasi boshlanganda, prednizalonni mikdorini (1000 mg- kun) va imuranni (4 mg- kun) kupaytirish lozim.

Infektsiyani rivojlanishini oldini olish uchun, operatsiya paytida urnatilgan drenaj trubkalarini 24 soat davomida olib tashlashlik kerak.

Bemorlarga, tasir doirasi keng bulgan antibiotiklar sigmamitsin, tetraolean, geramitsin, gentamitsin, tavsiya etiladi.

Kuchirib utkazilgan buyrakni faoliyatini doimiy nazorat kilib turishlik uchun, bu buyrakning kunlik chikargan siydik mikdorini, siydik mikdorini, siydik va kon tarkibidagi kreatinin va mochevina, kreatinini klirensini va boshkalar kursatkichlar aniklanadi. Radioizotop tekshirish usullari kullaniladi.

Murdaning buyragi muvoffakiyat bilan kuchirib utkazilgandan keyin, tranoplantatning ishlash faoliyati 20-40 kundan sung butunlay tiklanadi kundan suyag bemorlar engil jismoniy va akliy mexnat kilishlari mumkin. Operatsiyadan keyingi fursatda, xup vakt utib, kuchirib utkazilgan buyrakda xar xil kasalliklar surunkali pielonefrit: siydik tosh kasalligi "kaytalanma " glomerulonefrit kelib chikishi mumkin.

OKIBATI.

Surunkali buyrak etishmasligining okibati, asosan uning davriga boglik u kasallikning latent va kompensatsiyalangan davrda kerakli davo utkazilsa, okibati yaxshi buladi. SBE ning intermettir davrida esa bemorning butunlay sogayib ketishligiga ishonch kam, lekin kerakli davolar kullanilse, bemorning xayoti ancha uzayishi mumkin. Bunday bemorlar dispanser kuzatuvga muxtojdirlar. Ularda cheklangan mexnat faoliyatini ancha vaktgacha saklab koladi. Surunkali buyrak etishmasligining sxirgi davridagi bemorlar uchun okibat yakin vaktzargacha umidsiz xisoblanar edi, lekin, suniy buyrak apparatlarini takomillashuvi, surunkali gemodializini tatbig kilinishi, buyrak etishmasligini boshlanish davrlarida davoning vaktida boshlanishi, bunday bemorlarning umrini 10-12 yilga uzaytirishga imkoniyat turdirmokda. buyrak kuchirib utkazish operatsiyasini yUllash esa, ular xayotini uzots vaktlarga uzaytirishga imkoniyat bermokda.

XVII-BOB

SIYDIK TANOSIL A'ZOLARNING SHIKASTLANISHI

Buyraklarning shikastlanishi. Buyraklarning shikastlanishi boshka a'zolar bilan birgalikda (kupincha korin bushligi, kam xollarda kukrak kafasi) yoki aloxida bulishi mumkin. Buyraklarning ochik yoki yopik shikastlanishi xillari buladi.

Buyraklarning yopik shikastlanishi. Tinchlik vaktida kupincha buyrakning yopik (teri osti) shikastlanishlari uchraydi. Buyrakning yopik shikastlanishi murakkab va kup omillarga boglik: zarbaning kuchi va yunalishiga uning turish joyiga, buyrakning anatomik xolatiga, uning fizik xususiyatlariga, mushaklarning rivojlanishiga, teri osti katlamining yogi va paranefral kletchatkasiga, ichaklarning tulish darajasiga va boshkalarga. Buyrakning yopik shikastlanishlari kupincha zarbaning tugri kelib urilishi sababli paydo buladi: bel soxasini lat eyishi, kattik narsaga yikilish, bosilish. Bu xollarda zarbaning kuchi darxol va juda tez, buyrak va uning atrofidagi a'zolarni chaykab, korinning oldingi devor mushaklari va diafragmani kiskarishiga olib keladi. Bu omillarning birga bulgan xarakati buyrakni siljishga va uning shikastlanishiga olib keladi.

Agar buyrakda patologik uzgarishlar bulsa (gidronefroz, pionefroz, chanok distopiyasi va boshkalar) xattoki kuchsizrok zarba bulsa xam a'zoning shikastlanishiga olib keladi. Buyrakning uz uzidan yorilib ketishi mumkin deyish shubxalidir. Bunday vaktlarda xamma vakt sezilmagan engil zarba patologik uzgargan a'zoning shikastlanishiga sabab buladi. Buyrakning aloxida shikastlanishlariga, ularning asboblari bilan tekshirayotgan vaktidagi shikastlanishlar kiradi: kateterni buyrak jomiga tez yuborayotganda, buyrak ichidagi bosimni majburiy oshirganda, buyrakni igna bilan teshib biopsiya kilganda paranefral blokada vaktida.

Turkumlash. Buyrakning yopik shikastlanishlarini uziga xos xillari buladi: a'zoga bir oz kon kuyilishdan tortib, uning butunlay majaklanib ketishi (62-rasm).

62-rasm. Buyrakning xar xil turdagi yopik shikastlanishlarining tasviri.

A-birinchi gurux; B-ikkinchigurux; V-uchinchi gurux; G-turtinchi gurux.

Tushuntirishi matnda.

Birinchi guruxdagi shikastlanishlarga buyrak atrofidagi yog kletchatkasi va fibroz pardasining yorilishlari kiradi. Parenximaning miya kismida juda mayda yorilishlar uchrashi mumkin. Paranefral kletchatkada kupincha konning imbibitsiyasiga uxshagan gematoma topiladi.

Ikkinchi guruxdagilarga buyrak jomi va kosachalari shikastlanmay, parenximani parda tagida yorilishi kiradi. Odatda katta subkapsulyar gematoma buladi. Parenximaning yorilgan joylari yakinida, kup kon kuyilishlar va mikroinfarktlar namoyon bulishi mumkin.

Buyrakning ikkinchi guruxdagi shikastlanishlari ancha ogir buladi. Ular buyrakning fibroz pardasi va parenximasining yorilishi bulib, buyrak jomi kosachasiga xam tarkalgan buladi. Bunday kup shikastlanish paranefral yog kletchatkada kon kuyilishiga va undan sung siydikning tuplanishiga (urogematomaning xosil bulishiga) xamda gematuriyaning uzluksiz bulishiga olib keladi. Bu shikastlanishlar kup kon okishiga va kupincha jafu chekkan kishilarni

ulimga olib kelishi mumkin. Aloxida urinni egallaydigan yana bitta yopik shikastlanishlardan biri buyrakning lat eyishi. Bunday turdagi shikastlanishda buyrak tukimalarida kurinarli darajada yorilishlar bulmay, ammo buyrak parenximasida kup kon kuyilishlar, mikroinfarktlar bulib, ular kelajakda chandiklar bilan urin almashib, bemorlarning buyragini bujmayib kolishiga va nefrogen arterial gipertenziyani rivojlanishiga sabab buladi. Birinchi uch turdagi shikastlanishlarning xammasida kupincha buyrak lat eyishi uchraydi. Juda kam xollarda buyrakning butunlay majaklanishi va buyrakning kon tomirlari oyogidan uzilib ketishi mumkin.

Buyrakning shikastlanish guruxlarga bulinishi ularning xamma shikastlanish turlarini uz ichiga ololmaydi. Ularning birdan-biriga utadigan shakllari va kursatilgan turdagi shikastlanishlarini bir-biri bilan birga bulishlari kuzatiladi.

Alomati va klinik davri. Buyrak shikastlanishiga uch xil klinik alomatlar xos: bel soxasidagi ogriklar, shu tomonning shishib kolishi, gematuriya.

Bel soxasidagi ogriklar buyrak atrofidagi tukimalarning shikastlanishi, fibroz pardasining tortilishi, korin parda orasidagi gematomaning parietal korin pardasini bosishi, siydik yulini konning ivigan kismi bilan tusilib kolishi buyrak oldi klechatkasida konning yoki kon-siydikning yigilishi natijasida paydo buladi. Ogriklar simillagan yoki utkir, sanchiksimon bulishi mumkin. Keyinchalik urogematoma asta-sekin surilib ketadi. Buyrak shikastlanishining uziga xos alomatlaridan biri gematuriya bulib xisoblanadi. Uning davom etishi xar xil bulishi mumkin; odatda 4-5 kungacha, buyrakning shikastlanish darajisiga karab ba'zi xollarda 2-3 xaftagacha va undae kuprok bulishi mumkin.

Ba'zida trombalarning yiringlab erib ketishi yoki buyrak infarktlarining zurlik bilan tortib olishi sababli kechki (ikilamchi) gematuriya kuzatilishi mumkin.

Klinik alomatlar kupincha buyrakning shikastlanish darajasiga boglik buladi. Shikastlanishning shakllarida (lat eyish, fibrozpardasini yorilishi) bemorning umumiy axvoli urtacha bulib, kon tomir urishi va uning bosimi odatdagidek buladi. Agar bel soxasida maxalliy ogriklar, shilingan joylar, bel soxasida teri osti kon kuyilish, shu joyning shishib ketishi, mikro yoki mikrogematuriyalar bulsa, buyrak shikastlanishining tashxisini kuyishda kiyinchilik bulmaydi.

Buyrakning subkapsulyar shikastlanishida kuchli ogriklar, ba'zida buyrak sanchigiga uxshab, gematuriya bulib, lekin buyrak oldi gematomalar bulmay, bemorning umumiy axvoli urtacha buladi. Bunda buyrakning aloxida shikastlanishi yoki boshka ichki a'zolar bilan birgalikda shikastlanishlarini xamma vakt aniklash mumkin bulavermaydi. Korin pardasining kitiklanish alomatlari shikastlanishning ikkala turlarida xam kuzatilishi mumkin.

Buyrakning ikki davrli yorilishlari juda jiddiy xafvli bulib, 12-15 klinik jarayonning tinch kunida katta subkapsulyar gematomaning yorilgan vaktida paydo bulib, kupincha bel soxasida kuchli ogrik va kollaps xolatlar bilan kuzatiladi.

Buyrak parenximasining chukur shikastlangan alomatlari kuyidagilar deb xisoblanadi: bemorning umumiy ogir axvoli, bel soxasidagi ogriklarning pastga karab tarkalishi, shok, kiska muddatda paydo bulgan kamkonlik, gematuriya, konning iviganlari, korin pardasi orkasidagi urogematomaning kupayishi, uning yonbosh va chot soxalariga tarkalishining mumkinligi, korinning oldingi devor mushaklarini taranglashishi.

Buyrak kon-tomir oyokchasi shikastlanganda, tezlikda kon kamayib va arteriya bosimi pasayib, tomir urishi tezlashib, shokning ogir shakli kuzatiladi. Gematuriya bulmaydi.

Paranefral blokada yoki buyrakning biopsiyasida, buyrak oldi gematomaning kattalashishi, bel soxasining shishib ketishi va gematuriya, buyrakning shikastlangan alomatlaridan bulib xisoblanadi. Buyrak jomining kateterizatsiyasi natijasida buyrak shikastlansa, siydikda konning aralashmasi xar xil darajada buladi. Buyrak jomi kosachasiga rentgenokonstrast modda, tekshirayotgan vaktida, oshikcha bosim bilan yuborilsa, buyrak yorilib ketishi sababli kuchli ogriklar paydo bulib («tajribali» yoki yatrogen, buyrak sanchigi), bir necha soatdan keyin juda kuchli bezgak kaltirogi tutib, tana xarorati kutarilib, makro va mikrogematuriyalar buladi.

Tashxisi. Buyrakning shikastlangan tashxisini bemorning shikoyati, anamnezi va klinik belgilariga asoslanib kuyiladi: shikastlanishning darajasini aniklash batafsil urologik tekshirishlarni talab kiladi.

Tsistokopiya va xromotsistoskopiya paytida, ba'zida siydik yuli teshigidan konning chikishi, indigokarminning chikmay kolishi bilan kaysi tomonda shikastlanishning bor ekanligi va siydik okimining buzilish darajasi aniklanadi. Bundan tashkari xromotsistoskopiya boshka tomondagi buyrakning ish faoliyati borligini aniklaydi, chunki bu shikastlangan buyrakni olib tashlash masalasini xal kilishda katta axamiyatga ega.

Buyrakning shikastlangan tashxisini tasdiklaydigan asosiy usullardan biri rentgenologik tekshirish bulib, siydik yullarini umumiy rentgenografiya kilishdan boshlanadi. Umumiy rentgenografiya suyaklarda shikastlanishning bor yoki yukligini umurtka poganasining shikastlangan tomonga kiyshayib kolishini, korin pardasi orti bushligida gematomaning borligi, bel mushaklarining tashki kurinishlarini noanikligi yoki yukligiga karab aniklashga imkon beradi.

Buyrakning yopik shikastlangan tashxisini eng kup natija beradigan usul ekskretor uroografiya bulib xisoblanadi. Uning yordamida kaysi tomonda shikastlanish borligi, shikastlangan buyrakning ish faoliyati va uning anatomik xolati, shikastlanish darajasi boshka tomonda buyrakning borligi va uning ish faoliyati xakida ma'lumot olinadi. Buyrak jomi kosachalarining rentgenokonstrast moddalar bilan oz va kech tulishi, fibroz pardasi tagida va buyrakdan tashkari uning okib yigilishi, buyrak jomi va kosachalarining kiyshayishi, shikastlangan a'zoning rentgenologik alomatlari bulib xisoblanadi. (63-rasm). Buyrak ogir bulib shikastlansa koidaga binoan uning ish faoliyati tuxtaydi.

63-rasm. Retrograd pielogramma. Rentgenokonstrast moddaning kapsula tagiga okib yigilishi. Buyrak jomi-kosachalarining kiyshayishi. Lekin ekskretor urografiyada buyrak ish faoliyatining bulmasligi jafo chekkan kishining nes shok xolatida ekanligi, buyrakning kon tomir koptokchalarida bosimning filtratsiyasidan pastligi sabab bulishi mumkin. Shuning uchun ekskretor urografiyani sistologik arteriya bosimni barkaror kilgandan keyin xech bulmasa 80 mm simob ustunidan past darajada bulmagan vaktida bajarish kerak.

oxirgi yillarda buyrakning yopik shikastlanish tashxisini aniklashda buyrakning angiografiyasi kullanilmokda (arterio va venografiya). Bu murakkab usulni ishlatishga kursatma kat'iy individual bulishi kerak, uni kullash cheklangan bulib, fakat buyrak tomirlarini utkazuvchanligi buzilganda yoki arteriovenoz fistulasiga

shubxa bulganda bajarish zarur. Radioizotop va ultratovush tekshirish usullari buyrakning shikastlanishida muxim ahamiyatga ega. Izotop rentgenografiya buyrakning ish faoliyatini nazorat qiladi; agar shikastlangan buyrakning ish faoliyati saklansa, unda skanirovaniya yoki stsintigrafiya shikastlangan buyrakning urnini kursatib berishi mumkin. Buyrak yorilganda uning bir bulagi uzilsa, stsinti yoki skanogramma shikastlangan a'zoning tegishli joyida nukson borligini aniklaydi. (64-rasm). Buyrakdagi aloxida uzgarishlarni xam ultratovush aniklaydi, uning yordamida buyrak oldi urogematomasini topish mumkin.

64-rasm. Buyrakning shikastlangan vaktidagi stsintigrammasi. Chap buyrakning yukori segmentidagi nuksonning tasviri (strelka bilan kursatilgan).

Buyrakning shikastlangan tashxisida retrograd pielografiya juda kam ishlatiladi, lekin bu usulni kullashda aseptika va antiseptikaning ma'lum koidalariga rioya kilinib, ogriklar yukotilsa, tezlik bilan tashxisni aniklash mumkin. Lekin uni oxirgi navbatda, kachonki boshka tekshirish usullari foyda bermagan vaktida kullash kerak.

Buyrakning shikastlanish xususiyatlarini aniklash uchun xar xil tashxis usullarni kullab, ozrok shikast beradiganidan boshlab (ekskretor urografiya, radioizotop va ultratovush skanirovaniyasi), kuprok shikast beradiganlar bilan tugallash kerak. (buyrak angiografiyasi, retrograd pielografiya). Agar bularning birontasida xam buyrakning shikastlanish xususiyatini va darajasini aniklash imkoni bulmasa, diagnostik laparotomiya kilish zarur.

Farklovchi tashxis. Buyrakning shikastlanishini, korin bushligidagi a'zolarning shikastlanishidan ajraish zarur (jigar, kora talok, ichak tomirlarining tutkichi). Bu a'zolarning shikastlangan klinik kurinishida birinchi rejada «utkir korin»ning alomatlari yakkol kurinib, ya'ni korinning oldingi devorlari mushaklari tarang tortishib, korin devorini paypaslaganda ogriklar va uning kitiklangan alomatlari paydo buladi. Korin bushligining yonbosh bulimlarida erkin suyuklikning borligi aniklanadi. Buyrakdan boshka a'zolar aloxida shikastlanganida gematuriya bulmaydi. Radioizotop va ultratovush tekshirish usullari buyrakning shikastlanishini aniklashga imkon beradi.

Buyrak va korin bushligidagi a'zolari birgalikda shikastlangan bulsa tashxis juda kiyin buladi. Urologik tekshirish bilan buyrakning shikastlanganligi aniklanadi. Korin bushligidagi a'zolarning shikastlanishning klinik belgilari bulsa, operatsiya kilish zarurligi shart bulib, laparotomiya va korin bushligidagi a'zolarini reviziya kilishdan boshlanadi.

Davosi. Buyrakning aloxida yopik shikastlanishlarini konservativ davosi fakat bemorning umumiy axvoli engil yoki urtacha bulsa, uzluksiz gematuriya va ichki kon okish alomatlari, gematoma va siydik infiltratsiyalarining belgilari bulmasa bajariladi. Konservativ davolashning maksadi bemorlarni 10-15 kun davomida tinch xolatda yotishi, ogriklar va konni tuxtatadigan xamda bakteriyalarga karshi dori-darmonlarni kabul kilishdan iborat. Davolash shifoxona sharoitida bemor shifokorning doimo nazoratida bulib, zarurati bulganda darxol operatsiya kilish imkoni bulishi kerak. Bemorning umumiy axvoli konikarli, shikastlangan tomonning bel soxasida ogriklar va gematuriyaning yuk bulishi, buyrak ish faoliyatining yaxshiligi, bemor tinch yotganida va yurgan vaktlarida siydikning chukmasida eritrotsitlarning yuk bulishi, bemor klinik tuzalib ketdi deyishga imkon buladi. Lekin

bunday xollarda shifoxonada davolashni tuxtatgandan keyin 2 xafta davomida uyda shifokor nazoratida turish koidasiga rioya kilish kerak.

Buyrakning shikastlanishida tezlik bilan operatsiya kilish uchun kuyidagilar kursatma buladi: buyrak va korin bushligidagi a'zolarining shikastlanishlarini birgalikda bulishi; ichki kon okish belgilarining kupayishi; buyrak oldi gematomalarning (urogematomalarning) tez kattalashib borishi, tez va uzok davom etgan gematuriya natijasida bemorning umumiy axvolining ogirlashishi, buyrak yoki atrofdagi utkir yalliglanishning zurayishi va giperazotemiyaning kupayishi. Bemorlarni fakat shok xolatidan chikargandan keyin operatsiya kilish kerak, agar buni kilish mumkin bulmasa, shikastlangan bemorning axvoli ogirlashib borsa, bu vaktnda shokka karshi faol ravishda davolashni davom ettirib, operatsiya kilish kerak. A'zoni saklab koladigan operatsiya yoki nefrektomiya kilinadi.

A'zoni saklab koladigan operatsiyalarga kuyidagilar kursatma buladi: buyrakning birorta chekka buginlari uzilib va yorilishi, bitta aloxida bulgan yoriklar, fibroz pardasining yorilishi, yagona buyrakning shikastlanishi, buyrakning bittasi shikastlangan bulib, ikkinchisi esa patologik uzgargan bulsa yoki bir vaktnda ikkala buyrak shikastlangan bulsa. Kupincha a'zolari saklab koladigan operatsiyalardan buyrak yarasini tikish va buyrakni rezeksiya kilish bulib xisoblanadi.

Buyrakning aloxida yorilgan joylari, xattoki buyrak jomigacha etgan bulsa xam, ularni egilgan va yumalok ignalar yordamida tikiladi. Yara chekkasidan 1-2 sm koldirilib igna sanchilib, fibroz pardasini chokka olib, ignani buyrakning parenximasi orkali utkazib, yorilgan joyning tagini xam kushib olib, zarurati bulgan vaktnda buyrak jominingshillik pardasigacha etkazib, lekin uni kushib olmay tikiladi. Choklar oraligi bir-biridan bir santimetr masofada kuyiladi. Tugunlar shunday tortilib boglanishi kerakki, yaralarni bir-biriga fakat tegib turishi kifoya.

