

Allazov S.A., Allazov H.S.



O'quv qo'llanma

UROLOGIYA
AMALIYOTI
(ATLAS)

816.6
A 450

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

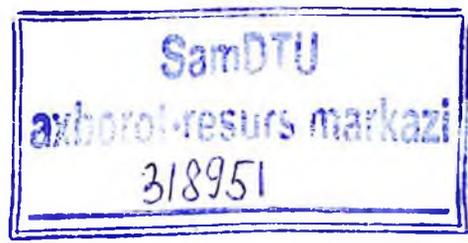
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

O'ZBEKISTON TURON FANLAR AKADEMIYASI SAMARQAND
MINTAQAVIY FILIALI

Allazov S.A., Allazov X.S.

UROLOGIYA AMALIYOTI (ATLAS)

O'QUV QO'LLANMA



“FAN BULOG’I”
Samarqand – 2023

UO'K: 616.6(075.8)

KBK: 56.9 ya 73

A 45

Allazov S.A., Allazov H.S.

Urologiya amaliyoti (atlas). O'quv qo'llanma. "FAN BULOG'I". Samarqand. 2023. 102 bet.

O'quv qo'llanmada urologiya amaliyotida qo'llaniladigan tibbiy choklar, manipulyatsiyalar va oxirgi yillarda jadal rivojlanayotgan robot-urologiya asoslari hamda ko'p uchrab turadigan ayrim eponim simptom va sindromlar o'z aksini topgan

Qo'llanma urologiyaga ilk qadam qo'yayotgan yuqori bosqich talabalari, klinik ordinatorlar, magistrilar va vrach-urologlarga mo'ljallangan.

Taqrizchilar:

Qobilov E.E. – Samarqand davlat universiteti ekologiya va xayot faoliyati havfsizligi kafedrasi mudiri, t.f.d., prof.

Axmedov Yu.M. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti 2-bolalar xirurgiyasi kafedrasi mudiri, t.f.d., prof.

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti ilmiy kengashida (Bayonnoma №8, 13-aprel, 2022 yil) va O'zbekiston Turon fanlar Akademiyasi Samarqand mintaqaviy filiali yig'ilishida (Bayonnoma №50/22, 15-dekabr, 2022 yil). tasdiqlangan va chop etishga ruxsat berilgan.

ISBN: 978-9943-9263-1-8

©"FAN BULOG'I" nashriyoti. 2023.
©Allazov S.A., Allazov H.S. 2023.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR.....	4
ANNOTATSIYA.....	5
KIRISH.....	7
1-BOB. UROLOGIYADA QO'LLANILADIGAN CHOKLAR.....	9
2-BOB. UROLOGIK MANIPULYATSIYALAR.....	39
3-BOB. ROBOT-UROLOGIYA ASOSLARI.....	57
4-BOB. UROLOGIYADA AYRIM EPONIM SIMPTOMLAR VA SINDROMLAR.....	64
4.1. Simptomlar.....	64
4.2. Sindromlar.....	69
5-BOB. UROLOGIYADA EPONIM SINAMALAR.....	86
ILOVALAR.....	90
1-Ilova: Test savollari.....	90
2-Ilova: Test javoblari.....	97
ADABIYOTLAR.....	98

SHARTLI QISQARTMALAR

CH – chok

M – manipulyasiya

RU – robot-urologiya

ESm – eponim simptom

ESn – eponim sindrom

B – buyrak

SY – siydik yo'llari

ANNOTATSIYA

“Urologiya amaliyoti” o’quv qo’llanmasida bu fan soxasida qo’llanilishi mumkun bo’lgan amaliy ko’nikmalarning eng zarurlari, jumladan yaraga chok qo’yish, urologik manipulyatsiyalar, oxirgi payitlarda urologiya amaliyotiga kirib kelayotgan robot-texnologiyalarini boshqarish usullari bo’yicha ma’limotlar keltirilgan. Bundan tashqari qo’llanmada ko’p ishlatiladigan eponim simptom va sindromlar hamda sinamalar yoritilgan.

Kalit so’zlar: amaliy urologiya, operatsiyon choklar, manipulyatsiyalar, robot texnologiyalar, sinamalar.

АННОТАЦИЯ

В учебном пособии «Урология амалиёти» освещены важнейшие практические навыки, которые могут быть применены в этой области, в том числе ушивание ран, урологические манипуляции, методы управления роботизированной техникой, которая в настоящее время входит в практику урологии, а также широко используемые одноименные симптомы и синдромы, а также пробы.

Ключевые слова: прикладная урология, хирургические швы, манипуляции, робототехника, пробы.

RESUME

The textbook "Practice of Urology" covers the most important practical skills that can be applied in this field, including wound suturing, urological

manipulations, methods of managing robotic technology, which is currently entering the practice of urology. The manual also covers commonly used eponymous symptoms and syndromes, as well as trials.

Keywords: applied urology, surgical sutures, manipulations, robotics, tests.

KIRISH

Har qanday fan tarixi eponim atamalarga juda boy. Bu o'rinda bu yo'nalishga nafaqat o'z nomi bilan ataladigan olimlarning ichki ehtiyoji, qiziqishi, qo'yaversa ko'pincha ilmiy soha xalqining shuhratparastligidan kelib chiqqan. Masalani yana bir tomoni shundaki atamalarni eponim tarzda ya'ni uni taklif etgan, ixtiro qilgan shaxsning, olimning nomi bilan atashning qulayligi yoki darhol tushunarli bo'lishidir.

Gumanitar, biologik va tibbiyot tarixidan misol keltirishning o'zi kifoya.

Deylik, Isaak Nyuton uchta qonunini so'zlar bilan tushuntirish uchun (butun dunyo tortishish qonuni va hak.) bir-ikki varaq qog'oz kerak bo'lsa, Nyutonning 1, 2, 3 va hak. qonunlari desak qisqagina tushunarligina bo'ladi.

Rentgenni aytmaysizmi? O'z ixtirosi tufayli bu olimning nomi dunyoda eng ko'p takrorlanadi. Lekin *x nurlar* desak, bu *x* harfi qaysi nurga taalluqli ekanini tushuntirishga to'g'ri keladi va baribir o'sha Vilgelm Konrad ixtiro etgan nurlar haqida ketayotganini tushuntirib berishga to'g'ri keladi.

Biologiyada irqiy tanlash nazariyasi degan 4 ta so'zdan iborat iborani 2 ta: "Darvin nazariyasi" so'zlari bilan ifoda etishning o'zi yanada qulayroq "Darvinizm" so'zi o'zi kifoya.

Urologiyada 2 ta jarrohlik amaliyoti xususida: 1. Moyakning xususiy qobig'i (qavati) plastikasi; 2. Moyak xusuiy qobig'ini (qavatini) kesib olib tashlash. Birinchisini Vinkelman, ikkinchisini Bergman degan olim taklif etgan. Hozirgi davrgacha hamma bu operatsiyalarni Vinkelman va Bergman nomi bilan eponim atamalar sifatida qo'llaydi. O'sha uzundan-uzun gaplar bilan bu operatsiyalarni talaffuz qilsangiz, hatto ko'plab urologlarning o'zlari ham "bu nimaydi" deb og'zingizga qarab qoladi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, urologik eponim atamalar nafaqat buyuk ixtirolarga beqiyos kashfiyotlarga, balki oddiy nozologik birliklarga (Ormond kasalligi, Peyroni kasalligi), sindrom yoki simptomlarga (Alport sindromi, Pasternatskiy simptomi) beriladi, ba'zan bitta chok (Donati choklari) yoki manipulyatsiya (novokain blokadasi) ham eponim holda atalishi mumkin. Xirurgik qisqichlarning-ku barisining eponim nomi bor.

Bitta Gippokratning nomi bilan bog'liq bir nechta eponim atamalar mavjud: "Gippokrat yuzi", "Gippokratning bo'shliq shovqini", "Gippokrat tirnog'i", "Gippokratning doira barmoqlari", "Gippokrat soat shishalari", "Gippokrat qalpoqchasi" va hak.

Oxirgi paytda robot-urologiya texnologiyasi tibbiyotga kirib kelishi italiyalik buyuk ixtirochi Leonardo da Vinchi (1452-1519) nomini eponym atama sifatida yana bir bor (da Vinchi robot qurilmasi) ko'klarga ko'tardi.

Ushbu o'quv qo'llanmasida urologiya sohasidagi choklar, manipulyatsiyalar, robot-urologiyasi, simptom va sindromlar haqida to'xtalib, ularga eponim nuqtai nazardan yondoshishga harakat qildik.

Qo'llanmada qulaylik tug'dirish maqsadida har bir eponym atamalar yoritilgan ilmiy adabiyotlar mualliflari taaluqli o'rinlarda keltirildi.

1-BOB

UROLOGIYADA QO'LLANILADIGAN CHOKLAR

Xirurgiyada, jumladan urologiyada chok qo'yish masalasi uzoq mifologiyaga borib taqaladi. Qandaydir aniq va noaniq sabablarga ko'ra Odisseyning yigirma yillik uzoq muddat o'z xonadonida bo'lmagan davrida uning yori Penelopaning qo'lini ko'plab mahalliy kazo-kazolar so'rab kelibti. O'z yoriga sodiq Penelopa ularga javobni turli usullar bilan cho'zarmish: o'zining qaynatasining, Odisseyning otasining tobutiga choyshab (yopinchiq) tikib bo'lgandan javob berishini va'da qiladi va ayollik uddaburonligini ishlatib, kuni bilan choklarni kechasi bilan olib tashlab, ertalab yana tikishga tusharmish.

To'g'ri ma'nodagi ayollik "xiylasi" Penelopaga xushtorlaridan qutilishga yordam bergani haqida mifologiyada saqlanmagan bo'lsa-da, lekin ana shundan "Penelopa choki", "vaqtinchalik chok" atamasi qolgan deyishadi.

Xirurgiya amaliyotida choklar asosan har xil turdagi to'qimalarni (aponevroz, mushak, teri osti, teri, ichki kovak va parenximatoz a'zolar, suyak va boshq.) birlashtirish (tikish) va ayrim hollarda drenajlarni (laparostoma, nefrostoma, pielostoma, sistostoma va boshq.) fikratsiya qilish maqsadida qo'llaniladi.

Urologiya amaliyotida umumiy xirurgik choklar va siydik-tanosil (buyrak, buyrak jomi, siydik naylari, siydik pufagi, prostata bezi, yorg'oq, moyak, moyak ortig'i) a'zolarida bajariladigan operatsiyalarda qo'llaniladigan choklar mavjud.

Umumiy xirurgik choklar to'qimalarni birlashtirish (tikish) uchun ishlatiladi, ular 2 xil: qonli (chokni ip bilan tikish) va qonsiz (masalan, yopishqoq plastirlar yoki metall qisqichlar yordamida) usulda amalga oshiriladi.

Tikish (chok qo'yish) bir necha xil turlarga bo'linadi. Shulardan tugunli va uzluksiz choklar ko'proq qo'yiladi.

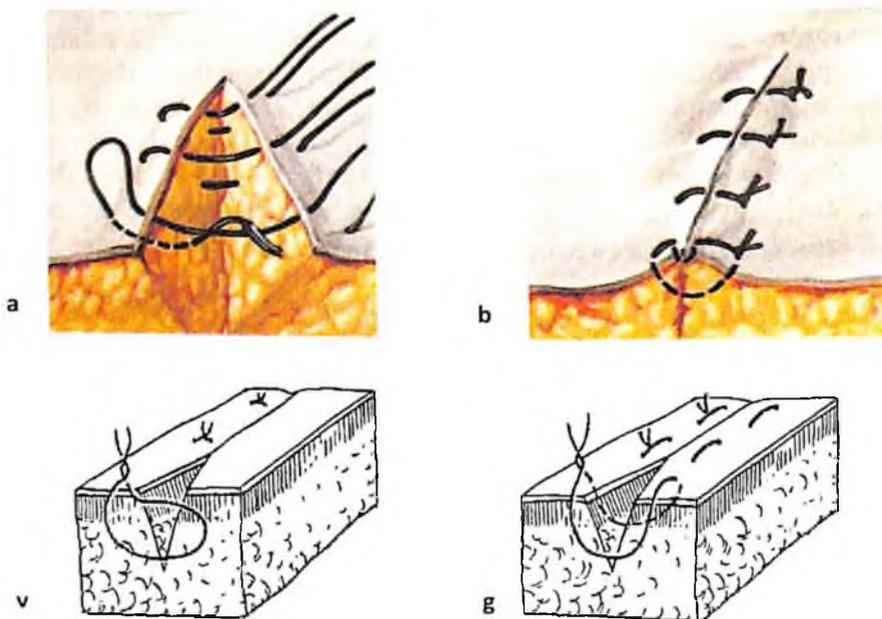
Tugunli chok qo'yishda to'qima alohida-alohida tugunli chok bilan tikiladi. Ip avvaliga jarrohlik tuguni bilan, so'ngra esa oddiy tugun bilan bog'lanadi.

Jarrohlik tuguni ip oxirlarining 2 marta kesishishi (1.1 a-rasm), oddiy tugun esa bir marta kesishishdan hosil bo'ladi va bu tugun ikki xil bo'ladi: "ayollar" va "dengizchilar" tuguni (1.1 b,v-rasmlar)



1.1-rasm. Tugun turlari. a-jarrohlik tuguni; b-oddiy (“ayollar”) tugun; v-“dengiz-chilar” tuguni (Yu.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989)

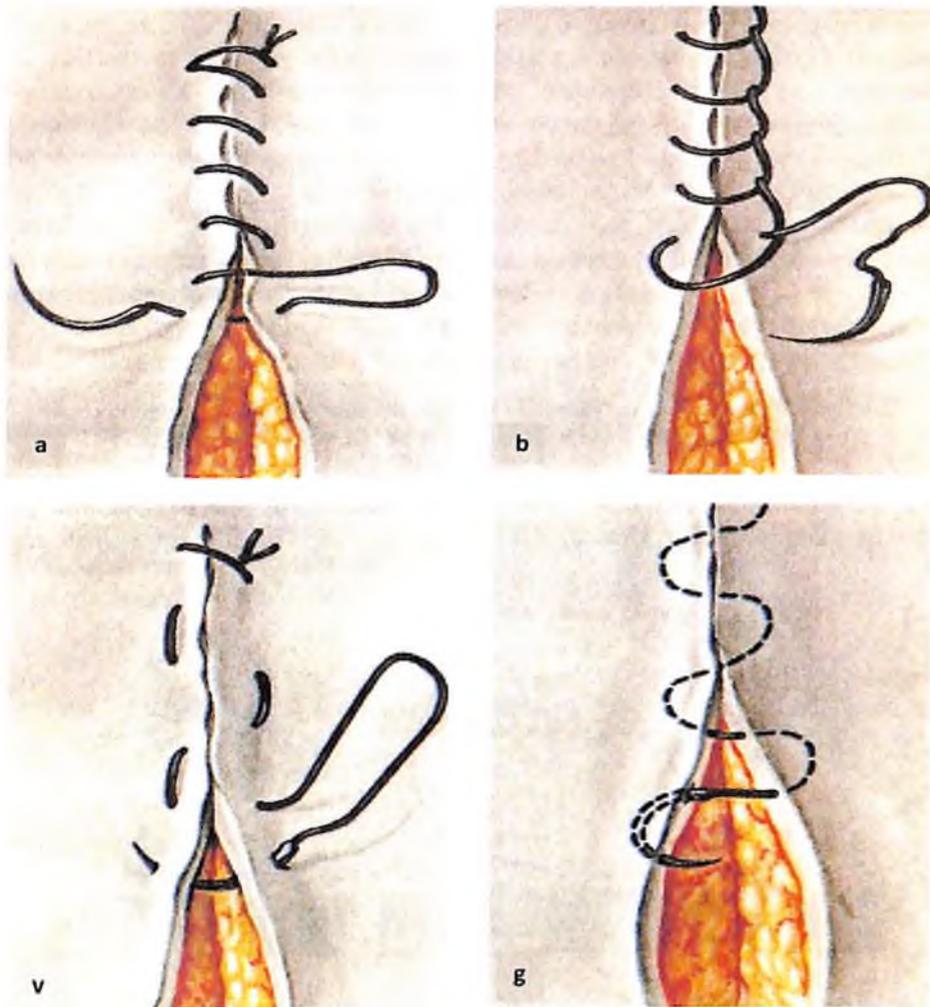
Jarohat chakkalari ichkariga qarab to‘nkarilmasligining olidini olish uchun qo‘yiladigan choklar ham mavjud. Bularga Donati, Allgover, “ko‘rpacha” gorizontial (P-simon) choklar misol bo‘ladi (1.2 a,b,v,g-rasmlar). Jarrohlik tuguni eng mustahkam hisoblanadi va ayniqsa, yirik qon tomirlarni bog‘lashda ishlatiladi.



1.2-rasm. Jarohat chakkalarini teskari to‘nkarilmasligi uchun qo‘yiladigan choklar: a,b-Donati choki; v-Allgover choki; g-“ko‘rpacha” gorizontial chok. (Yu.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989; V.I. Sergienko, 2002)

Uzluksiz choklarni qo'yish bir necha turdan iborat: oddiy uzluksiz, Multanovskiy, "ko'rpacha", teri ichi, kosibcha, xaltacha choklar va boshqalar (1.3-rasm).

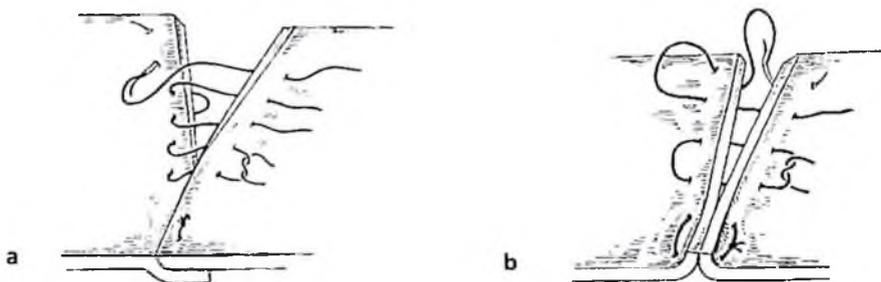
Mushaklarni birlashtirish (tikish). Mushakka tugunli yoki P-shaklidagi chok quyiladi. Tugunlar ketgut bilan faqat kesilgan mushak chakkalarini yaqinlashtirib bog'lanadi. Tolalarning yo'nalishiga nisbatan ko'ndalang qilib



1.3-rasm. Uzluksiz chok turlari: a-oddiy uzluksiz; b-Multanovskiy choki; v-ko'rpacha choki; g-teri ichi choki. (Yu.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989)

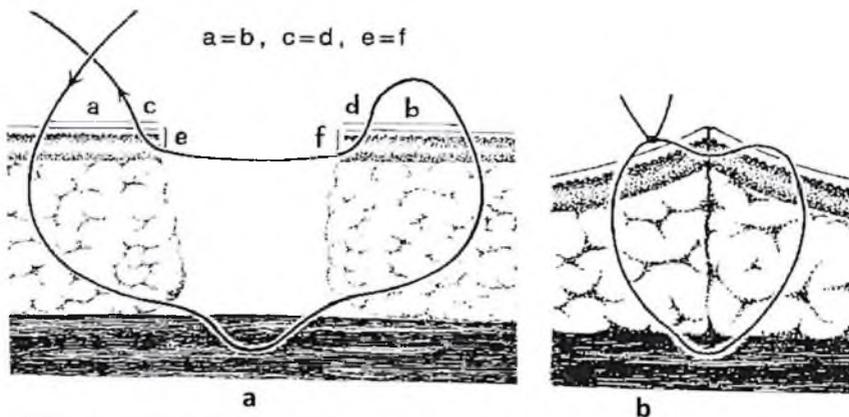
kesilgan mushakka P-shaklidagi chok qo'yiladi, chunki tugunchali chok mushakni qirqib, ichiga kirib ketishi mumkin. Tikish materiali sifatida, odatda ketgut ishlatiladi.

Fassiylarni birlashtirish (tikish). Fassiya va aponevrozlarning kesilgan chakkalari bir-birlari bilan tugunli yoki uzluksiz choklar orqali birlashtiriladi. Aponevrozlarni tikishda (operatsiyaning maqsadi va xarakteriga qarab) ketgut, ipak, kapron va boshqa shunga o'xshash iplar ishlatiladi. Aponevrozga oddiy P-shaklidagi va P-shaklidagi qaytuvchi tugunli choklar qo'yiladi (1.4 a,b-rasmlar). Choklar bir-biridan 0,5-1,0 sm uzoqlikda qo'yiladi.



1.4-rasm. Aponevrozga qo'yiladigan choklar: a-oddiy P-shaklidagi tugunli chok; b-qaytuvchi P-shaklidagi tugunli chok (Yu.M. Lopuxin, 2002)

Terini tikish. Odatda teri Mak-Millan vertikal "ko'rpacha" tugunli ipak choklar bilan tikiladi (1.5-rasm). Tikish jarayonida teri bilan birga teri osti yog'



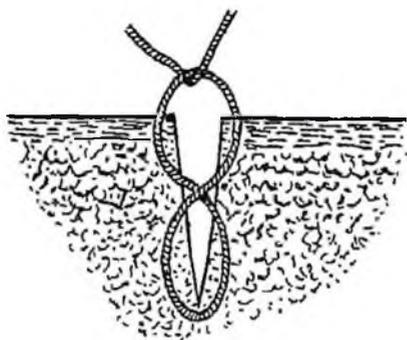
1.5-rasm. Mak-Millan bo'yicha teriga vertikal tugunli chok qo'yish sxemasi: a-ligaturaning kirish yo'li; b-oxirgi ko'rinishi (Yu.M. Lopuxin, 2002)

qavati ham qo'shib tikiladi. Terini tikayotganda quyidagilarni esda tutish lozim: 1) choklar oralig'i 2 sm dan ko'p bo'lmasligi zarur; 2) jarohatning qarama-qarshi chakkalari to'liq jipslashtirilishi kerak; 3) ignani teriga sanchish va chiqarib olish, u har ikkala tomonda jarohat chakkalaridan bir xil uzoqlikda bo'lishi shart; 4) tugunni tortayotganda jarroh yordamchisi 2 ta jarrohlik pinseti bilan teri chakkalaridan ozgina tashqariga ag'darib (chiqarib), bu chakkalarning mustahkam jipslashishini ta'minlashi hamda terining ichkariga qayrilib qolishining oldini olishi zarur.

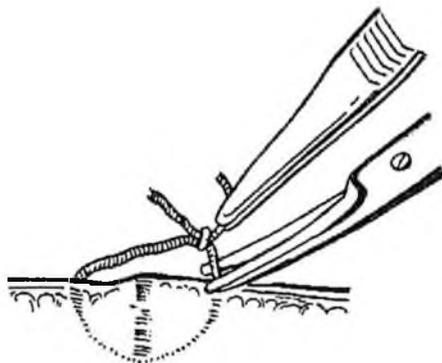
Bundan tashqari yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli yallig'lanishidan keyin granulyasiyalangan jarohatlarga ikkilamchi choklar quyishda qiyinchiliklar yuzaga keladi, bu tikiladigan elementlarning har xilligiga, ba'zan esa jarohatning xarakteriga va chuqurligiga bog'liq bo'ladi. Bunday holatlarda oddiy tugunli, "ko'rpacha", odatiy xalqasimon yoki uzluksiz ikkilamchi chok quyish talabni qondirmaydi (jarohat chakkalarining oxirigacha yaqinlashishi, devorlarining maksimal adaptatsiyasi va boshq.). Shuning uchun maxsus ikkilamchi Spasokukotskiy choki qo'llaniladi (1.6-rasm).

Odatda teriga qo'yilgan choklar ma'lum muddatdan so'ng olib tashlanadi. Bunda chok tugunlarini pinset bilan mahkam ushlab, ip terining ustki qismiga ozgina chiqariladi va qaychining o'tkir uchi bilan ana shu ipning teri ustki sohasidagi qismi kesiladi hamda chok olib tashlanadi (1.7-rasm).