Buyraklarning yukori yoki pastki buginlari shikastlanganida, uni skalpel bilan buyrak yunalishiga karab ponasimon rezeksiya kilish mumkin. Xosil bulgan nuksonni choklar bilan berkitilib, ularni boglaganda yaraning chekkalarini bir-biriga tekkuncha yakinlashtiriladi.(65-rasm, yopishtirilgan rangli varakni karang).

Buyrak majaklanib, uni kon tomiri oyokchasidan uzilganida nefrektomiya bajariladi. Buyrakni ajratib siydik yuli boglanib kesilganidan keyin buyrakning kon tomir oyokchasiga Fyodorov kiskichi kuyiladi va kiskich tagidan boglab, undan keyin kiskich ustidan oyokcha kesilib, buyrak olib tashlanadi. Buyrak oyokchasini chultogi tikilib va yana bitta ketgut ipi bilan boglanib, kiskich olib tashlanadi (66-rasm, yopishtirilgan rangli varakka karang).

Agar operatsiya vaktnda korin bushligi a'zolarining shikastlanishi (kora talok, ichakning tutkich tomirlari, jigar) buyrakning shikastlanishi topilsa (korin pardasi orti gematomasi orkali) bu vaktnda korin parietal pardasi kutarilayotgan va pastga tushayotgan yugon ichak yonidan yorib (nefrektomiya, buyrak rezeksiyasi, buyrakning yorilgan joyini tikish) operatsiya kilinadi. Lekin yarani bunday xollarda korin pardasidan tashkari bel soxasi orkali drenaj kilinib, korin bushligiga infektsiya tushib kolmasligi uchun orka parietal korin pardasining kesilgan joyini butunlay drenajga kadar berkitilib tikiladi.

Operatsiyadan keyingi davri. Nefrektomiyani keyingi birinchi soatlarida bemorlar belida yotishni davom ettiradi, bu vaktnda korin bushligidagi a'zolar orkaga surilib, olib tashlangan buyrakning joyini ozaytirishga imkon beradi. Birinchi kecha-kunduz

diurez 500-700 ml gacha pasayishi mumkin. Shu sababli siydikning chikishini sunchiklab nazorat kilib turish kerak. Sellofan-doka yoki rezina doka tamponlarni operatsiyaning 2-3 kunlarida yaradan okish bulmasa olib tashlanadi. Bemorlar nefrektomiyadan keyin bir kundan bir necha kungacha urnidan jilmay yotishlari kerak. Bemorlarning urnida yotish tirtibi bemorning umumiy axvoliga va operatsiyadan keyingi davrida gemotransfuziya va boshka infuzion dori-darmonlarni utkazishga boglik. 3-11, 17-29, 25-27 operatsiyadan keyingi kunlarida kon okishlar bulishi mumkinligi xisobga olinib, buyrakdagi rezektsiya kilingan yoki yorilgan joylari tikilgan bemorlar urnida yotish tartibida 2-3 xaftagacha davom etadi. Agar shikastlangan buyrakning takdiri tezlikda maxsus urologik teeshirishlar axborotsiz xal kilinadigan bulsa, boshka buyrakning borligini tasdiklash uchun, uni korin bushligi orkali paypaslab kurish kerak. Uning ish faoliyatini aniklash uchun operatsion stolda kuyidagi tekshirishlarni kilish kerak. shikastlangan va olib tashlanadigan buyrakning siydik yullarini bosib, venaga indigokarmin suyukligi yuborilib, Qovuqqa esa kateter kuyiladi. Qovuqda rangning kurinishi boshka tomondagi buyrakning ish faoliyatining saklanganligining guvoxi buladi.

Shikastlangandan keyingi 9-27 kunlari kon okishininn paydo bulishi operatsiya kilish uchun kursatma buladi, yorilgan joyni tikish, buyrakni dekapsulyatsiya va drenaj kilish. Fakat buyrakning keng shikastlanishi nefrektomiyaga kursatma bulib, agar yagona buyrak tula majaklanmagan bulsa, albatta azoni saklab koladigan operatsiya kilish kerak.

Asboblar bilan muolaja kilayotgan vaktida buyrak shikastlangan bulsa, avval konservativ usuli bilan davolanadi. Buyrak parenximasi siydik yuli kateteri bilan teshilib kolsa (pielografiya vaktida rentgenokontrast moddani buyrak parenximasiga yoki buyrak oldi kletchatkasiga okib tuplanishi bilan aniklanadi), urinda yotish tartibi jiddiy bulib bel soxasiga sovuk kuyilib, konni tuxtatadigan va bakteriyalarga karshi dori-darmonlar berilishi tayinlanadi.

Agar tezda gematoma, urogematoma yoki intensiv gematuriya bulib bemorni umumiy xolatini ogirlashtirsa lyumbotomiya va buyrakni riveziya kilish uchun kursatma buladi.

BUYRAKNI OCHIK SHIKASTLANISHLARI.

Xarbiy xolatlarda kuprok uk bilan otilgan jaroxatlar, tinch vaktlarga esa sanchilgan va kesilgan buyrakni ochik shikastlanishlari kuzatiladi. Bunda tashki jaroxat odatda tor kirgoklari tekis bulib uk bilan otilgan jaroxatga uxshab tananing boshka joylarida bulmay, jaroxat fakat bel soxasida uchraydi.

Buyrakni uk bilan otilgan jaroxatlari aloxida va boshka a'zolar bilan kushilgan xolda korin bushligidagi a'zolarning shikastlanishi kukrak kafasi yoki umurtkalari, shikastlanishi darjasiga karab, buyrak oldi yog klechatkasi, buyrakni pustlok moddasi, buyrakni miya moddasi, buyrak jomi va yirik kon tomirlari shikastlanishlari bulishi mumkin. kupincha bu xil shikastlanishlarni bir-biri bilan kushilgan jaroxatlari kuzatiladi. (67-rasm).

Buyrakni xar kanday shikastlanishi parenximani nekrozi infarkt xili bilan kuzatiladi, kon tomirlarni shikastlanishig boglik buladi, kancha yirik kon tomir shikastlansa infarkt xam shuncha kengrok buladi. Buyrakni bu joylarida keyinchalik fibroz tukimalari rivojlanib, buyrakni atrofiyasiga olib keladi. Xosil bulgan chandiklar

buyrak naychalarini va kosachalarini bosib gidrokalikoz yoki gidronefrozni keltirib chikarishi mumkin. buyrakni uk bilan otilgan ogir jaroxatlarida Parenximani kup kismini ulishi mukarrar buladi. Infektsiyani kushilishi buyrak parenximasida aloxida bulgan yiringli uchoklarni, pienefrozni, apostematoz pielonefritlarni xosil bulishiga olib kelishi mumkin.

Alomatlari va klinik kechishi.

Kup xollarda buyrakni jaroxatlanishida bemorning umumiy xolati ogir bulib shok xolatining belgilari bilan kuzatiladi. Korin bushligi a'zolari, kukrak kafasi yoki umurtkalar bilan kushilgan shikastlanishlarda bu a'zolarining shikastlanish alomatlari buyrakni jaroxatlangan alomatlarini yashirib nikoblab kuyishi mumkin. (peritoneal alomatlar, gemotoraks, paralichlar).

Buyrak jaroxatlanishi asosiy belgilaridan bulib, gematuriya va jaroxatga siydikni chikib turishi bulib xisoblanadi. 80-90% xollarda gematuriya kuzatiladi. Uning jadalligi xar xil: kon ketishi, kon laxtaklari bilan, kon laxtaklari siydik nayi va Qovuqni bilinar bilinmas yoki tuldirib tusishi. Eng kuchli gematuriya buyrak majaklanganda xamda uning katta kon tomirlari jaroxatlanganda kuzatiladi. Buyrak oyogining kon tomirlari yoki siydik nayi xamda buyrakni tegib utib, kosachalari shikastlanmasa gematuriya kuzatilmaslgi mumkin.

Agar gematuriya kuchsiz bulsa, bunda ichki kon ketish belgilari kuzatiladi. Bu esa shikastlangan buyrakdan korin orti pardasi bushligiga, korin va plevral bushliklariga konni kup ketishiga boglik. Agar korin orti pardasi bushligiga kon ketish kuzatilsa kovurga ostida yoki bel soxasida xamir konsistentsiyasiga uxshash tezda usayayotgan usmaga (urogematoma) paydo buladi. Agar siydik va kon bir vaktida shikastlangan korik yoki plevral bushlikga kuyilsa, tezlik bilan peritonit yoki gemotoraks rivojlanadi.

Jaroxatdan siydikni okib chikishi buyrak jaroxatlanishini muxim belgilaridan buladi, lekin gematuriyaga karaganda kamrok xollarda kuzatilib, kechrok paydo buladi. Indigokarminni venadan yuborganda bu belgini aniklash osonrok buladi, chunki buyrakni ish faoliyati saklangan bulsa, jaroxatdan okib chikayotgan siydik kuk rangda buladi. Siydikni kuk rangga buyalmasligi, buyrak jaroxati yuk deb aytish imkonini bermaydi. (buyrak ish faoliyati kuchli darajada buzilganda).

Buyrak jaroxatini boshka a'zolar bilan birga jaroxatlanganligini aniklash masalasi jaroxat kanalini yunalishi muxim axamiyatga ega, lekin buni fakat teshib utgan jaroxatlarda aniklash mumkin.

67-rasm. Buyrakni uk bilan otilgan tasviri.

A-buyrakniyog pardasini jaroxati

B-buyrakni tugib utish jaroxati

V-buyrakni teshib utgan jaroxati

G-buyrakni kur jaroxati

D-Buyrakni majaklangan jaroxati

E-buyrakni kon tomirlar oyogi yoki siydik nayini jaroxati.

Tashxisi. Gematuriya, jaroxatdan siydikni okishi, jaroxat kanalining yunalishi, buyrakni ochik shikastlanishi ekanligini tasdiklaydi. tashxis maxsus tekshirishlar yordamida aniklanadi: ekskretor urografiya, radioizotop va buyrakni ultratovush skanirovaniyasi. Bu tekshirishlar shikastlangan buyrakni anatomik funksional ish

faoliyatini xamda kontlateral buyrakni borligi va uning ish faoliyati aniklanishi, shunday axamiyatga egaki, agar shikastlangan buyrakni olib tashlash zarurati bulib kolsa.

Davosi. Ochik shikastlangan buyrak xamma vakt tezlik bilan operatsiya kilishni talab kiladi, kanday xajmda operatsiya bulishi buyrakni reviziya kilgandan sung aniklanadi. Buyrak majaklanganda, parenximani kup jaroxatlarida, buyrak jomi va kosachalarini teshilganida yoki buyrak darvozasi xamda buyrak kon tomirlar oyogi jaroxatlanganda nefrektomiya kilinadi.

Buyrakning bironta bugini majaklanib yoki uzilib ketsa unda rezektsiya kilinadi. Buyrak urinish natijasida jaroxatlansa uning kapsulasi yoki buyrak tukimasining tepa kismi nukson bulib shikastlanadi, agar yorilgan joy chukur bulmasa ular tikilib, albatta korin orti bushligiga naycha drenaj kuyiladi.

Kup xollarda a'zoni saklab kolayotgan operatsiya bajarilayotgan vaktida buyrakni pielo – yoki nefropielostomiya kilish zaruriyati paydo buladi.

Natijasi. Shikastlangan buyrakning asosiy asoratlaridan surunkali pielonefrit, buyrak toshlari, paranefritning sklerozi, gidronefroz, nefrogen arterial gipertenziya bulishi mumkin.

Shikastlanishning asoratlari kup oylardan keyin kurinishi mumkin. Paranebral yog tukimasida gematoma, kupincha urogematoma, buyrak va uning pardasida mayda va katta yorilishlar, buyrak tukimalarida ogir surunkali pielonefrit va paranefritning sklerozini rivojlantiradigan chandik asoratlarini koldiradi.

Shikastlangandan keyin gidronefroz siydik yulini chandiklar bilan torayishi va kiyshayishi xamda gematoma bilan bosilishi natijasida paydo buladi.

Buyrak shikastlangandan keyin toshning paydo bulishiga buyrak jomi va kosachalarida ivigan kon va parenximaning ulgan tukimalari sababchi buladi. Shu tufayli siydikning kisilib chikishi paydo buladi.

Shikastlangandan keyin bemorlarning siydigida kup vakt davomida patologik elementlar: oksil, silindrlar, eritrotsitlar va boshkalarning topilishi, infektsiyaning kushilishi va pielonefritning rivojlanishini kursatadi. Bular pielonefritning sogayishiga salbiy ta'sir kilib, kupincha chandiklarning xosil bulishiga sabab buladi. Ular oxirida buyrakning bujmayishiga olib keladi. Buyrakning bujmayishi yoki skleroz bulayotgan paranefriti tufayli, buyrakning bosilishi va ishemiyasi sababli, kupincha nefrogen arterial gipertenziya rivojlanadi.

Buyrakning shikastlanishi natijasida korin pardasi orti bushligida fibroz tukimalari (korin pardasi orti fibrozi) paydo bulib, ular buyrak va siydik yulini xamda yukori siydik yullarining bushash faoliyatini buzadi. Buyrak kon tomirlarining shikastlanishi natijasida buyrak arteriyasi yoki venasining anevrizmlari paydo bulishi mumkin.

Shunday kilib, buyrak shikastlanganidan keyingi natijasi uning vaktida kilingan davosi, bemorning xayotiga nisbatan yaxshi, lekin tula soygayib ketishiga nisbatan kiyinrok buladi.

SIYDIK YULINING SHIKASTLANISHI.

Siydik yulining shikastlanishi juda kam uchraydi, chunki u uzining elastikligi va xarakatchanligi sababli zarba vaktida osonlik bilan boshka tomonga surilishi mumkin.

Kupincha siydik yuli va korin bushligi a'zolarining shikastlanishlarini birga bulishi siydik yulining shikastlanish tashxisini kiyinlashtiradi, chunki korin bushligi a'zolarining shikastlanish alomatlari, ularning belgilarini ikkinchi darajali kilib kuyadi. Mushaklarning taranglashishi, kusish va korin bushligi a'zolarining umumiy shikastlanish alomatlari va siydik yuli shikastlanishi kam uchraganligi sababli, shifokorlarda shubxa tugilmaydi. Fakat bir necha kundan keyin shikastlanishning belgilari-siydikning tuplanishi xamda uning infiltratsiyasi paydo bulgandan keyin shubxa tugiladi.

Siydik yulini shikastlantiradigan asosiy guruxlari: siydik yullarining kateterizatsiyasi vaktida , toshlarni olib tashlashda, akusher va ginekolog operatsiyalarida, yugon ichak , aortada, yonbosh soxasidagi kon tomirlar, xattoki churra operatsiyasi va appendektomiya paytida bulishi mumkin.

Bu shikastlanishlar operatsiya vaktida xamma vakt aniklanmasdan, ular uzlarini bir necha kundan keyin bildiradi

Gematuriya, bel soxasidagi ogriklar, tana xaroratining kutarilishi siydik yulining shikastlangan alomatlari bulib xisoblanadi. Korin pardasiorti yog tukimasining siydik infiltratsiyasi, bel soxasida shishni va uni paypaslaganda ogrikni keltirib chikaradi. Erkaklarda siydikni pastga karab tuplanishi moyak xaltachasida, ayollarda esa jinsiy lablarda shishlarning paydo bulishiga olib keladi.

Kursatilgan alomatlarining kech yuz berishi, siydik yulining shikastlanish tashxisining kiyinligini isbotlaydi. Xromotsistoskopiya vaktida shikstlangan siydik yulining teshigidan konning okib chikmasligi, yaralangan siydik yulidan kateterni utkazish mumkin bulmasligi, ekskretor urografiya yoki retrograd uretropielografiya vaktida rentgenokonstrast moddani siydik yuli oldi bushligiga kuyilishi siydik yulining shikastlanganligiga xosdir.

Radioizotop skanirovaniya yoki stsintigrafiya uz vaktida yoki bir oz kech kolib va buyrakda radionuklid moddalarning bir tekisda tarkalishini aniklaydi.

Ginekologik yoki xirurgik operatsiyalar vaktida aniklanmay kolgan siydik yulining jaroxatlanishi, operatsiyaning xiliga karab, siydik yuli-kin okma yarasini, peritonitni yoki chanok yog tukimasi va korin pardasi orti bushligining flegmonasiga olib keladi.

Siydik yuli shikastlanishining davosi fakat operatsiyadir. Agar siydik yulining shikastlanishi uz vaktida darxol aniklansa, uning butunligini tiklash uchun xarakat kilish kerak. U tuliksiz shikastlanganida, avval kateter utkazib, siydik yulining nuksoni ketgut bilan tikiladi. Agar u tula shikastlansa, kateter utkazib, siydik yullarining oxirlari bir-biriga kuyib tikiladi.

Agar siydik yulining shikastlanishi kech aniklansa, korin pardani tashkari kesish yuli bilan (yaralanish joyiga karab bel yoki yonbosh soxasidan) korin pardasi orti bushligining kletchatkasini va kichik chanokni keng yorib, unga kuyilgan siydikning okishi uchun sharoit yaratish kerak.

Korin pardasi orti bushligi, xamma xollarda buyrak bilan birgalikda drenaj kilinishi kerak. Agar uz vaktida siydikning okishiga sharoit va drenaj kilinmasa, siydik yuli atrofida siydik flegmonasi rivojlanadi. Yalliglangan infiltrat siydik yulini bosib, buyrakdan siydikning okib chikishini buzadi. Kushilgan infektsiya utkir yoki surunkali pielonefritning, pionefrozing rivojlanishiga olib keladi. Agar siydik yulining shikastlanganligi kech aniklansa, uning tiklanishi ikkinchi davrda buladi.

Siydik yulini tiklash uchun kuyidagi plastik operatsiyalar kilinadi:

Shikastlangan siydik yulining oxirgi tomonlarinitikish, siydik yulining distal bulimi shikastlanganida, Qovuqning yangi joyiga siydik yulini kuchirib tikish – ureterotsistoanostomoz, siydik yulining nuksoni ancha kup bulsa uning pastki bulimini Qovuqning devoridan olingan laxtak bilan almashtiriladi - Boari operatsiyasi. Siydik yulining urta va yukori bulimlaridagi nuksonni aoxida kilib olingan (siydik yulini intestinal plastikasi) ingichka ichakning ichak tutkichi yoki yasama solikon bilan almashtirish mumkin. Siydik yulining chanok va bel soxa bulimlaridagi keng nuksonlarini buyrakning autotransplantatsiyasini kullash mumkin; buyrakni yonbosh chukurchaga kuchirish, buyrak kon-tomirlarini yonbosh soxasidagi kon tomirlari bilan anastomozi va siydik yulini buyrak jomigacha yakin bulgan kisini yoki agar siydik yulini Qovuqqa yakin joyi saklangan bulsa,ularni Qovuq bilan kuyish kerak.

Siydik yulining ochik shikastlanishlari uk, pichok va boshka sabablar natijasida xamda yatrogen (siydik yuli boglanganda yoki kesib tashlanganda) bulishi mumkin, bular operatsiya vaktida aniklanib, shubxa tugilsa, venaga indigokarmin yuborib, uni yaradan chikishini kutish kerak. kuchma rentgenoapparat yordami bilan operatsiya vaktida ekskretor urografiya kilish mumkin.

Siydik yulining ochik ekzogen shikastlanish alomatlari birinchi kunlari bulmasligi sababli, bir necha vakt utgandan keyin xam ularni aniklash juda kiyin, undan tashkari koidaga binoan, bir vaktida ichki korin bushligi a'zolarining yaralanishi bulib, ularning belgilari birinchi urinda kurinib ular operatsiya kilishni talab etadi. Fakat korin bushligini operatsiya paytida tekshirayotgan vaktida, ba'zida siydik yulining shikastlanganligini aniklash mumkin. Tugri tashxis yaradan siydikni chikib turishi kurinib tursa kuyiladi. Lekin bu alomat kupincha yaralangandan bir necha kun utgandan keyin kurinadi. Ba'zida uni kechrok aniklashadi, chunki kon aralashgan siydikni boglamga shimirishi sababli, uni kon yoki konli yiring deb bilishadi.

Maxsus urologik tekshirishlar tugri tashxis kuyishga imkon beradi. Kur (slepoe) yaralanishda rentgen surat yot kismning borligini, uning turgan joyini aniklashga yordam beradi. Ekskretor urografiya yot jismning siydik yuliga bulgan nisbatini aniklashga yordam beradi.