Urologik a'zolarida qo'llaniladigan choklar. Urologiya amaliyotida buyrak, buyrak jomi, siydik nayi, qovuq, prostata bezi, siydik chiqarish kanali, olat, yorg'oq, moyak va uning ortig'ida bajariladigan opera-siyalarda turli xil urologik choklardan foydalaniladi.



1.6-rasm. Spasokukotskiy choki
(Yu.M. Lopuxin, 2002).



1.7-rasm. Teridagi chokni olish
(Yu.M. Lopuxin, 2002)

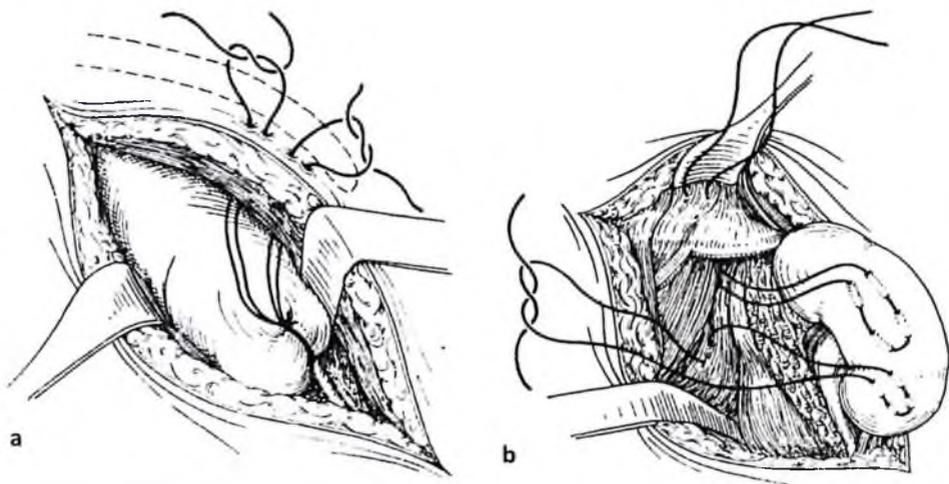
Buyrakka qo'yiladigan choklar. Buyrakka (ko'pincha parenximasiga) asosan nefropeksiyada, shikastlanishlarida, toshni olib tashlash va buyrak o'smalarida uning qisman rezeksiyasi bajarilganda jaroxatni bir-lashtirish hamda gemostaz maqsadida choklar qo'yiladi.

Nefropeksiyani bajarish uchun maxsus choklardan foydalaniladi. Nefropeksiyaning bir qancha usullari mavjud: 1) fiksatsiya qilinadigan ip buyrak parenximasidan o'tkaziladi; (1.8 a,b-rasmlar) 2) buyrakni mustahkamlash fibroz kapsulaga chok qo'yish bilan amalga oshiriladi; 3) buyrakning fiksatsiyasi yog' kapsulasini tikish orqali erishiladi.

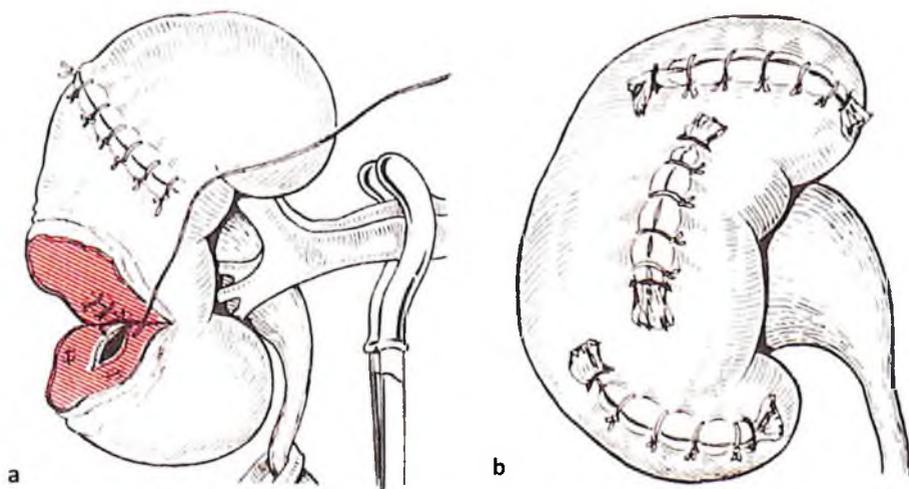
Nefrotomiyadan so'ng choklar quyidagicha qo'yiladi: oldin buyrakning barcha qavatlaridan 2-3 ta so'riladigan ip yarimoysimon ignada shunday o'tkaziladiki, ignaning kirish joyi a'zoning oldingi yuzasiga, ignaning chiqish joyi esa buyrakning orqa yuzasiga to'g'ri kelsin.

Tugunlar buyrakning qavariq yuzasida parenximani kesib o'tmaydigan qilib bog'lanadi. Bundan tashqari "ko'rpacha" yoki buyrakning ichida kesishib tashqarisida bog'lanadigan 8-simon choklar ham qo'llaniladi. Ikkinchi qator chok – uzluksiz chok buyrakning fibroz kapsulasiga qo'yi-ladi.

Buyrak shikastlanishida va jaroxatida tugunli yoki P-shaklidagi choklar qo'yiladi (1.9-rasm). Choklarni iqo'yganda parenximaning kesilish



1.8-rasm. Nefropeksiya. a-ikkitalik ip buyrakning pastki qutbidan utkazib tortiladi va buyrak shu iplar bilan XII qovurg'aga fiksatsiya qilinadi; b-buyrak bel mushaklari fassiyasiga buyrak fibroz kapsulasidan o'tkazilgan iplar bilan fiksatsiya qilinadi (I. Littman, 1985).

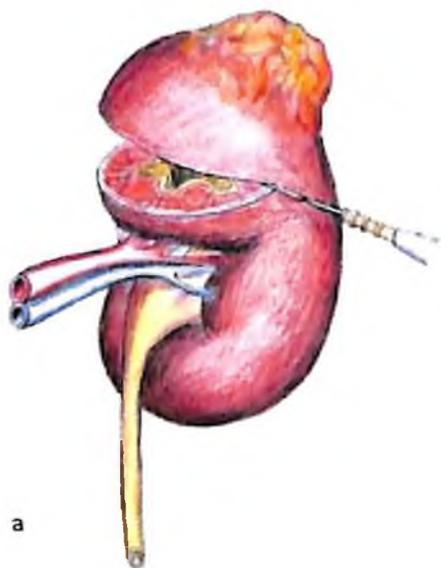


1.9-rasm. Buyrakning shikastlanishi: a-buyrak yorilishini tikish; b-buyrak yorilishida majaqlangan mushak to'qimasini ishlatib choklar qo'yish (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

extimoli va xavfi yuqori bo'lganda Belingauzen usuli qo'llaniladi: suriladigan iplar bir qism mushak ustidan tortib bog'lanadi. Qonayotgan katta qon tomirdan qonashni to'xtatish uchun ularning atrofiga aylanasiga uzluksiz choklar qo'yiladi va bog'lanadi. Chuqur jaroxatdagi mayda qon tomirlardan qonashlarni to'xtatish uchun jaroxat ichiga mushak fragmenti yoki gemostatik gubka joylashtiriladi va P-shaklidagi uzluksiz tugunli choklar qo'yiladi. Jaroxat chetlariga suriladigan iplar bilan tugunli choklar quyiladi, bunda choklar kesib yubormasligi uchun buyrak kapsulasining o'zi ipga olinadi. Buyrak rezeksiyasi turli sabablar tufayli amalga oshirilishi mumkin, ular ichida asosan buyrak o'smalari va og'ir shikastlanishlar asosiy o'rinni egallaydi. O'smalar tufayli buyrak qisman rezeksiya qilinganda juda kuchli qonash ro'y beradi. Bunday qonashni to'xtatish maqsadida rezeksiya qilingan sohada bir necha qavatli tugunli va uzluksiz choklar qo'yiladi (1.10-rasm).

Siydik tosh kasalligida toshni olib tashlagandan so'ng kesilgan ja-roxat tikilishi lozim. Agar toshni olishda qiyinchiliklar tug'ilib pielokalikotomiya qilingan bo'lsa, unga ikki qavat: oldin buyrak kosacha-jomiga, keyin uning ustidan parenximasiga birin-ketin choklar qo'yladi (1.11-rasm).

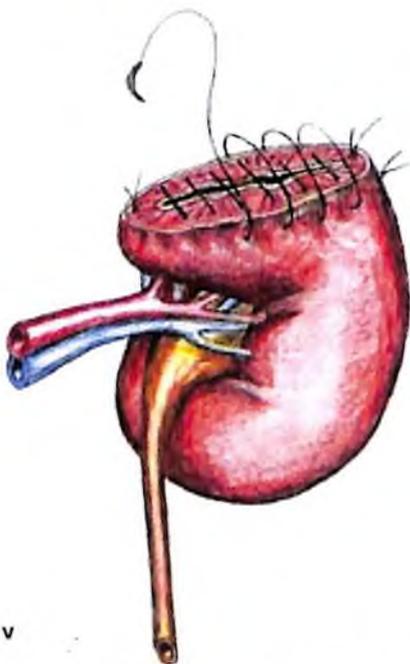
Buyrak jomiga qo'yiladigan choklar. Buyrak jomiga asosan buyrak jomidan tosh olinganda (pielolitotomiya), tug'ma nuqsonda (gidronefroz) turli choklar qo'yiladi. Buyrak jomidan tosh olingandan so'ng ikkita chakkasi



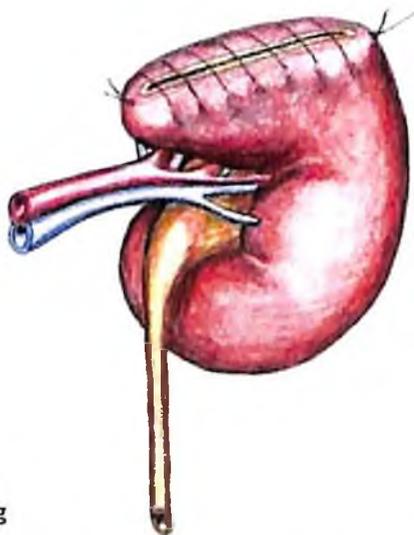
a



b

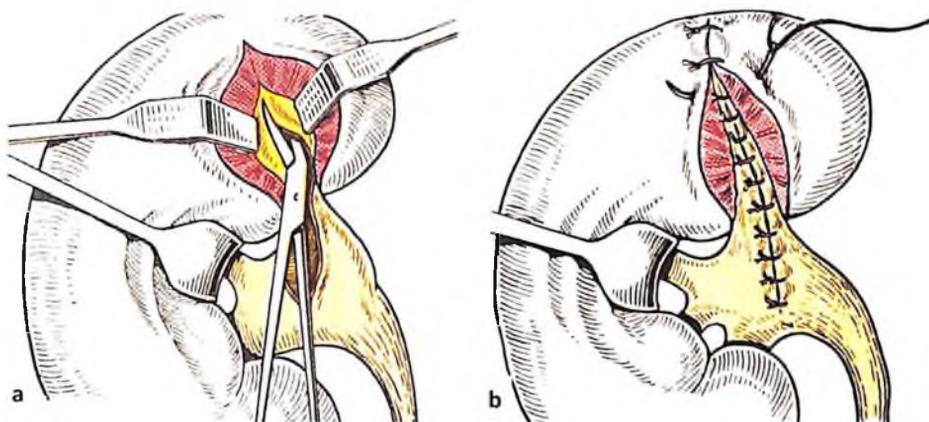


v



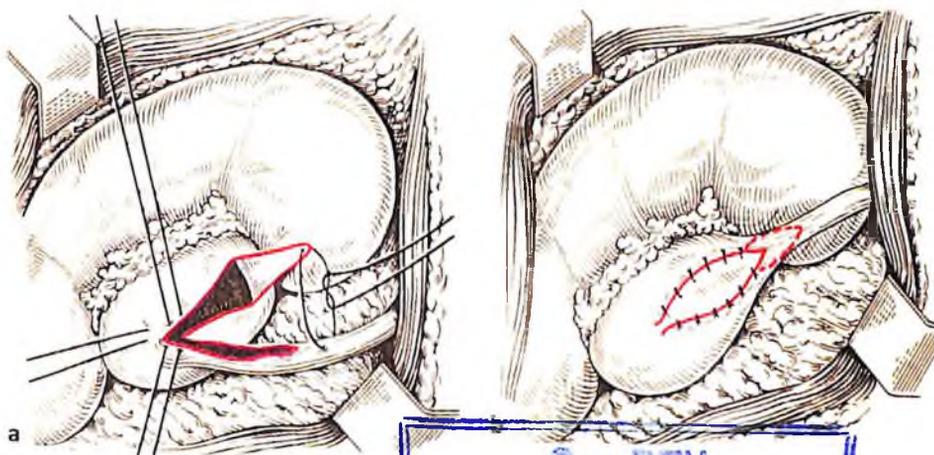
g

1.10-rasm. Buyrakning o'sma kasalligida buyrakning qisman rezeksiyasi: a-g operatsiya bosqichlari, choklarning qo'llanilishi (S.A. Allazov, 2020)



1.11-rasm. Pielokalikotomiya. a-toshni olish uchun jom orqali kosachaning xam kesilishi; b-tosh olib tashlangandan so'ng oldin jom-kosacha tizimi so'ngra ustidan parenxima tugunli choklar bilan tikilish sxemasi (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

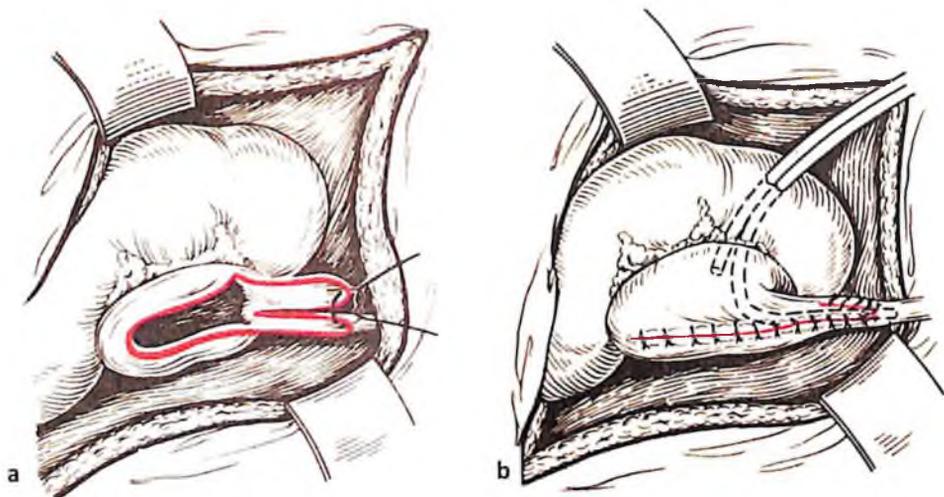
yaqinlashtirilib tugunli yoki uzluksiz choklar quyiladi, choklarning germetik bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Buyrak jomiga eng ko'p tug'ma nuqsonlaridan – gidronefroзда Foli (1.12-rasm) va Kalp de Virdu (1.13-rasm) usullarida jom-siydik nayi segmentini plastika qilganda qo'yiladigan choklarda asosan ketgut iplari ishlatiladi. Choklar tugunli yoki uzluksiz qo'uyilishi mumkin.



1.12-rasm. Gidronefrozni Foli usulida plastika qilish operatsiyasida qo'llaniladigan choklar: a-b-bosqichlar (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

axborot-resurs markazi

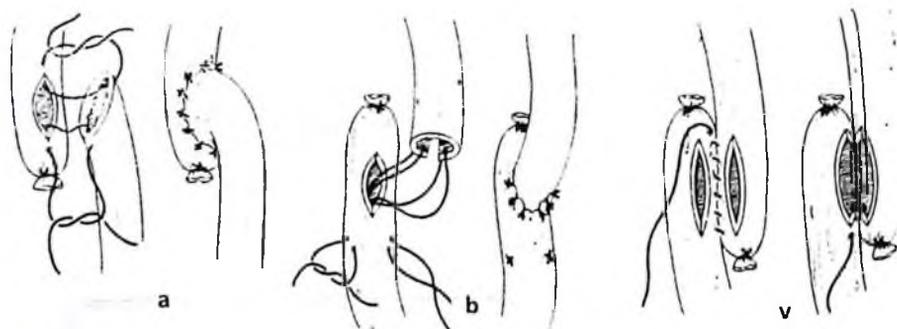
17 318951



1.13-rasm. Gidronefrozni Kalp de Virda usulida plastika qilish operatsiyasida qo'llaniladigan choklar: a-b-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

Siydik nayiga qo'yiladigan choklar. Siydik nayiga uning har xil shikastlanishlarida, to'liq uzilishida, undan toshni olgandan keyin, siydik nayining strikturalarida rezektsiya qilinib har xil turdagi anastomozlar shakllantirilganda o'ziga xos choklar qo'yiladi.

Siydik nayining qisman shikastlanishida (teshilishida, devorining shikastlanish) jaroxat albatta atrvmatik ignali ingichka ketgut iplari bilan tikilishi lozim. Mabodo siydik nayining to'liq uzilishida uretero-uretero yonma-uch, uchma-yon va yonma-yon anastomozlar shakllantirilganda ketgut iplari bilan tugunli choklar qo'yiladi (1.14-rasm).



1.14-rasm. Siydik nayi anastomozlarida qo'yiladigan choklar: a-yonma-uch; b-uchma-yon; v-yonma-yon (I. Littman, 1985)

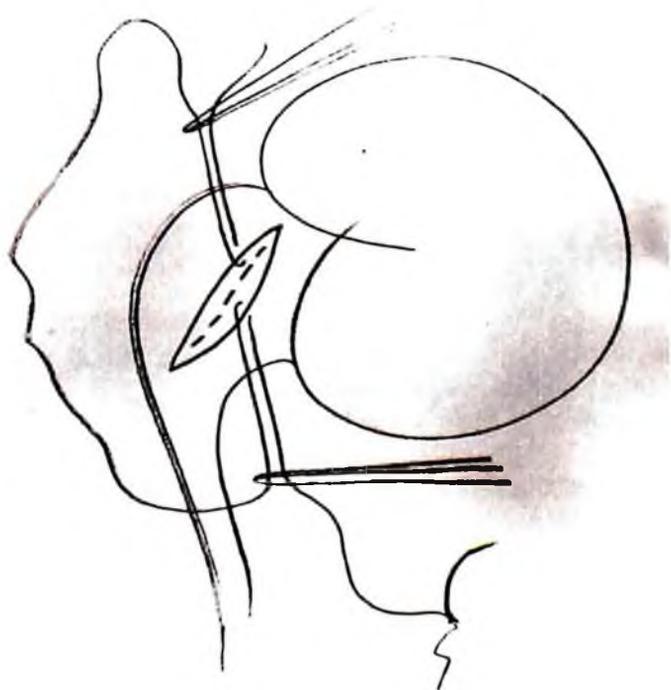
Uretero- va pielotomiyada siydik nayi va jomi yarasini tikish
(Allazov S.A., 1978).

Ma'lumki ko'pchilik uretero- va pielotomiya yoki ureterolito- va pielolitotomiya operatsiyalarida operatsion yarani tikish zarur bo'ladi.

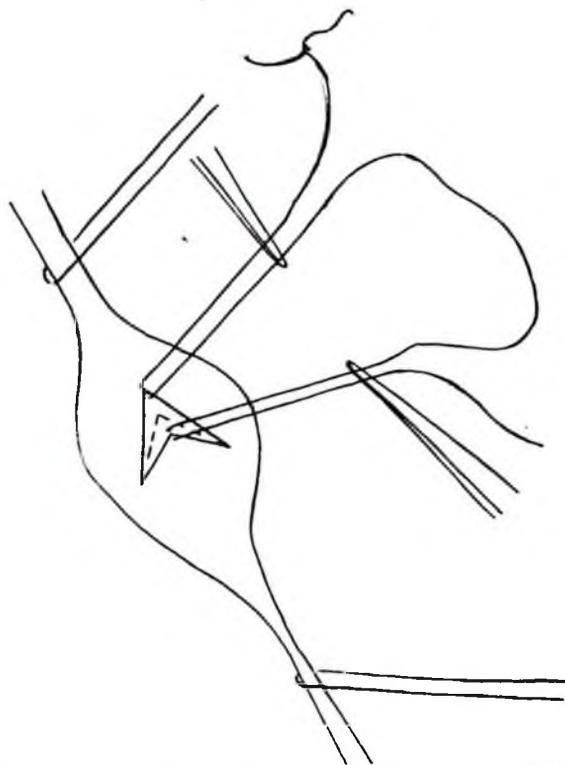
Bunda bu yaralar shilliq qavatlari qoldirilib, faqat adventitsiya va mushak qavatlari tikiladi.

Muallif siydik nayi va jomi operatsion yarasini tikishda bitta ip bilan operatsiya davomida ham ushlagich oxirida esa bir-to'la chok vazifasini bajaradigan va shilliq qavat chokka olinmaydigan usulni taklif qilgan.

Siydik nayining yoki jomining kerakli qismi ajratilib, unda tosh paypaslangandan so'ng toshning ustida a'zolar devori shilliq qavatgacha kesiladi. Adventitsiy va mushak qavat o'z holicha ochilib (ziyaniya) shilliq qavat ko'zga chalinib qoladi. So'ng shilliq qavatni olguncha advetitsiy va mushak qavatlar yarasi chakkalariga taklif qilingan chok quyidagi tartibda qo'yiladi (1.15, 1.16-rasmlar):



1.15-rasm. Pielotomiyada operatsion yarani tikish usuli (Allazov S.A., 1978)



**1.16-rasm. Ureterolitotomiyada operatsion yarani tikish usuli
(Allazov S.A., 1978)**

1. Yaraning bir chakkasida adventitsiyaga ignani botirib mushak va shilliq qavatlar oralig'idan chiqarib olish;

2. Ipni 20-30 smgacha qoldirib olib yaraga kiruvchi va chiquvchi qismlarini birgalikda qisqichga fiksatsiya qilinadi;

3. Shu ipning o'zi bilan yaraning qarama-qarshi chakkasida ignani, endi shilliq va mushak qavatlar oralig'ida botirib, o'sha joyning o'zida adventitsiyadan chiqarib olish, ip yana 20-30 sm o'tkazilib, bu tomonda ham oldingidek qisqich qo'yiladi.

Shunday qilib, bitta ipning o'zi bilan yaraning ikki chakkasi fiksatsiya qilinib, shilliq qavat ochiladi va ko'zda tutilgan maqsad amalga oshiriladi, qisqichlar bo'shatilib, ipning ikki oxiri tortilib bog'lansa, ushlagich vazifasini bajarib turgan ip chok holiga keladi.

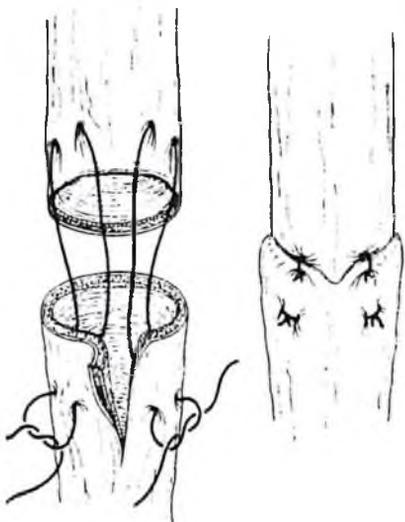
Albatta operatsiya hajmi, operatsion yara uzunligi va yo'nalishiga bog'liq holda bir nechta bunday tikish usulini bajarish mumkin.

Siydik nayining shikastlanishida yoki boshqa sabablarida uretero-uretero uchma-uch anastomoz shakllantirishda choklarni qo'yishda o'ziga xos muhim jixatlari mavjud (1.17-rasm): 1) siydik nayi choltoqlari 45° ostida qiyshiq kesiladi; 2) anastomoz kateter ustida bajariladi va u siydik nayida 7-8 kunga qoldiriladi; 3) aylanasiga tugunli choklarni qo'yish uchun $3/0-4/0$ xromlangan ketgut ishlatiladi. 4) siydik nayi shilliq qavatida tosh hosil bo'lmashligi uchun chokka olinmaydi; 5) tugunlar faqat siydik nayi uchlarining kesilgan chetlari bir-biriga yaqinlashganicha tortiladi; 6) iloji boricha vaziyatga qarab defekt peritonizatsiyasi bajariladi; 7) chanoq sohasi kletchatkasi drenajlanadi.