Shikastlangan tomonda buyrakning ish faoliyati yuk bulsa, siydik yuliga kateteryuborib surati olinadi. Fistulografiya siydikning kuyilgan xususiyatlarini va ularni siydik yuli bilan boglikligini aniklashga imkon beradi. Odatda sidik yuli yaralanganligining tashxisi kechrok bulganligi sababli, buyrakning xolatini ekskretor urografiya, radioizotop usul va retrograd pielografiyalar yordamida anilash mumkin. Shikastlanish uz vaktida aniklanib, byurakning ish faoliyati konikarli bulsa , a'zoni saklaydigan operatsiya – siydik yulining oxirgi kislmlari bir-biri bilan kushib tikiladi. Buyrakning ish faoliyati saklanib va siydik infiltratsiyasi yukotilgan bulsa, kechrok bulsa xam plastik operatsiyalarni kilish mumkin. Birinchi davrda buyrakdan siydikni pielo-yoki nefropielostomiya yuli bilan chikarib, ikkilamchi davrda esa siydik yulini tiklaydigan plastik operatsiya bajariladi.

SIYDIK YULINI TORAYISHI.

Siydik yulining torayishlari tugma va yashash davrida paydo buladi. Yorib ochishlarining ma'lumotlariga karaganda tugma torayishlar bolalarda 0,6% uchraydi. Asosan ular buyrak jomi – siydik yuli soxasida joylashib, gidronefroz yoki siydik

yuli-Qovuq birlashmasining sababi bulib, siydik yulining kengayib, chuzilib va egri –bugri (megaureter) bulishiga olib keladi.

Koidaga binoan, tugma siydik yulining torayishi bir tomonlama buladi. Tugma torayishlar siydik yuli va kon tomirlarini bir-biri bilan anomaliya kesilishi tufayli buladi.

Yashash davrida paydo bulgan siydik yulining torayishlari shikastlanishidan, nurdan va yalliglanishlaridan kelib chikishi mumkin. Siydik yulining shikastlanishidn kelib chikkan torayishning sababi chandiklarning paydo bulishidir. Kupincha siydik yulining chandiklar bilan torayishiga ayollar jinsiy a'zolari raki yoki tugri ichakning rakini nur bilan davolash sabab buladi. Siydik yuli tugridan-tugri 700 R me'yoridan kam bulmagan radiatsiya bilan nurlanganda, bu nur rak tukimalarini uldirib, keyinchalik chandiklanishiga va torayishiga olib keladi. Nurlar bilan davolash ta'sirida chanokning tagidagi yog tukima fibrozga aylanib, bu kattik chandiklangan infiltrat ikki siydik yuliga xam utadi.

Pastki siydik yulining yalliglanib chandiklangan torayishlari uziga xos bulmagan torayishlar siydik yuli va siydik yuli kletchatkalarining xar xil yalliglanish kasalliklari tufayli paydo buladi. Kupincha siydik yullari toshlarining uzok vakt turib kolishi natijasida uning devorida chandik paydo buladi.

Siydik yulining uziga xos yalliglanish torayishining eng kup sabablaridan sil kasali bulib, u kupincha siydik yulining pastki kismini egallaydi. Boshka sabablaridan brutsllyoz bulishi mumkin, u siydik yullarining klinik kurinishida sil kasali va shistosomozga uxshab, siydik yullarining pastki bulimlarida yaralarni va chandiklarni (bilgartsioz) chakiradi. Bilgartsiozning kuzgatuvchisi kon tomirlarda tuxumlarini kuyadi.

Siydik yullarining torayishlari uzini klinik kurinishida bel soxasidagi ogrikarni ba'zida simillagan, ba'zida buyrak sanchigiga uxshagan buladi. Gidronefrotik transformatsiya rivojlangan vaktida buyrakni paypaslashga muyassar bulinadi. Siydik yullarining torayishlari koidaga binoan piuriyalar bilan kuzatilib, pielonefritning alomati buladi, siydik yuli bir yula bitib ketgandan keyin piuriyaning chikishi tuxtaydi. Siydik yulining torayishi tashxisida rentgenologik tekshirishlar (ekskretor urografiya, retrograd uretropielografiya, antegrad pielografiya) muxim axamiyatga ega. Siydik yuli chandiklanib torayishini konservativ davolashning kelajagi natijasiz deb xisoblanadi. Bu kasallik operatsiya kilish uchun xakikiy kursatma xisoblanib, operatsiyaning xili buyrak va siydik yullarining anatomik va ish faoliyatlariga boglik buladi. Buyrak parenximasi etarli darajada saklangan bulsa, a'zoni saklab koladigan operatsiyalar kilinadi. Ularning keng tarkalganlaridan kuyidagilar bulib xisoblanadi: siydik yulining urta bulimida uncha katta bulmagan torayish bulsa, oxirini oxiriga kuyib anastomoz kilinadi; siydik yuli distal kismining torayishida uretrotsistoanostomoz; siydik yulining pastki bugini (uning torayishi 5-10 sm bulganda) Qovuq laxtagi bilan almashtirish Boari operatsiyasi; siydik yulining kup kismi zararlanganida ingichka ichak yoki yasama silikonlar bilan almashtirish; buyrakning autotransplantatsiyasi bajariladi.

QOVUQNING SHIKASTLANISHI.

Qovuqning shikastlanishi ochik va yopik xillari buladi. Ular ichki va korin pardasidan tashkarisidagilarga bulinadi. (68-rasm).

QOVUQNING YoPIK SHIKASTLANISHLARI (YoRILISHLARI)

Ichki a'zolarning shikastlanishlari orasida Qovuqning yorilishlari 5-12 % tashkil kiladi. Kupincha ular asosan chanok suyaklarining sinishida uchraydi. Bu vaktida koidaga binoan Qovuqning korin pardasidan tashkari yorilishlari buladi.

Korin pardasining tashkarisida bulgan Qovuqning yorilishlari chanok suyaklarining sinishida paydo bulib, suyak bulaklari bilan yaralanishi yoki chanok devorlariga Qovuqni mustaxkamlab turgan paylarning tortilishi natijasida buladi. Kupincha yorilish bitta bulib, lekin ular ikkita va undan xam kup bulishi mumkin. Chanok suyaklari singanda kupincha Qovuqni va siydik chikarish kanalining orka bulimini shikastlanishlari bilan birga buladi. Yorilishning kattaligi xar xil bulishi mumkin: shikastlanish kichkina, oddiy kuz bilan kurinishi kiyin bulgandan tortib keng yaragacha va Qovuqning siydik chikarish kanalidan uzilib ketishiga kadar bulishi mumkin.

68-rasm. Qovuqning shikastlanish tasviri.

A-korinning ichki bushligida yorilish;

B-korin bushligidan tashkari bulgan yorilish;

Shikastlanishning chukurligi, Qovuq devorining tashki vakatini yukori kismidan tortib yoki uning shillik pardasi uzilib (teshib utmagan shikastlanish) xamda Qovuqning xamma devorini teshib uning bushligiga xam kirishi mumkin.

Chanok suyaklari shikastlanmasdan, Qovuqning shikastlanishi negizida, tulib turgan Qovuqning gidrostatik bosimning oshishiga asoslangan. Bu vaktida Qovuq yorilishining paydo bulishida fakat zarbaning katta kuchi muxim axamiyatga ega bulmay, uning tezligiga, birdaniga bulgan ta'siriga va Qovuqning tulish darajasiga boglik. Bunday shikastlanishlar zarba bulganda, chaykalganda va xattoki birdaniga mushaklarning taranglashganida, ayniksa alkogol kayfi xolatida, kachonki korinning oldingi devori uzini ximoya kiladigan taranglashishining susayishida va Qovuq xaddan tashkari tulgan vaktida paydo buladi.

Chanok suyaklarining sinishiga boglik bulmagan Qovuqning yorilishlari kupincha korin bushligi ichida bulib, korin pardasi bilan yopilgan Qovuqning yukori kismida joylashadi.

Ba'zi xolatlar shunday muxim ma'lumotga egaki, tulib turgan Qovuqning yukori kismi suyak ximoyasiga ega bulmaganligi sababli, oldingi korin devori orkali bulgan zarbaning kuchi osonlikcha unga ta'sir kiladi.

Qovuqning katta xajmdagi yorilishi birdaniga korin bushligi va korin bushligining tashkarisida bulgan, uning kismlarini uz ichiga olishi mumkin. Ba'zida Qovuqning yorilishi ikki davrli buladi, ya'ni xamma kavatidan teshib utmagan shikastlanishi bir necha soat yoki bir necha kundan keyin Qovuqning tulib ketishi, tashki kushimcha zarba yoki extiyotsizlik bilan metall kateter orkali muolaja bulganligi sababli bulishi mumkin. Qovuqning xar kanday yorilishida yaradan kon okishi paydo bulib, ular kiska uzok vakt davomida bulishi mumkin. Yorilishning joyiga va darajasiga karab, kon Qovuq bushligiga, Qovuq oldi kletchatkaga yoki korin bushligiga kuyilishi mumkin.

Qovuqning teshib utgan kichikrok yorilishlarida, yara koning ivigani yoki korin bushligi ichidagi yorilishlarida ichak yogibilan berkitilib kolishi xamda yaraning chekkalari yopishib kolishi natijasida yaraning yopilib kolishi mumkin. Bunday

yopilishlar kupincha, vaktincha va mustaxkam bulmay, jiddiy tashxisini kiyinlashtirishi mumkin.

Biroz mikdorda toza siydik korin bushligiga tushib kolsa, korin pardasini kitiklangan alomatlari, ayniksa ogir shikastlanishlarning birga kuzatilganda bulmasligi mumkin.

Qovuqdan siydik chikarish kanalining uzilib ketishi, shikastlanishning ogir va murakkab xili bulib xisoblanadi. Bu shikastlanish chanok suyaklarining sinishida, suyak bulaklari Qovuq buynini kesib utishi yoki karama-karshi yunalishidagi kuchlar ta'sirida paylarning tortilishi natijasida paydo buladi. Ichki sfinkterni Qovuq bilan birga yukoriga karab siljishi sababli Qovuqda siydik yshlanib koladi. Siydik vakti-vakti bilan ajralib chikib, kichkina chanokning tukimalariga tarkaladi. Bu esa shikastlanishning ogir asoratlaridan biri bulib xisoblanadi.

Alomatlari va klinik davri.

Ogrik korinning pastki kismi va kov ustida bulishi, Qovuqning korin pardaining tashki tomonidan bulgan yorilishlarning kup uchraydigan alomatlaridan bir bulib xisoblanadi. Ba'zida ogriklar oralikka, tugri ichakka, olatga karab tarkalib, kuchanganda kuchayadi. Boshka muxim alomatlaridan siyishning (mustakil siya olmaslik, tez-tez va kiyinchilik bilan oz mikdorda siyish yoki unumsiz kuchanish, biroz mikdorda siydikning chikishini kuzatilishi, ba'zida bir necha siydik tomchilari kon bilan buyalgan bulib, yoki sof konning chikishi bilan kuzatiladi). biroz siyishga xarakat kilinganda oralikda yoki korinning pastki kismida ogrikning paydo bulishi, tez-tez buladigan belgilardan xisoblanadi-bemor uzining tukimalariga siyadi.

Xamma siydik a'zolarining va Qovuqning shikastlanish belgilariga gematuriya xos buladi. Qovuqning shikastlanishida terminal gematuriya eng kup kuzatiladi. Lekin Qovuqning yorilishida doimo kuzatilgan gematuriya total gematuriya bulishi mumkin. Oldingi korin devorini paypaslaganda, Qovuq ustida taranglanish borligini aniklash mumkin. Tukillatgan vaktida kov ustida utmas tovushni yonbosh soxalarga trakalishi, Qovuq oldi va Qovuq atrofidagi yog tukimakada siydik va konning yigilishi tufayli infiltrat xosil bulganini bildiradi. Bunday utmas tovush Qovuqning bushagan faktida xam yukolmaydi. Shikastlanishning birinchi soatlarida kov ustida utmas tovushning bulmasligi mumkin. U fakat chanok yog tukimasida kup mikdorda suyuklik yigilganda paydo buladi. Barmok bilan tugri ichak orkali tekshirganda, Qovuq oldi yog tukimasida ogrikni va kattik zichlangan joyning borligi aniklanadi.

Siydikni utkir tuxtab kolishi, unumsiz kuchanishlarda vakti-vakti bilan siydik chikarish kanalining tashki teshigidan oz mikdorda konning ikishi, undan sung siydikning kuyilishi va sQovuq atrofidagi tukimalarda siydik infiltratsiya alomatlarining kurinishi, Qovuqning buynidan uzilib ketganligini bildiradi.

Qovuqni korin bushligi ichida yorilganligini tasdiklaydigan eng birinchi alomatlaridan biri korinda ogrikni doimo bulishidir. Ba'zi bir bemorlarda ogriklar avvalo korinning pastki kismida joylashib, keyinrok tarkalish xususiyatiga ega bulib, boshkalarda esa darxol korin buylab seziladi. Korin ichidagi yorilishlarda kupincha ogrik natijasida shok rivojlanadi.

Qovuqning korin ichida va tashkarisida yorilishlarining boshka alomatlaridan siyishning buzilishi bulib xisoblanadi: tez-tez unumsiz kuchanishlardan keyin oz mikdorda kon bilan aralash siydik yoki sof konning chikishi. Siydikning asosiy kismi yorilgan joy orkali korin bushligiga tushadi. Ba'zida mustakil siyish saklanadi yoki

Qovuqning yorilgan joyi yopilishi tufayli yana paydo buladi, lekin siydikning okimi sust bulib, odatdagi bosimi bulmaydi.

Qovuqning korin ichida yorilgan alomatlaridan birinchisi va kup uchraydigani terminal yoki total gematuriya bulib, lekin siydik tuxtab kolganda, u fakat Qovuqni kateterizatsiya kilganda aniklanadi. Korin devorini tukkilatib va paypaslaganda bemor korinning pastki kismida ogrik sezadi. Kupincha birinchi dakikalarda oldingi korin devorini taranglashgani, korin pardasining kitiklanganligi, kechrok esa peritonitning rivojlanganligi aniklanadi.

Paypaslab va tukillatganda Qovuqning chegarasi kurinmaydi. Korin bushligida kup mikdorda suyuklik (siydik, ekssudat) yigilsa, korinning nishob joylarida tukkilatganda utmas ovozlari aniklanadi. Barmok bilan tugri ichak orkali tekshirganda, Qovuq-tugri ichak burmasining tekis bulib kolganligi aniklanadi.

Tashxisi. Bemorni surayotgan vaktida shikastlanishni kandy sodir bulganini aniklash kerak. Alkogol kayfi xolatidagi zarba-korin ichida bulgan Qovuqning yorilishi uchun, chanokning shikastlanishida esa korindan tashkari bulgan Qovuqning yorilishiga xos anamnez bulib xisoblanadi. Korinning pastki kismida terining tindalanishi, kov ustida tukkillatganda anik chegarasi bulmagan keng utmastovush, shu soxani paypaslaganda birdaniga ogrikning bulishi, oldingi korin devorining mushaklarini taranglanishi korin pardasi kitiklanishining boshka alomatlari, siyishni buzilishi, gematuriya, Qovuqning shikastlanishiga shubxa uygotish kerak. Ayniksa chanok suyaklarining singanligi aniklansa, bu shubxaning tasdiklanganligi buladi. Qovuqning kateterizatsiyasi tashxisining asosiy usullaridan biri bulib xisoblanadi. Qovuq yorilganda kateter orkali siydik tushmaydi yoki kuchsiz okim bilan kon aralash okadi. Qovuqni korin bushligi ichida bulgan yorilishlarida Qovuqqa kateter yuborishi bilan siydik chikmaydi, uning ichkariga yuborganda kateterning tumshugi Qovuqni yarasi orkali korin bushligiga tushsa, birdaniga Qovuq xajmidan kup bulgan suyuklik) bir necha litrgacha) ajralib chikadi. Chikarilgan suyuklik siydik va ekssudat aralashmasi bulib, kup mikdorda (10-20 g)l gacha oksildantashkil topgan buladi. Bu alomatni odatda shikastlanishdan 12 soat utgandan keyin aniklanadi.

Qovuqning yangi teshib utgan yorilishlarida, kupincha Qovuqning suyuklik bilan tuldirib bulmasligi va unda konning okishi davom etayotganligi sababli, etarli darajada tiniklikni xosil kilaolmaslik tufayli sistoskopiya kilish imkoni bulmaydi. Bundan tashkari sistoskopiya vaktida infektsiyaning kirishi xamda teshib utmagan yorilishlarni teshilish xavfi bulishi sababli chanok suyaklarining sinishi bemorni axvolini yomonlashtirib kuyishimumkin.

Qovuqning yorilgan tashxisida ekskretori urografiyaning, tushayotgan sistografiya bilan birga kullaniladi. Lekin bu usul kupincha Qovuqni etarli darajada kursata olmaydi. Bundan tashkari shikastlanish shoki tufayli buyrak ish faoliyatining susayishi va arterial kon bosimini filtratsiyadan past bulishi uni kullash uchun nokulay buladi.

Eng sodda av ishonchli rentgenologik tashxis usullardan retrograd sistografiyasi. Rentgenokonstrast moddani Qovuqning tashkarisiga, korin bushligiga yoki chanok klechatkasiga okib tushishi, Qovuqning yorilishini guvoxi buladi. Ba'zida sistogramma Qovuq devorining shikastlangan joyini aniklashga imkon beradi. Qovuq devorining nuksonini katta-kichikligi va uning turgan joyiga, rentgenokonstrast moddani kuyilishiga karab, ular xar xil shaklda buladi. Korin

pardasidan tashkarida bulgan shikastlanishda, agar nukson Qovuqning buyin soxasida bulsa , rentgenogrammada rentgenokonstrast modda oldida va yon tomonlarida yulga uxshab, xar xil kenglikda – «nur alomati» bulib kurinadi. Qovuq devorining oldida va orkasida yorilishlar urni bulsa, yonbosh suyakning kanotlarigacha juda kup retngekontrast suyukligini kuyilgani kurinadi. Agar yon devorlaridan biri shikastlansa, kuyilish shu tomonda aniklanadi (69-rasm).

Korin bushligining ichidagi shikastlanishlarida rentgenokonstrast moddani korin bushligining yonbosh kanallariga kuyilishi,tashki tomoni dumbok ichki kismi jimjima yulga uxshab , yoki Qovuq-tugri ichak chukurchasi tulganida, Qovuqning ustki kismida kuyilish xuddi bir butun yulga uxshab uziga xos buladi. (69- B rasm).

69-rasm. Qovuqning yorilishlaridagi sistogrammalar.

A-Qovuqning korin pardasidan tashkaridagi yorilishi, rentgenokonstrast moddaning Qovuqdan tashkariga kuyilishi.

B-korin bushligi ichidagi Qovuqning yorilishi, Qovuq ustida rentgenokonstrast moddaning kuyilishi.

Qovuqning tashki tomoniga rentgenokonstrast suyukligini kuyilishi uchun, uni kup (350-400ml) mikdorda yuborish kerak. Rentgenogrammalarni ikki tasvirda kilinadi. Qovuqni orka devorining nuksonidan okib chikkan va uning kulankasiga berkingan rentgenokonstrast suyuklikni Qovuqdan kateter orkali chikargandan keyin, rentgenogrammada aniklash mumkin. Qovuq devorining mayda va berkilib turgan shikastlanishlarini aniklash uchun «kechiktirilgan» sistografiyani bajarish kerak. Qovuqka rentgenokonstrast moddani 30-40 dakika yuborgandan keyin surati olinsa, unda rentgenokonstrast suyukligini mayda yoki «berkilgan» nuksonlarga kirishi orkali aniklanadi.

Qovuq buynidan uzilganida, retrograd uretrografyai rentgenokonstrast moddani siydik chikarish kanalining tashki chegarasiga va uning ichki teshigi soxasigacha okib borgani aniklanadi.

Farklovchi tashxisi.

Qovuqning korin pardasidan tashkari shikastlanishi, kupincha siydik chikarish kanalining orka bulimi shikastlanishining klinik kurinishiga uxshaydi. Bu xildagi shikastlanishlarni aniklash uchun uretrotsistografiya yordami kerak buladi. Bu esa siydik chikarish kanalini yoki Qovuqning butunligini aniklashga imkon beradi. Qovuqning korin bushligi ichidagi shikastlanishi, kupincha korin bushligi a'zolarining shikastlanishlarini eslatadi: jigar, kora talok, yugon yoki ingichka ichaklarning ichaktutkich kon tomirlarini, bu shikastlanishlar korinla shiddatli ogriklar, ichki kon okish belgilari va korin pardasining kitiklangan alomatlari bilan kuzatiladi. Lekin kursatilgan a'zolar shikastlangan bulsaYu Qovuqning yorilishiga xos siyishning buzilishi va gematuriya bulmaydi. Sistografiyada Qovuqning shikastlangan rentgenologik belgilarining yuk bulishi, korin bushligi a'zolarining shikastlanishini, yana xam ishonch bilan tashxis kuyishga imkon beradi.

Davosi.

Qovuqning teshilmagan shikastlanishi konservativ yuli bilan davolanadi. Agar mustakil siyishi saklansa, Qovuqni kateterizatsiya kilish uchun zarurat bulmaydi. Siyish tuxtab kolsa, Qovuqka doimiy kateter kurnatiladi. Qovuq teshilganida davosi fakat operatsiya usuli bulib xisoblanadi. Operatsiyaning maksadi Qovuq devorining butunligini va siydkining chikishini tiklash.

Korin bushligi ichida shikastlanish bulsa, laparotomiya kilinib, korin bushligi sinchiklab kuritilib kuriladi. Qovuqni yarasi ikki kavat kilib tikiladi. Erkaklarda Qovuqdan siydikni ajratish usulidan ishonchlisi epitsistostomiya bulib xisoblanadi. (113-rasmga karang).

113-rasm. Epitsistostomiya.

A-kov ustida Qovuqni yorish; B-Qovuqqa petstser kateterini urnatish.

Ayollarda Qovuqni berk kilib tikib, uretra orkali unga siydikni chikishi uchun rezina nayini kuyiladi. Agar peritonit bulsa operatsiyani oxirida korin bushligiga rezina yoki xlorvinil naylarini kuyilib, u orkali antibiotiklar yuboriladi va boshka maxsus davolash utkaziladi. Peritonit bulmasa korin bushligi berk kilib tikiladi. Peritonitning oldini olish maksadida operatsiyani juda erta kilish kerak.

Korin pardasidan tashkarida bulgan yorilishda, kov ustida ekstraperitoneal usul bilan Qovuq ochilib tekshiriladi, topilgan nuksonlar tikilib, albatta epitsistostomiya yuli bilan drenaj kuyiladi. Siydikni Qovuqdan chikib atrofga tuplanmasligi uchun Qovuq oldi bushligi yoki kuymich-tugri-ichak bushligiga naycha kuyiladi. Ba'zi xollarda kichik chanokka kov ustidagi yara orkali nay kuyilib, undagi suyaklikni faol ravishda surib turishga yul kuyiladi.

Qovuqning yorilishi chanok suyaklarini sinishi bilan birga bulganida davolash tadbirlari bir nechta bulib, ular osteomieliit va okma yaralarning oldini oladigan bulishlari kerak.

Agar Qovuqning buyni operatsiya vaktida uzilib ketsa, Qovuqqa nay kuyib, Qovuq bilan siydik chikarish kanalini tutashtirib yulini tiklash kerak. Operatsiya vaktida siydik chikarish kanali orkali Qovuqqa shishiriladigan balonli kateter urnatilib uni bir oz tortib Qovuqningni uretraga tikiladi. Bunday operatsiyadan keyin chanok kletchatkasiga berkitilgan teshik orkali nay kuyilishi kerak.

Qovuqning korin pardasidan tashkari teshilib yorilishida operatsiya ertarok, birinchi soatlarida kilinishi zarur. Operatsiya kech bulsa jiddiy asoratlar rivojlanib ulimga olib keladi. Qovuq oldi tukimasini yupka devorli kup va oson shikastlanadigan venalar teshib utgan u osonlikcha nekrozga uchrab, yiringlab va erib ketib shikastlanishdan keyin kup vena trombozlarini kuchaytiradi. Natijada chanok urogematomasi chanok flegmonasiga aylanadi. Chanok suyaklarining sinishi kupincha osteomioliitni rivojlantiradi.

QOVUQNING OCHIK SHIKASTLANISHI.

Qovuqning ochik shikastlanishlari kupincha uk bilan otilgan, sanchilgan yoki kesilgan xillari buladi. Ularning orasidan oxirigisini operatsiya vaktida bevosita Qovuqning kesilgan yaralari bulib kolishi mumkin. (churra va ginekologik operatsiyalar, laparotomiyalar).

Qovuqning pichok, xayvonlar shoxi ta'sirida korinning oldingi devori, oralik va kin orkali yoki boshka sababdan chanok suyaklarining ochik shikastlanishida ularning bulaklari sanchilganda Qovuq yaralangan bulishi mumkin.

Otilganda Qovuqda teshib utgan yoki kur yaralar buladi. Uk yoki metall parchasi Qovuqda tuxtab kolib, kelajakda toshning yadrosini tashkil kilishi mumkin. Teshib utgan yarada metall atrofidagi tukimalarda tuxtab koladi. Qovuqning ochik shikastlanishlari ichki va korin pardasidan tashkaridagisiga bulinadi. Qovuqning aloxida yaralanishi juda kam uchraydi. Kupincha birdaniga kushni a'zolar xam shikastlanadi: korin bushligi ichida ingichka ichak, korin pardasidan

tashkaridagilarga chanok suyaklari, tugri ichak kiradi. Qovuqning shikastlanishida juda kam jinsiy a'zolar, katta kon tomirlari va siydik shikastlanishlari uchraydi. Qovuq devorining shikastlanishi kupincha snaryadning shakliga va katta – kichikligiga bogliq buladi: Qovuq devori uk pichok bilan yaralanganda uni yarasi kichik va chekkalari tekis buladi, metall bulaklari bilan yaralanganda yaraning shakli notugri, chekkalari majaklangan buladi.

Qovuqning uk bilan otilgan yarasida, siydikning okib tarkalishi xuddi Qovuqning yopik shikastlanishiga uxshaydi, lekin siydik-jinsiy diafragmmasining bir vaktida yaranishida, siydik oralik tukimalariga xamda ishiorektal chukurchasiga, moyak xaltachasi va olatning teri ostiga tarkaladi. Uk va metall parchasi bilan yaralanganida yaraning ichiga kiyimlarning laxtagi va tuprok bilan anaerob infeksiyalar kirib, yaradorning axvolini ogirlashtiradi.

Alomati va klinik davri.

Qovuqning ochik yaralangan alomatlari kupincha uning teri osti yaranishiga uxshaydi. Ichak, umurtka poganasi yoki katta kon tomirlar bilan birgalikda yaranishlarda bemor shok xolatida bulib, ogriklar korinning pastki kismida seziladi. Gematuriya va siyishga tez-tez kuchanishlar buladi: unumsiz yoki oz mikdorda siydikning ajralib chikishi kuzatiladi.

Yaradan siydikning ajralib chikishi shubxasiz Qovuqning ochik shikastlanish belgisi xisoblanadi. Bu belgi yaranishdan keyin Qovuq siydik bilan tulib-toshsa, korin pardasidan tashkaotda joylashgan vaktida buladi. Aks xolda siydik korin bushligiga utadi. Ba'zida siydikning yara orkali chikmasligi, yara devorlarining yopishib kolganida, Qovuqda bosim kutarilsa yaradan siydik chikishi yana kaytariladi.

Qovuqning ochik shikastlanishlari ichki a'zolar yaranishlari, chanok fastsiyalarini bir butunligining buzilishi, yaralayotgan snaryad bilan infeksiyani birga kirishi sababli yopik shikastlanishga karaganda ancha ogirroq buladi.

Tugri ichak xam yaralanganda, smydikka axlat kushilib chikadi, siydik chikarish kanalidan ichak gazlari xam chikib tez-tez ogrikli defekatsiya buladi, orka teshik orkali kon aralash siydik xam ajralib chikishi mumkin.

Chanok suyaklarining shikastlanishi Qovuqning uk bilan otilgan yarasi bilan birga bulsa, osteomielitning rivojlanishisha olib kelib, yara davrini ogirlashtiradi.

Qovuq korin bushligida ochilsa paritonit, korin pardasidan tashkarisida ochilsa, chanokning siydikning flegmona va urosepsis alomatlari ustunlik kiladi.

Tashxisi. Qovuqning ochik shikastlanishini aniklash, yaraning joylanishiga va yara kanalining yunalishiga, gematuriya va unumsiz siyish istaklarining borligiga xamda yonbosh-chot soxasi (korin pardasidan tashkari yaralanganda) yoki korinning yonbosh kanallarini (korin bushligida yaralanganda) tukkillatganda ularda utmas ovozning bulishiga asoslangan

Yaradan siydikning okishi eng muxim , lekin kupincha kech bulgan alomatlaridan biri bulib xisoblanadi.

Tugri ichak orkali Qovuqni korin bushligida yaranishini tekshirganda tugri ichak-Qovuq korin pardasini utish joyini osilib turganini aniklashga imkon beradi.

Retrograd sistografiya Qovuqning yopik shikastlanishida katta axamiyatga ega. Rentgenologik tekshirishlarni utkazishga imkon bulmasa, Qovuqka buyalgan yuborilsa yaradan uning okib chikishi, Qovuqning yaralangan tashxisini tasdiklaydi.

Davosi. Qovuqning ochik va yopik shikastlanishlari tezlik bilan operatsiya kilishni talab kiladi. Operatsiyaning asosi bir xil. Agar Qovuqning korin pardasidan tashkari bulgan kismining yarasidan siydik bemalol okib chiksa va tukimalarda siydik infiltratsiyasining belgilari bulmasa, teshikni tikib va epitsistostomiyani kuyish bilan kifoyalanih mumkin. agar chanok kletchatkasi siydik yoki yiring bilan infiltratsiyalansa, uni yopilgan teshik orkali yoki boshka usul bilan nay kuyish kerak. Agartugri ichak xam yasalansa, najasning chikishi tabiysiga karama-karshi yulni xosil kilish bilan ta'minlanadi.

Qovuq korin bushligiga ochilsa, laparotomiya kilinib, korin bushligidagi a'zolar tekshirilib, Qovuq yarasi va korin bushligi tikilib epitsistostoma koldiriladi. (agar peritonit rivojlansa, korin bushligida naychalar koldiriladi).

Natijasi. Agar Qovuqning xar turdagi shikastlanishlar sababli operatsiyalar uz vaktida kilinsa xamda Qovuq va chanok kletchatkasiga tugri nay kuyilsa, operatsiyadan keyingi natijasi konikarli bulib, xayotini yaxshi va soglom bulishiga yordam beradi.

SIYDIK CHIKARISH KANALINING SHIKASTLANISH.

Siydik chikarish kanalining shikastlanish soni buyicha siydik va jinsiy a'zolarning shikastlanishlari orasida birinchi urinni egallaydi. Erkaklarda ular ayollarga karaganda ancha kup kuzatiladi. Uretraning ochik va yopik shikastlanishi xillaribuladi.

SIYDIK CHIKARISH KANALINING YOPIK SHIKASTLANISHI.

Siydik chikarish kanalining yopik shikastlanishi, uretraga tashki kuchlarning ta'siri natijasida xamda chanok suyaklarining sinishi tufayli buladi. Birinchisida oralikda yuzaki joylashgan uretraning bulboz kismini shikastlanishida paydo buladi. Odatda oralik bilan kandaydir kattik jismga yikilganda yoki oralikka zarba bulganda vujudga keladi. Kov suyaklariga maxkamlangan siydik chikarish kanalining bulboz kismi, shikastlantirayotgan jism orasida eziladi. Uretraning osilib turgan bulimining yorilishi juda kam uchraydi, chunki uning xarkatchanligi tufayli zarba berayotgan jismdan siljib ketadi.

Chanok suyaklari singanda uretraning orka kismi, kupincha uning pardasimon, kam xollarda esa prostata bulimlari shikastlanadi. Chanok suyaklarining sinishi va uning bulaklarini siljishi tufayli xamda uretrani chanok devoriga yopishgan joylar orasining kengayganligi natijasida, siydik chikarish kanali yoriladi. Ba'zi bir xolatlarda fakat suyak bulaklarining siljishi natijasida siydik chikarish kanalining yorilishi mumkin.

Siydik chikarish kanalining bevosita shikastlanishi xamda chanokning sinishida-uretra devorining bitta kavatini biroz yorilishidan tortib, kanalining bir yula kundalangiga uzulishi xar xil darajada bulishi mumkin. Shikastlanishni ikki xil yorilishiga ajratish mumkin: agar yorilish xamma kavatlarida, kisman yoki teshib utmagan, siydik chikarish kanalining ma'lum bulimida xamma kavatlarini yirtilib, uning ichki kismi uretra atrofidagi tukimalar bilan kuyilish yuli bulsa, teshib utgan yoki tula yorilish deb ataladi. Shikastlanishning ikkinchi xilida siydik uretra atrofidagi tukimalarga kuyilib, ularni siydik infiltratsiyasiga olib keladi. Siydik chikarish kanalining teshilmagan bulmasa xamma kavati yorilmagan buladi. Yorilishida bunday bulmaganligi uchun uning natijasi tuzikrok buladi.

Siydik chikarish kanalining oldingi bulimini yorilishida, uning atrofidagi tukimalarning shikastlanishi odatda kup bulmaydi, fakat chanok tubining pastida joylashgan tukimalar talofatga uchraydi. Uretradan tashkariga siydik kuyilsa oralik moyak va sonning teri osti kletchatkasini infiltratsiya kilib, ba'zida koringa xam tarkaladi.

Chanok suyaklarining sinishi natijasida siydik chikarish kanalining orka bulimini yorilishida siydik keng kuyilib, ular xamma chanok, korin orti bushligi va korin pardasi tagidagi kletchatkasni, oralik kletchatkasini, moyak xaltachasini, sonni va korin devorini uz ichiga oladi. Bu esa juda ogir asoratlarning rivojlanishiga sabab bulishi mumkin. (xamadan avval chanok flegmonasini).

Siydik chikarish kanalini asboblardan bilan shikastlanishi maxsus guruxlarni tashkil kilib bular soxta yullar deb ataladi.

Soxta yul-siydik chikarish kanalining devori mexanik shikastlanishi natijasida parauretral bushligida kushimcha yul xosil buladi. Odatda soxta yullar, uretraning anatomik kiskargan yoki tusilgan joylaridan asboblarni utkazayotgan vaktida karshilikka duch kelganligi sababli soxta yullar paydo bulishi kuzatiladi. Bu joylardan asboblarni kupol va majburiy utkazgan vaktida soxta yullar paydo buladi. Kupincha ular piyozsimon, pardasimon va ba'zida prostata bulimlarida buladi. Ogriklar oralikda va orka yul soxasida sezilishi uretroragiya va kiyinchilik bilan siyish, xattoki uning tuxtab kolishi, soxta yullarning belgilaribulib xisoblanadi. Ba'zi xollarda yz uzidan bitib ketadi, lekin yakkol kuringan kon okish yoki siyishning buzilishi tezkorlik bilan operatsiya kilishni talab kiladi. Konning okishini tuxtatish, siydik infiltratsiyasini oldini olish maksadida parauretral bushligiga nay kuyilib, siydik epitsistostomiya yuli bilan tashkariga okiziladi.

Ayollarda uretraning shikastlanishi ancha kam uchrab, asosan u asoratli tugishlar vaktida paydo buladi.

Alomati va klinik davri. Siydik chikarish kanalining shikastlanishiga uchta alomat xosdir: uretroragiya, siydikni tuxtab kolishi va oralik gematomasi (urogematoma).

Uretraning tulik va kisman yorilishlarida konning okishi mumkin. u odatda siydik chikarish kanalining oldingi bulimining yorilishida juda yakkol kurinadi. Bunda kon siyish uretrani atrofiga chikadi. Bunda uretradan kon siyish vaktidan tashkari vaktida chikadi (uretroragiya).

Siydik chikarish kanalining orka bulimining yorilishida konning okishi initsial gematuriya shaklida bulib, kon bemorning siyishiga uringan vaktida chikadi. Kupincha shunday urinish, fakat oz mikdorda konni siydiksiz okishiga olib keladi. Siydik chikarish kanalining yorilishida konning okib chikmasligi, yirtilgan kanalda tukimalarning siljishi, yoki uning utkazuvchanligini buzilishi yoki kon okishning kiska muddatda bulishi natijasida kelib chikadi.

Uretraning yorilishida siydikning tuxtab kolishi uning interstitsial yoki parauretral gematoma bilan bosilishi yoki siydik chikarish kanalining ichini konning ivigani bilan tusilishi va yirtilgan uretraning uchlarini siljishi va ayrilib ketishi natijasida bulishi mumkin. Ba'zi vaktlarda siydikning tuxtashi darhol shikastlanishdan keyin boshka xollarda kechrok rivojlanib, bir necha soat yoki kundan parauretral tukimalarda patologik uzgarishlar asta-sekin kupayib, uretraning bosilishi natijasida paydo buladi. Siyishning tuxtashi tula va kisman bulishi mumkin.

Oxirida bemor siyish vaktida kiynaladi, siydik bulinib-bulinib ingichka bulib okadi. Ba'zi vaqtlarda siydikning tuxtashi vakti-vakti bilan bulib, siyishga urinish siydikning chikishi bilan tugallanadi. Uretraning devori kisman erilganda ba'zan uretraning siyishga uringan paytda birdaniga uretra va oralikda paydo bulishi tufayli bemor siyishni reflektor ravishda tuxtatadi.

Siydik chikarish kanalining devori tulik erilganda parauretral tukimalarga kon kuyilib oralikda gematoma paydo buladi. Uretraning markaziy kismidan siyish vaktida siydikni gematomaga kuyilishi, urogematomaga aylantiradi, uning mexanik yul bilan bosishi xamda siydikning ta'siri tukimalarni buzishga imkon yaratadi. Infektsiyani kushilishi flegmona va urosepsisga olib keladi. Uretraning shikastlanishi shunday asoratlarga olib kelsa natijasi yaxshi bulmaydi.

Siydik chikarish kanalining oldingi bulimi shikastlanganida, gematoma moyak va kov soxalarida buladi.

Terining kizarishi, infiltrat ustida kukimtir-tuk kizil dogni bulishi, tukimalarni ancha shishib ketishi paypaslaganda flyuktuatsiya va keskin ogriklar, bemorning umumiy axvolining ogir bulishi «siydik» flegmona va sepsisning rivojlanganliining guvoxi buladi. Bunday asoratlar shikastlanishdan 18-24 soat utgandan keyin rivojlanadi.

Tashxis. Kup xollarda siydik chikarish kanalining shikastlanishlarini aniklashda kiyinchiliklar bulmaydi. Shikastlanish xolatining xususiyati, siydik chikarish kanalidan konning okishi, siydikni tuxtab kolishi, Qovuqning chuzilishi va oralikdagi gematoma tugri tashxis kuiyshga imkon beradi. Tugri ichakni barmok bilan tekshirganda, prostata bezi soxasida xamirga uxshash kovarikni topilishi va uni barmok bilan bosganda, tashki siydik chikarish teshigidan konni chikishi siydik chikarish kanalining orka bulimida shikastlanishning borligi aniklashga imkon beradi. Bu masalani echishda siydik chikarish kanaliga kateterni yuborish maksadga muoifik bulmaydi. Bu esa shikastlangan joyga zarba berish va infektsiya kirishiga sabab bulishi umkin, undan tashkari kateterizatsiya orkali fakat shikastlangan joyni aniklash mumkin, lekin uning darajasini aniklab bulmaydi. Retrograd uretrotografiya rentgentkontrast moddani uretra atrofidagi tukimalarga utishini aniklab, siydik chikarish kanalining shikastlangan darajasini, uning joylashgan urnini tugri aniklashga va uning Qovuqning korin pardasidan tashkari shikastlanishidan ajratishga imkon beradigan birdan-bir usul bulib xisoblanadi. (70-rasm.)

Kuyilishning katta kichikligi uning darajasini kengligini va shikastlanishning turgan joyini aniklashga imkon beradi.

70-rasm. Uretrogramma. Siydik chikarish kanalining yorilishi.

Rentgenkontrast moddani siydik chikarish kanalidan uretro atrofidagi tukimalarga kuyilishi.

Davosi. Uretraning yorilishi chanok suyaklarining sinishi bilan birga bulgan vaktdagi davosi, uning chanok suyaklarining sinishsiz davosidan tubdan fark kiladi. Chanokning sinishida va unga boglik bulgan asoratlarning oldini olish uchun kushimcha davolash tadbirlari ishlatish zarur.