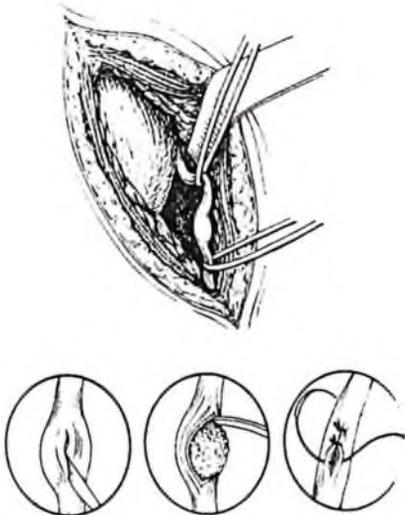
Siydik nayidan toshlarni olish uchun uning devori uzunasiga tosh ustidan kesiladi, konkrement olingandan so'ng devorlari bir-biriga yaqinlashtirilib atravmatik ignali ketgut iplari bilan tugunli choklar qo'yiladi (1.18-rasm)

Bundan tashqari siydik nayi bilan ichak orasida shakllantiriladigan anastomozlar mavjud. Siydik nayi-ichak anastomozlari siydik pufagining ayrim tug'ma nuqsonlarini xirurgik davolashning (masalan, qovuq ekstrafiyasi) umum qabul qilingan usullardan biri hisoblanadi.

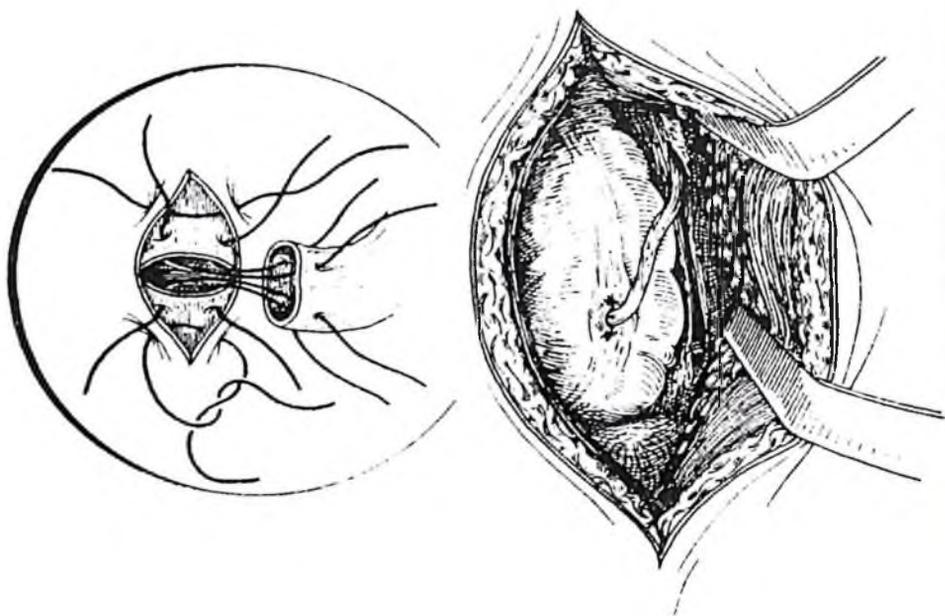
Bular orasida xirurgik va urologik amaliyotda Coffey, Cordonnier (1.19-rasm) va Leadbetter usullari ko'proq qo'llaniladi. Bu operatsiyalardagi choklar tugunli bo'ladi.



1.17-rasm. Siydik nayi uchma-uch anastomozida choklarning qo'yilish texnikasi (I. Littman, 1985).



1.18-rasm. Siydik nayidan tosh olingandan so'ng uning devorlariga choklar qo'yilishi (I. Littman, 1985)

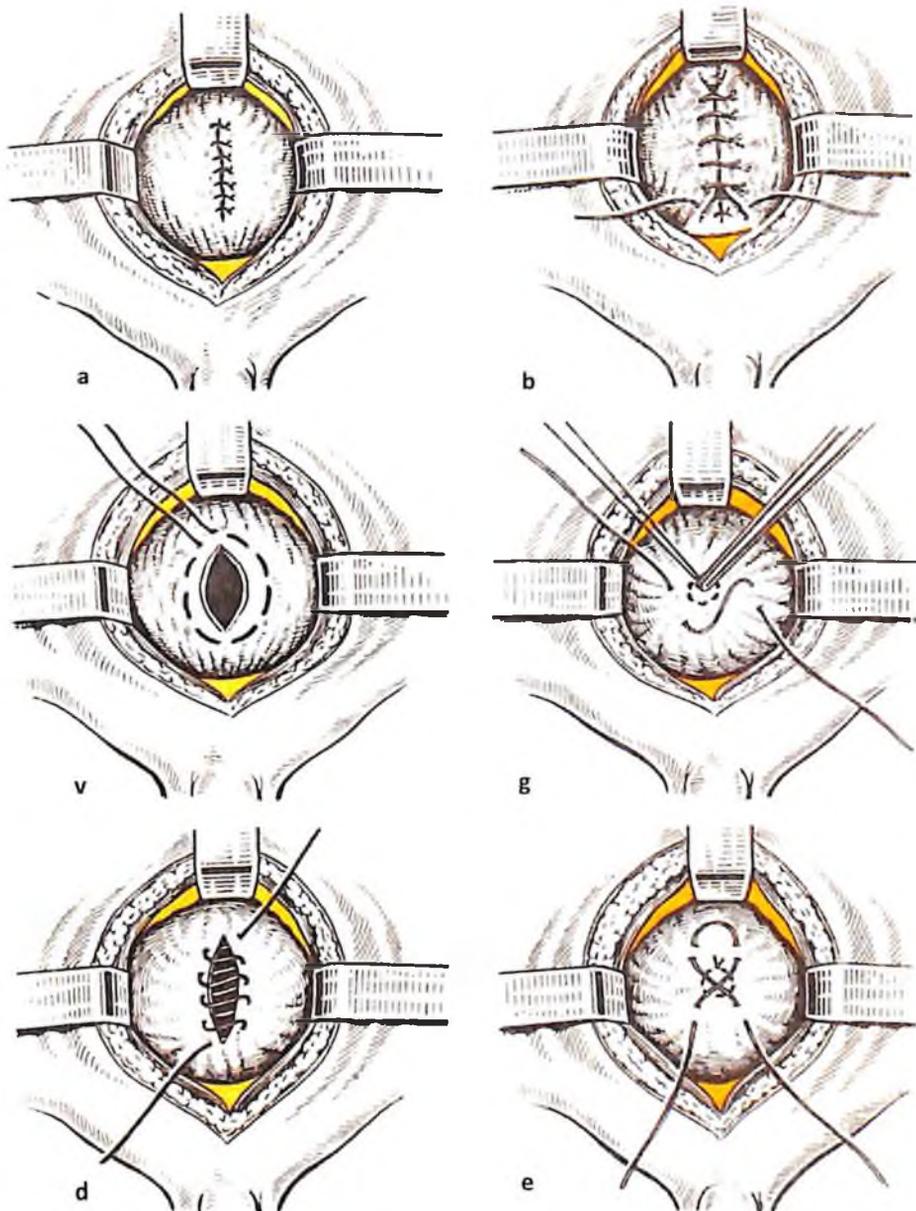


1.19-rasm. Siydik nayi-ichak anastomози. Cordonnier bo'yicha siydik nayi proksimal cho'ltog'ning uchi sigmasimon ichakka implantatsiya qilinganda qo'yiladigan choklar texnikasi (I. Littman, 1985)

Siydik pufagiga qo'yiladigan choklar. Qovuqqa choklar ko'pincha uning shikastlanishida, ayrim tug'ma nuqsonlarida, toshni olgandan sung jaro-hatni tikishda, siydik nayining distal qismidagi striktura tufayli siydik pufagi kesilib o'ziga xos choklar qo'yiladi. Siydik pufagiga qo'yiladigan choklar umumiy qilib 1.20-rasmda ko'rsatilgan.

Siydik pufagi shikastlanishi ikkiga: qorin parda ichiga va qorin parda tashqarisiga bo'linadi, bunda siydik qovuq atrofidagi kletchat-kaga yoki qorin bo'shlig'iga qo'yiladi.

Siydik pufagi jaroxatiga choklar qo'yish uchun zarur to'qimaga sharoitlar quyidagilardan iborat: 1) siydik pufagi devoridagi jaroxat teshigining defekti aniqlangandan so'ng anatomik pinsetlar yoki choklar bilan qo'yilgan ushlagichlar bilan ikki yon tomonga sekin tortilib ochiladi; 2) siydik pufagining jaroxati (aperturasi) katta bo'lsa siydik nayi teshikchalarini (ogizchalarini) albatta ko'rib olish kerak, chunki tikayotgan vaqtda ularni chokka qushib olish mumkin. Siydik pufagi devorining butunligini tiklash uchun ikki qator vertikal tugunli choklar qo'llaniladi. Birinchi qator choklar siydik pufagi devorining shilliq qavatiga tekmasdan mushak qavatiga qo'yiladi.



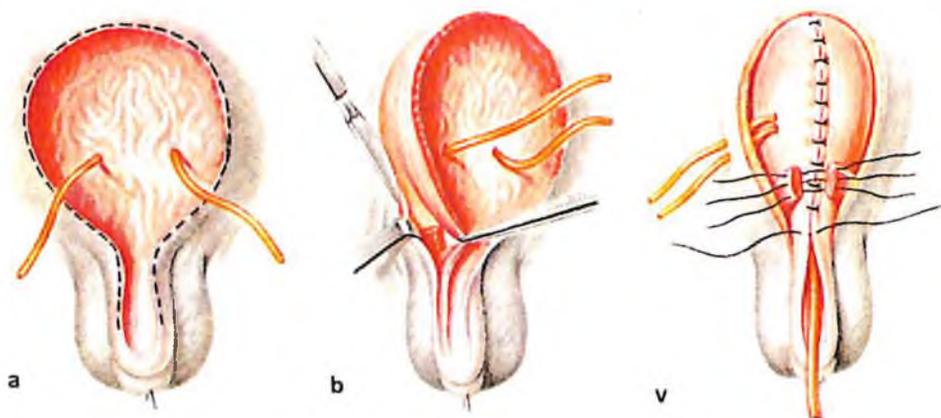
1.20-rasm. Siydik pufagi jaroxatini tikish variantlari va bosqichlari: a-birinchi qator choklar; b-ikkinchi qator choklar; v-kisetli chok; g-Z-simon chok; d-uzluksiz chok; e-8-simon chok (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

Bu choklar uchun yumaloq ignalar va ketgut iplari ishlatiladi. E'tibor berish kerak, so'rilmaydigan iplar bilan siydik pufagi devorini tikish unda ligatur-reli toshlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Ikkinchi qatordagi tugunli choklar birinchi qatordagi choklarga orientir qilinib ularning orasidan navbatdagi qavatda tikib chiqiladi. Siydik pufagining qorin parda tashqarisiga yorilgan shikastlanishlarida ular uchun ketgut iplar ishlatiladi. Operatsiya qoida bo'yicha sistostomiya va qovuq atrof kletchatkasining drenajlanishi bilan yakunlanadi.

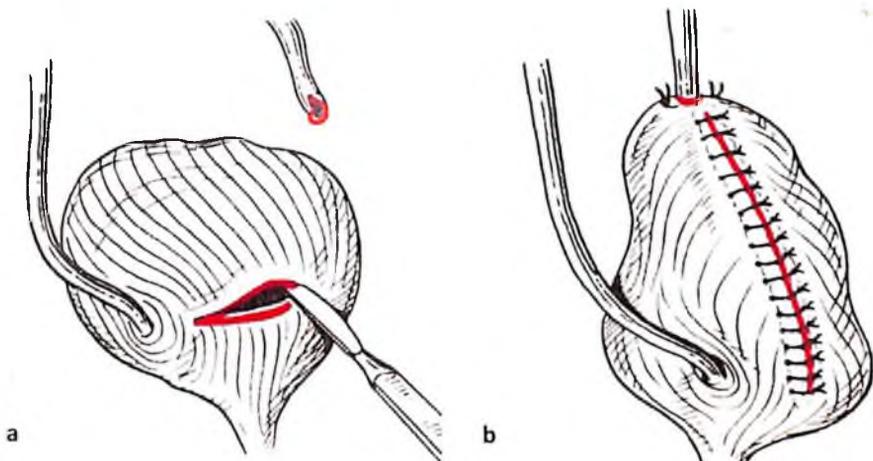
Siydik pufagidagi nuqsonlardan ko'proq uchraydigani qovuq ekstrafiyasidir. Bu og'ir tug'ma nuqson bo'lib, qovuqning oldingi devori bo'lmaydi. Bu anomaliyada mahalliy to'qimalardan qovuqning oldingi devori shakllantiriladi, undan tashqari shakllantirilgan qovuqning devoriga ham choklar qo'yilib qov suyaklari bilan siydik pufagi orasidagi butunlik tiklanadi (1.21-rasm).

Siydik nayi pastki uchligining keng shikastlanishida Demel operatsiyasi qo'llaniladi. Bunda siydik nayining chanoq sohasidagi zararlangan qismi rezektsiya qilinib, o'sha sohada siydik pufagining yuqori qismida deyarli teng o'rtasidan keng qilib kesilib uning yuqori qismidan nay shakllantiriladi va yuqorisiga siydik nayining rezektsiya qilingan qismi implantatsiya qilinadi. Bu operatsiyada asosan tugunli choklar qo'yiladi (1.22-rasm).

Siydik pufagida shunga o'xshash operatsiyalardan yana biri - Boari usulidir. Bu operatsiya siydik naylarining chanoq qismi strikturalari yoki

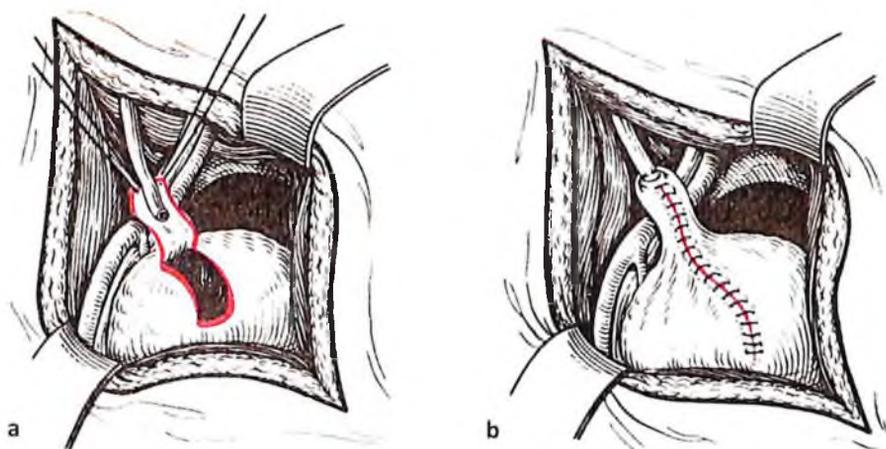


1.21-rasm. Siydik pufagi ekstrafiyasida qovuq oldingi devorining shakllan-tirilishi va unga xamda qov suyaklariga choklarning qo'yilishi: a-v-bosqichlari (Yu.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989)



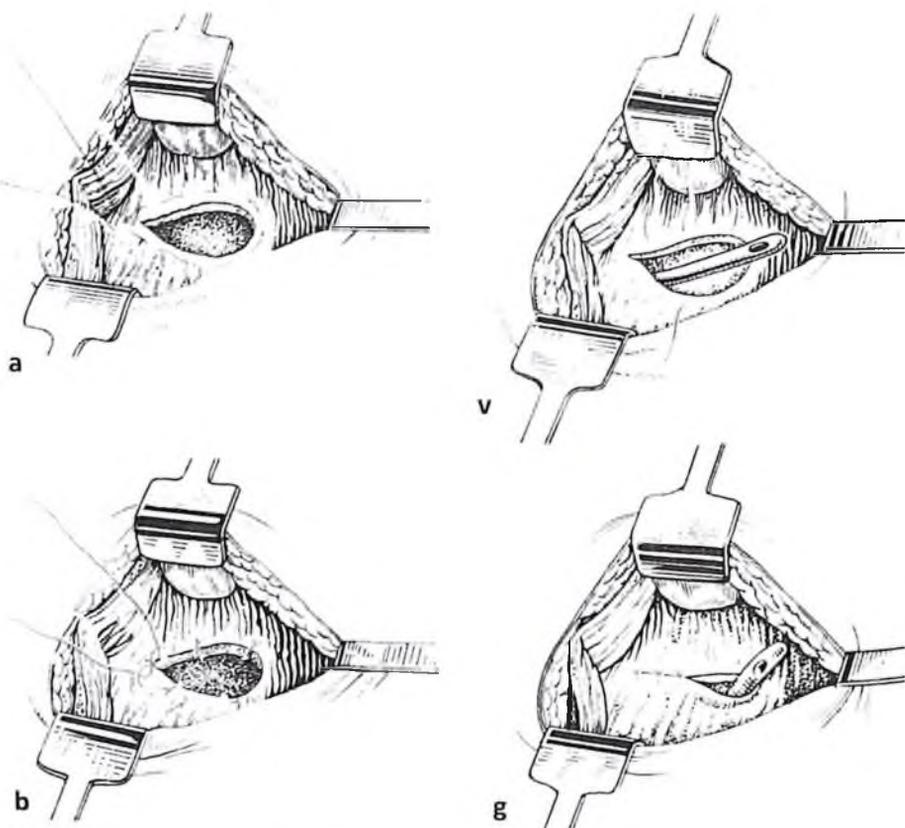
1.22-rasm. Demel operatsiyasida siydik pufagi devoriga choklarning qo'yilishi: a-b-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

obliteratsiyalarida bajariladi. Operatsiyaning mohiyati zararlangan siydik nayi tomonidagi siydik pufagi devorida ikkita uzunasiga qilib kesib olinib, nay shakllantiriladi va unga zararlangan siydik nayining pastki qismi ulanadi. Bunda tugunli choklar qo'yiladi (1.23-rasm).



1.23-rasm. Boari operatsiyasida siydik pufagi devoriga choklarning qo'yilishi: a-b-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

Prostata beziga qo'yiladigan choklar. Umuman prostata bezining o'ziga choklar qo'yilmaydi, unda bajarilgan ayrim operatsiyalardan keyin kapsulasiga choklar qo'yiladi. Bunday operatsiyalar orasida prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi (adenomasi) tashxisi bilan qovuq orqali bir lahzali adenomektomiya amaliyoti bajarilgandan so'ng gemostaz maqsadida prostata bezi kapsulasiga har xil usullarda maxsus choklar qo'yiladi (1.24-rasm). Adenoma joyiga (lojasiga) doimiy ligaturalarni o'rnatishdan maqsad prostata bezi adenomasi kapsulasidagi shikastlangan distal qon tomirlarini mexanik bosish, siydik pufagi shilliq qavatini uretraning proksimal qismiga tortib yaqinlashtirishdan iboratdir va bu o'z navbatida qovuq-uretral segmentning shakllanishiga va qovuq oldi bo'shlig'i paydo bo'lishining oldini oladi.



1.24-rasm. Adenoma lojasini tikish: a-kisetli chok qo'yish; b-Xarris bo'yicha kapsula chetlariga choklar qo'yish; v,g-adenoma lojasini Grinchak bo'yicha tikish (Allazov S.A.; 2019)

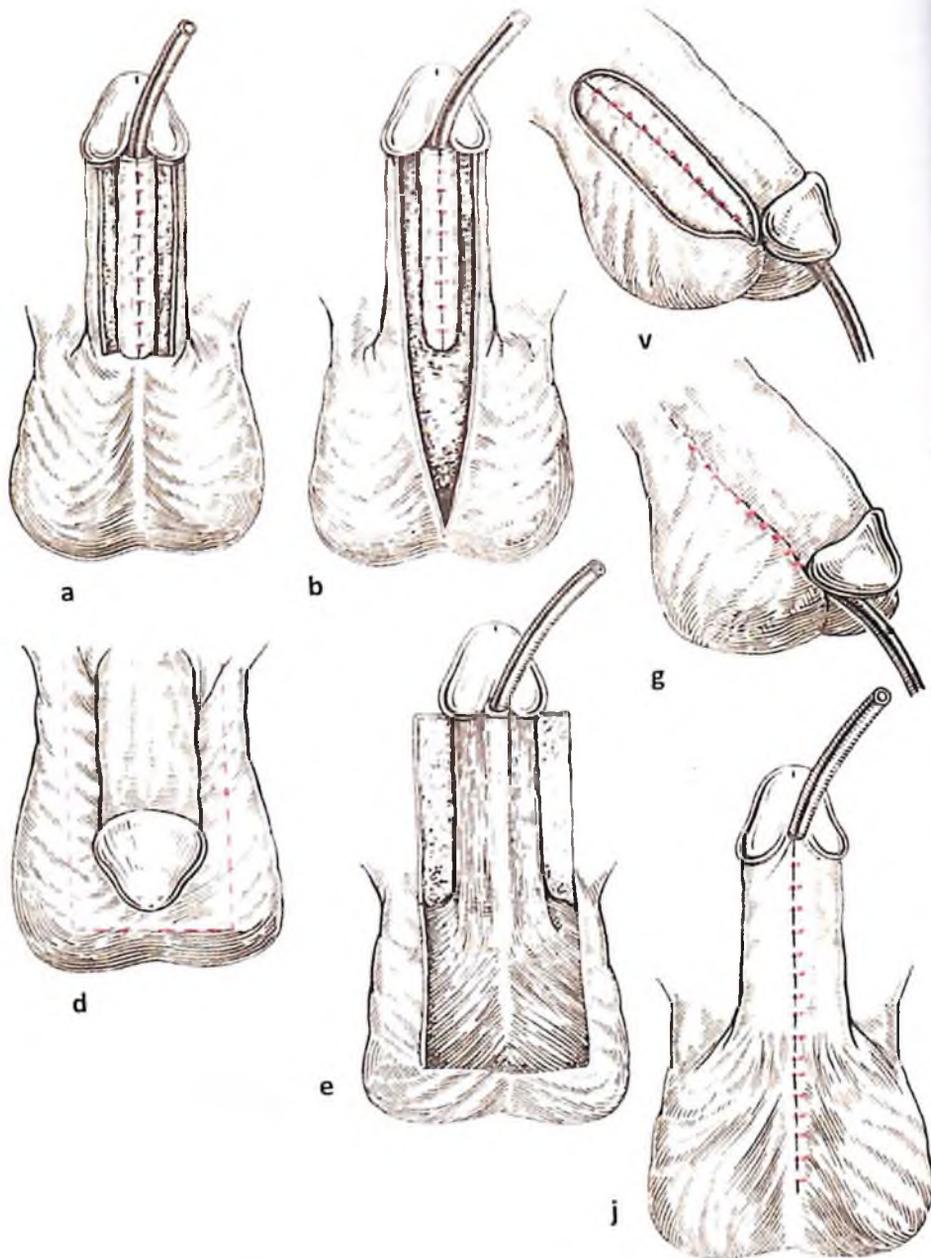
Siydik chiqarish kanaliga qo'yiladigan choklar. Siydik chiqarish kanaliga uning anomaliyalarida, shikastlanishlarida, strikturalarida, oqmalarida bir necha xil turdagi choklar qo'yiladi. Choklar tugunli yoki uzluksiz qilib qo'yilishi mumkin.