Siydik chikarish kanalining devorini kisman yorilishida konservativ davo yaxshi natija beradi. U bemorning ya'ni urnida yotib tuzalish tartibini, oralikka sovuk kuyishni, kup suyuklikni iste'mol kilishni va bakteriyalarga karshi kurashni uz ichiga oladi. Siydik tuxtab kolganda 3-5 kunga domiy kateter kuyiladi.

Siydik chikarish kanalining tulik yorilishidagi davosi, siydik epitsistostomiya orkali chikarishdan iborat bulib, oralikda gematoma (urogematoma) bulsa parauretral tukimalarda siydik infiltratsiyasini oldini olish maksadida gematoma yorilib, konni tuxtaish uchun uretraning shikastlangan joyi ochiladi.

Agar chanok suyaklari sinib, siljimagan bulsa bemor uz vaktida kasalxonaga yotkizilgan bulsa, shikastlangan uretraning tiklash mumkin.(birlamchi uretro-uretroanastomos) .

Shikastlangan uretraning tukimalarini oralik orkali kesib tashlab, markaziy va undan keyingi bulaklarini oxirlari bir-biriga kushib tikiladi.

Tulik yorilgan uretraning xamma xillari epistostomiyaning zarurati bor, agarda uretraga kateter utkazib siydik chikarilsa , yalliglanish asoratlari kuzatiladi, ya'ni uretrit , epididimit, prostatit, anastomosning yiringlashi va mustaxkamligi buzilishi mumkin, uning natijasida uretrada okma yara paydo buladi.

Siydik infiltratsiyasi va papauretral gematoma kup bulmay, operatsiya natijasida ikkilamchi shokning rivojlanish xavfi bulmasa va shikastlanishdan keyin 6 soatdan oshik vakt utmagan bulsa birlamchi uroteroanastomoz bajariladi.

Shok , konning kup okishi, kushimcha ogir shikastlanishlar, siydik chikarish kanalining ezilib ketishi, siydikning keng bulib kuyulishlari, bemorning kasalxonaga kech yotkizilishi uretrada birlamchi plastik operatsiya kilishga kursatma bulmaydi. Bu xollarda epitsistostomiya kuyish kifoyadir.

Agar bemorning ogir axvoli va boshka sabablari tufayli xattoki epitsistostomiya kuyish imkoni bulmasa, Qovuqni bushatish uchun kapilyar funktsiya yoki troakar epitsistostomiya kullaniladi.(71-rasm).

71-rasm. Qovuqning kapilyar funktsiyasi.

Qovuq usti soxasida urta chizik buylab kovning 2-3 sm yukorisida 0,5% li novakain eritmasi bilan infiltratsion anestiziya kilib, korin devori orkali tikka xolda Qovuq punktsiya kilinadi. Xuddi shunday kilib kov soxasida teri 0,5sm uzunlikda tilinib Qovuqqa troakar yordamida tarnov naychasi urnatiladi.

SIYDIK CHIKARISH KANALINING OCHIK SHIKASTLANISHI.

Uretra shikastlanganda terining butunligi buzilsa , siydik chikarish kanalining ochik shikastlanishi deb ataladi. Bularga sanchilgan, kesilgan, yirtilgan va uk bilan otilgan yaralar kiradi. Bunday shikastlanishlarni aloxida va bir necha xillari birgalikda bulishi mumkin.

Sanchilgan – yaralar kupincha uretraning maxkamlangan bulboz bulimida joylashadi. Uncha katta bulmagan sanchilgan yaralarda , yara kanali kalta bulib, sanchilgan kurolni olib tashlansa, u uz-uzidan berkilib bitib ketadi. Bunday yaralardan va tashkari siydik chikarish teshigidan bir oz mikdorda kon okib, siyish jarayoni buzilmay, bir oz ogrik bulishi mumkin.

Uretraning keng sanchilgan yaralarida birdaniga atrofdagi tukimalar olat, Qovuq va tugri ichaklar shikastlanishlari mumkin. Konning okishi katta gematomaning xosil kiladi, agar yaraga siydik tushib kolsa siydikning infiltratsiyasi va uragematomaning yiringlashi paydo bulishi mumkin.

Siydik chikarish kanalining kesilgan yaralari fakat erkaklarda buladi. Ularning joylanishiga karab oralik va kanalning osilib (kupincha uchraydi) turgan kismiga bulinadi. Uretraning kesilgan yaralarining yunalishlari kupincha kiyshik, ba'zida

kundalang va istisno tarikasida buyiga karab shikastlanish darajasi tulik va tuliksiz buladi.

Siydik chikarish kanalining kesilgan tashki teshigidan kon okish siyishning buzilishi xamda uretraning shikastlangan siydik chikarish kanalining kesilgan yarasini belgisi bulib xisoblanadi. Uretra tula kesilganda siydikning xammasi yara orkali ajralib chikadi, tuliksiz bulganda siydik uretraning tashki teshigidan va yaraning uzidan xam okib chikadi. Tula kesilganda siydik chikarish kanalining oxirgi kismalari bir-biridan ayrilib turadi. Shuning uchun siyishga va Qovuqning kateterizatsiyasiga tuskinlik kiladi.

Uretraning yirtilgan yaralari juda kam uchraydi. Lekin xamma vakt uning osilib turgan kismida bulib bir vaktida olatning yaralanishi xam birga bulib ba'zida uzilgan buladi.

Uk bilan otilgan uretraning yaralari tinch vaktlarda kam bulib, urush paytida kup uchraydi. Yaralar urinma, teshib utgan va kur bulib, joylanishiga karab-uretraning osilib turgan, bulboz va kanalning orka bulim yaralariga bulinadi. Shikastlangan joyda, uretra devorlarining keng nuksonli bulishi, uk bilan otilgan yaraning dalillaridan biri bulib xisoblanadi. Uretraning yaralari kupincha murakkab bulib, tugri ichak va olatning shikastlanishlari bilan birga kuzatiladi. Siydik chikarish kanalining osilgan kismi, kupincha uretraning serteshik tanasi va olat, moyakning xaltacha kismi – moyak xaltachasi va uning a'zolarining shikastlanishlari bilan birga kuzatiladi. Siydik chikarish kanalining orka bulimini bir butunligini, uning devoridagi nuksoni orkali siydikning kuyilishini xosil kilib, keyinchalik u – uzok vakt uretraning bitmaydigan okma yaralariga olib keladi. Uretraning orka bulimi yaralanganida, kupincha xar safar siygan vaktida dumba, oralik va chanok bugimi soxasidagi yara kanalining tashki teshigidan siydik okib turadi. Siydik chanok yog tukimasida shimilib, unda xar doim yalliglanish va chirish jarayoniga sharoit yaratib, ayniksa, tor va uzun yara kanalidan siydikning tula okib chikishi ta'minlanmay, yaralanganning axvolini ancha ogirlashtiradi.

Uretroragiya va siyishning buzilishi siydik chikarish kanalining uk bilan yaralanganligining asosiy belgilaridan biri bulib, xisoblanadi. Uretra atrofidagi tukimalardan , uretraning tashki teshigidan va yaradan siyish vaktida konning okshi, ba'zida esa siydikning tuxtab kolishi, uretraning osilib turgan kismning aloxida yuzaki shikastlanishining asosiy belgilaridan bulib xisoblanadi. Agar kanalning oralik kismi yaralangan bulsa, bunga moyak xaltachasi va oralikning gematomasi (urogematomasi) kushiladi. Uretrani ogir va murakkab shikastlaganida shok va konning okishi tufayli birinchi urinda yaralanganning axvoli ogir kurinadi.

Siydik chikarish kanalining ochik va yopik shikastlanish tashxisida uretrografiya asosiy urinni egallaydi. Siydik chikarish kanalining orka bulimini va Qovuq yaralarining farklovchi tashxisi shunga asoslanganki, Qovuq yaralanganida siydik, yara teshigidan ixtiyorsiz va doimo chikib turadi, uretraning yaralanganida esa uning chikishi siyish jarayoniga boglik.

Osilib turgan kismning uk bilan shikastlanishini aniklash, yakkol kuringan klinik belgilari bulganligi kiyinchilik tugdirmaydi, lekin siydik chikarish kanalini boshka bulimlarining yaralangan tashxisi ancha kiyin bulib, maxsus tekshirishlarni talab etadi. (uretrografiya)

Siydik chikarish kanalining yaralarini davosi, uning yopik shikastlanish davosidan xech kanday ayrimasi yuk. Lekin yaraning infeksiyalanishi va yalliglanishi asoratlarining tezlikda rivojlanishi sababli shoshilinch bilan siydikni chikarish zarur. Agar bemorning axvoli ogir yoki operatsiya kilish xonasi yuk bulsa, Qovuq usti siydik-Qovuq okma yarasini kuyish iloji bulmasa, Qovuqni kapillyar yoki troakar sistostomiyasini kullash kerak.

Siydik chikarish kanalining yaralarini davolash yarani birlamchi xirurgik tozalash, urogematomani keng yorish (kupincha oralik-moyak xaltachasi burchagida), gemostaz va uretraning yaralangan joyiga drenajlarni kuyish muxim axamiyatga ega.

Siydik chikarish kanalini ochik shikastlanganida uning utkazuvchanligini kayta tiklanishi, xuddi yopik shikastlanganligiga uxshab , xuddi shunday operatsiyalar bajariladi. Uretra keng shikastlanib, bemor kasalxonaga kech kelgan bulsa, yalliglanishni tula yuk kilgandan keyin, fakat siydik chikarish kanalining osilgan kismi yaralnb, uretra oxirlarining orasida katta diastaza bulmasa, uretrani birlamchi usulda tikish mumkin.

Agar xayvonlarning tishlashi tufayli yaralangan bulsa, kuturishga karshi emlash zarur, sanchilgan va kesilgan yaralarda esa, stolbyanka karshi zardob yuborish kerak. Agar kur yaralar bulsa, yaralantirilgan kismni albatta olib tashlash zarur. Yarani birlamchi jarroxlik tozalashda avaylab shikastlangan tukimalari olib tashlanadi.

Siydik chikarish kanalining shikastlanishdan keyingi natijasi uning ogiriligiga va uz vaktida tugri davolanishiga boglik. Siydik chikarish kanalining yorilishlarini keyingi asoratlaridan, kupincha uning torayishi va bitib ketishi bulib xisoblanadi. Agar uz vaktida operativ davolash utkazilmasa, chanok urogematoma va flegmonasi bulsa, bular sepsis va ulimga olib keladi.

SIYDIK CHIKARISH KANALINING TORAYISHI.

Uretra shikastlanishining okibati xiliga, kattaligiga karab kupincha uning torayishi yoki bitib ketishi buladi. Siydik chikarish kanalining shillik pardasi, xattoki biroz shikastlansa xam uning torayishi paydo bulishi mumkin.

Siydik chikarish kanalining devorlarida yalliglanish kasalliklari, kimyoviy yoki zarba bilan shikastlanishlarida yoki yaralanishlari natijasida mustaxkam chandikli tukimalar xosil bulib, uning ichki kismi kisilib kolsa, siydik chikarish kanalining torayshi deb ataladi. Yalliglanishdan bulgan uretraning torayishlari, kupincha uning osilib turgan yoki bulboz kismlarida joylashib, ular bir nechta buladi. Yalliglanish natijasida xosil bulgan torayish, shikastlangan torayishga nisbatan ancha yumshok buladi. Shikastlangandan keyingi torayish chuzilishga yaxshi moyil bulmay, ular siydik chikarish kanalining prostata, memranoz va bulboz bulimlarida joylashgan buladi. Siydik chikarish kanalining torayishi shakliga karab xar xildir: muftasimon, varonkasimon, xalkasimon va buramasimon. Odatda uretraning torayishi ozgina masofada bulib, ba'zi vaktlarda uchdan biri, yarmi yoki uretraning xamma kismini ishgol kiladi. Uretraning ichki kismini torayishi xar xil. Ba'zi xollarda ular orkali fakat juda ingichka asboblarni utkazish mumkin, ba'zida esa uning ichi kengrok buladi. Vaktning utishi bilan siyish paytida siydikning tusilishi va toraygan joyning kismida bosimning kutarilishi natijasida, siydik chikarish kanali kengayib ketadi. Bu kengaygan kismida doimo kup yoki oz mikdorda siydikning tuxtab kolishi sababli,

uretraning shillik pardasida va uning atrofidagi tukimalarda ikkilamchi yalliglanish paydo bulib, bu esa yana kuprok siyishning buzilishiga olib kelishi mumkin

Alomati va klinik davri. Torayish asta-sekin rivojlansa, Qovuqning mushaklarida kompensator gipertrofiya paydo bulib, agar tezlikda bulsa, Qovuqning mushak devori uz kuch-kuvatini yukotib, uning bushatish ish faoliyati buziladi.

Bu vaktlarda sistit va pielonefritlarning rivojlanishi uchun kulay sharoit yaratiladi. Uretraning torayish klinikasida, birinchi urinda ingichka okim bilan siyish kurinib, Qovuqning bushatilish vakti chuziladi. Siyish oldingi korin devorining tarnglanishi yordamida bulib, agar torayish siydik chikarish kanalining oldingi bulimida joylashgan bulsa, uretraning torayishidan keyingi kismida uning kengayganligini kurish mumkin.

Tashxisi. Siydik chikarish kanalining torayishini aniklash kiyinchilik tugdirmaydi. Uretrografiya yordamida torayishning borligi, uzunligi xamda kanalining torayishidan keyingi kismi aniklanadi. (72-rasm0.

72-rasm. Uretrogramma. Siydik chikarish kanalining torayishi.

Bundan tashkari uretraning toraygan joyini va darajasini (andozasini udchash) aniklash uchun, xar xilasboblarni, jumladan bujlarni ishlatish mumkin.

Farklovchi tashxisi. Siydik chikarish kanalining torayishini kup kasalliklar bilan farklash kerak, chunki ularda siydikning kisilib chikishi xam bir xil xususiyatga ega (prostata bezining adenoma va raki, utkir va surunkali prostatit, siydik chikarish kanalining usmasi yoki toshi).

Utkir prostatitning uretra torayishidan farki shundan iboratki, uning boshlanishi birdaniga bulib, kasallikning yalliglanish xususiyatiga boglik (tana xaroratini yukori kutarilishi, juda kuchli bezgak titrogi, yiring intoksikatsisini kutarilishi). Utkir prostatit tashxisini barmok bilan tugri ichakni tekshirish tasdiklaydi). Paypaslaganda prostata bezida ogrikning bulishi, uning kattalashib va taranglashib kolishi, ba'zida unda yumshoklashish va flyuktuatsiyaning bulishi kuzatiladi).

Surunkali prostatitda yakkol klinik kurinish bulmaydi, shuning uchun uni uretraning torayishidan fark kilish kiyinrok. Tugri ichakni barmok bilan tekshirganda (prostata bezini kattalashib, shishib kolishi va ogrishi) va uretrografiya siydik chikarish kanalining utkazuvchanligini odatdagicha bulishi, surunkali prostatit belgilariga kuprok xos buladi.

Prostata bezining adenomasi koidaga binoan, keksa yoshdagi (55-60 yoshdan yukori) odamlarda rivojlanib, siydik chikarish kanalining torayishidan farki, uning birinchi davrlarida tungi siyishi tezlashib, unga kat'iy buyruk tarzida istaklar xosil buladi. Tashxis tugri ichakni barmok bilan tekshirish usuli va uretrotsistografiya natijalariga asoslanib kuyiladi.

Prostata bezining rakini tugri ichakni barmok bilan tekshirgandayok ma'lum anik belgilarga karab, sidik chikarish kanaliningtorayishidan fark kilish mumkin. Prostata bezining biopsiyasi xal kiluvchi farklovchi tashxis usuli bulib xisoblanadi.

Davosi. Siydik chikarish kanali torayishini davosi, uning ichini asboblar yordamida kengaytirish (konsiz usul) yoki operatsiya (konli usul) kilishdan iborat bulishi kerak. Konsiz davolash usuliga uretraning toraygan kismini maxsus asboblar bujlar bilan kengaytirish (buj kilish) kiradi. Uni siydik chikarish kanaliga navbatma-navbat yugonlashgan bujlarni kiritish bilan bajariladi. (73-rasm).

73-rasm. Uretra bujlari.

A-ayollar siydik chikarish kanali uchun bulgan tugri buj.

B-erkaklar siydik chikarish kanali uchun egilgan bujlar.

V-ipsimon buj, G-yul boshlovchi buj.

Buj kilish fakat chandiklarini chuzib kolmay, balki ularni yumshatib chandiklarni faol ravishda konga xaddan tashkari tuldirishga imkon beradi. Agar uretra xattoki ingichka metall bujlar uchun xam utmaydigan bulsa, 3-4 ta ingichka ipsimon elastik bujlardan iborat dastani tusikkacha yuborish kerak. Undan sung xar birini navbatma-navbat xarakatga keltirilsa, ba'zida ulardan birontasini toraygan joydan utkazishga muyassar bulinadi. Siydik chikarish kanalining osilgan kismini (tanasini) buj kilish uchun tugri metall bujlar, piyozsimon va orka kismi uchun-egriligi munosib bulgan bujlar ishlatiladi.

Torayish darajasi ancha bulsa, yul boshlovchisi bulgan bujlar – Lefor bujlari ishlatiladi. Buj kilish uretraga ingichka yul boshlovchi bujni yuborishdan boshlanib, unga metalldan bulgan buj burab kirgiziladi.

Bujning yul boshlovchisi borligi tufayli toraygan joydan uretrani shikastlamay, osongina utadi. Siydik chikarish kanalidan Sharer shkalasi buyicha №20-22 bujlar utmagancha, 2-3 kun oralatib muntazam ravishda buj kilish usuli kulaniladi.

Yosh bolalar toraygan joyni kengaytirish uchun yoshidan 2-3 marta katta bulgan bujlarni utkazishga kadar kilinadi. (sharer buyicha).

Chandikli torayishlarni kamaytirish uchun, surilish ta'siri buladigan moddalar kulaniladi: ekstrakt aloe, shishasimon tana, pirogenal xamda gialuronidaza.

Chandiklar kattik bulib, bujlar bilan chuzilmasa, operatsiya kilinadi. Siydik chikarish kanalining xar xil plastik radikal operatsiyalari eng yaxshi natijalarni beradi. Agar toraygan kism uning piyozsimon yoki pardasimon bulimlarida joylashgan bulsa, uretra rezektsiyasi va urerouretroanatomoz (xoltsov operatsiyasi) kulaniladi.

Oralikni kesish bilan uretra ochilib, uning chandikli kismi kesib tashlanadi. Uzgarmagan markaziy va keyingi bulaklari tayyorlanib uchi uchiga tikiladi. (74-rasm, rangli yopishtirilgan varakka karang).

Qovuq usti siydik yarasi kuyish (epitsistostomiya) yuli bilan chikariladi, bu esa anastomozning birlamchi bulib bitishiga imkon beradi.

Siydik chikarish kanalining prostata bulimida torayish bulsa, siydik chikarish kanalini, Qovuqning buyniga invaginatsiya yuli bilan uretrotsistoanastomoz kilinadi (Solovov operatsiyasi).

Tsistostomiya yoki avval kuyilgan Qovuq ustidagi siydik yarani kengaytirgandan keyin, Qovuq orkali uretraning orka bulimiga buj yoki metall kateter toraygan yoki bitib ketgan joygacha yuboriladi. Undan keyin kesish bilan oralikda siydik chikarish kanalining periferik kismi ochilib, uning toraygan yoki bitib ketgan joyigacha uzunligi 4-6 sm gacha ajratiladi. Chandiklanib-uzgargan uretraning prostata kismi va uning atrofidagi chandiklarning xammasi kesib tashlanadi. Uyib kilingan yulga uretraning uzgarmagan distal kismi Qovuqning buyniga kiritilib uni taranglangan xolida ketgut iplari bilan maxkamlanib, Qovuq yarasi orkali iplar korinning terisiga chikariladi. (75-rasm, rangli yopishtirilgan varakka karang).

75-rasm. Siydik chikarish kanalini Solovov usuli bilan plastika kilish. A-siydik chikarish kanalining dsital kismini Qovuqning buyniga invaginatsiya kilish; B-oxirgi kurinishi.

iplar 8-12 kundan keyin tushib ketadi. Bu vaqtgacha siydik chikarish kanalining invaginatsiya kilingan kismi, Qovuqning buyni bilan bitib ketadi.

Operatsiyadan keyingi davri tinch ketsa, 12-14 kunlarida epitsistomiya nayi olib tashlanadi. Qovuq usti siydik-Qovuq okma yarasini bitib ketishi uchun 2-3 kunga uretra orkali kateter kuyiladi, bundan keyin tabiiy yul bilan siyish tiklanadi.

Operatsiyadan keyingi davr muvafakiyatli bulmasa, uning asoratlari paydo bulishi mumkin. anastomozning mustaxkam bulmasligi siydik chikarish kanalining kopkogi va torayishi bulib, keyinchalik kayta operatsiyani talab kilishi mumkin.

Natijasi. Siydik chikarish kanalining torayishi buj kilish davosidan yaxshi bulsa yoki radikal plastik operatsiya bajarilgandan keyin natija muvaffakiyatli buladi. Torayishning kaytadan bulib kolish extimoli bulishi sababli bemorlar urologning dispanser nazoratida bulishi kerak ularga muntazam ravishda nazoratli tekshirishlarini utkazib turish va zarurati bulganda vakti-vakti bilan siydik chikarish kanalini buj kilib turishi kerak.

MOYAKNING SHIKASTLANISHI.

Moyakning yopik shikastlanishi kuprok uchraydi. U otda yoki velospedda yurganda, oyok bilan tepganda paydo buladi. Moyakning lat eyishida kupincha kuchli ogrik tufayli shok buladi. Moyak xaltachasining gematomasi xam kuzatiladi. Bunda moyak xaltachasi ancha kattalashib, uning terisi shishib va kukarishi mumkin. Moyak yugon bulib zichlashgan va ogrikli buladi. 2-3 xafta davomida gematoma surilib ketadi. Agar moyakning fakat uzasi lat esa, u odatdagi shakliga kaytadi, chukur shikastlangan bulsa u keyinchalik atrofiyaga uchraydi.

Shikastlangandan keyin darxol urinda yotish, sovuk kuyish va antibiotiklardan foylanish kerak. keyinchalik gematomaning surilishi tezlashtiradigan issik kompresslar va boshka isitadigan muolajalar kullaniladi. Agar moyak xaltachasida kup kon yigilsa, gematoma yorilib nay kuyiladi. Moyakni tekshirganda uning yorilgan joyi bulsa tikiladi.

Moyak majaklansa - kisman yoki tula olib tashlanadi. Moyakning ochik shikastlanishi kupincha urush vaqtlarida, uk bilan otilgan yaralarda asosan son, olat va siydik chikarish kanalining yaralari bilan birgalikda uchraydi. Yaraning chekkalari moyak xaltachisi terisining kiskarishi sababli keng bulib, kup xollarda bitta yoki ikkala moyak chikib koladi. Moyak xar xil darajada shikastlanib, u xattoki butunlay majaklangan bulishi xam mumkin. Chikib kolgan moyakning nekrozga uchragan kislmlari ajralib ketganidan keyin, granulyatsiya bilan tulib teri yarasining kirgoklari bitib ketadi. Agar uning kon bilan ta'minlanishi saklansa, tula majaklangan bulsa xam, parenximaning ba'zi kislmlari keyinchalik kayta tiklanib, moyakning ish faoliyati kisman saklanadi. Shu sababli yarani birlamchi tozalagan vaqtda, ayniksa ikkila moyak yaralanganda xatto uncha katta bulmagan yashash kobiliyati saklangan kislmlarini koldirish zarur. Yalliglanishlar pasaygandan sung, moyak atrofidagi tukimalar teri bilan ajratib olinib, moyak xaltachasiga urnashtiriladi va teri berkitib tikiladi. Moyak xaltachasi va moyakning kon bilan ta'minlanishi kup bulganligi sababli, yara odatda birlamchi bulib bitadi. Moyak xaltachasi terisining plastik xususiyati shuncha kattaki, uning bir oz kismi xam moyak xaltachasini tiklash uchun etarli darajada buladi.

Agar moyak xaltachasi shikastlanib uzilib, ketganda moyak va urug tizimchalari saklanib kolsa, moyaklar vaktincha sonning teri ostiga yoki Qovuq usti soxasiga joylashtiriladi. Keyinchalik esa bu kislardan teri laxtaklarini kesib olib, ulardan sun'iy moyak xaltachasini yasash mumkin.

Yosh bolalarda moyak xaltachasi a'zolarini shikastlanishi ba'zi bir xususiyatlari bilan fark kilib, ularda kupincha moyak va uning ortigi buralib kolishi yoki Morgani gidatitlari uchraydi.

Ugil bolalarning xaddan tashkari xarakatchanligi tufayli ular kuprok Shikastlanishlarga yulikishi xamma vakt kasallikning kurinishiga karab aniklanadi. Anamnezi kursatkich bulmaydi, shuning uchun shifokor tashxisni kuyishda klinik kurinishlarga karab aniklashi kerak. Moyak eki uning ortigi buralib kolganda moyak xaltachasining yarmida shish va terisida xaddan tashkari konning yigilishi xamda gidrotsele aniklanadi. Ogriklar asosan chotning tashki xalka soxasida joylashadi. Moyak xaltachasining shishin i kupayishi, asta-sekin ikkinchi yarmini xam egallashi, kupincha tez-tez uchraydigan Morgan'i gidatining buralib kolganining xususiyatlarini tasdiklaydi. Bunda ogriklar urtacha bulib,infeksiya kushilganda kuchayadi.

Bu kasalliklarning belgilari juda uxshash bulgani uchun, avval odatda epididimoorxit tashxisi kuyilib, konservativ davolash buyurilgan, bu nikob ostida yalliglanish jaraeni uzok davom etib, 90% dan kuprok bemorlarda moyakning atrofiyasi aniklangan. Oxirgi yillarda bunday bemorlarni davolash taktikasi (jarroxlik) bulib, bu esa natijalarni yaxshiladi. Moyakning atrofiyasida majburiy orxiectomiya 10% dan ozrogini tashkil kildi. Moyakning ortigi tufayli jarroxlik taktikasi operatsiya vaktida topilgan narsaga karab aniklanadi. Gidatitlar buralib kolganda ularning oyokchalari boglangandan keyin olib tashlanadi. Agar moyak buralib kolsa uni odatdagi xolatda 3-4 kapron iplar bilan ok pardani umumiy kin pardasiga tikib maxkamlab kuyiladi. Jarroxlik moyakning fakat yashashga kobilyatsiz vaktidagina orxiectomiya kilinadi.

OLATNING SHIKASTLANISHI.

Olatning ok pardasi va gozak tanalarini yorilmasdan lat eyishi,uning eng engil yopik shikastlanishlaridan biri bulib xisoblanadi. Lat eyish oyok, kaltak, tup, yikilayotganda zarba natijasida, xamda olatni kattik jismga urilishi tufayli bulishi mumkin.Konning kuyilishi teri osti kletchatkasida chegaralanadi, lekin uning yukmshokligi sababli gematoma keng bulib, kupincha u moyak xaltachasiga tarkaladi.

Shikastlangandan keyin bemorga darxol tinchlik sharoiti yaratilib, lat egan joyga sovuk kuyish va antibiotiklar kabul kilish buyuriladi. Sovuk kuyishning natijasida kon okishi tezda tuxtaydi. 3-4 kun utgandan keyin gematomalarning surilishiga yordam beradigan issik muolajalar-issik kompresslar yoki kuruk issik kuyiladi.

Olatning chikib ketishi fakat erektsiya vaktida, olat mushaklarini chanok suyaklari bilan kushib taradigan boglamlarning yorilishi natijasida yuzasi keladi. Olatning ildizi kov yoki oralik soxasiga siljishi mumkin. Bir vaktida olatning boshi kertmakdan uzilib ketsa, u uzining teri pardasidan sirganib chikib xam ketadi.

Davosi. Boglamlarni ochib ularni tikishdan iborat, agar olatning boshi kertmakdan uzilagn bulsa, olat teri pardasiga kirgizilib, teriga choklar kuyiladi.

«Siyish» (tugrirogi-govak tanalarining yorilishi) olatning ogir shikastlanishlaridan bulib xisoblanib, erektsiya (kupincha majburiy jinsiy aloka) vaktida uning egilishi tufayli paydo buladi. «Siyish» ok parda va govak tanalarning yorilishi paytida uziga xos kirsillash bilan kuzatilib, birdaniga ogrik, ba'zida shok bulishi mumkin. Ereksiya shu onda tuxtaydi, terining ostida keng gematoma xosil bulishi tufayli olat kattalashadi, u moyak xaltachasiga, oralikka, sonning ichki soxasiga va korinning pastki kismiga tarkaladi. Bir vaktida uretraning butunligi buziladi, uning tashki teshigidan kon okib chikib, keyinchalik siydik atrofidagi tukimalarga kuyilishi mumkin.

Olatning «singan» tashxisi shikastlanishning bulgan sharoitiga va uning kurinishiga asoslangan.

Davosi operativ bulib, yorilgan joy aniklanib, ok pardaning nuksoni ketgut iplari bilan tikiladi. Agar siydik chikarish kanali shikastlangan bulsa, uning nuksoni tikilib, epitsistostomiya orkali siydik tashkariga chikariladi. Siydik kuyilgan joylarga naycha kuyiladi.

Uning keyingi davosi bemorni urniga yotkizish, kovni kushilgan va olatni ushlab turadigan joyiga boglam va sovuk kuyish, kaltsiy xlor, vikasol xamda erektsiyani oldini olish uchun bromidlarni buyurishdan iborat.

Ereksiya vaktida olatning shikastlangan tomonga kiyshayishi, uning bitta govak tanasining shikastlanishi natijasidagi asorati bulib, xisoblanadi, chunki yorilgan joydagi biriktiruvchi tukimalarning kattikligi, govak tananing periferik kismida, konning tulishiga tuskinlik kiladi. Ikkala govak tanalarining shikastlanganidan keyin olatning govak tanalarining periferik bulimi butunlay bujmayib kolganligi sababli jinsiy aloka kiyinlashib kolishi va xattoki bulmasligi xam mumkin. Yodid kaliy bilan kilingan elektroforez va boshka kurulishga imkon beruvchi dori – darmonlarni kullash, chandiklarni yumshashiga sharoit yaratadi. Olat ip yoki bogich bilan tortilganda va unga xalkasimon (podshibnini va boshkalar) kismlarni kiygizilganda, uning kisilishi mumkin. Bolalarda bunday shikastlanishlar shuxlik kilgan paytda, kattalarda esa olatning erektsiyasini uzok ushlab turishiga yoki siydikni ushlab turaolmasligiga tuskinlik kilishga xarakat kilganida paydo buladi.

Kisilganda olatning birdaniga shishib ketishi rivojlanib, buning ustiga shishib ketgan tukimalarda kisayotgan narsa kurinmay kolishi xam mumkin. Agar uzok vakt davomida kisilsa, olatning genshrenasi paydo bulishi mumkin. Tashxisi surab – surishtirish va klinik belgilariga asoslanib kuyiladi. Agar olat metall buyumlar bilan kisilsa, rentgenografiya tashxisga yordam beradi.

Davosi kisgan buyumni olib tashlashga asoslangan, agar metall xalka bilan kisilgan bulsa, chilangar asboblarini kullash kerak buladi.

Yaralanish, ya'ni olatning ochik shikastlanishi, tinchlik vaktida juda kam uchraydi. Infektsiyaning tushishi sababli ular yopik shikastlanishga nisbatan ogir utadi. Ereksiyaning buzilishi ochik yaralanishda teri osti yaralanishiga karaganda ancha kuprok buladi. Olatning fakat teri osti shikastlanishi kesilgan, sanchilgan yaralariga karaganda eng engili bulib xisoblanadi. Terining yumshok chuziluvchanligi sababli, yara keng ochiladi, teri osti kletchatkasiga okib tushgan limfa kon tomirlarini tusib kuyib, olatni shishib ketishga olib keladi. Konning okishi terini tikish usuli bilan tuxtatiladi.

Olatni govak tanalarining kesilgan va sanchilgan yaralaridan uzluksiz kon oksa, sinchiklab gemostaz kilib, yara kavatma-kavat kilib tikiladi. Xattoki govak tanalar va siydik chikarish kanali chukur bulib kesilib ketganda, olatning periferik bulimi, terida sal osilib tursa xam, a'zoni saklab kolish imkoniyatiga xarakat kilinadi; uretra va govak tanalarni tikib, siydik chikarish uchun epitsistostomiya kilish kerak. govak tanalarining periferik kismida kon aylanishi va kisman erektsiya kobiliyati xam tiklanishi mumkin. Amputatsiya kilishga fakat olatni butunlay majaklanganligi, yoki uning gangrenasi kursatma buladi.

Pichok yoki ustara zabasi bilan olat amputatsiya bulsa, birinchi yordam uning chultogiga jgut kuyib, undan olatning dorsal va chukur arteriyalarini boglab konni tuxtatishdan iborat. Ok pardaning kirgoklari tikiladi. Qovuq ustida epitsistostomiya kuyish yuli bilan siydikning chikishi ta'minlanadi.

Olatning uk bilan yaralanishlari asosan urush vaktlarida buladi. Kupincha ular chanok suyaklari va chanok a'zolari bilan birgalikda uchraydi. Govak tanalarining shikastlangan darajasiga karab olat yarasining ogirligi aniklanadi. Bitta yoki ikkala govak tanalari shikastlanadi. Agar oxirgisi bulsa, olatning periferik kismi, ba'zida fakat teri va siydik chikarish kanalida osilib turishi mumkin.

Uretraning osilib turadigan kismi xam shikastlanishi mumkin. olatning butunlay uzilib ketishi, ba'zida snaryad parchalari bilan yaralanganda uchraydi.

Olatni uk bilan yaralanganida konservativ usul bilan davolash koidasiga kuprok axamiyat berish kerak. Yarani birlamchi xirurgik tozalash vaktida majaklangan tukimalarni avaylab kesib olib tashlash kerak.

Terining fakat ulgan kislari rezektsiya kilinib, nukson bulgan joylari tikiladi. Govak tanalarga birlamchi choklarni kuyishga intilish kerak. Olat butunlay amputatsiya bulsa, uning chultogini avaylab birlamchi tozalashni gemostaz va uretraning chultogidan uning tashki teshigini yaratishni talab kiladi. Keyinchalik olatni kayta tiklaydigan plastik operatsiya kilinadi. Korinning terisidan laxtak kesib olib, naycha kilib tikiladi. Ma'lum mashgulotdan keyin (filatov usuli bilan) naychanning bir tomoni kesilib, olatning chultogiga tikiladi, uning ichiga esa kovurganing togayidan rezektsiya kilib olingan kismi yoki sun'iy plastik material kirgiziladi.

XVII – BOB

BOSHKU UROLOGIK KASALLIKLAR

Qovuq va siydik kanalining yot jismlari.

Qovuq yot jismlari.

Qovuq yot jismlari klinik tarkibida tajribada anchagina kup uchraydi. Bu erga ular xar-xil yullar bilan tushib kolishi mumkin. Bu yot jismlarni Qovuqka siydik kanali orkali asab kasalliklar natijasida xar-xil, kasalxonadan tashkarida kilingan aborotlar paytida yoki kasallarni uzlari xam kirgizib yuborish natijasida, tushib koladi. Yosh bolalar esa bu jismlarni siydik kanaliga shuxliklar tufayli kirgizib yuborishlari mumkin. Kupincha ular Qovuqka yot jismlar sifatida kalam, avtoruchka, termometr, shpilka va boshkalar shunga uxshash narsalarni kirgizib yuboradilar.

Yot jismlarni Qovuqka tushib kolishini boshka sabalari, xar xi notugri kilingan tibbiy instrumental manipulyatsiyalarni kullanilishini okibatida (kateter yoki buj kuyilganda) Qovuqda yoki siydik kanalida bu asboblarni parchalarini kolib ketishi (uretra yoki kovku kateterlarining kismalari, tosh chikaruvchi ekstraktorning parchalari yoki Lefora bujining utkazgichlan parcha), yoki operatsiya paytida Qovuqda marlya tamponlarining kolish xolatlari va boshkalar.

Oxirgi vaktlarda yot jismlari, tibbiy xatoliklari sababli Qovuqka tushib kolish xolatlari juda xam kam uchraydigan bulib kolmokda. Kushni tukimalarda kolgan yot jismlar Qovuq devorini yiringlatib, eritibyuborishi tufayli xam tushib kolishi mumkin. Bunday yot jismlar Qovuq atrofidagi yog tukimalarni yaralanishi tufayli tushib kolgan ukar va metall parchalari, xamda kichik tos a'zolari yoki korin bushligida xar xil operatsiyalardan keyin6 esdan chikib koldirilib ketgan yot jismlar kiradi.

Qovuqdagi yot jismlar bu erda juda xam sezilarli patologik uzgarishlarni ya'ni yalliglanish jarayonini shillik pardani yaralanishi ba'zan esa yot jism utkir uchli bulsa, xatto Qovuqni devorini yagirga aylantirib yuborishi xam mumkin. Yot jismlarni bunday ogir okibatlari tufayli xatto Qovuq bilan kin orasidagi Qovuq bilan ichaklar orasidagi darchalarni xosil bulishi paratsistit, tos tukimalariga siydikni singishi va kattik yalliglanishlarni rivojlanish xollari bulishi mumkin. Agar bryushina teshilsa peritonitni xam rivojlanishi mumkin.

Vakt utgani sari Qovuqka tushib kolgan yot jismlar tuzlar bilan uralib toshga aylanib kolishi mumkin. Bunday xollarda rentgen kilingandan keyin yoki toshni olib uni parchalaganidan keyingina uni urtasida yot jismni borligini aniklash mumkin.

Qovuqka tushib kolgan yot jismlarni belgilari asosan peshobni aynishidan (tez-tez siyish, siydik ajratayotganda kattik ogrik va siydikni ravon ajralmasligi) tatal yoki terminal gematuriya, Qovuqda yiring paydo bulishi mumkin. Yot jism Qovuqni bugiziga tikilib kolsa bunda siydikning bugilishi, uni ushlanmasligi belgilari sodir buladi.

Kasallikni tashxisi uni tarixini yaxshilab tuplashdan endoskopik rentgenologik tekshirishlarga asoslanadi. Shuni esda tutish kerakki fakat bolalargina emas balki katta yoshdagi odamlar xam uzlarini Qovuqlariga, siydik chikarish yullariga yot jismlarni kirgizganlarini tan olmaydilar va kanaldan siyishga kiynalmasalar tibbiy yordamga murojaat kilishga shoshilmaydilar.

Ayollarni Qovuqlarida yot jismlarni bor yukligini, ularni kin orkali aniklash mumkin. Anar sistoskopiya kilishlikni iloji bulsa, undan Qovuqdagi yot jismni va uni kovkuda keltirib chikargan uzgarishlarini (shillik pardani kizarib kolishi, fibrin chukmalarini paydo bulishi, shish, yaralanish) kurishimiz mumkin.

Agarda sistoskopiyanı kilishlikni iloji bulmasa, (yot jism siydik pufagining buyiga tikilib kolgan bulsa Qovuqni xajmi oz bulsa bemor siydikni tutaolmaydigan bulib kolgan bulsa) rentgenologik tekshirishlar asosiy urinni uynaydi. Rentgen yordamida yot jismni yoki yot jism asosida paydo bulgan toshni kurishimiz mumkin.

Qovuqdagi yot jismlarni davolash, ularning xar-xil asboblar yordamida yoki operativ usullar bilan olib tashlashlikdan iborat. Yot jismlarni instrumental usul bilan olinishi uchun operatsiya sistosk kullaniladi. Agar yot jism tuzlar bilan uralgan bulib toshga aylanib kolgan bulsa bunda avvalo toshni parchalab, sung yot jism olinadi.

Agarda yot jism yumshok bulsa bunda xam barii bir oldin uni parchalab, keyin olib tashlanadi. Kupincha yot jismlarni asboblar yordamida olinishi ayollarda kuprok kullaniladi.

Agar yot jism shisha yoki boshka utkir kirrali narsa bulsa, unda uni fakat operatsiya yuli bilangina olib tashlash mumkin. Keyin esa Qovuq yaxshilab tikilib, siydik kanaliga drenaj (doimiy kateter, yoki tez-tez kateterizitsaya kilish) ayniksa ayollarda kuyiladi. Karilikdagi erkaklarda ayniksa ularni kovugini ichida chukur uzgarishlar mavjud bulsa, bunday xollarda Qovuqka vaktincha naycha (epitsistostomiya) kiritiladi.

SIYDIK KANALINING YoT JISMLARI.