Siydik chiqarish kanali anomaliyalari orasida ko'p uchraydigani bu gipospadiya va epispadiya hisoblanadi. Gipospadiyalarni bartaraf qilishda ko'plab mualliflarning operatsiyalari taklif etilgan. Bu operatsiyalarning har birida choklarning qo'yilishi turlicha bo'ladi. SHular ichida gipospadiyada qilina-digani Cecil-Culp-Bucnall usulida teri defektini plastika qilish (1.25-rasm) va uretral oqmani Duplay usulida bartaraf qilish (1.26-rasm) ko'proq qo'llaniladi. Bu operatsiyalardagi choklar asosan tugunli qilib qo'yiladi. Siydik chiqarish kanali tug'ma nuqsonlari ichida epispadiya ham tez-tez uchrab turadi. Uning boshcha, tana, total turlari farqlanadi. Bular orasida tana turi kup uchrab uning operatsiyasida ko'p qo'llaniladigani Duplay usuli hisoblanadi (1.27-rasm). Choklar ikki qavatli tugunli qilib qo'yiladi.

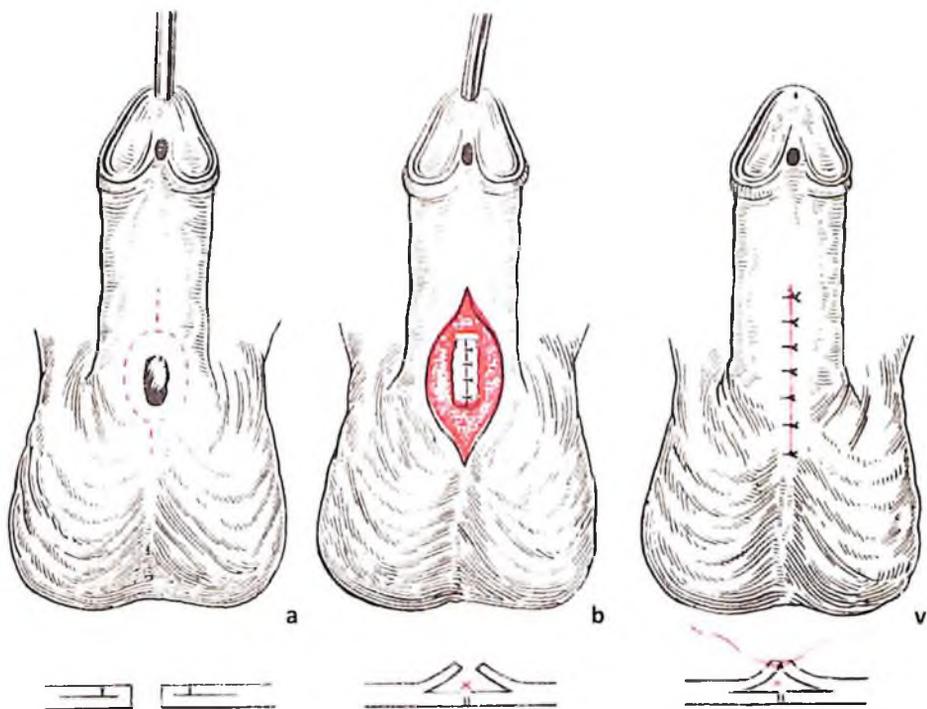
Siydik chiqarish kanali shikastlanishlari – bu turli predmetlar bilan urilib yoki unga yiqilishi natijasida uning devori butunligining har xil darajadagi buzilishidir. Siydik chiqarish kanali shikastlanishi ko'pincha erkaklarda uch-raydi, uning yopiq va ochiq turlari farqlanadi. Lokalizatsiyasiga qarab siydik chiqarish kanali shikastlanishi prostata, pardali va gubkasimon qismida bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining yopiq jaroxatlari asosan konservativ yo'lar bilan davolanadi, ochig'i esa o'preativ davoni talab qiladi. Uretra osiluvchi qismining shikastlanishida choklarning qo'yilishi 1.28-rasmda keltirilgan.

Siydik chiqarish kanali chandiqli torayishi (strikturasi) ham operativ davolanadi. Bu patologiyada Xolsov usulida uretraning toraygan qismi rezeksiya qilinib, uchma-uch anastomoz qo'yish eng ideal operativ davo hisoblanadi (1.29-rasm). Bunda uretraning toraygan qismi atrof to'qimadan ajratilib uning yuqorisidan va pastki uchidan ikkita ushlagichga (derjalkaga) olinadi, shundan so'ng striktura qismi sog' to'qimagacha rezeksiya qilinadi va ikkala uchlari bir-biriga yaqinlashtirilib ketgut iplari bilan 4-6 ta tugunli choklar qo'yiladi. Birinchi choklar uretraning oldingi devoriga qo'yiladi, so'ngra kateter kiritilib uretraning qolgan qismi tikib chiqiladi. Choklarni butun qavatidan utkazish mumkin. Kateter olib tashlanadi yoki 10-12 kunga qoldiriladi. Siydik chiqarish kanalining periferik uchi yaqin atrofdagi to'qimalarga fiksatsiya qilinadi.

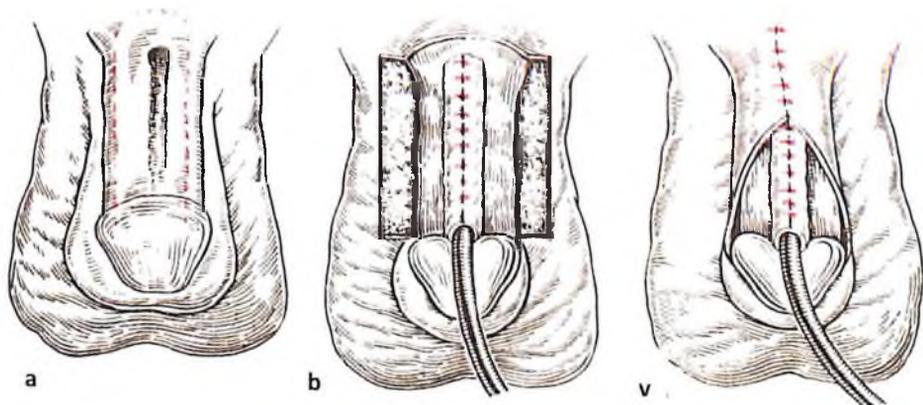
Jinsiy olatga qo'yiladigan choklar. Jinsiy olatga asosan sirkumsiziyada, kalta uzangichali olatda, olat o'smalaridagi amputatsiyasida, Peyroni kasalligida o'ziga xos choklar qo'yiladi.



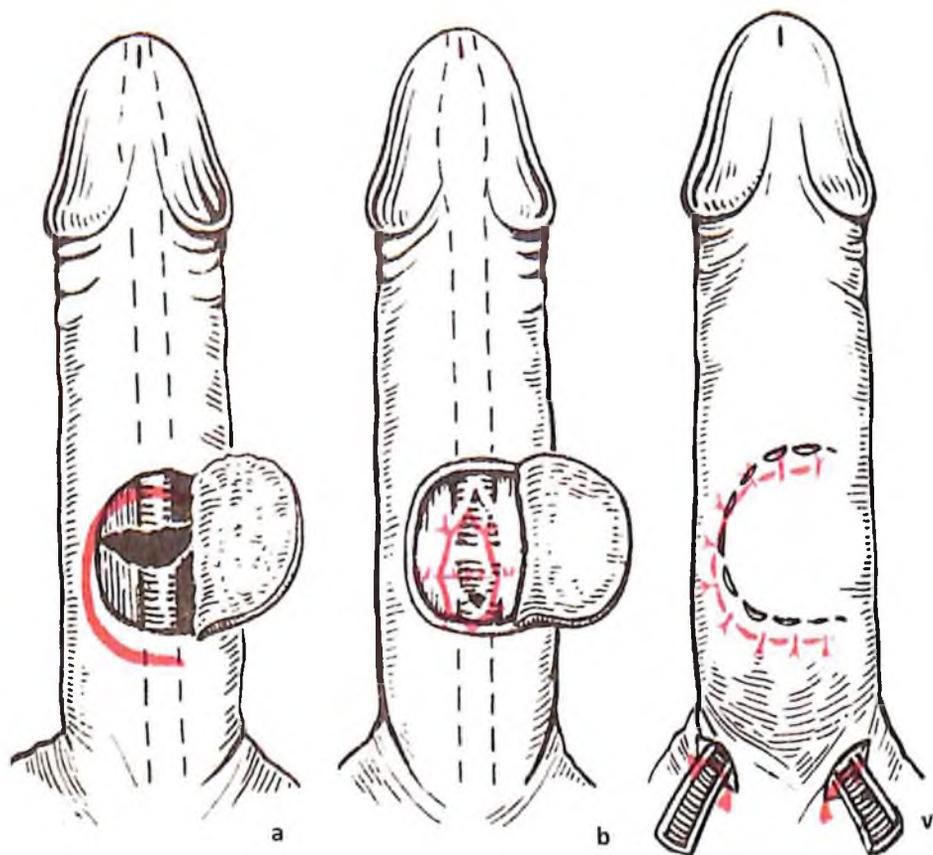
1.25-rasm. Gipospadiyada teri defektini Cecil-Culp-Bucnall bo'yicha plastika qilingan
 choklarning qo'yilish sxemasi: a-j-boqichlari
 (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1896)



1.26-rasm. Uretral oqmani Duplay usulida bartaraf qilganda choklarning qo'yilish tartibi: a-v-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1896)



1.27-rasm. Epispadiyada uretral nayni Duplay bo'yicha shakllantirilganda choklarning qo'yilish sxemasi: a-g-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)



1.28-rasm. Uretra osiluvchi bo'limi to'rlagan (gubkasimon) qismi yangi jaroxatini Mixalovskiy bo'yicha tikish: a-g-chok qo'yish bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)

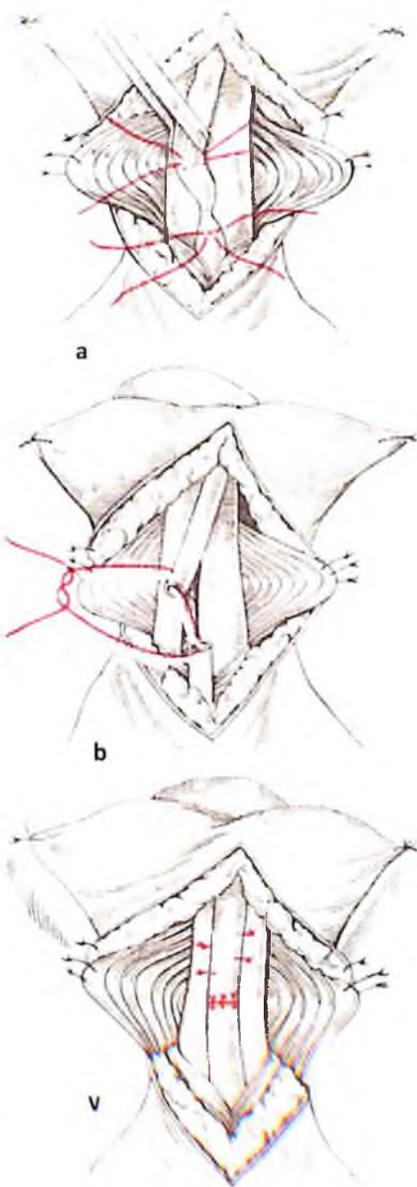
Jinsiy olat chekka kertmagining fimozida uni aylanasiga kesish amaliyoti bajariladi. Bu operatsiyaga ko'rsatma chandiqli fimoz, tez-tez qaytalanib turadigan balanopostit hisoblanadi. Bemor stolga yotqiziladi, umumiy yoki maxalliy og'riqsizlantirish ostida oldin chekka kertmak pastga tortilib olat boshchasi ochiladi va kertmak aylanasiga kesilib, qonayotgan soxalariga ketgut yoki ipak ipklar bilan 4-6 ta tugunli choklar qo'yiladi (1.30-rasm).

Kalta uzangichali olat tez-tez uchrab turadigan anomaliyalardan biri hisoblanadi. Uning klinik ahamiyati nafaqat ereksiya paytida jinsiy olatning qiyshayishidan, balki uzangichaning yirtilishi xavfi borligidan ham iborat. Bunday hollarda qonash yuz beradi, odatda shunchalik kuchli bo'ladiki

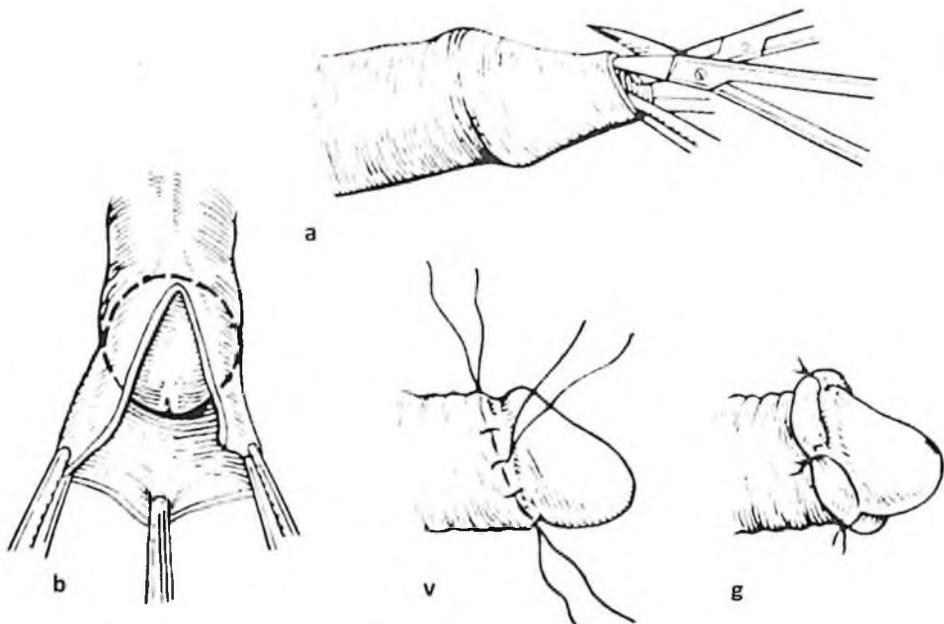
ligatura qo'yishni talab qiladi. Jinsiy olat uzangichasi ko'ndalangiga kesiladi va bo'yلامasiga tugunli choklar qo'yiladi. (1.31-rasm).

Jinsiy olat rakining har xil bosqichlarida uning amputatsiyasi bajariladi. Operatsiya o'smaning radikal olib tashlanishiga yo'naltirilgan. Amputatsiya narkoz ostida o'smadan 2,5-3,5 sm proksimal tomondan bajariladi. Olat ildizi ingichka rezina bilan qisiladi (jgut qo'yiladi), olat boshchasi qisqich bilan ushlanib tortiladi, aylanasiga oq parda chiqquncha teri va teri osti kletchaka kesiladi. So'ngra arteriya va venalar bog'lanadi. Keyinchalik ketgut iplari bilan kavernoza tanalarning oq pardasi tikib chiqiladi. Oxirida cho'ltoq shakllantirilib unga ham choklar qo'yilib tikiladi (1.32-rasm). Jinsiy olat patologiyalari ora-sida Peyroni kasalligi alohida axamiyatga ega bulib, u jinsiy olatning chuqur fassiyasi bilan kavernoza tanalar orasidagi to'siqda oq pardaning giperplastik induratsiyasi bilan xarakterlanadi. Bu kasallikda konservativ davo muvaffaqiyatsiz bo'lganda, olatning tugun tomonga qiyshayishi kuchayib borsa operativ davo bajariladi. Bunday operatsiyalar ichida ko'p qo'llaniladigani Nesbit operatsiyasidir, uning moxiyati jinsiy olatdagi tugunlarni olib tashlash va ereksiya paytida uning to'g'rilanishini ta'minlashdan iborat. Nesbit operatsiyasining bajarilish texnikasi va quyiladigan choklar texnikasi 1.33-rasm-da ko'rsatilgan.

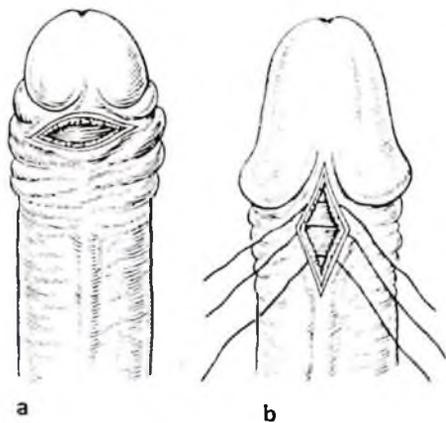
Yorg'oq a'zolariga qo'yiladigan choklar asosan moyakning anomaliyalarida, shikastlanishlarida va moyak



1.29-rasm. Uretra strikturasida Xolsov-Marion operatsiyasi:
a-v-bosqichlari (N.A. Lopatkin,
I.P. Shevsov, 1986)



1.30-rasm. Jinsiy olat kertmagini aylanasiga kesish (sirkumsiziya). a-g operatsiya bosqichlari va chok qo'yish texnikasi (S.X. Al-Shukri, V.N. Tkachuk, 2012).



1.31-rasm. Kalta uzdechkali olatda chok quyish texnikasi (S.X. Al-Shukri, V.N. Tkachuk, 2012)

pardalar istisqosida utkaziladigan operativ aralashuvlarda qo'yiladi.

Moyak anomaliyalari ichida eng ko'p kriptorxizm uchraydi. Kriptorxizm – bir yoki ikkala moyakning odatdagi joyidan (yorg'oqdan) boshqa erda (qorin, chov, oraliq) joylashishidir. Bu anomaliya operativ yo'l bilan (orxipektsiya) bartaraf etiladi.

Orxipektsiyaning mohiyati bir yoki ikkala moyakni o'z joyiga (yorg'oqqa) tushirib fiksatsiya qilishdan iborat. Bu operatsiyalar orasida ko'p qo'llaniladigani Petrival'skiy usulidir.

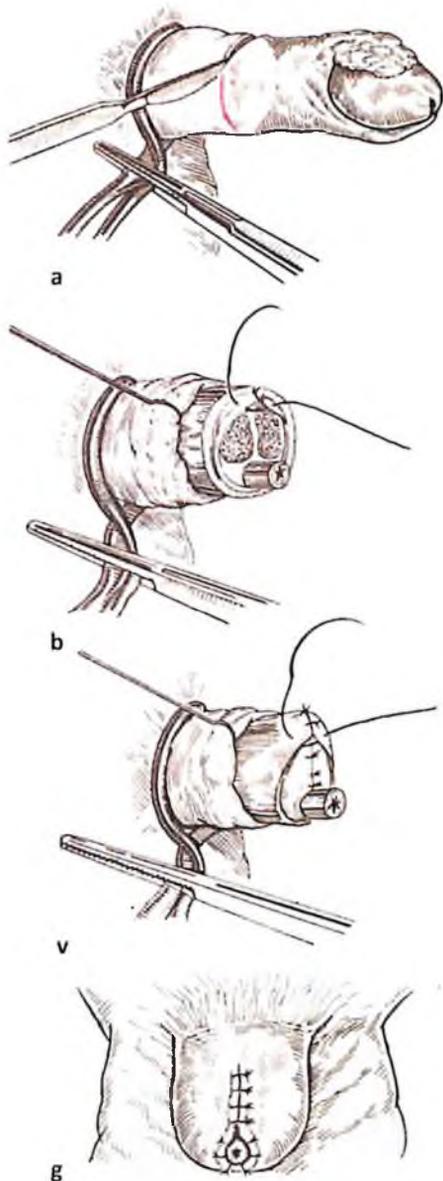
Bunda moyak topilib yorg'oqqa choklar bilan tortilib yorg'oq tubida bog'lab qo'yiladi (1.34-rasm).

Yorg'oq va moyaklarning shikastlanishi yopiq va ochiq, alohida yoki boshqa a'zolar bilan qo'shma bo'lishi mumkin.

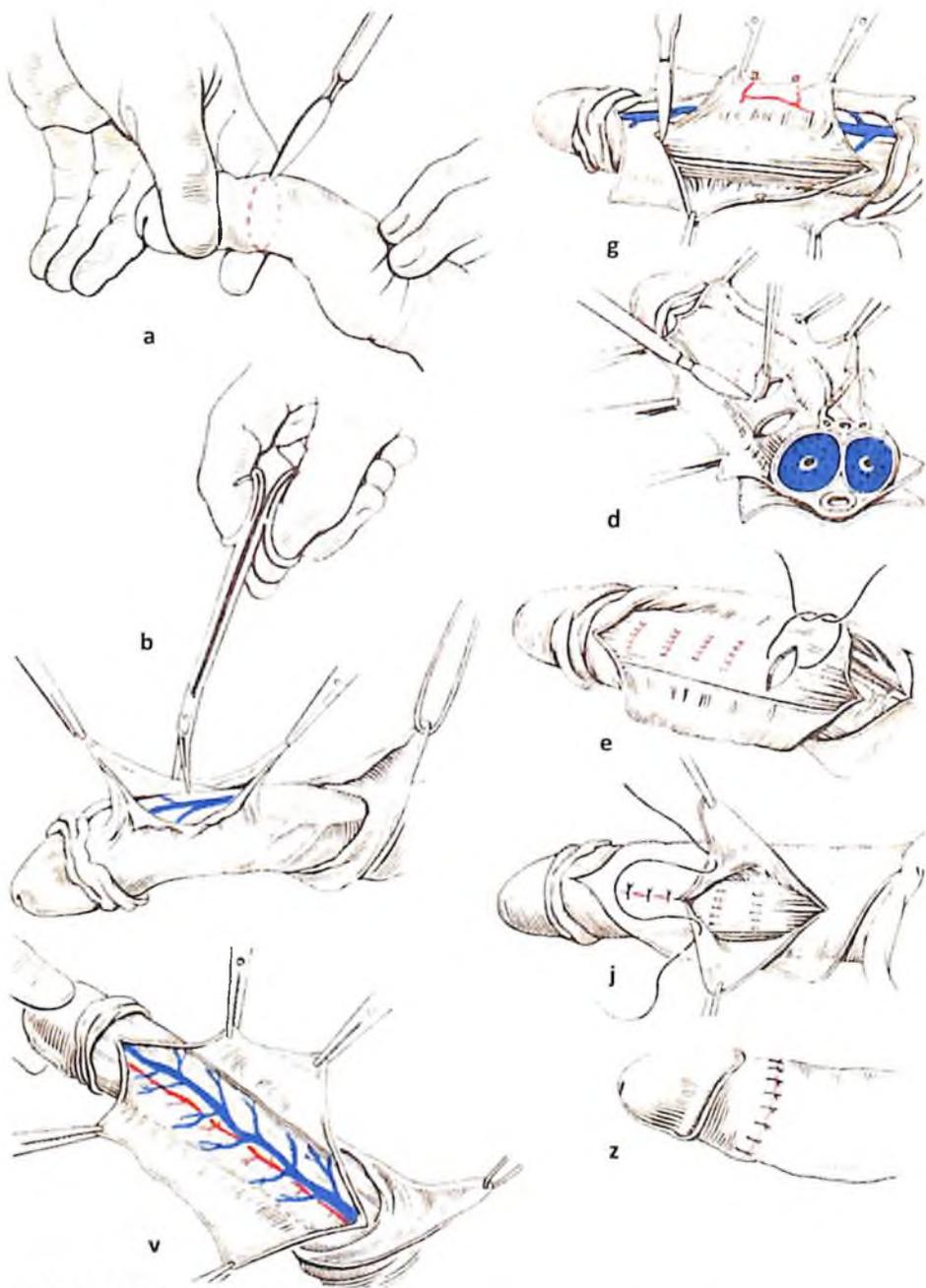
Operativ davoga ko'rsatma moyakning shikastlanishini ko'rsatadigan yorg'oqning katta va chuqur gematomalari, og'riq, talvasa, ko'ngil aynish, qusish, shok holatlaridir. Moyakning yopiq shikastlanishlarida zararlangan tomondagi yorg'oqning terisi lateral tomondan 7-10 sm uzunlikda kesilib, moyak jaroxatiga olib chiqiladi va taftish qilinadi. Agar moyakda shikastlanishlar aniqlansa uning parenximasi oq parda bilan birga qushilib ketgut iplari bilan tugunli choklar qo'yilib tikiladi (1.35-rasm).