Yot jismlarni siydik kanaliga tushib kolish mexanizmi, ularni Qovuqka tushib kolishini uzginasi (asab kasalliklar, shuxlik natijasida, masturbatsiya paytida yoki davolash tashxisi uchun utkazilayotgan manipulyatsiyalarda). Siydik kanali yot jismlari kuprok erkaklarda uchraydi, chunki ayollardagi kabi osongina Qovuqka utib boravermaydi. Siydik kanali uzunligi xisobiga yot jismlarni bu erda kuprok turib kolishligi tufayli unda yalliglanish jarayoni kuchayadi. Yot jismlarni tuzlarga aylanishi tufayli esa siydik kanali kuplab jaroxatlanadi, yalliglanadi, posot boglaydi, devori teshilib, darchalari paydo buladi, siydik, atrof tukimalarga tarkaladi. Yot jismni siydik kanalini xar xil joyida joylashuvi mumkin. Ular kupincha kanalni oldingi kismiga joylashadi. Agar kanalni orka kismiga joylashib kolguday bulsa, odatda u Qovuqka utib ketadi.

Siydik kanalini yot jismlarini belgilari ogriklar, kanaldan posot va kon ajralishi, siyishni buzilishi siydikni kiyinchilik va ogrik bilan ajralishi bilan belgilanadi. Ba'zan siydik butunlay tutilib kolishi xam mumkin.

Siydik kanalini yot jismlarini tashxisi agar bemor uzini kasallik tarixini yashirmasa, uncha kiyin emas, ba'zi xollarda bemorni siydik kanalini teshigidan chikib turgan yot jismni (sim bulagi) uchini kurish. Siydik kanalini paypaslab, uni oldi kismidagi va (orka peshob orkali tekshirib) uni orka kismidagi yot jismlarni aniklash mumkin.

Siydik kanalini ichini yumshok naycha, metall buj, kolaversa uretroskopiya va uretrografiya yordamida tekshiriladi. Tekshirishlar jarayonida yot jismlarni yukoriga, Qovuqni ichiga itarib yuborilmaslikka xarakat kilinishi kerak.

Rentgenologik tekshirishlarni umumiy rasm olish Bilan boshlanishi lozim. Bu rasmda odatda, kurincha yot jismni yakkol kurish mumkin.

Davolashni kupincha operatsiya kilinmay xam iloji buladi. Ba'zan yot jismlar siydik kanalida uz-xolicha xam ajralishi mumkin. Buning uchun, Qovuqda siydikni kuprok yigish keyin esa siydik kanalini tashkari teshigini berkitib, kanalni ichini siydik bilan kengaytirilib siyish kerak. Agar bu chora yordam bermasa, yot jismlarni kanalda asboblar (maxsus ombirchalar, zondlar, koshikchalar, temir kiskichlar, ba'zan uretroskoplarni xam kullab) yordamida olib tashlashlikni chorasini kilib kurish mumkin.

Siydik kanalini tashkari kismidagi yot jismlarni shu tarika olib tashlashlikni iloji bulmasa, u xolda kanalni devorini kesishlikka tugri keladi. Siydik kanalini orka kismiga tikilib kolgan ot jismlarni esa ichkariga itarib Qovuq orkali olib tashlangani ma'kul.

AYOLLARDA TANOSIL A'ZOLARINING OKIMALARI.

Ayollardagi tanosil a'zolarining okmalari urologik kasalliklar bulib, uni davolashda urolog va ginekologlar birgalikda shugullanadilar. Tanosil a'zolarining okmalarini kelib chikish va joylashuviga karab ular bir necha guruxga bulinadi.

Etiologik omillarga karab:

- 1) Tanosil a'zolarining tugma okmalari.
- 2) Akusherlik okmalari (akusherlik operatsiyalaridan keyin, xomiladorlik va tugish jarayonlari davrida, siydik va tanosil a'zolarini yorilishi tufayli.)
- 3) Xirurgik okmalar (ginekologik va korin bushligidagi a'zolarida kilingan operatsiyalardan sung, siydik yullarida bajarilgan urologik operatsiyalardan sung.
- 4) Yalliglanish natijasida kelib chikkan okmalar (sil, sifilis va boshkalar okibatida xosil bulgan posotni, tos tukimalariga yorilib ketishi).
- 5) Jaroxat okmalari (akusherlik va jarroxlik operatsiyalari keyin.
- 6) Onkologik okmalar (usmalarni rentgen va radioterapiya kilingandan sung, usmalarni usib ketishi tufayli).

Ayollardagi okmalarni siydik tanosil a'zolarida joylanganiga karab:

siydik – tanosil (uretrovaginal.

Qovuq – bachadon.

Qovuqbachadon.

Siydik naychasi – tanosil a'zolari

Siydik naychasi – bachadon.

Klinik tajribada siydik kanali – tanosil, Qovuq – tanosil va siydik naycha – tanosil okmalarini kuprok uchraydi. Bu okmalar tashki ta'sirlar yoki tugish jarayonidagi xirurgik yoki akusherlik operatsiyalari natijasida yuzaga keladigan okmalardir. Okmalarni eng ogirlariga odatda kombnatsiyalangan (siydik kanalii-siydik-naychasi va tanosil a'zolarini, Qovuq – tanosil a'zolarini, Qovuq – tanosil a'zolarini okmasi) ichak okmalari xam kushilsa, okmalarda juda ogir buladi.

Siydik tanosil okmalarini belgilari juda xilma-xil. Eng asosiy belgisi tanosil a'zolaridan siydikni okishi siydikni oz-kup okishi esa teshikni joylashgan urniga va uni katta – kichikligiga boglik. Agar siydik kanali va kin orasidagi teshik bulsa, siydik kindan fakat siyish paytidagina chikib ketishi mumkin. Boshka paytlarda siydik Qovuqda yaxshi ushlanib turaveradi.

Qovuq va kin okmalarida esa ayollarda siydik tuta olmaslik doimiy xarakterga ega buladi. Agar okma juda katta bulsa, siydik chikarish jarayoni umuman kuzatilmaydi. Okma juda tor bulgan paytlarda, siydik doimiy okib tursa xam Qovuqda siydik oz-kup mikdorda bulmagan barii bir tabiiy siydik chikarish jarayoni saklangan buladi. Bir tomonlama siydik naychasi Bilan kin orasidagi okma bulsa, siydik chikarish jarayoni saklangan bulishiga karamay doimiy ravishda siydik tuta olmaslik bulib turishi mumkin. Ikki tomonlama siydik naychasi Bilan kin orasidagi okma bulganda, kin orkali siydik doimiy ajralib turishi natijasida Qovuqda siydik bulmaydi. Siydik naychasi va kin orasidagi okmalarda yukori siydik yullarida siydikni yunalishini buzilishi yuz beradi, buyraklarda esa xar xil ogriklar, utkir pielonefrit xuruji paydo buladi. Barcha turdagi siydik yullarini siydik tanosil okmalari uchun umumiy belgi va jinsiy a'zolarining terisini shalvirab ketishi xarakterilidir.

Kasallikni tashxisini aniklash kasallikni tarixini tulik yigishga xar kil asboblar yordamida tekshirishlarga va endoskopik, rentgenologik tekshiruvlarga asoslanadi. Bemorning shikoyatlari va kasallikni tarixi (jaroxat, operatsiya) ga karab, kasallikni tashxisi, xamda okmaning turini aniklash mumkin. Maxsus asboblar yordamida kin tekshirilganda okmani teshigini, uning joylanishini, kattaligini va shaklini aniklash mumkin. Agar bu tekshiruvlar bemorga kattik ogrik bersa, u xolda kiska vaktli narkoz kullash xam mumkin. Kurish Bilan bir katorda okmani yulini uni yunalishini tekshirib bilishi kerak. Bunday tekshirish ayniksa uretravaginal okmalarda yaxshi natija beradi (siydik yuliga kirgizilgan zond, okmada paydo buladi.)

Indigokarmin Kuk metilen va xokazolar Bilan utkaziladi tekshiruvlardan maksad siydik yuliga yuborilgan buyok moddalarni kindan ajralishini kuzatishlikdan iborat. Buning uchun buyok yuborishdan oldin kinga doka tampon kurgiziladi vash u yul Bilan kindan buyovchi moddani paydo bulishini ya'ni Qovuq Bilan kin orasida okma borligi tasdiklaydi. Agar Qovuqqa yuborilgan buyok kindan paydo bulmasa, lekin vena kon tomiriga metilen yuborilganidan sung kinga kiritilgan tampon kuk ranga buyalsa, siydik naycha va kin orasida okma borligidan dalolat buladi.

Qovuq va kin okmasida sistoskopiya kilinsa, okmani Qovuqni ichidagi teshigini uni joylashgan urnini va katta-kichikligini aniklash mumkin. Ammo okmaning teshigi katta bulgan xolatlarda sistoskopiyaning bajarishlik ancha kiyin, chunki okma tufayli Qovuqni suyuklik Bilan tuldirish kiyin va ba'zan esa sistoskopiyaning umuman bajarib xam bulmaydi. Buning uchun sistoskopiya vaktida teshigining vaktincha berkitib turish uchun unga xar xil kateterlar kirgizish usuli kullanimokda. Siydik kanal iva kin orasidagi okmalarni kurish uchun sistoskopdan emas, balki uretroskopdan foydalanilgani ma'kul.

Siydik – tanosil organlarini okmalarini aniklashda kullaniladigan rentgenologik tekshiruvlardan ekskretor urografiya va fistulografiyalardan foydalaniladi. Bu ikkita usullar yordamida siydik naychasi va kin orasidagi okmani (buyrakni kattalashuvi va yukori siydik yullaridan siydikni ajralishini buzilish) anik tashxis kilish mumkin. Sistografiya va vaginografiya usullari esa Qovuq – tanosil okmasini, uni joylashgan urnini aniklashga yordam beradi.

Fistulografiyaning bajarishlik uchun okmaga (yoki Kinga yoki sistoskop yordamida Qovuq orkali) ingichka kateter utkazilib, u orkali rentgenokonstrast modda yuboriladi. Kilingan rentgenokonstrast rasmlar okma, uni xajmi, joylashgan urnini va

boshka ma'lumotlarni aniklashga keyinchalik esa operativ davolash usulini belgilashga yordam beradi.

Siydik – tanosil okmalarini davolash asosan operativ yul bilan olib boriladi, chunki okmalarning mustakil ravishda bitib ketishi juda xam kam kuzatiladi. Bemorlarning operatsiyaga tayyorlashda antibakterial davolash usulidan foydalanishlik muxam urin tutadi, chunki Qovuq va siydik yullaridagi yalliglanish jarayonini va siydik doimiy okib turishligidan chot terisini shilini ketishligi, plastik operatsiyaning natijasini yaxshi bulishiga yomon ta'sir kiladi.

Qovuq va kin okmasining operativ davolashlikni uchta asosiy usuli bor. Qovuq orkali, kin orkali, korin pardasi orkali. Kursatilgan barsa usullar uchun xam asosiy shart operatsiya paytida tukimalarni bir-biri yaxshilab ajratishlik Qovuq va kin tukimalarini aloxida kavat-kavat kilib tikishlikdadir.

Siydik naychasi va kin orasidagi okmalarni davolashda utkaziladigan operatsiyalarda esa, okmani teshigini berkitib yuborishlik juda kiyin. Shuning uchun siydik naychasi va kin orasidagi okmalarni davolashda utkazilgan operatsiyalarda boshkacha yul tutiladi. Siydik naychasini jaroxatlangan bulimini amaliy jixatdan davolash mumukin bulmaganligi sababli bu okmalarda asosan siydik naychasi Bilan Qovuq urtasida anastomoz kuyish operatsiyasi kullaniladi. Bunda siydik yulini shikastlangan joyini kesib tashlab uni Qovuqni Yangi soglom joyiga biriktiriladi. Siydik naychasini shikastlanishi katta bulsa uni soglom joyini Qovuqqa yakinlashtirish bulmaganda barii operatsiyasi kullaniladi.

Oxirgi yillarda ayollardagi siydik yullari okmalarini plastik operatsiya kilish usullarini takomillashishi tufayli, 80-90% bemorlarni butunlay davolashlikka imkoniyat tugilmokda.

MOYAK PARDALARINING ISTIKOSI.

Moyak pardalarining istiskosi – gidrotsaleda, moyakning xususiy kin pardasining ichki va tashki varakalarini orasida seroz suyuklikni tuplanishi bilan ifodalanidi. Bu kasallik bemorlarning 1-3 kismini bolalik davrida uchraydi. Katta yoshdagi kishilarda esa kasallik kuprok ularni 20-30 yoshidagi paytlariga tugri keladi. Tugma istisko kupincha bolalarda uchraydi va u embrogenez davrida korin parda kin usmasini bitib ulgurmasligi sababli u korin bushligi bilan ingichka yul orkali tutashib turadi (tutashuvchi istisko) Agar kin usmasini Biron eridan tortishma xolsil bulsa, bu xolda itsiko kum soati shakliga kirib koladi. Bu kasallardagi seroz suyuklik korin bushligiga va undan Yana kayta orka moyak tomon xarakat kilib turish mumkin. (131 rasmga karang)

Ikkilamchi istisko moyakning moyak ortigining yoki pardalarining yalliglanish kasalliklari yoki jaroxati tufayli xam kelib chikishi mumkin.

TASNIFI.

Tugasa istisko: a) alokasiz

Keyin ortirilgan itsiko: a) birlamchi (idiopatik)

b) ikkilamchi (simptomatik)

Klinik kechishiga kura itsiko utki rva surunkali turlariga ajratiladi.

Moyak pardalarining utkir istiskopi (reaktiv istisiko) kam uchraydi. Bu turi kuprok moyak usmasida, tuxum ortigining yalliglanganida yoki moyak jaroxatlangan xollarda vujudga keladi. Bunday xollarda davolash choralari asosiy kasallikni – orxit yoki epididimitni davolashga karatilgan bulishi kerak. Birinchi 2-3 sutka davomida

jaroxatlangan joyga vakti-vakti Bilan past xarorat ta'sir kilish keyin esa issiklik utkazish suspensoriy kuyishlik bakteriyalarga karshi jadal davolashlik tavsiya etiladi. Oradan

1-2 hafta utganidan sung moyak pardalariga yigilgan suyuklik uz-uzidan surilib ketadi.

Istiskoni kuprok uchraydigan surukali turi, utkir yoki sekin asta moyakda, moyak ortigida buladigan surunkali yalliglanish jarayoni tufayli paydo buladi. Yalliglanish jarayoni asosida sil revmatizm, yorgokning tez-tez katalanib turuvchi jaroxatlanishi yotadi. Bunday bemorlarni kuzdan kechirilganda ularning yorgoki kattalashgan bulib tuxumsimon shaklga kirganini kurish mumkin. Yorgokni terisi uzgarmagan ammo burmalari yoyilib ketgan buladi. Paypaslash natijasida istiskoni yuzasi sillik, yumshok elastik yoki anchagina tarang tuzilishga ega ekanligini aniklanadi. Moyak va uni ortigi esa aniklanmaydi. Diafonoskopiya kilinganda istiskoni usti tuzilishining xamma yogi bir tekis yoritilgani kuzatiladi. Yoritilish belgisi fakatgina moyak pardalarini kalinlashganida istikoda kon posot tuplanganida yoki moyakni usmasi bor bulsagina aniklanmasligi mumkin.

Konli istisko odatda shikastlar natijasida, gemorrogik diatezda yoki istisoni notugri punktsiya kilinganda moyak pardalarini orasiga kon kuyilishi tufayli vujudga keladi.

Piotsele-moyak istikosini yiriglanishi, orxit va epididimitni postlanishini asoratidir.

Farklovchi tashxis istiskoni bushligini oson kirib ketadigan chov gurrasidan farklash kiyin emas. Perkussiya kilinganda istisko ustida bugik tovush aniklanadi. Moyak usmasini paypaslab kurulganda esa uni tuzilishini va kattikligini ustini sillik emasligini diafonoskopiya yoruglik nurlarini utishligini kuzatilmaydi.

Istiskoni davolash asosan operatsiya yuli bilan bushligi darkor. Uni punktsiya kilib, undan suyuklikni surib olib, igna orkali tukimalarni etishtiruvchi moddalar (yodning spirtli eritmasi spirt va boshkalar) yuborish yaxshi natija bermaydi, bunda kupincha posotli yoki konli istisko kabi asoratlar kelib chikishi xam mumkin.

Radikal operativ usullardan Vinkelmann va Bergman operatsiyalar yaxshi natija beradi. Bu operatsiyalar maxalliy ogriksizlantirish yuli bilan kilinadi.

Vinkelman operatsiyasida, moyakni xususiy pardasini tashki varagi kesiladi, keyin uni chuzib turib moyakdan 0,5-0,8 sm chetrokdan butunlay kesib olib tashlanadi. Pardaning kolgan chekkasi uzluksiz ketgut choklari bilan kovuladi. Ikala operatsiyadagi asosiy omil okayotgan koni yaxshilab tuxtatish.

Operatsiyadan keyingi davrda bakteriyalarga karshi kurash choralari, bint doka Bilan yarani boglab kuyish. Keyinrok esa suspensoriy takib yurish tavsiya kilinadi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda yorgokning kilingan tarafiga yuk bostirilib kuyiladi.

URUG TIZIMCHASINING PARDALARINING ISTIKOSI.

Urug tizimchasining pardalarini istikosi (funikulotsele) urug tizimasini pardalarida suyuklikni tuplanishi bulib, korin pardasining kin usmasini bitib ketmasligi sabali vujudgv keladi. Shuning uchun u tutashuvchi yoki ikki xonali bulishi xam mumkin. Kasallikni etiologiyasi anik urganilmagan. Ammo tizimchasi istiskosini paydo bulishida siydik tanosil a'zolarini shikastlanishi va yalliglanishi aloxida urin egallaydi. Bu kasallik birlamchi (idiopatik va simptomatik) ikkilamchi

bulishi mumkin. Kasallik kam uchraydi, yoshlar kuprok kasallanadi. Tizimcha istiskosi utkir va surunkali kechishi mumkin. Utkir kechuvchi istsikosi chov, yorgok soxasida shish va gorikni paydo bulishi, kungil aynishi, kusish kabi belgilar Bilan gavdalanadi. Kisilgan gurradan farkli ularok tizimcha istsikosida ichak-korin a'zolarini klinik belgilari bulmaydi.

Tizimcha istsikosini surunkali kechishida, yorgokning yukori kismida kichikrok, ogriydigan usmasimon istisko paydo buladi. Bu shish, tizimcha bilan birga yukoriga siljishi mumkin. Bu istisko yumshok elastik tuzilishga ega. Uni yukoriga chov kanaliga kirgizilganda xam shishni paypaslab sezish mumkin buladi. Kisilmagan gurra esa korin bushligiga kirib yuk bulib ketadi. Tizimcha istiskosini suyukligi tinik buladi va moyak pardasini istiskosidagi suyuklikdan xech kanday fark kilmaydi. Shikastlanish natijasida esa suyuklikda eritrotsitlar paydo bulishi mumkin. Diafanoskopiya kilinsa nur yaxshi utadi. Utkir kechuvchi tizimcha istiskosini konservativ davolash mumkin. Buning uchun osoyishtalik sovuk xarorat va antibiotiklarni kullash kerak. Surunkali kechuvchi tizimcha istiskosini davosi fakat operatsiyadir. Urug tizimchasini pardalarini istiskosi kesib tashlanib chov kanali plastika kilinadi.

MOYAK ORTIGINING KISTASI.

Moyak ortigini kistasi tugasa va ortirilgan bulishi mumkin. Birinchi xolda moyakni paramezonefral (myuller) yoki mezonefral (volf) yullarini bir uchi Bilan urugli kanalchalar birlashgan buladi va boshka uchi esa kup tugaydi. Ikkinchi xolda tuxum ortigining shikastlanishi va yalliglanishidan keyin, chandik tukima paydo bulib, urug xujayralarining okishiga tuskinlik kilishi natijasida kista xosil buladi. Kista kup xollarda tuxum ortigini boshkacha soxasida joylashadi. Kista devorlarini mikroskop ostida urganilganda, uni tukimalarida surunkali yalliglanish jarayonini belgilari topiladi. Kista suyukligi tinik, sarikrok rangli bulib, uni tarkibida urug xujayrali bulish xarakterlidir. Kistani xajmi urmon yongogidan, toki chakalokni boshidan xam kattarak bulishi mumkin. Tuxum ortigini kistasi sekin-asta rivojlanadi va kupincha belgisiz kechadi, yoki moyak soxasida nokulayliklar, chov soxasida tortishib turuvchi ogriklar paydo buladi. Bemor yurganda xalakit beradi. Paypaslab kurilganda kista yumshok, elastik usmasimon ortik sifatida kulga urinadi, tuxum va tuxumni ortigini yaxshi ajratish mumkin. Agar kista devorlari yugonlashib unga tuzlar surilgan bulsa unda bu belgini bulmasligi mumkin.

Tuxum ortigini kistasi belgisiz kechganda davolash uchun zaruriyat yuk. Azob beruvchi katta kistalarni operativ yul Bilan olib tashlanishi zarur.

Kistani rivojlanishini oldini olish uchun, moyak organlarini shikastlanishi va yalliglanish xolatlaridan asrash kerak. Kasallikni okibati xavfli emas.

P R I A P I Z M.

Priapizm deb zakarni jinsiy moyilliksiz, ogrik bilan uzok vakt kuzgalib (erektsiya) turishiga aytiladi. Priapizm odatdagi erektsiyadan farki unda normal jinsiy aloka paytidagi eyakulyatsi (urug chikarish) bulmasligida. Priapizmni sabablari xar – xil. U mustakil kasallik bulishi yoki boshka erektsiya markazini buzilishiga olib keladigan (bosh va orka miya kasalliklari, zaxarlanish, infeksiyon kasalliklar leykemiya va yuoshkalar) kasalliklarni belgilari sifatida yuz berishi xam mumkin.

Priapizm kuprok tasodifan, jinsiy aloka paytida siyish peshobdan keyin uzuzidan paydo bulib kolishi mumkin. Patologik erektsiya dumgaza soxasida, zakarda

kattik ogriklar bilan ifodalanadi. Siyish kiyinlashadi zakar tekshirilganda uni ketganligi, terisini esa kukarganligi aniklanadi. Unga sal tegishlik xam, kattik ogrik chakiradi. Zakarning boshchasi va siydik govaksimon tanasi yumshok xolda koladi.

Priapizmning davolashda antikoagulyantlar (kon ivishiga karshi preparatlar) kullaniladi. Geparidan 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 gr dan ichiladi. Ogriksizlantiruvchi vositalar (morfin, amnopen) 1% li eritmasidan 1 ml dan teri ostiga. Orka miyadan (peridural, epidural) anesteziya, dumgaza oldi blokadasi kullaniladi. Zakar tomirlariga zuluklar kuyish kuyish sovuk va issik vannalar, kompress kilish tavsiya etiladi. Agar birinchi soatlar mobaynida yaxshi natija sezilmasa operatsiya kilinadi. Zakarning ikkala govak vannalari kesilib, ivib kolgan tashlangandan keyin, son teri osti katta venasi bilan govaksimon tana orasida darcha kuyiladi. (safanokavernoz anastomoz). Utkir priapizm bir necha kun yoki xaftalab davom etishi mumkin. Agar davolash kungildagidek natija bermasa xam, erektsiya sekin-asta uz-uzidan yukolib ketadi. Bunday xollarda zakarni kayta erektsiya kilish kobilyati butunlay yukoladi, xezlik yuz beradi. Priapizm surunkali turi sababsiz, tez-tez erektsiyalar bilan xarakterlanadi. Yillar uta, erektsiya kobilyati bushasha borib, yukolib ketadi. Zakarni fibroplastik industratsiyasi (nayroni kasalligi) kupincha, yoshi utgan odamlarda uchraydi. Shu paytgacha bu kasalliknisabalari aniklanganicha yuk.

Kasallik asta-sekinlik bilan rivojlanib, zakarni tepa kismini ok pardasida yoki uni govak tanalarida, xech kanday ogrik bermaydigan togay kattikligidagi tukimalarni xosil bulishi bilan ifodalanadi. Bu usmalar xar xil yapolok uzunchok yoki yumalok tugunchalar shaklda bulib, terini ostida, xar xil chukurlikda joylashadi. Kasallikni okibatida kuzgalgan xolatdagi zakarni kiyshayib kolishi va kattik ogriklarni kelib chikishini kuzgatish mumkin. Bu esa jinsiy alokani kiyinlashtiradi yoki uni butunlay ilojsiz kilib kuyadi.

Zakarni fibroplastik induratsiyasini tishxisi uncha kiyin emas. Togay tukimalarini osonlik bilan paypaslanib aniklash mumkin. Ancha kechikib ketgan xolatlarida kilingan rentgenogrammalarda ularni anik kurish mumkin. Kasallik asta-sekin tobora rivojlanadi, davolash esa juda kiyinlashib boradi. Davolash uchun shifobaxsh loydan surkashlik va fizioterpiya, rentgenoterapiya autogemoterapiya, gialuronidaza va kartikosterollarda maxalliy foydalanish tavsiya etiladi. Ancha yaxshi natijalarga Filatovning usuli bilan davolanganda xamda ultrazvuk kullanganda erishish mumkin.

Oxirgi yillarda operatsiya yuli bilan bor tukimalarni olib tashlab, uni urnini muskul yoki boshka biron tukimalar bilan almashtirish usuli kullanilmokda. Olib tashlangan tukimalarni boshka boshka tukimalar bilan koplashlikni axamiyati juda xam muximdir, chunki aks xolda operatsiya tufayli tukimalarni jaroxatlari bitib, bu erda chandiklar xosil bulib koladi va ular uz navbatida zakarni yanada kiyinlashtirib kuyish mumkin.

Butunlay sogayib ketishlik masalasi, kupincha ancha kiyin, chunki kilinadigan dori-darmonlari foydasi juda kam.

Erkaklar bepushtligi – deb jinsiy aloka kobilyatiga ega bulla turib, urchitish imkoniyatini yuk bulish xolati tushuniladi.

Etiologiyasi va patogenezini. Erkaklarning bepushtligini sabablari xar xil va bu sabablarni asosiy ikki turga bulish mumkin: ichki va tashki.

Xar ikkala xolat tugasa yoki xayot mobaynida ortirilgan bulishligi mumkin.

Bepushtlikning tugasa ichki turiga tuxumlarning anomalialaridan birlamchi gipogonadizm xar ikkala tuxumlarni yuk bulishligi, kriptorxizm va boshkalar kiradi.

Xayot mobaynida ortilgan ichki bepushtlik, tuxumlarning spermatogen epiteliysiga infeksiyon kasalliklarni, uzok sovkotishlari, normal oziklanishini buzilishlari yoki radiaktiv va tentgen nurlarini ta'siri natijasida vujudga keladi. Erkaklarning bepushtligiga kupincha infeksiyon paratit sababa bulib kolishi xam mumkin. Ba'zi xolatlarda terlama, gripp, zaxm, bezgak, sil kasalliklari xam sabab bulishi mumkin. Shuni bilib kuyish kerakki infeksiyon parotit tufayli yuzaga chikkan ikki tomonlik orxitgina emas, balki klinik belgilari bulmagan tuxumchalarni spermatogen epiteliysiga mikroblarni zaxarlirini ta'siri ostida xam kelib chikishi mumkin. Surunkali zaxarlanishlar orasida kupincha alkogolizm katta urin egallaydi. Alkogolni kup iste'mol kilishlik urug tizimchalarida yog tukimalarini paydo bulishiga va keyinchalik esa tuxumlarni tukimalarida sklerotik uzgarishlar kelib chikishiga sabab buladi. Ozik ovkat tarkibida A va E vitaminlarni etishmasligi xam sekretor bepushtlikka sabab bulishi mumkin, chunki bu vitaminlar tuxumlarni spermatogen vazifasini yaxshilashga shuningdek varikotselega olib keladigan, tuxumchalar tomirlaridagi kon aylanishini buzuvchi sabalarni (buyrak vannalarini stenoza) xam kamaytirishda katta urin egallaydi.

Tugma bepushtlikni ekskretor turidagi urug tizimchalarini tusilib kolishligi tuxumchalardagi va ularni ortiklaridagi urug xaltachalaridagi, siydik kanalidagi tugasa nuksonlar sabab buladi. Xayot mobaynida paydo bulgan ekskretor bepushtlikni sabalari xam xar xil jaroxatlar, yoki yalliglanishlar tufayli paydo bulib kolgan siydik kanalini torayishlari, ikki tomonlama spetsefik yoki nesnetsefik epididimitlar, urug tizimchasini shuningdek urug chikarish yullarini orka siydik kanalida utkazilgan operatsiyalar tufayli paydo bulgan yalliglanishlar, jaroxatlanishlar, surunkali prostatit, vezikulit va boshkalar sabab bulishi mumkin.

Erkaklardagi bepushtlikni tashxisi tekshiruvlarga spermagrafiyaga (21 betga karang), genetografiya (71 betga karang), tuxumchalarni biopsiyaga asoslanadi.

Erkaklarni bepushtligini davolashlik kasallikni kelib chikish sabablariga asoslanib uch yunalishda olib boriladi: 1) bemorlarni umumiy xolatini yaxshilash 2) maxsus dorilar bilan davolash 3) jarroxlik usullarini kullash. Bemorlarning umumiy xolatini yaxshilashga karatigan davolash, bemorlarni yashash sharoitlarini yaxshilashlikdan, ularni jismoniy tarbiya bilan shugullanishlaridan, ishlab chikarish korxonalarida zaxarli manbaalarni bartaraf etib, ularni xar xil surunkali zaxarlanish xolatlaridan kutultirish choralarni uz ichiga oladi.

Maxsus davolash choralari esa jinsiy a'zolaridagi surunkali yalliglanishlarni (prostatit epididimit, vezikulit va boshkalar) davolashga, spermatogenezni kuchaytirishga (xorionik gonadotropindan 1000 dan kun ora 3-4 xafta davomida mushak orasiga) urug chikarish yullaridagi xar-xil kisilish xolatlarini bartaraf etuvchi dorilarni kullashlikka karatilgan bulishi kerak. Bepushtlikni ekskretor turida esa jarroxlik usullarini kullab davolanadi, tuxumlarni ortigi soxasida urugni utishi buzilgan bulsa, u xolda ortik bilan urug olib boruvchi yul orasida yoki tuxum bilan uni ortigini soglom kismi orasida darcha xosil kilinadi. Bu turdagi operatsiyalar 1901

yili V.I.Razumovskiy tomonidan taklif etilgan, bulib shu kunga kadar uni nomi bilan yuritilib kelmokda. Xozirgi vaktida bepushtlikni ekskretor turini davolashning yaxshi natijalariga urug utkazuvchi tusiklarni kisman kesib tashlash, uchlarini oxirini-oxiriga ulab kuyish usuli kullanilmokda.

ERKAKLARDA JINSIY BUZILISHLAR.

Erkaklardagi jinsiy zaiflikni yoki xezlik, bu erkaklar tomonidan jinsiy alokani tula kila olmasligini ifodalaydi. Buning sabalari asab-reflektor yullarini markaziy va atrofdagi kismlaridan doimo yoki vaktincha uzgarishlarni paydo bulib kolishligi xamda jinsiy a'zolarida yoki ichki endokrin bezlar tarkibida xar xil kasalliklarni rivojlanadi.

Neyrogen jinsiy ojizlik, bosh miyaning funksional xastaliklari tufayli bulishi mumkin. Bunday xolatlarda xar xil sabalar tufayli miyada kuzgalish va tormozlanish jarayonlari urtasida muvozanatni buzilishi kuzatiladi. Jinsiy ojizlikni bu turini konikarli turi deb yuritiliyu uni kelib chikishida asosan nevrozlarni (nevrosteniya, istoriya) axamiyati katta urin egallab, bemorlarda jinsiy alokadan oldin kurkishlik va uz kuchiga ishonmaslik (sekeonevroz) alomatlari gavdalanadi.

Bosh miyadagi tormozlanish jarayonlari ustunlik kilgan xolatlaridagi jinsiy ojizlikni kortikol tuni jinsiy kuzgalishni kamayishi bemorlarda erektsiya bula turib, jinsiy xoxish va organizmni kamayishi, erektsiyani sustlanishi (jinsiy aloka boshlanishidan oldin kuzgalish yukoladi, ayakulyatsiya bulmaydi, jinsiy xoxish yukolmaydi, tungi kuznalishlar kuzatilaveradi, tush ayniydi, bunday aynigan tushlardan sung, bemor bulanib koladi.) Eyakulyatsiya jarayonini buzilishi (organizm va ayakulyatsiya kuzatilmagan xolda, jinsiy xoxish va erektsiya buzilmagan buladi, ammo tundagi bulganish davom etishi mumkin) bilan ifodalandi. Bosh miyadagi kuzgalish jarayonlarini ustun kelishi tufayli kuzatiladigan kortikal impotentsiyada, urugni ajralishi mmuddatidan oldin ya'ni juda shoshilinch va tez yuz berishi Bilan farklanadi (jinsiy alokani boshida yoki undan xam oldin, arzimagan sabalari tufayli).

Bunda kuzgalish buzilmagan buladi, lekin tez-tez va muddatidan oldin, ba'zan esa arzimagan sabalar tufayli xam kuzatiladi. Eyakulyatsiya (urugni ajralishi) kuzgalishsiz xam bulishi mumkin.

Kortikal impotentsiyasini kuzgalish va tormozlanish jarayonlarini bir-biriga boglikligini nazarda tutilgani xolda, davolash zarur.

Orka miya jinsiy ojizligi orka miyada joylashgan, jinsiy alokalarga javobgar markazlarini birlamchi (doimiy yoki vaktincha) aynishliklar Bilan ifodalanadi. Kupincha bu markazlarni vaktincha uzgarishlari ya'ni kuzgalish va urug chikarish markazlarini kuzgalishini kuchayishi (kuzgalish yaxshi bulsada ammo tez-tez va bir-bir ketin paydo buladi, urug muddatidan oldin ajraladi, tundagi bulganishlar tez-tez kuzatilib turadi.) ; urug ajratish markazlarini kitiklanishini kuchayishi, kuzgalish markazini kitiklanishi esa sustlanishuvi (urugni tez okib ketishi va kuzgalishni esa bushashib ketishi), xar ikkala markazni xam kuzgalishini susayishi (bunday buzilish xar xil buladi, ba'zan kuzgalish normal xolatdagi uxshash bulsa ba'zan butunlay yuk bulishi mumkin, bu paytda kuzgalish va urug chikarish butunlay tuxtaydi): Kuzgalish kobiliyati oklangan xolatda kuzgalish va jinsiy xoxish normada urug chikarish markazini ishini pasayishi yoki butunlay yuk bulishi (erektsiya va jinsiy alokaga xoxish yaxshi, ayakulyatsiya va organizm bulmaydi), kuzatiladi.

Spitsial imiotentsiyani davolash, orka miyani jinsiy markazlarini mustaxkamlashdan iborat. Shu maksadda umumiy kuvvatlovchi davodan tashkari, tula jinsiy tinchlik, trankvilizatorlar va V guruxidagi viraaminlar kulaniladi, odatda magniy sulfatining 25% eritmasini kun ora 5-8 mldan (12-14 marta) mushak ichiga yuborishlik tavsiya kilinadi.

Jinsiy a'zolarining kasalligi bilan boglik bulgan xezlik uch xil sabab natijasida rivojlanishi mumkin: moyaklarning ichki sekretorfaoliyatini buzilish, normal jinsiy xayotdan chetga chikish va prostata xamda urug bartmasini kasalliklari, mexanik sabablariga kura yoki tanosil a'zolarining rivojlanishining anamoliyasi, shikastlanishi yoki kasallanishi.

Bu turdagi xezlikning birinchisini kelib chikishda endokrin uzgarishlar sabab buladi, moyaklarni erkak jinsiy gormonlarini ishlab chikarishini sustlashuvi natijasida, jinsiy oshikish va jinsiy potentsiya pasayadi. Moyaklarning faoliyatini buzilishi tugasa (moyakni Tula rivojlanmasligi gipogonadizm), yoshlikda paydo bulgan (ikki tomonlama orxit, xammadan xam svinkadan sung keyinchalik esa moyaklarni kurib kolishi) yoki keyinchalik katta yoshda (orxit, moyaklarni shikastlanishi), xamda orttirilgan karilik tufayli moyaklardagi uzgarish natijasida bulishi mumkin. Xezlikni bu turidagi asosiy yordam, bemorlarni urin bosuvchi gormon bilan davolash (erkak jinsiy gormonlari-androgenlar) xayotini normallashtirish, umumiy kuvvatlovchi davo, tugri ovkatlanish, alkogol va tamaki chekishni rad etish.

Ikkinchi turini kelib chikishi sabablari: jinsiy xayotni notugri olib borilishi (ortikcha jinsiy alokalar, atayin chuzilgan yoki tuxtatilgan jinsiy alokalar, oragnizm bilan ortikcha kup shugullanish), yoki tuxtatilgan jinsiy alokalar, oranizm bilan ortikcha kup shugullanish) yoki tashkaridan infektsiya bilan zararlanish, gonoreyadan, trixomoniazdan va boshka infektsiyalardan sunggt prostatit yoki boshka sabalar bilan boglik bulgan prostata va urug burtmasining kasalliklari.

Prostata va urug burtmasi asab tola, tugun va retseptorlari bilan jixozlangan, nervnorefleksor yul bilan boshkariladi va jinsiy faoliyatda muxim axamiyatga ega.

Xatto ogir okimda bulgan utkir prostatit xam faoliyatga uncha ta'sir kursatmaydi. Surunkali prostatitda esa yalliglanish, tuxtab kolishi, distrofik va tirjigli uzgarishlar, prostatitdagi orka miyaning erektsiya va eyakulyatsiya markazlariga impuls utkazuvchi kuplab asab tomirlarining uchini kitiklaydi va bu kuzgalishlarni markazga utkaziladi. Buning natijasida, miya markazlari xoldan toyadi va ularni jinsiy faoliyati buziladi. Avvaliga saklagan erektsiyada-ertakieyakulyatsiya va keyinchalik esa erektsiyani xam sustlashuvi yuz beradi.

Shuni xam kayd kilish kearkki, surunkali prostatitda kortikal ya'ni psixogen xezlikni xam rivojlanishi mumkin, chunki bu kasallik bilan boglik bulgan noxushlik va jinsiy a'zolar soxasidagi ogriklar bemorni dikkatini uziga jalb etib, jinsiy alokadan kurkuv, uziga ishonmaslik, uyatib kolishlar natijasida xakikiy jinsiy faoliyatni buzilishiga olib keladi. Bu turdagi xezlikni davolashda asosiy kasallikni prostatit va kolikulitni davolashdan iboratdir.

Katta yoshdagi bemorlarni jinsiy faoliyatini prostata bezini yalliglanishi yoki uni adenomasi xam uzgartiradi. Adenomatoz tugunlar bez tukimasining chetlab uni faoliyatini uzgartiradi. Adenomatoz tugunlar bez tukimasini chetlab, uni faoliyatini uzgartiradi. Prostata adenomasi oligandan sung, jinsiy faoliyat yaxshilanadi.

Xezlikning uchinchi turi tanosil a'zolarini anamaliyasi va kasalliklari natijasida kelib chikadi. Bunda xar xil mexanik sabalarga kura zakarni jinsiy a'zoga kirgizib bulmaydi. (Gipospadiya va epispadiyaning ogir turlari, jinsiy a'zoni fibroplastik induratsiyasi, amputatsiya).

Bu turdagi impotentsiyani davosi fakat operatsiya: uretrani plastikasi jinsiy a'zoni, badanni xar xil tukimalari yoki sun'iy maxsulotlar (protez) yordamida tiklash va shunga uxshash yullar.

Jinsiy buzilishliklarning asosiy turlari xakida ma'lumotlarni yakunlab shuni aytish mumkinki, yosh (30 yoshgacha bulgan) erkaklarda kuprok kortikal (psixogen) turdagi impotentsiya uchraydi, urta yoshdagilarda (30-50 yosh) ereksiya va eyapulyatsiyani boshkaruvchi, prostata bezini, urug burtmasini kasalliklari va orka miya markazlarining kuvvatsizligi, neroretseptor, spitsial turlari uchraydi. 50yoshdan katta erkaklarda, moyakning yoshga boglik bulgan endokrin faoliyatini sustlashuvi bilan boglik bulgan xezlik uchraydi. Xezlikni aytib utilgan xamma turida xam alkogol va tamaki chekishlik kasallikni kuchaytiradigan ta'sirlari borligi aniklanadi.

Sistematik ravishda konservativ davoni foyda bulmaganda, mexanik yordamchi usullar-erektor va impotentsiyani lperativ davolash (faloplastika) kullaniladi.

Xezlikni xar kanday turini davolashdan avval, bemorni umumiy xolini va asab sistemasini yaxshilashlik kerak. Beomrga uykuni yaxshilovchi, tinchlantiruvchi dori-darmon, yaxshi ovkat, ishlash va yashash sharoitlarini yaxshilash choarlari kuruladi.

Jinsiy imkoniyatni kuchaytiruvchi dori-darmonlar juda astalik bulan kullanishi lozim. Bunday dorilarga E va V guruxdagi vitaminlar jenshen limonnik panbokrin xamda erkaklarning jinsiy gormonlaridan foydalanishlik mumkin.