Moyak parda istisqosi (gidrosele) – moyak qin pardasining parietal va visseral qavatlari orasida seroz suyuqlikning yig'ilishidir. Uning ko'p qo'llaniladigan ikkita operatsiya usuli mavjud: Vinkelman va Bergman. Operatsiya texnikasi va choklar qo'yilishi 1.36-rasmda ko'rsatilgan.

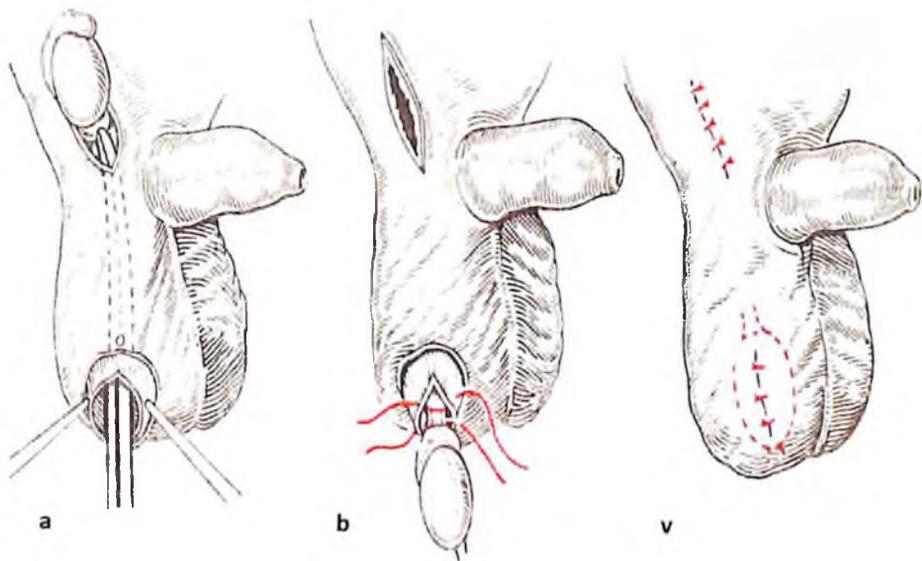
Yorg'oq a'zolarida patologik holat ikki tomonlama bo'lsa, kesim yorg'oqning o'rta chizig'i (Vesling liniyasi) bo'ylab o'tkaziladi va shu bitta yara orqali ikki tomonda ham jarrohlik amaliyoti bajarilib, yara odatdagi choklar bilan tikib chiqiladi. Yorg'oq terisini Vesling liniyasida kesishning



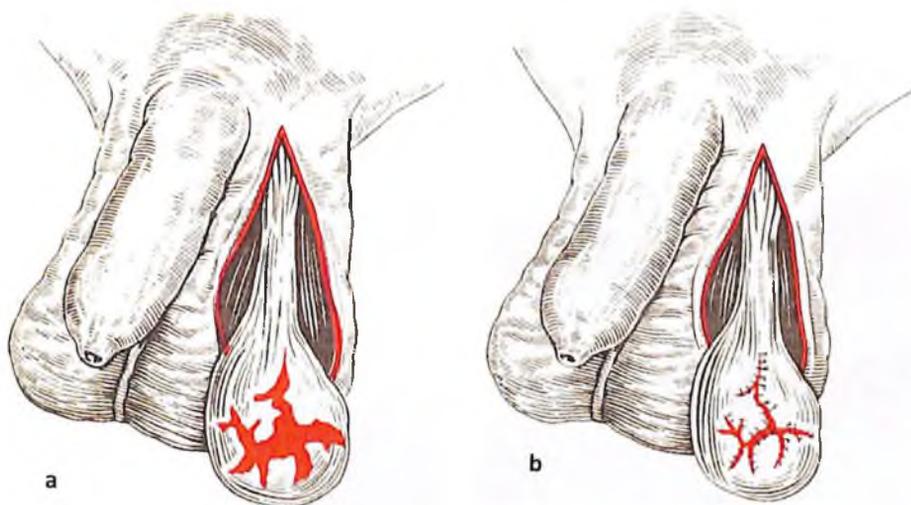
1.32-rasm. Jinsiy olat amputatsiyasi: a-g-operatsiya bosqichlari va chok qo'yish texnikasi (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986).



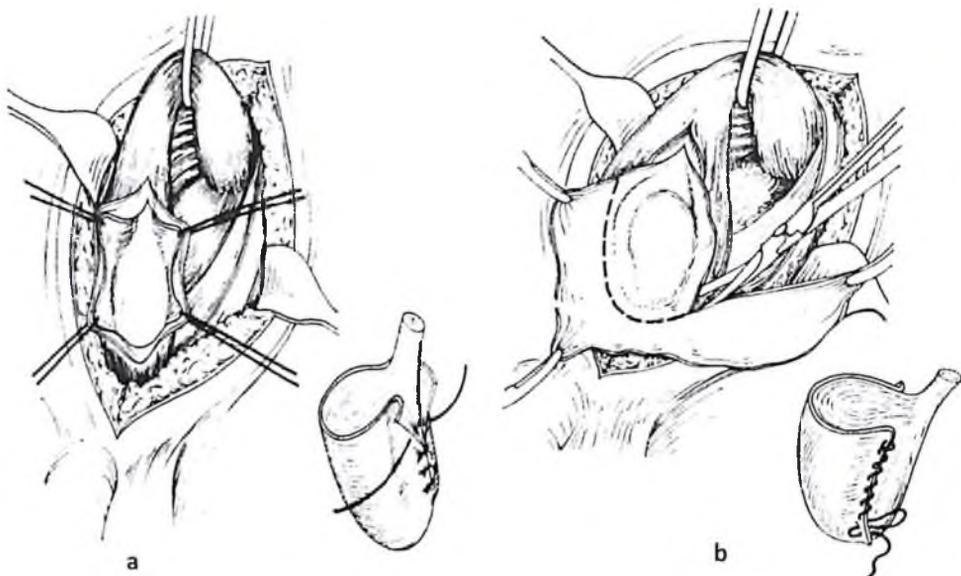
1.33-rasm. Nesbit operatsiyasi: a-z-operatsiya bosqichlari va chok qo'yish texnikasi (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986).



1.34-rasm. Moyakni pastga yorg'oqqa tushirish – Petrivalskiy operatsiyasi:
 a-v-operatsiya bosqichlari va choklarni o'rnatish texnikasi
 (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986).



1.35-rasm. Moyakning yopiq shikastlanishida oq pardaga choklarning qo'yilish sxemasi:
 a-b-bosqichlari (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov, 1986)



1.36-rasm. Moyak parda istisqosidagi a-Vinkelman va b-Bergmann operatsiya-larida moyak pardalariga quyiladigan choklar sxemasi (I. Littman, 1985).

kosmetik va moddiy jihatlari mavjud: yara bitgach, bu – operatsion chandiqlikmi yoki *raphe scrotum* mi farqlab bo'lmaydi, ikkita kesim o'rniga bitta kesim bajarish operatsiyaning moddiy tomonini belgilaydi (S.A. Allazov, 2018). Bunaqa operativ davoning misoli 1.37 - a, b, v, g, d, e, yo, j, z, i – rasmlarda ko'rsatib o'tilgan.



CHap moyak istisqosi



O'ng moyak ortig'i kistasi



v

Vesling liniyasi bo'yicha yorg'oq o'rta chizig'ining kesmasi



g

CHap moyak parda istisqosini jarohatga chiqarish



d

CHap moyak parda istisqosini ochish



e

Moyak pardalarni teskari to'nkarish



yo

Moyak pardalarni Vinkelman usulida tikish



j

O'ng moyak ortig'ining kistasi



Ikkala moyakni yorg'oqqa joylashtirish



Vesling liniyasidagi choklar

1.37-rasm. Vesling liniyasidagi kesim orqali o'ng va chap moyakda bir paytning o'zida ikkita jarrohlik amaliyotini bajarish: a – i operatsiya bosqichlari (S.A. Allazov, 2018)

Bitta kesim va og'riqsizlantirish orqali yorg'oqda bajariladigan bir nechta operatsiyalar simultan jarrohlik amaliyoti deyiladi.

2-BOB

UROLOGIK MANIPULYATSIYALAR

Urolog xonasining har kunlik ish jarayonida ayrim manipulyatsiyalarni o'tkazishga to'g'ri keladi. Ular orasida siydik pufagini kaeterizatsiyalash, turli mahalliy novokainli blokadalar, uretrani bujlash, qovuqqa dorilarni yuborish (instillyatsiya), parafimozni qo'l bilan rostlash va shunga o'xshash ko'plab urologik manipulyatsiyalar o'tkaziladi. Ushbu manipulyatsiyalarni bajarish shifokordan etarlicha nazariy bilimni va amaliy ko'nikmani talab qiladi.

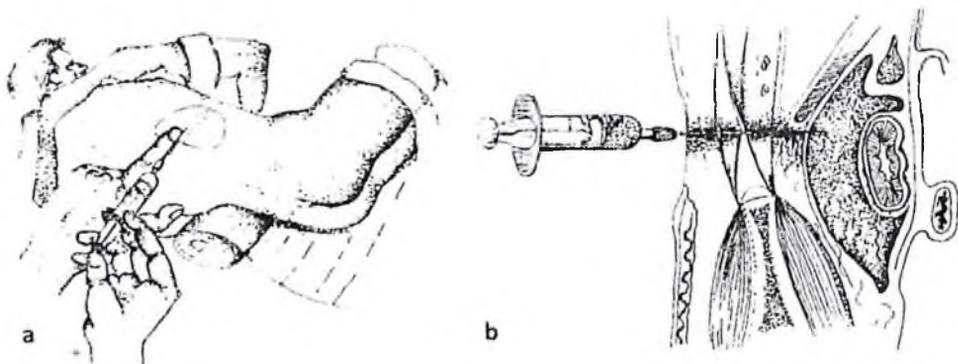
Paranefral novokainli blokada. Turli xil novokainli blokadalar orasida A.V. Vishnevsky (1932) tomonidan taklif qilingan paranefral blokada tibbiyot amaliyotida keng qo'llaniladi.

Ko'rsatma: buyrak sanchig'i.

Qarshi ko'rsatma: preparatga yuqori sezuvchanlik.

O'tkazish texnikasi: bemor yonboshga xuddi buyraklarda operatsiya qilindigan holatidagiday yotqiziladi. Bel ostiga yostiqcha qo'yiladi. Oyoqlar tizza va chanoq-son bo'g'imida bukiladi va qoringa tortiladi (2.1a-rasm). XII qovurg'a va orqa uzun mushagi hosil qilgan burchakda ingichka igna bilan novokain eritmasidan teri "jelvagi" hosil qilinadi, keyin u orqali 20 millimetrl shprintsiga o'rnatilgan uzun igna botirilib, to'qima chuqurligida yo'naltiriladi. Igna yo'nalishi teri yuzasiga qat'iy perpendikulyar bo'lishi kerak (2.1b-rasm). Igna harakati davomida novokain eritmasi uzluksiz yuborilib boriladi. Shprints ignadan davriy ravishda nazorat uchun ajratib turiladi (qon borligi). Mushak qavatlari va buyrak fassiyasining orqa varag'idan (lamina renalis posterior) keyin igna fassiyalararo bo'shliqqa tushadi. Bunda novokain eritmasini yuborishga qarshilik yo'qoladi va shprints ignadan ajratilganda suyuqlik qaytib oqib chiqmaydi. Bu, ignaning uchi fassiyalararo bo'shliqqa tushganidan dalolat beradi. Bu erda eritma buyrakning xususiy fassiyasi varaqlari orasida erkin tarqaladi. Agar ignadan eritma qaytib chiqmasa, 0,25% novokain eritmasidan 80 ml yuboriladi. Agar ignada qon paydo bo'lsa, igna ozgina orqaga tortiladi. Shunday qilib, paranefral novokainli blokada "ignadan bir tomchi ham suyuqlik, bir tomchi ham qon ajralmasin" shiori ostida amalga oshiriladi.

Bu talablarga qat'iy rioya qilish kerak. Aks holda, agar eritma no-to'g'ri yuborilsa, u mushak qavatlari orasiga tarqaladi. Bunda terapevtik effektning to'liqligi buziladi. Bundan tashqari, tez orada bemor bel sohasida zo'riqish, og'irlik, ba'zan esa og'riq seza boshlaydi.



2.1-rasm. A.V. Vishnevskiy bo'yicha paranefral novokainli blokada:
a-b-o'tkazilish texnikasi (S.A. Allazov, 2001)

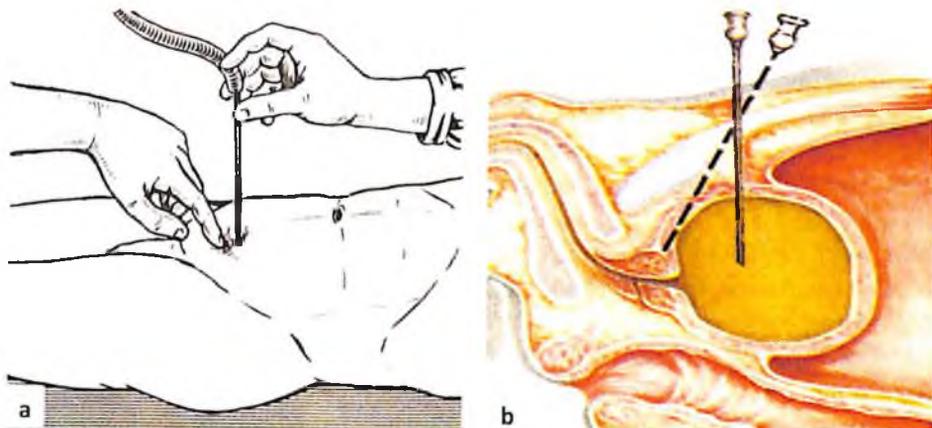
Siydik pufagi punksiyasi. Ko'p hollarda poliklinika va statsionar sharioitda siydikni diagnostik va davolash maqsadida olish uchun siydik pufagi punksiyasi qo'llaniladi.

Ko'rsatma: o'tkir siydik tutilishi paytida qovuqni kateterizatsiya qilib bo'lmasa yoki qarshi ko'rsatma bo'lsa, uretra travmasi, tashqi jinsiy a'zaolar kuyishi, siydikni klinik va bakteriologik tekshirish uchun olish hamda antegrad sistografiya.

Qarshi ko'rsatma: qovuq hajmining kichik bo'lishi, o'tkir sistit va paratsistit, siydik pufagining qon laxtalari bilan tamponadasi, qovuq o'smalari, qorin bushlig'ida qovuqning joyini o'zgartirishiga sabab buladigan katta chandiqlar va churralar (qorin parda va ichak shikastlanishini oldini olish uchun).

O'tkazish texnikasi: siydik pufagi punksiyasini o'tkazishdan oldin qovuqning etarlicha to'lganligiga amin bo'lish kerak (ishonch hosil qilish kerak). Bemor stolga chanoq qismi biroz ko'tarilgan holatda yotqiziladi. Punksiya qilinadigan soha spirt va yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi. Punksiya shpritsning uzun ignasi (Bir ignasi) yoki troakar bilan o'tkaziladi (2.2a-rasm).

Qat'iy o'rta chiziq bo'ylab, simfizdan 2 sm yuqorida teshilishi mo'ljallangan joyga "limon po'stlog'i" hosil qila turib, ingichka igna bilan 0,5% li 3-5 ml novokain eritmasi yuboriladi. Shu joyda teri teshiladi. Igna teri yuzasiga perpendikulyar ravishda yo'naltiriladi va qorin devorining barcha qavatlari hamda siydik pufagi devori orqali 6-8 sm chuqurlikka kiritiladi (2.2b-rasm). Siydik chiqa boshlaganda ignani botirish to'xtatiladi. Qovuq bo'shatilgandan so'ng igna chiqarib olinadi va teshilgan joyga yod nastoykasi surtilib spirtli



2.2-rasm. Siydik pufagi punksiyasi: a-b-o'tkazish texnikasi. (N.A. Lopatkin, I.P. Shevsov; 1986; YU.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989)

aseptik bog'lam qo'yiladi. Zaruriyat tug'ilganda siydik pufagi punksiyasi takrorlanishi mumkin.

Siydik pufagi kateterizatsiyasi. Bu manipulyatsiya urologning har kunlik ish jarayonida eng ko'p bajaradigan retrograd aralashuvlardan biri hisoblanadi. Buni har bir shifokor bajara olishi lozim.

Ko'rsatma: qovuq kateterizatsiyasi diagnostik va davolash maqsadida qo'llaniladi. Diagnostik maqsadda kateterizatsiya: qovuqda qoldiq siydikni aniqlash, retrograd sistografiya va sistometriya, siydikni tahlil uchun qovuqning o'zidan olish, og'ir holatdagi bemorlarda diurez miqdorini aniqlash uchun o'tkaziladi. Davolash maqsadda kateterizatsiya: o'tkir yoki surunkali siydik tutilishlarida qovuqni bo'shatish, qovuqqa dori moddalarni yuborish (qovuq instilliyatsiyasi) uchun o'tkaziladi.

Qarshi ko'rsatma: siydik chikarish kanali, moyak va uning ortiqlari, prostata bezi, siydik pufagining o'tkir va surunkali (retsidiv vaqtida) yallig'lanish kasalliklari, siydik chiqarish kanali shikastlanishlari.

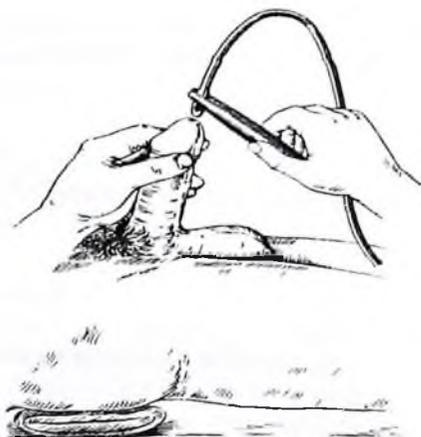
O'tkazish texnikasi: qovuq kateterizatsiyasi yumshoq (rezinali) va metall kateterlar yordamida o'tkazilishi mumkin. Har qanday kateterni o'tkazayotganda uchraydigan uchta normal fiziologik to'siqni esda tutish lozim: uretraning tashqi teshigi va piyozsimon sohasidagi toraymalar hamda siydik pufagi sfinkteri.

Erkaklarda siydik pufagi kateterizatsiyasi ayollarga qaraganda bir muncha qiyin hisoblanadi. Shuning uchun manipulyasiyaning erkaklarda qanday o'tkazilishi bayon qilinadi.

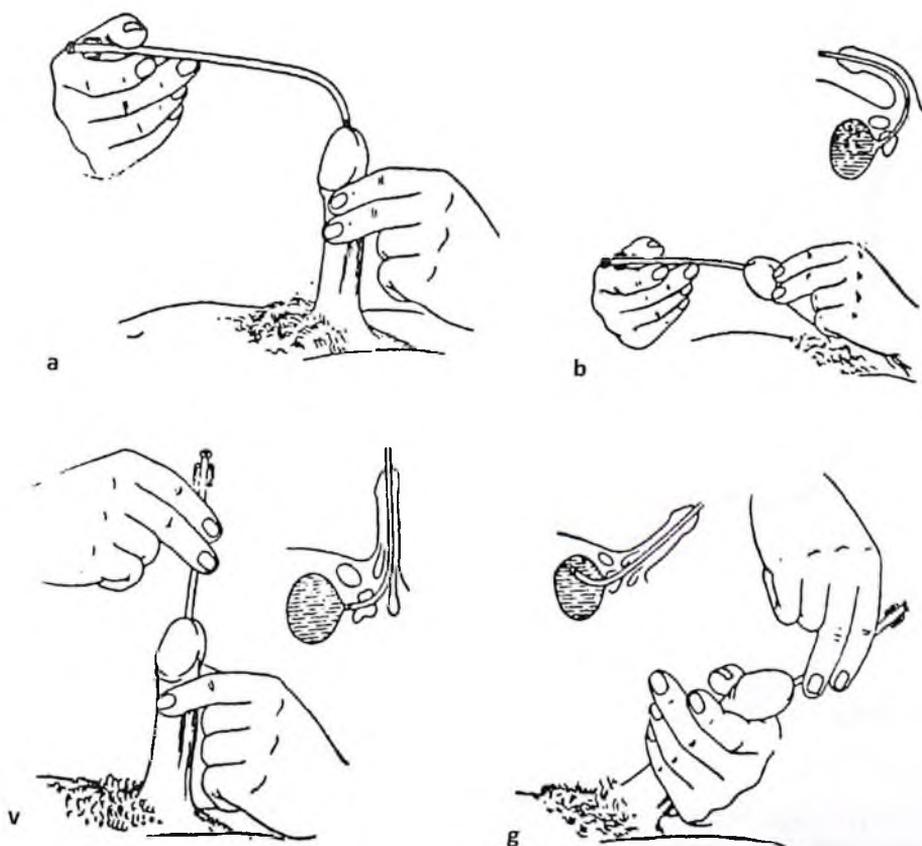
Yumshoq kateter bilan kateterizatsiya qilish texnikasi. Yumshoq katetrlar ichida Nelaton (Robinson), Fole rezinali kateterlar qulay hisoblanadi. Har doim harakatni yumshoq kateterdan boshlash kerak. Shifokor bemorning chap tomonida turadi, chap qoʻli bilan jinsiy olat boshchasini ushlab oladi, boshchani dezinfeksiya qiladi va uretraning tashqi teshigi qirgʻoqlarini kengaytiradi. Tibbiyot hamshirasi pintset bilan kateterning erkin chiqish teshigini ushlab turadi. Kateterni steril moy yoki glitserin quyiladi. Kateterning old uchi steril anatomik oxiri pinset bilan qamrab olinadi va kateter tushib ketmasligi uchun barmoqlar orasida fiksatsiya qilinadi siydik paydo boʻlgunga qadar kiritiladi (2.3-rasm).

Doim yoʻgʻon kateter qoʻyishdan boshlash kerak, chunki yoʻgʻon asbob oson oʻtadi va uretrada hamda uning burmalarida tiqilib qolmaydi. Pinset oʻrnida barmoqlardan ham foydalansa boʻladi, lekin barmoqlar avvalo jarroh qoʻllari operatsiyaga tayyorlanganidek yuvilgan boʻlishi kerak.

Metall kateter bilan kateterizatsiya qilish texnikasi. Birinchi qoida – bu erda kuch ishlatish aslo mumkin emas. Jinsiy olat yuqoriga qaratib perpendikulyar holatda ushlanadi, kateter tanasi esa bemor tanasining oʻqiga parallel holatda tutib turiladi. Shifokor chap qoʻli bilan olatni sekin-asta kateterni qarama-qarshi tortadi, kateterning oxiri esa sekin-asta pastga – simfizga tushiriladi. Soʻngra shifokor oʻng qoʻli bilan kuch ishlatmasdan sagittal tekislikdan chiqib ketmaslikni nazorat qilgan holda, kateterni asta-sekin perpendikulyar qilib koʻtaradi. Shunda kateter uchi simfiz ostiga etib keladi va uretra piyozchasi orqali uning prostatik qismiga oʻtadi. Bu erda siydik tanosil uchburchak sohasidan oʻtilayotganda ayrim toʻsiqlar seziladi, ammo bu qiyinchiliklarni kateterni sabr-qanoat va ehtiyotkorlik bilan uretraning yuqori devori boʻylab oʻtkazib engish lozim. Soʻngra kateter pastga tushiriladi, siydik pufagi sfinkterining qarshiligi – oxirgi qarshilik engiladi, shundan keyin kateter tumshugʻi siydik pufagi boʻshligʻiga sirgʻanib oʻtib ketadi (2.4-rasm). Siydik oqib chiqishi kateterning oʻz oʻqi



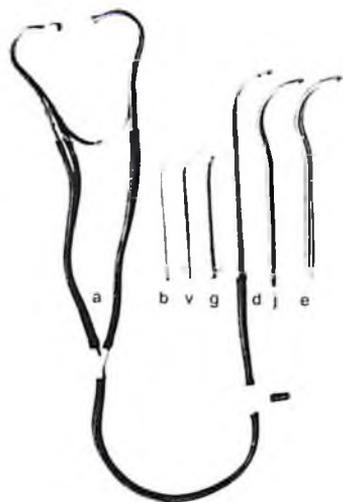
2.3-rasm. Nelaton (Robinson) kateteri bilan siydik pufagini kateteriza-siyalash (N.A. Lopatkin, 2010)



2.4-rasm. Erkaklar siydik pufagini metall kateter bilan kateterizatsiya qilish texnikasi: a-g-bosqichlari (S.A. Allazov, 2020).

atrofida aylanishi kateterning qovuqda ekanligini tasdiqlaydi. Manipulyatsiya to'g'ri o'tkazilganda hech qanday qon ketmasligi kerak. Metall kateterni siydik pufagiga majburlab qo'pol ravishda kiritish siydik chiqarish kanali yoki qovuq bo'yinchasi perforatsiyasiga olib kelishi mumkin.

Sistoauskultatsiya. Baʼzan zudlik holatlarida rentgen-endoskopik tekshirishlargacha uretra va qovuqdagi toshlar metall instrumentlar bilan aniqlanishi mumkin. Uretra yoki qovuqqa kiritilgan kateter yoki buj oxiriga fonendoskopning rezina qismini ulab eshitilsa, instrument oxirining toshga tegib hosil bo'lgan tovush (sezgi) yanada kuchayadi. Instrumentning rezina qismida (kateter yoki bujga yaqinroq qismida) qovuq tomonga va tashqariga ochiladigan uchlengich (troynik – ruscha) o'rnatilgan bo'lib, uning yordamida manipulyat-



2.5-rasm. Sistofonendoskop (a), metall kateterlar (b, v – o'g'il bolalar, g – ayollar, d - erkaklar uchun) va bujlar (j, e)

siya paytida qovuqni bo'shatish yoki to'ldirish mumkin. Bu usulni biz sistoauskultatsiya, instrumentni esa sistofonendoskop (2.5-rasm) deb atadik *.

Qovuqqa og'riq qoldiruvchi dori-larni yuborish. Siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa og'riq qoldiruvchi suyuqliklarni yuborish tez-tez bajarilib turiladigan manipulyasiyalardan biridir (2.6-rasm).

Kursatma: siydik chiqarish kanali va siydik pufagida endouretral va endovezikal aralashuvlarni amalga oshirish.

Qarshi ko'rsatma: siydik chiqarish kanali shikastlanishi, preparatlarga yuqori sezuvchanlik.

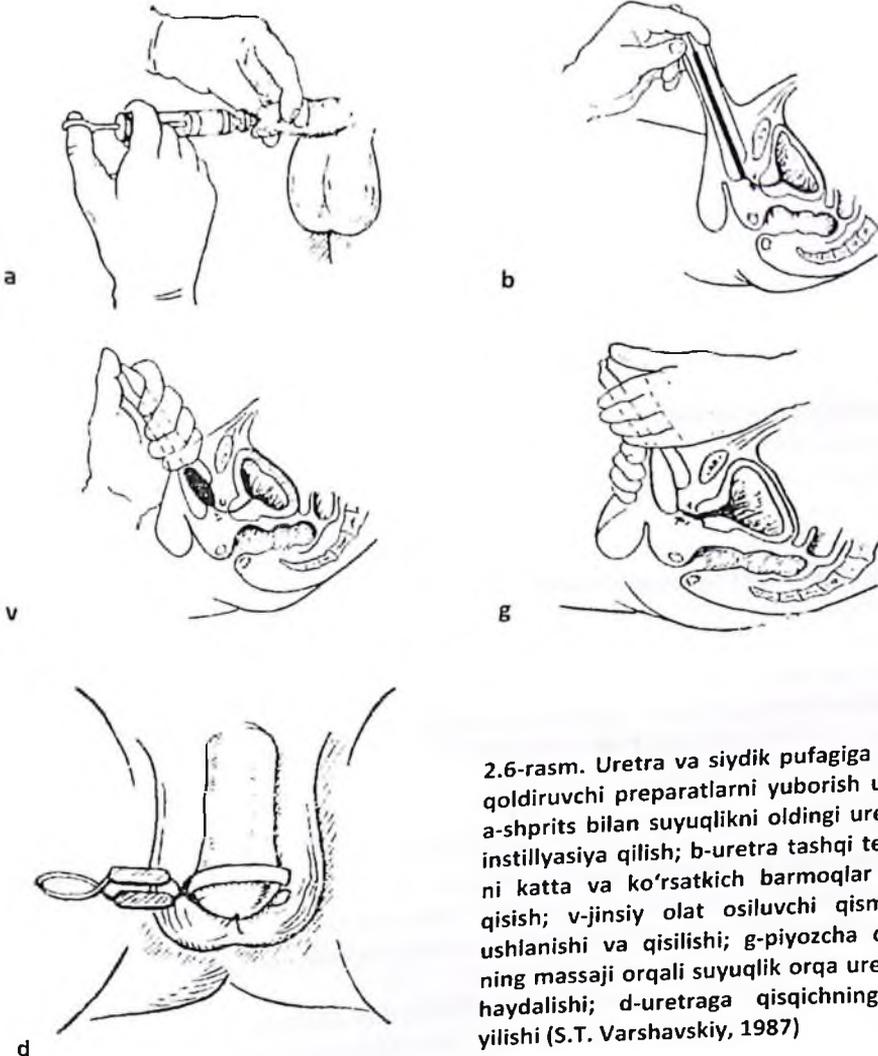
O'tkazilish texnikasi: jinsiy olat boshchasi chekka kertmakdan ozod qilinadi (agar sunnat qilinmagan bo'lsa), uretra tashqi teshigi antiseptik eritmasiga shimdirilgan dokali o'ramcha bilan ishlov beriladi.

Jinsiy olat boshchasidan pastroqda egatchasi sohasida chap qo'lning III va IV barmoqlari orasida fiksatsiya qilinadi. Shu qo'lning katta va ko'rsatkich barmoqlari bilan siydik chiqarish kanali tashqi teshigi qirg'oqlari ochiladi. O'ng qo'ldagi iliq anesteziyalovchi preparat suyuqligi tuldirilgan, uchi konusimon rezinali "Rekord" yoki "Lyuer" nomli shprints uretra tashqi teshigiga mahkam qilib o'rnatiladi (2.6a-rasm). Siydik chiqarish kanalining osiluvchi va piyozcha qismlari to'ldirilgandan keyin ko'ndalang-targ'il sfinkter tomonida qarshilik sezgisi paydo bo'ladi (2.6b-rasm). Agar sfinkter ochilgan bo'lsa shprints porshenidagi kuchli bosim birdan pasayadi va anesteziyalovchi preparat uretra orqa qismi hamda qovuqqa o'tib ketadi. Uretra bo'ylab siljiydigan anesteziyalovchi suyuqlikka qarshilik oshib borishiga qarab aniqlanadigan sfinkter ochilmasa qarshilikni kuch bilan engishga harakat qilmaslik kerak. Instillyatsiyani bir muddatga to'xtatib bemorni chuqur nafas olishga yoki siydirishga harakat qilish kerak. Agar shundan keyin ham sfinkter ochilmasa, unda uretra tashqi teshigi va jinsiy olatning osiluvchi qismi o'ng qo'l barmoqlarining uchlari bilan qisib turiladi, bu uretra piyozcha qismining anesteziyalovchi

* Allazov S. Sistoauskultatsiya. Sistofonendoskop. 42 sonli ratsionaliza-torlik taklifi guvohnomasi. SamMI, 1976).

suyuqlik bilan tulishiga olib keladi (2.6v-rasm) va chap qoʻlning yuqoridan pastga qarab qilingan engil massaji yordamida suyuqlik uretraning orqa qismiga haydaladi (2.6g-rasm). Olatga koʻndalang qilib maxsus qisqich (2.6d-rasm) yoki doka bilan engil bogʻlab qoʻyiladi.

Uretraga anesteziyalovchi suyuqlik yuborilgandan keyin 10-15 daqiqa-dan soʻng instrumental aralashuvni oʻtkazish mumkin.



2.6-rasm. Uretra va siydik pufagiga ogʻriq qoldiruvchi preparatlarni yuborish uslubi. a-shprints bilan suyuqlikni oldingi uretraga instillyasiya qilish; b-uretra tashqi teshigini katta va koʻrsatkich barmoqlar bilan qisish; v-jinsiy olat osiluvchi qismining ushlanishi va qisilishi; g-piyozcha qismining massaji orqali suyuqlik orqa uretraga haydalishi; d-uretraga qisqichning quyilishi (S.T. Varshavskiy, 1987)

Lorin-Epshteyn bo'yicha novokain blokadası. 1941 yildan boshlab Yu.M. Lorin-Epshteyn buyrak sanchig'i paytida davolash va qiyosiy tashhislash maqsadida erkaklarda urug' tizimchasi va ayollarda bachadon yumaloq boylami anesteziyasini qo'llay boshlaydi.

Ko'rsatma: siydik nayi o'rta va pastki qismi toshlaridagi buyrak sanchiq-lari, erkaklar jinsiy a'zolari o'tkir va surunkali (kam hollarda) kasalliklari, pria-pizm, siydik-tanosil a'zolari kasalliklaridan qorin bo'shlig'i o'tkir kasalliklarini qiyosiy tashhislash.

Qarshi ko'rsatma: qisilgan yoki qaytib kirmaydigan chov-yorg'oq churra-si, o'tkir funikulit, preparatlarga yuqori sezuvchanlik.

O'tkazish texnikasi: buyrak, siydik nayi sanchig'i va yorg'oq a'zolarining yallig'lanish jarayonida o'tkaziladigan novokainli blokada o'ziga xos xususi-yatlarga ega. Bu o'rinda M.Yu. Lorin-Epshteyn tomonidan taklif etilgan ikki usul keltiriladi. Buyrak sanchig'ida og'riqlar irradiatsiyasi turlicha. O'tkir ap-penditsit, xoletsistit va ginekologik kasalliklar tahmin qilingan hollarda qiyosiy tashhislash maqsadida novokainli blokada o'tkazish texnikasi qo'yidagicha: qov va yorg'oq terisi qiriladi, 96% li spirt bilan ishlov beriladi. Urug' tizimcha-si chap qo'lning ko'rsatgich va bosh barmoqlari orasida ushlanadi (2.7a-rasm). Chov kanalining tashqi teshigi va yorg'oq o'rtasidagi chegaradan urug' tizim-chasi ichiga igna kiritiladi (2.7b-rasm). Agar igna bo'shlig'ida qon paydo bo'lsa, igna biroz orqaga tortilib, yo'nalishi o'zgartiriladi va qaytadan kiritiladi. Shundan so'ng 40-80 ml 0,25% linovokain eritmasi yuboriladi. Blokada o'tka-zilgandan so'ng igna sanchilgan joyga spirt-yod bilan ishlov beriladi.

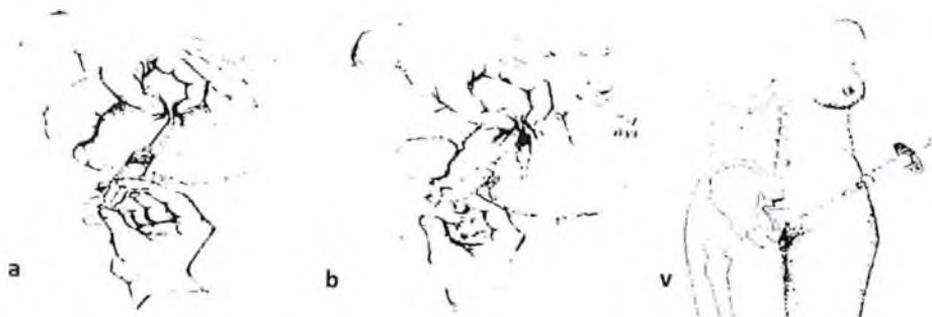
Ayollarda chov kanalining tashqi halqasi orqali bachadon yumaloq boy-lamining periferik qismiga 40-60 ml 0,25% li novokain eritmasi yubo-riladi (2.7v-rasm).

Novokain eritmasi yuborilgandan so'ng urug' tizimchasi, moyakning yuqori qutbidan chov kanalining tashqi teshigigacha yo'g'onlashadi. Blokada to'g'ri o'tkazilganligini tekshirish uchun shprintsni ignadan ajratib urug' tizimchasi ikki barmoq bilan ushlanib aylanma harakat qilinadi. Agar ig-na to'g'ri kiritilgan bo'lsa, u urug' tizimchasi holatining o'zgartirilishini to'liq takrorlaydi.

Paraprostatik novokainli blokada. Ba'zan A.V. Vishnevskiy bo'yicha dumg'aza oldi prostata bezi atrofining novokain blokadasini qo'llaganda bemorlarning umumiy ahvoli yaxshilanishi kuzatiladi.

Ko'rsatma: surunkali prostatit, vezikuloprostatatit, sistalgiya, surunkali sis-tit, tungi siydik tuta olmaslik, priapizm.

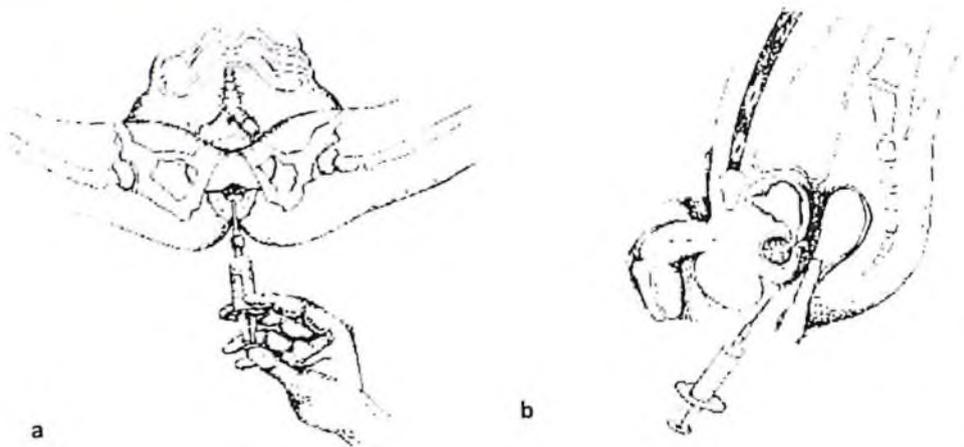
Qarshi ko'rsatma: novokainga sezgirlikning oshganligi, paraproktit, oraliq sohasining yiringli jarayonlari, bavosil tugunlarining trombozi.



2.7-rasm. Lorin-Epishteyn bo'yicha urug' tizimchasi va bachadon yumaloq boylamining novokainli blokadasi: a-urug' tizimchasi chap qo'l barmoqlarining orasida ushlanishi; b-Chov kanalining tashqi teshigi va yorg'oq o'rtasidagi chegaradan urug' tizimchasi ichiga igna kiritilishi; v-bachadon yumaloq boylamining novokainli blokadasi (S.A. Allazov, 2001)

O'tkazish texnikasi: bemor sistoskopiya o'tkazishdagi kabi urologik stolga elkasi bilan yotqiziladi. Oraliq sohasidagi teriga avval 70% li etil spirti, 5% li yod nastoykasi yoki yodonat eritmasini surtib, anal teshikdan 1 sm old tomondan 0,25% li novokain eritmasi bilan terida "limon po'stlog'i" hosil qilinadi (2.8a-rasm). To'g'ri ichakka kiritilgan chap qo'l barmog'i nazorati ostida 8-10 sm uzunlikdagi igna oraliqning teri osti to'qimalariga to'g'ri ichakning oldingi yuzasi va uretraning orqa tomoni orasiga kiritiladi. Igna chuqurlashtirib borilganda novokain eritmasi yuboriladi, bunda to'g'ri ichak oldingi yuzasi orqaga surilib prostata bezining orqa yuzasi yaqqol aniqlanadi. Ignaning uchi shu joyga taqalib, 0,25% li novokain eritmasidan 30-40 ml miqdorda yuboriladi. Keyin ignani vrach o'ziga qarab 1 sm ga tortiladi va bezning o'ng orqa-tashqi tomoniga qarab 1,5 sm yuqoriga sanchib, 0,25% li novokain eritmasidan 40 ml yuboradi. Shundan so'ng igna pastga tortilib, bezning chap orqa-tashqi tomoniga 1,5 sm yuqoriga sanchiladi va bu erga ham 0,25% novokain eritmasidan 40 ml yuboriladi (2.8b-rasm). Bu harakatlarning barchasi to'g'ri ichakka kiritilgan chap qo'l barmog'i nazorati ostida bajarilishi shart. Igna sug'urib olingach, sanchilgan joy 5% yod nastoykasi yoki yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi. Bemor esa, bu novokainli blokadadan so'ng bir necha soat to'shakda yotishi kerak. Bunday blokadani har 7-8 kunda 2-3 martagacha qilish mumkin. Surunkali prostatitni pros-tata bezi atrofi novokainli yoki novokain-dorili (antibiotiklar, gormonlar bilan) blokadalar bilan davolash 80,9% bemorlarda yaxshi samara beradi.

Jinsiy olat papillomalarini kesish va elektrokoagulyasiya qilish. Bu manipulyatsiyaga ko'rsatma jinsiy olat boshchasida va chekka kertmakdagi



2.8-rasm. A.V. Vishnevskiy bo'yicha presakral paraprostatik (prostata atrofi) novokainli blokadasi: a-limon po'stlog'ini hosil qilish; b-yuborilgan novokain eritmasining prostata va qovuq atrofi to'qimalariga tarqalishi (S.A. Allazov, 2001)

o'rta va kichik hajmdagi papillomalar hisoblanadi. O'tkazilish usuli qo'yidagi-cha: mahalliy infiltratsion yoki peridural og'riqsizlantirish ostida papilloma unga tegishli teri bilan qo'shib kesiladi. Teri defekti elektrokoagulyasiya bilan ishlov beriladi (2.9-rasm). Agar vi-rusli papilloma olat boshchasida joylashgan bo'lsa, uni faqat koagulyator bilan yo'qotish mumkin. Olib tashlangan papillomalar gistologik tekshiruvga yuboriladi.

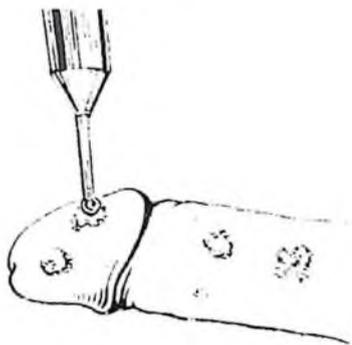
Zolataryov bo'yicha prostata bezi atrofi novokainli blokadasi. Novokainli blokadalarning bu usulini 1959 yilda I.I. Zolatayev taklif qilgan.

Ko'rsatma: o'tkir va surunkali prostatitlar.

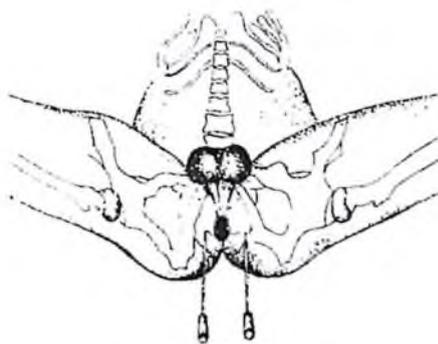
Qarshi ko'rsatma: novokainga o'ta sezgirlik.

O'tkazish texnikasi: blokada siydik pufagi to'ldirilgan holda bajariladi. Bemor tizzalari qorniga keltirilgan holda o'ng yonboshga yoki ginekologik stolga yotqiziladi. Oraliq sohasiga 70% li spirt va yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi. to'g'ri ichakka chap qo'l ko'rsatkich barmog'i kiritilgach, anal teshikdan 1,5-2 sm oldindan va undan tashqarida oraliq chokining ikkala tomonidan uzun igna sanchiladi (2.10-rasm). Igna chuqurlashtirib ileorektal bo'shliqqa yetib boriladi va prostata bezi atrofi to'qimaasiga novokain eritmasi yuboriladi. Prostata bezining orqa yuzasini paypaslab turgan barmoq bilan bez atrofida infiltrat paydo bo'lgani sezilgach, igna harakati to'xtatiladi va novokainning 0.25% li 100-200 ml eritmasiga kerakli dozada biror bir antibiotik qo'shib yuboriladi.

Chekka kertmakning tashqi teshigini kengaytirish. L.Ya.Duxanov bo'yicha chekka kertmakning teshigini kengaytirish qo'yidagicha amalga



2.9-rasm. Jinsiy olat papillomalarini elektrokoagulyasiya qilish (S.A. Allazov, 2001)



2.10-rasm. I.I. Zolataryov bo'yicha prostata atrofi novokainli blokadasi (S.A. Allazov, 2001)

oshiriladi: chekka kermakning toraygan tashqi teshigiga Koxer qisqichi uchi yopiq holda kirgiziladi va sekin ochiladi (2.11a-rasm). Chekka kermakning tashqi teshigini dastlab ingichka buj bilan kengaytirish mum-kin. Ichki yaproq va boshcha orasiga tugunli zond kirgiziladi. Sekinlik bilan zond boshcha atrofi bo'yicha toj egatigacha o'tkazilib, yopishib qolgan joylar ajratiladi va yig'ilgan smegma olib tashlanadi (2.11b-rasm). SHundan keyin boshcha antibiotikli malham (sintomitsin, levomikol) bilan surtilib, chekka kermak o'z o'rniga tortib qo'yiladi. Qaytalanishining oldini olish maqsadida bu muolaja 7-8 kundan keyin takrorlanishi lozim.



2.11-asm. L.YA. Duxanov bo'yicha chekka kermakning tashqi teshigini kengaytirish. a-chekka kermak tashqi teshigini Koxer qisqichi yordamida kengaytirish; b-chandiqlarni ajratish (S.T. Varshavskiy, 1987)

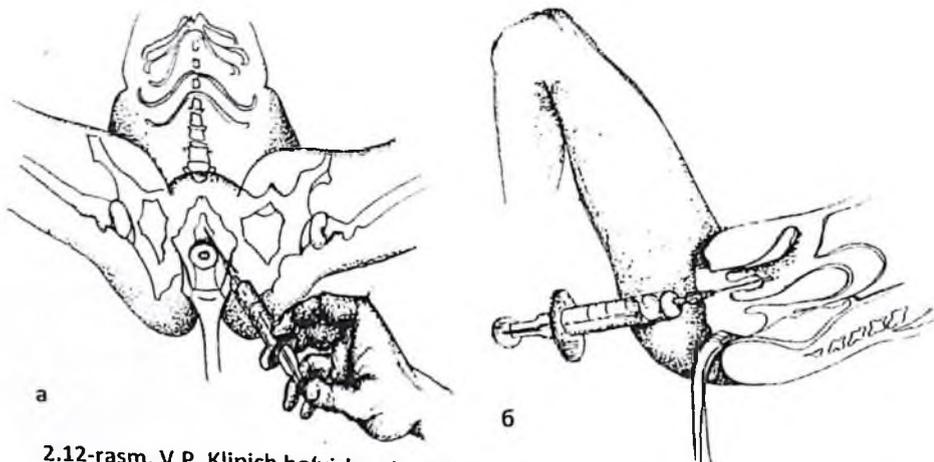
Qin oldi novokain blokadası. Blokadaning bu usuli 1963 yilda V.P. Klipich tomonidan ishlab chiqilgan va taklif etilgan.

Ko'rsatma: sistalgiya.

Qarshi ko'rsatma: novokainga o'ta sezgirlik

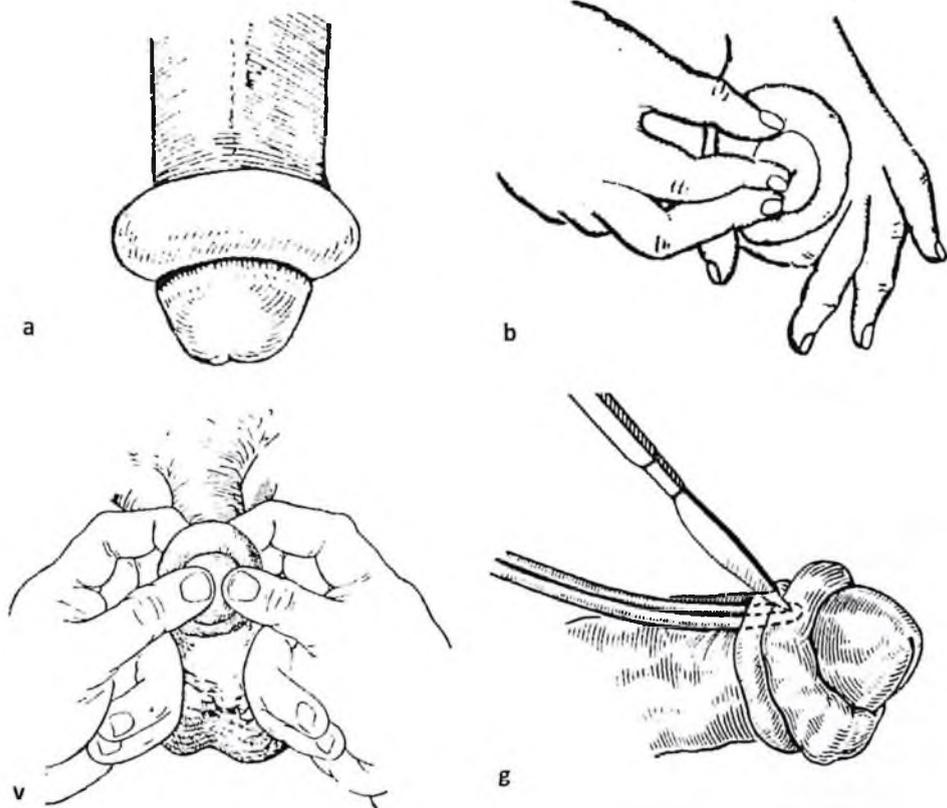
O'tkazish texnikasi: qin doyalik oynasi bilan kengaytirilib oldingi devoriga yod-spirit eritmalari bilan ishlov beriladi. Qinning oldingi devoriga igna sanchilib, bachadonning oldingi gumbazi to'qimasidagi bo'shliqqa yetib boriladi (2.12a-rasm) va u erga 0,5% li novokain eritmasidan 25 ml yuboriladi. Novokain eritmasi siydik pufagi, qin va bachadon bo'yni orasidagi siydig pufagi atrofi kletchatkasiga yoyiladi (2.12b-rasm). Davolash davomida 3-4 kun oraliq bilan 3-4 bor blokada o'tkaziladi. Asoratlar odatda kuzatilmaydi.

Parafimozni bartaraf qilish. Parafimoz – chekka kertmak torayishi natijasida olat boshchasining qisilib qolishidir (2.13a-rasm). Parafimoz paytida bemorlar zudlik bilan tibbiy yordamga muhtoj bo'ladi. Agar qisilish o'z vaqtida bartaraf qilinmasa ba'zi hollarda olat boshchasining nekrozi boshlanishi mumkin. Kasallikning boshlanish davrida qisilgan olat boshchasi juda shishmagan bo'lsa, uni kirgizishga harakat qilish mumkin. Vazelin moyi bilan olat boshchasi va chekka kertmak yaxshilab surtiladi. Operator chap qo'l, bosh va ko'rsatkich barmog'i olatni qamrab oladi. Bir paytda o'ng qo'lning bosh, ko'rsatkich va o'rta barmoqlari bilan olat boshchasini qisayotgan halqa tomon itarishga harakat qilinadi (2.13b-rasm). Parafimozni bartaraf qilishning boshqa usuli



2.12-rasm. V.P. Klipich bo'yicha qin oldi novokain blokadası. a-ignaning bachadon oldingi gumbazi kletchatkasiga sanchilishi; b-qovuq, bachadon bo'yinchasi va qin oralarida novokainning tarqalishi (S.A. Allazov, 2001)

ham bor. Vazelin moyi bilan olat boshchasi to'la surtiladi, ikkala qo'lning ikkinchi va uchinchi barmoqlari bilan chekka kertmak xaltasini yuqoriga ko'tarishga harakat qilinadi. Shu paytda olat boshchasi ikkala qo'lning birinchi barmoqlari bilan bosiladi (2.13v-rasm). Barmoqlar bilan uzoq sistematik bosib turish olat boshchasi shishini kamaytiradi va kirgizishga yordam beradi. Parafimozni qo'l bilan bartaraf qilish muvaffaqiyatsiz bo'lsa va juda o'tib ketgan hollarda qisayotgan halqa kesilishi shart. Qisilgan xalqa orqasining yuqori qismiga 5-10 ml 1% li novokain eritmasi yuboriladi. Keyin qisayotgan halqaning hamma qavatlari kesiladi (2.13g-rasm). SHundan keyin teri erkin olat boshchasini yopadi. Kesilgan soha tikilmaydi va jarohat ikkilamchi bitadi.



2.13.rasm. Parafimozda jinsiy olat boshchasini to'g'rilash. a-parafimoz;
 b,v-parafimozni qo'l bilan tug'rilash usullari; g-parafimozni kesish
 (S.T. Varshavskiy, 1987; N.A. Lopatkin, 1986)

Uretra tashqi teshigini kesish (meatotomiya). Bu manipulyatsiyaga ko'rsatma siyish qiyinlashishiga olib kelgan uretra tashqi teshigining yaqqol to'rayishidir.

O'tkazilish uslubi qo'yidagicha: operatsion maydon spirt va yodonat bilan ishlov berilgandan keyin uretra tashqi teshigi sohasiga 2-4 ml 1% li novokain eritmasi yuboriladi va qaychi bilan pastki devori o'rta chiziq'idan hamma qavatlar kesiladi (2.14a-rasm). Agar kesim aniq o'rta chiziq bo'ylab o'tkazilgan bo'lsa, qon ketish kuzatilmaligi mumkin, lekin kesim qiyshiqroq bo'lib, kavernoza tana jarohatlangan qon ketish kuchayadi. Yara chetlarining qayta yopishib qolishining oldini olish va gemostaz maqsadida yara pastki burchagiga shilliq pardani teri bilan biriktiruvchi ketgut ipi bilan chok qo'yiladi (2.14b-rasm).

Moyak parda istisqosining punktsiyasi. Bu manipulyatsiya davolashning palliativ usuli bo'lib, moyak pardasini punktsiya qilib undan suyuqlikni tortib olishdan iborat.

Ko'rsatma: b'zan bir yoki qayta punktsiya qilingandan so'ng suyuqlik xaltachasi bo'shab qoladigan bolalikdagi moyak parda istisqosi, qandaydir ayrim sabablar tufayli radikal operativ davoga qarshi ko'rsatma yoki bajarishning iloji bo'lmaydigan katta hajmdagi moyak parda istisqosi.

Punktsiya texnikasi: yorg'oq terisi spirt va yodonat eritmasi bilan ishlov berilgandan so'ng, yorg'oqning kerakli yarmi chap qo'l bilan mahkam ushlab olinadi. Yorg'oqning pastki qutbidan uning yuqori yuzasiga yaqin joydan yong'onroq igna bilan punktsiya qilinadi. Ignani bunday yonaltirish odatda istisqo suyuqligining pastga va orqaga qarab yig'ilishi moyakni jaroxatlanishdan saqlaydi (2.15-rasm). Punktsiyadan so'ng ignadan ingichka oqim bo'lib yoki katta tomchilar bilan qahrabo rangdagi tiniq suyuqlik oqa boshlaydi.

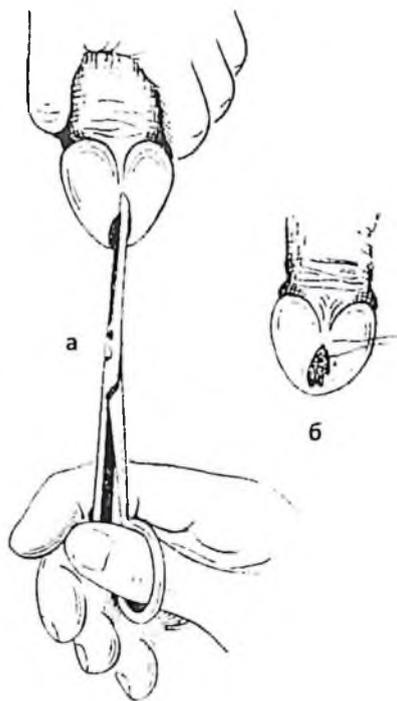
Suyuqlik kelishi to'liq to'xtaganda shu ignaning o'zidan yallig'lanishning oldini olish maqsadida kerakli miqdorda antibiotik va 0,5% li 5 ml novokain eritmasi yuboriladi. Punktsiya o'rni qaytadan spirt va yodonat eritmalari bilan ishlov beriladi va aseptik bog'lam qo'yilib suspensoriy taqiladi.

Siydik pufagi oldi novokain blokadasi. Bu blokadalar orasida keng tarqalgan D.M. Nanobashvili taklif qilgani.

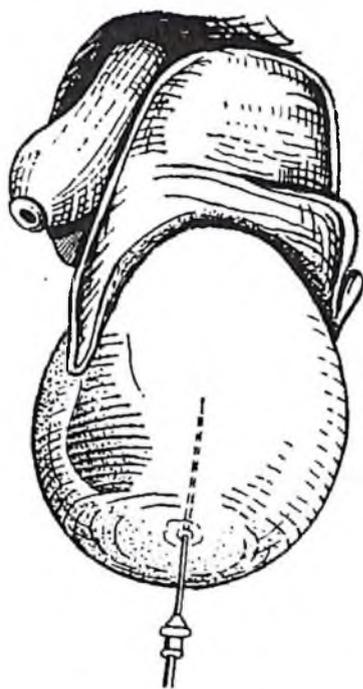
Ko'rsatma: sistalgiya, qovuq bo'yinchasi yallig'lanishi.

Qarshi ko'rsatma: siydik pufagi usti sohasi terisining yiringli jarayonlari, novokainga o'ta sezgirlik.

O'tkazish texnikasi: siydik pufagi bo'shatilib, bemor yelka tomoni bilan yotqiziladi va qov usti hamda qovuq sohasi terisi 70% li etil spirti, 5% li yod nastoykasi yoki yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi. Qorin old sohasida ikkala tomondan qov suyagi do'ngligida 0,25% li novokain eritmasi bilan terida



2.14-rasm. Uretra tashqi teshigini kesish
(meatotomiya); a,b-bosqichlari
(S.T. Varshavskiy, 1987)



2.15-rasm. Moyak parda istisqo-
sining punksiyasi
(S.T. Varshavskiy, 1987)

“limon po‘stlog‘i” hosil qilinadi. So‘ngra 8-10 sm uzunlikdagi igna siydik pufagi tomon sanchilib, shu vaqtning o‘zida siydik pufagi oldi bo‘shlig‘iga ikkala tomondan ham kerakli miqdorda antibiotik qo‘shilgan 0,25% li novokain eritmasidan 80 ml yuboriladi. Igna sanchilgan joyga yodonat eritmasi yoki 5% li yod nastoykasi surtiladi.

Bunday blokadani 3-4 kun o‘tkazib 2 martadan 5 martagacha qaytarish mumkin. Blokadadan keyin bemorlarda og‘riq va dizurik belgilar ancha kamayadi.

Dum‘aza oldi novokain blokadasi. Presakral blokadalar qatorida 1965 yilda S.D. Goligorskiy o‘zining usulini taklif qilgan.

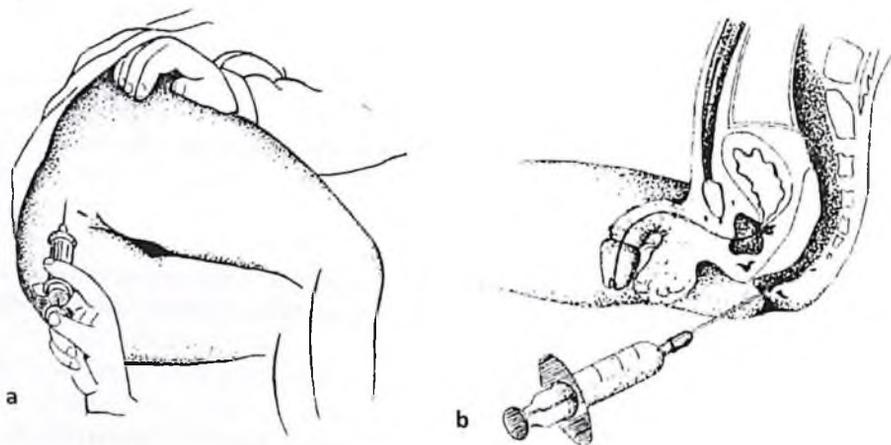
Ko‘rsatma: interstitsial va nurlanishdan keyingi sistitlar, sistalgiya, parasistitlar, priapizm, siydik pufagi atoniyasi, tungi siydik tuta olmaslik.

Qarshi ko‘rsatma: kichik chanoq a‘zolari o‘smalari, pararektal yiringli jarayonlar, novokainga o‘ta sezgirlik.

O'tkazish texnikasi: bemor tizzalari bilan qorniga bukilgan holda o'ng yonboshiga yoki urologik stolga elka bilan yotqiziladi. Oraliq va dumg'aza sohasiga 5% li yod nastoykasi yoki 70% li spirt, yo bo'lmasa yodonat eritmasi bilan ishlov beriladi. CHap qo'lining ko'rsatkich barmog'i to'g'ri ichakka kiritiladi. Shu qo'lining bosh barmog'i bilan dum suyagi paypaslab topiladi. Orqa teshik va dum suyagi orasidan (2.16a-rasm) novokainning 0,25% li eritmasi bilan "limon po'stlog'i" hosil qilinadi. Shundan so'ng, dum suyagidan 0,5-1,0 sm old tomonidan teri, teri osti toqimasiga, to'g'ri ichki-dum suyagi boylamiga to'xtovsiz novokain eritmasi yuborgan holda ignani chuqurlashtirib, va bunda albatta, doimo dumg'azaning oldingi yuzasi va to'g'ri ichakning orqa devorini mo'ljallab (2.16b-rasm) kerakli dozada antibiotik qo'shilgan 0,25% li novokain eritmasi-dan 100-150 ml yuboriladi. Bunday blokadani 3-4 kun oraliq bilan 2 ta-dan 4 martagacha qilish mumkin.

Asoratlari: qorin parda va to'g'ri ichakni teshib qo'yish, qorin orti gematomalari kuzatilishi mumkin.

Chekka kertmakni kesish (circumcisio). Chekka kertmakni kesishning turli xil usullari mavjud. Ular ichida ko'pchilik mualliflar tomonidan ma'qullangani va keng qo'llaniladigani P.M. Epshteyn bo'yicha chekka kertmakning aylana kesilishi hisoblanadi. Xalqimiz orasida bu asosan "sunnat qilish" deb ataladi. Bu operatsiyalar narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkazilishi mumkin.

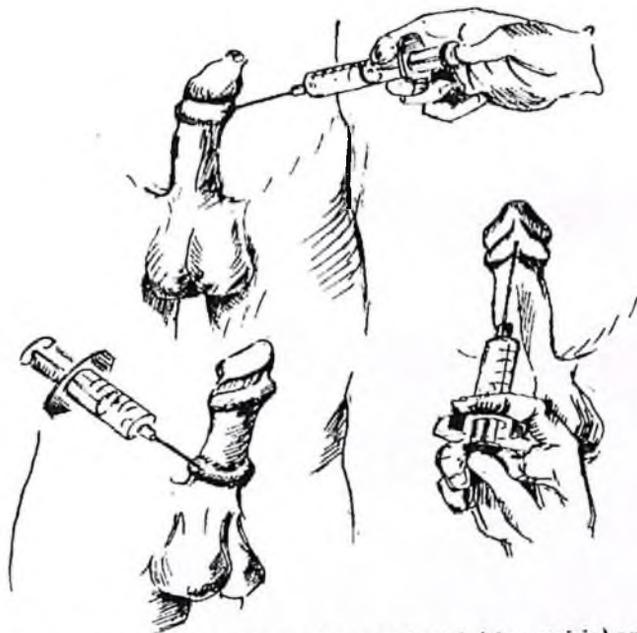


2.16-rasm. S.D. Goligorskiy bo'yicha dumg'aza oldi (presakral) novokain blokada-si. *a* - ignani sanchish joyi; *b* - dumg'aza oldingi yuzasi va to'g'ri ichak orqa devoriga antibiotik bilan novokain eritmasini yuborish (S.A. Allazov, 2001)

Ko'rsatma: jinsiy olat chekka kertmak teshigining torayishi hamda milliy-ritual zaruriyatlar.

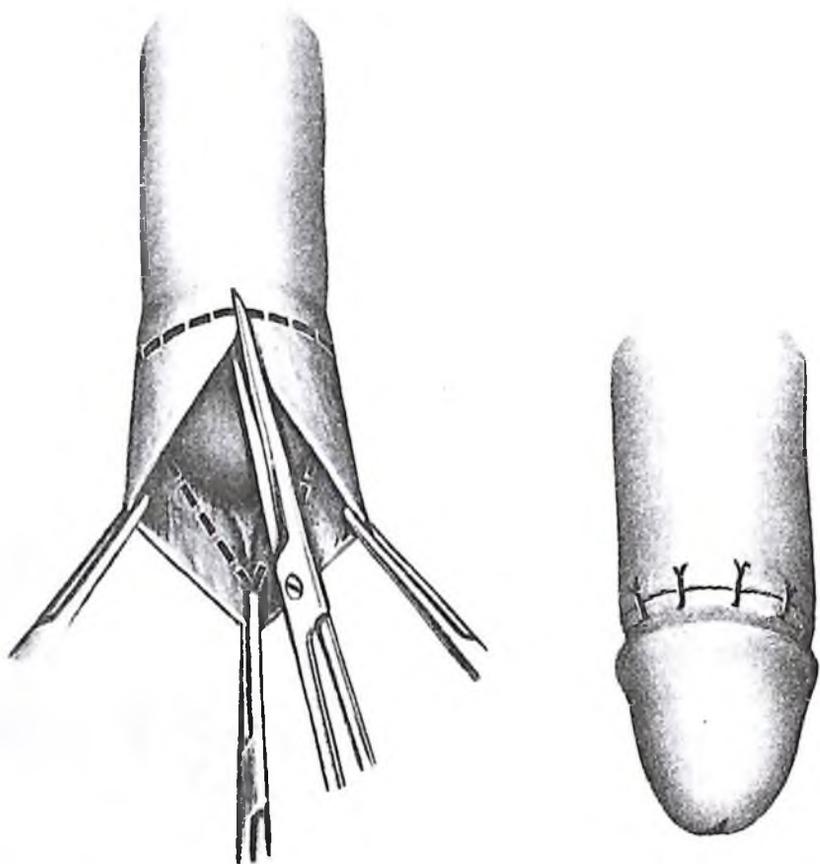
Qarshi ko'rsatma: qon ivishining buzilishi, og'ir umumiy holat.

Og'riqsizlantirish: fimoz tufayli chekka kertmakning kesilishi operatsiyasida asosan mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalaniladi. Bunda b'zan chekka kertmakning tuzilishi inobatga olinmay xatochiliklarga yo'l qo'yiladi. Shuni esda tutish lozimki, tashqi yaproq bilan birgalikda ichki yaproqni ham og'riqsizlantirish zarur. Novokain bilan to'ldirish teri osti to'qimasi orqali olib boriladi. Kertmak terisi yupqaligi sababli uning bo'rtmasini hosil qilib bo'lmaydi. Taxminiy kesish chizig'i oldindan aniq belgilab olinishi lozim, chunki og'riqsizlantirishdan keyin kesish yo'nalishi va sathini aniqlash qiyin bo'ladi. Bajarish usuli: chekka kertmakning normal holatida boshecha toji (corona glandis) sathida aylanasiga teri osti novokain infiltratsiyasi bajariladi. U tugashi bilan chekka kertmak olat asosiga tortiladi va "corona glandis" dan 1 sm orqaroqda ichki yaproqni ham og'riqsizlantirish uchun chekka kertmak yana aylanasiga infiltratsiya qilinadi. Olat devorining qarshi tomonida, ikkinchi infiltrat frenulum ga ham tarqalishi lozim (2.17-rasm).



2.17-rasm. Jinsiy olat chekka kertmagini aylanasiga kesish (circumcisio) operatsiyasida A.V. Vishnevskiy bo'yicha og'riqsizlantirish (S.A. Allazov, 2001)

O'tkazilish texnikasi: chekka kertmak 2-3 ta qisqich bilan qisilib olinadi va tortiladi. Chekka kertmakning ikkala yaprog'i orqa tomondan qaychi bilan kesiladi. Keyin chekka kertmak aylanasi ga kesiladi va jinsiy olat bosh-chasi ochiladi (yalang'ochlanadi). Tomirlarni jarohatlamalik uchun aylana ke-sim yuganchani (uzdechka – ruscha) o'z ichiga olmasligi kerak. Qonayotgan tomir-lar bog'lanadi. Chekka kertmakning yaprog'iga teri bilan tugunli ketgut chok-lari qo'yiladi (2.18-rasm). Jarohatga aseptik bog'lam qo'yiladi.



2.18-rasm. Jinsiy olat chekka kertma-gining qisqichlarga olinishi va ayla-nasiga kesilishi hamda tikilishi (Yu.F. Isakov, Yu.M. Lopuxin, 1989)

3-BOB

ROBOT-UROLOGIYA ASOSLARI

*Urologiyaning ba'zi eskirgan
sohalari xira tortgani sari, uning
ravshan tongi ota boshladi.*

Muallif.

Tasavvur. Tarixan birinchi bor "robot" degan soʻz Karl CHapek ismli chex yozuvchisi tomonidan 1923 yilda "R.U.R" (Rossum's Universal Robots) nomli ilmiy-ommaviy asarida qoʻllanilguncha eramizgacha IX asrdan boshlab koʻplab fantastik qurilmalar, shunchaki vaqtixushlik maqsadida taklif qilindi (Tanagho A.E., Smith F., 2014). Insonlarning xayolidagi fantaziya bizning kunlarga kelib hayotiy voqelikka aylandi va odamzod oʻzining ogʻir mehnati va xohishlarini robotlar bilan oʻziga xizmat qildirib kutilmagan natijalarga erishdi.

Qadimgi Gretsiya olimi Arxit Tarentskiy (eramizgacha 428-347) yogʻochdan uchar qushni yasadi (3.1, 3.2-rasmlar), bu qushning qanotlari suv bugʻi yordamida harakatga keltirilgan va 200 m gacha uchib borolgan.



3.1-rasm. Arxit Tarentskiy
(eramizgacha 428-327 yy.)



3.2-rasm. Uchar yogʻoch qush.

D.Yu. Pushkar taxriri ostida yaratilgan darslikdan (2017) baʼzi maʼlumotlarni xronologik tarzda keltirib oʻtmoqchimiz.

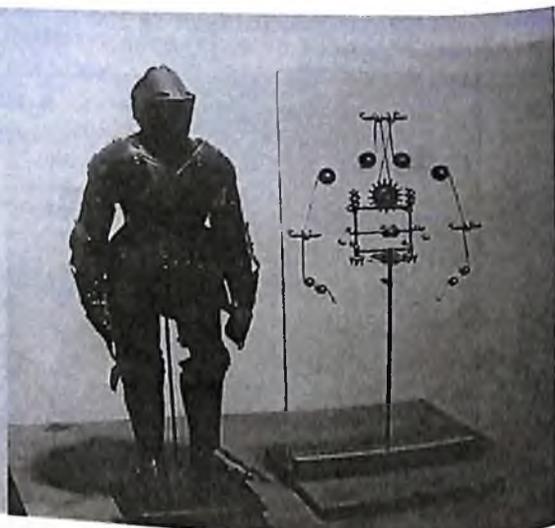
Keyinchalik qadimiy Gretsiya matematigi Ktesibiy Aleksandriyskiy (eramizgacha 285-222) 250 yilda suv soatini ixtiro qildiki, bu soat “Klepsidralar” nomi bilan Gollandiya fizigi Xristian Gyugens XVII asrda “Mayatnik” ni kashf qilguncha vaqtni belgilovchi eng aniq uskuna hisoblangan.

Italiyaning buyuk olimi Leonardo da Vinchi (1452-1519) yaratgan manekenlar dastur boʻyicha harakat qilgan, hatto baʼzi mexanik qush va sherlar inson irodasiga amal qilib Fransiya qiroliga gul buketi taqdim qila olganki. robot texnikasi tarixiga uning nomini abadiy muhrlagan (3.3, 3.4-rasmlar). Bu jihatdan Djaniello Toriano 1540 yilda yaratgan ayol roboti, 1772 yilda Per Jake Dro yaratgan bola roboti, 1801 yilda Jozef Mari Jakkar kashf qilgan kiyimga tasvir tushurish “Mashinasi”, 1898 yilda mashhur fizik va muxandis Nikola Tesla tomonidan yaratilgan masofadan turib radioboshqaruvga moslashgan “robot-qayiq” hayratli voqealardir. Badiiy fantastik asarlarda robot-uskunalar tasvirlangan.

Edvard Ellis, “Bahaybat ovchi yoki Preriyadagi Bugʻ odami” (1865) romani, Karel Chapek (3.5-rasm) “R.U.R” (1923) romanida birinchi bor “robot” atamasini ishlatgan, bu atamaga chech tilidan ogʻir jismoniy mehnat degan maʼnoni anglatadi. Ayzek Azimov (3.6-rasm) “Xor boshqaruvchisi” romani (1942) da robottexnikaning qonunlarini keltirgan.



3.3-rasm. Leonardo da Vinchi
(1452-1519)



3.4-rasm. “Leonardo roboti”

Keyinchalik robot texnologiyalarning xilma-xil turlari, inson organizmining ba'zi a'zolarining funksiyasini boshqara oladigan uskunalar, qurilmalar ixtiro qilindi, yaratildi (3.7-rasm). Tibbiyotda jumla-dan urologiya sohasida ham robot-uskunalarining amaliyotga tadbiiq etilishi to'g'ridan-to'g'ri jarroh qo'li bilan boshqarilishi kerak bo'lgan operatsiyalarning o'ta aniqlik bilan o'tkazilishini ta'minlaydi.

Xirurgiya sohasida birinchi bor robot-amalyot 1985 yilda kompyuter tomografiyasi nazoratida PUMA-560 (Programmable Universal Manipulation) tuzilmasini bosh miya nuqtaviy biopsiyasi uchun bajarildi.

1988 yilda esa urologiya sohasida birinchi bor prostataning transuretral rezektsiyasi avtomatik ravishda robot tuzilmasi yordamida amalga oshirildi (3.8-rasm).

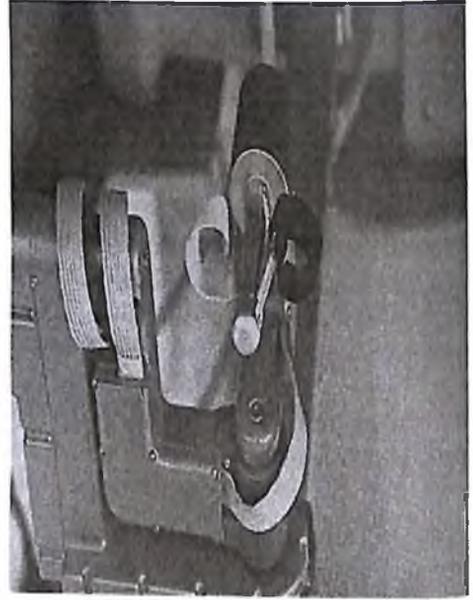
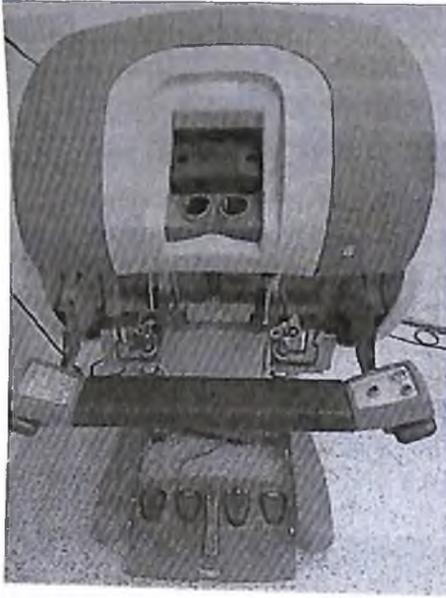
1994 yilda yaratilgan AESOP tuzilmasi kosmik dasturlarga mo'ljallangan bo'lib, 1996 yilga kelib u "eshitish" qobiliyatiga ham ega



3.5-rasm. Karel Čapek
(1890-1938)



3.6-rasm. Ayzek Azimov
(1920-1992)



3.7-rasm. Da Vinci robotk xirurgiya majmuasi.



3.8-rasm. Da Vinci Si tuzilmasi (Smith ve Tonagho, 2014)

bo'lib, jarrohning ovozi orqali berilgan ko'rsatmalarni ham bajarish darajasiga etkazildi (Kolontarev K.B., Pushkar D.Yu., Anafarta K., et al., 2011).

1998 yilga kelib esa bu model (AESOP 3000) etti xil harakatlarni erkin bajaradigan holatga keltirildi, hamda unga endoskop qurilmasi ham birlashtirilgan John Hopkins Hospital da quyidagi urologik operatsiyalarni ham amalga oshirish imkoniyati tug'ildi: nefrektomiya, retroperitoneal limfadenektomiya, pieloplastika, Berch operatsiyasi, orxipek-siya, nefropeksiya.

AESOP texnologiyasi robot-assistentlik tuzumini yaratishga ya'ni bu tuzilma xirurg uchun assistentlik vazifasini ham bajara oladigan bo'ldi. Texnika taraqqiyoti shu darajada ilgari lab ketdiki, endi robot yordamida operatsiya jarayoni, bemor organizmida turli manipulyasiyalar-ni masofadan turib (distan-sion) bajara olish mumkin bo'ldi (distan-sion telerobotik jarrohlik).

Intuitivi Surgical Inc (Sunnyvale, CA, USA) kompaniyasi harbiy maqsadlar uchun yaratilgan robot tizimni sotib olib, uni aholi uchun qo'llashga moslashtirishdi.

Shu tariqa distansion telemeditsina printsiplariga asoslangan da Vinchi tuzilmasi yuzaga kelgan.

Bu qurilma hozirgacha robotik xirurgiya sohasida yagonadir va u quyidagi uchta komponentdan tashkil topgan: (3.9, 3.10-rasmlar)

1. Xirurg konsoli;
2. Bemor aravachasi;
3. Optik tizim.

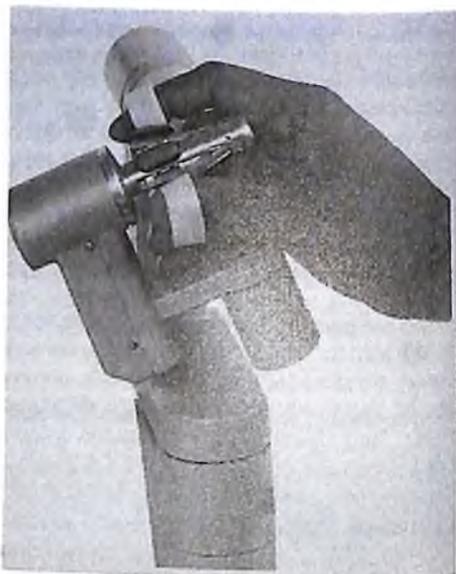
Xirurg konsoli – bu operatorning ish o'rni bo'lib, panellar yordamida butun qurilma boshqariladi (manipulyatorlar, bemor telejkasi kamerasi, joystiklar va oyoq pedallari). 2001 yilda bu robot-qurilmada radikal prostatektomiya operatsiyasini bajarish imkoniyati mavjudligi haqida ilmiy ma'lumotlar paydo bo'ldi.

Robot-xirurgiya sohasida muvaffaqiyat bilan faoliyat ko'rsatish uchun uning asosiy amaliy jabhalarini egallash ancha-muncha qiyin va murakkab vazifadir.

Jarrohlik tarixidan ma'lumki bu sohada faoliyat ko'rsatuvchilar yillab tibbiyotga dahldor bo'lisha olmagan. Ularga sartarosh yoki etikdo'zlarga o'xshash munosabatda bo'lishgan. Bu holatni tarixiy bir qiziq voqeadan ham ko'rish mumkin. 1799 yilda britaniya xirurglari, Angliya lordkansleri Turlovdan sartaroshxonalarini va jarrohlik xonalarni bir-biridan ajratib, Qirol xirurgiya kolledjini tashkil qilish haqidagi so'roviga Lord "Xirurgiyadagi" bilim, ilm-fan qassobxonadagidan ko'p emas" deb javob qaytargan. Tibbiyotning boshqa sohalaridan farqli o'laroq, xirurgiyada nafaqat nazorat bilimlarini, balki amaliy ko'nikmalarni egallashning ahamiyati kattadir.



3.9-rasm. Endo Wrist (Smith ve Tonagho, 2014).



3.10-rasm. Xirurgning konsolni qo'l bilan boshqarishi (Smith ve Tonagho, 2014).

Xuddi shunday, zamonaviy robot-assistentlik qurilmalarini boshqarish uchun zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar, yaqin-yaqindagi laparoskopik xirurgiyadagi amaliyotlarni orqada qoldirib, ancha ilgari ketdi.

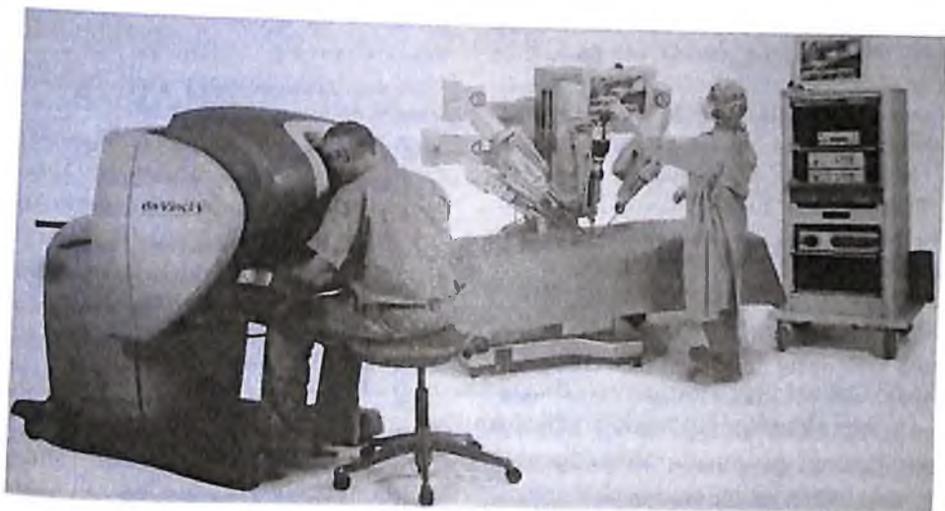
Laparoskopiya usulida bajarilishi mumkin bo'lgan ko'plab amaliyotlar texnik jihatdan osongina va sinchkovlik (elegantni) bilan da Vinci robotik xirurgiyasi tizimida bajarilishi mumkin (3.11-rasm).

Hozirgi paytda robot yordamida (ruscha – robot assestirovanie yoki ing. Robotic assisted yoki robot – assisted) urologik operatsiyalar ko'plab taraqqiy etgan davlatlarda (nufuzli tibbiyot markazlarida) kundalik jarrohlik amaliyotiga aylanib bormoqda.

Bu yo'nalishda quyidagi robot-operatsiya usullarini eslatib o'tish mumkin (robot-assistirovanie yordamida):

- Robot assistentli radikal prostatektomiya;
- Robot-assistentlik jom-siydik nayi segmenti plastikasi;
- Robot-assistentlik radikal sistektomiya;
- Robotik vazo-vazostomiya;
- Robot-assistentlik nefrektomiya;

Albatta, keltirilgan operatsiyalar bilan bir qatorda buyrak rezek-siyasi, transplantatsiyasi, fistuloplastika, Boari operatsiyalari ham bajarilmoqda.



**3.11-rasm. Da Vinci S Robot tuzilmasi xonasining jihozlanishi
(Anafarta K., Arian N., Beduk Y., 2011)**

Shuni ham ta'kidlash kerakki, hozirgi paytda laparoskopik amaliyotni to'liq o'zlashtira olmagan urologlar uchun robot-urologik usullarda turli murakkab operatsiyalarni bajarishda keng imkoniyatlar tug'ilmogda.

Shu bilan birga, robot-urologiya tizimida erishilgan katta yutuqlar bilan birga, bu usullarda bajarilgan amaliyotlarning o'zoq davrlik natijalarini qiyosiy o'rganish zarur bo'ladi.

Deylik robot-assistentlik radikal prostektomiyadan so'ng siydikni tutolmaslik, erektil disfunktsiya va kasallik qaytalanish masalalari hal qilinishi kerak. "Murakkab guruh" bemorlari hisoblangan hajmli prostata, katta hajmli o'rta bo'lagi, TUR operatsiyasidan keyingi holat bemor vaznning yuqoriligi (semizlik) robot operatsiyalarni qiyinlash-tiradi.

Radikal kistektomiya masalasida ham robot-assistentlik va traditsi-on operatsiyalar orasida ustunliklar aniqlangan emas.

Hozirgi paytda ko'pchilik urologlar ma'lum miqdorda tajribalardan kelib chiqib nefrektomiya operatsiyasini robot-assistentlik usuli bilan boshqarish maqsadga muvofiq emasligini, bunda robot-texnikaning barcha ustunliklaridan foydalanish imkoniyati yo'qligi bilan bog'lamoqdalar.

Har holda robot-texnologiya tibbiyotda, xususan, urologiyada bir "portlash"ga o'xshash hol bo'lganini e'tirof etish zarur.

4-BOB

UROLOGIYADA AYRIM EPONIM SIMPTOMLAR VA SINDROMLAR

4.1. SIMPTOMLAR

Abramov simptomi. Nefroptoz kasalligida buyraklardagi organik o'zgarishlar ro'y berganligini aniqlashdagi sub'ektiv simptom. Buyraklarda morfologik o'zgarishlar yuzaga kelmagan bo'lsa, ularni o'z joyiga yo'naltirib paypaslanganda bemor og'rik sezmaydi. Aks holda og'riq seziladi.

Abrahams simptomi. Siydik-tosh kasalligining belgisi: kindik va IX qovurg'a tog'ayi orasida o'tkazilgan chiziqning o'rta qismi barmoq bilan bosilganda bemorlar og'riq sezadi.

Alekseev – Shramm simptomi. Qovuq ichki kengayishi. Buning natijasida sistoskopiya paytida sistoskop oxiri qovuq bo'yinchasi tomonga yo'naltirilganda uning kengayganligi tufayli chiqarish yo'lining orqa qismi urug' do'mboqchasi bilan birga ko'rinib qoladi. Bu belgi enurez (uyquda siyib chiqish)ga xos bo'lib, qovuq ichki tonusining pasayganidan dalolat beradi. Bu belgi sistografiya paytida qovuq bo'yinchasining kengayib pastga tomon osilgan holda kuzatiladi va «til belgisi» deb ham ataladi (4.1-rasm).



4.1-rasm. Alekseev-Shramm simptomi yoki "til belgisi"

Bershteyn siptomi. Boshqacha – «genital» simptom, oshqozon yoki 12 barmoqli ichak belgisi sifatida kuza-tish mumkin. Moyaklar yuqoriga chov kanalining tashki teshigi tomon ko'tarilib, jinsiy olat qorin devoriga qarab yo'naltiriladi. Bu moyaklarni kutaruvchi mushaklarning va qorin yuza fassiyasining qisqarishi tufayli sodir bo'ladi.

Bittorf simptomi. Buyrak-tosh kasalligi paytida moyak va tuxumdon sohasi bosilganda tosh bor buyrak sohasida og'riq paydo bo'ladi.

Borisov simptomi. Buyrak sanchig'i va o'tkir qorinning differensial-diagnostik belgisi: buyrak sanchig'i

holatida bel sohasi xloretil bilan ishlov berilgandan so'ng og'riq kamayadi yoki yo'qoladi.

Britten simptomi. Qorin devorining kuchli og'riq joylashgan qismini paypaslaganda qorin mushaklari qisqarib taranglashishidan tashqari, o'ng moyak ham yorg'oqning yuqorisiga tortiladi va paypaslash to'xtatilgach, yana oldingi joyiga tushadi. Bu o'tkir appenditsit belgisi.

Vensan simptomi. Prostata bezining saratonida metastazlar paytida og'izning pastki labda anesteziya belgisining paydo bo'lishi.

Goligorskiy simptomi. Buyraklarni paypaslashda aniqlanadigan belgi. Buyraklar hajmi turli kasalliklar tufayli kattalashgan bo'lsa, paypaslanayotgan hosila aynan buyrak ekanligiga ba'zan ishonch hosil qilish qiyin bo'ladi. Paypaslanayotgan hosila buyrak atrofida joylashgan a'zolar – jigar, taloq, yo'g'on ichak, oshqozon osti bezining dum qismiga yoki qorin orti o'smasiga taalluqli bo'lishi mumkin. Shunday hollarda differensial-tashhislash uchun «bel kontakti (alokadorligi)» deb atash mumkin bo'lgan belgini topishning ahamiyati kattadir: ikki qo'llab paypaslayotganda paypaslanayotgan narsa buyrak bo'lsa, uning bel mushaklariga aloqadorligini aniq sezish mumkin.

Golteg simptomi. Buyrak sanchig'i paytida (jumladan qorin bo'shligi o'tkir kasalliklari – o't-tosh kasalligi, ichak sanchigi, ichak tutilishi, qorin sohasiga urish va boshq.) adashgan nerv qo'zg'alishi natijasida ba'zan yurak faoliyatining susayish belgisi yoki hatto to'xtash holatlari kuzatilishidan iborat.

Djoys simptomi. Qorin orti gematomasiga va ichak tutqichi ildiziga qon quyilishiga xos belgi: bemor yonboshga yotqizilganda ham joyini o'zgartirmaydigan qorinning yonbosh sohasida perkussiya vaqtida aniqlanadigan to'mtoqlik.

Jebrovskiy simptomi. Nefroptoz (adashgan, harakatchan buyrak) paytida, uni uzoq paypaslaganda yoki massaj qilgandan so'ng bajarilgan siydik tahlilida oqsil miqdorining ko'payishi.

Zeldovich simptomi. Siydik pufagi perforatsiyasining belgisi: siydik pufagiga kiritilgan kateterdan qovuq hajmining miqdoridan ko'proq siydikning chiqishi. Qovuq shikastlanishlari paytida instrumental tekshirishlar yordamida aniqlanadigan belgi: qovuq devori perforatsiya bo'lgan (korin bo'shlig'iga yoqirilgan) bo'lsa, qovuq hajmidan ko'proq miqdorda suyuqlik ajraladi. Bu belgini har xil yo'l bilan aniqlab olish mumkin. 1903 yilda Ya.B. Zeldovichning o'zi bu usulni qo'yidagicha talqin qilgan: qovuqqa kateter orqali uning hajmiga loyiq (to'g'ri keladigan) suyuqlik (250-300 ml) yuboriladi. Agar shu hajmdagi suyuqlik qaytib chiqsa qovuqning butunligi haqida xulosa qilish mumkin. Yuborilganidan kam miqdorda suyuqlik qaytib ajralsa, uning bir qismi qorin bo'shlig'iga ketib qolgan deb o'ylash mumkin. Lekin yuborilgandan keyin

ko'proq suyuqlik qaytib ajralsa ham (qorin bo'shlig'ida oldindan yig'ilgan suyuqlik bilan birga) qovuq shikastlanishi haqida o'ylash kerak bo'ladi. E.M. Ustimenkoning (1978) yozishicha, bu usul ba'zan og'ir diagnostik xatolarga sabab bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'iga ochilgan qovuq devori kichik bo'lsa, yoki u ichaklar bilan yopilib turgan bo'lsa, qovuqqa yuborilgan suyuqlik shu hajmda qaytib chiqadi, yo bo'lmasa, kateterning uchi qovuq devoridagi teshik orqali qorin bo'shlig'iga o'tib ketsa ham, ko'p miqdorda suyuqlik ajraladi va hak. Har holda kateterizatsiya paytida ko'p miqdorda qon aralash o'zgartirgan suyuqlik ajralsa, Zeldovich simptomini musbat deb hisoblash kerak.

Ivanishevich simptomi. Bemor yotgan (gorizontal) holatda yotoqda yorg'oq venalari bo'shagan bo'ladi. Agar shu holatda urug' tizimchasi chov kanalining tashqi teshigi sohasida qov suyagiga qisilsa va bemor vertikal holatga keltirilsa, vena qon tomirlari bo'shagan holda turaveradi. Lekin urug' tizimchasi qisilishi to'xtatilsa, ular tezda kon bilan to'lib taranglashadi, «og'irlashadi». Bu Ivanishevich belgisi musbatligidan darak beradi.

Lejnyov simptomi. Buyraklar tuberkulyozining belgisi: siydik nayi teshikchasining bullyoz shishi (sistoskopiya aniqlanadi). Nikolay Fyodorovich Lejnyov (4.2-rasm).

Narat simptomi. Buyrak jomi gipotoniyasining va etarlicha kengayishining rentgenologik belgisi: ko'tariluvchi pielogrammada (tasvirga tushirish paytida bemor yarim o'tirgan holatni egallashi kerak) buyrak jomida kontrast moddaning yuqori chegarasi ko'rinadi.

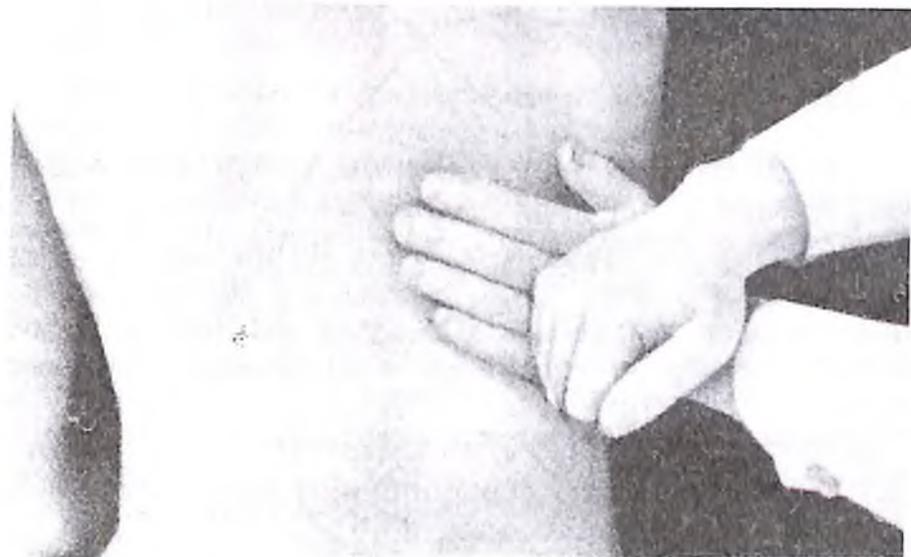
Pasternatskiy simptomi (4.3-rasm). Buyraklarni to'qillatib ko'rish paytidagi buyrak patologiyasining belgisi: agar bemor to'qillatib ko'rish vaqtida og'riq sezsa va davomidan qisqa yoki uzoq muddatli eritrosituriya aniqlansa Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi. Bu belgi siydik-tosh kasalligi, paranefrit, buyrak jomidagi yallig'lanish jarayonlarida, miozit va radikulitda musbat bo'ladi.



4.2-rasm. Lejnev Nikolay Fedorovich

Pren simptomi. Orxit (epididimit) va moyak buralishining differensial-tashxislash belgisi: orxit va epididimit holatlarida yorg'oqni kutarish paytida og'riq kamayadi, moyakning buralishida esa og'riq kamaymaydi.

Rosha simptomi. Moyak buralishi va moyak ortig'i yallig'lanish belgisiining taqqosiy tashxisi: moyakning buralishida moyak ortig'i paypaslanmaydi, epididimitda esa kattalashgan moyak ortig'i bilan moyak tanasi orasidagi chegara yaxshi aniqlanadi.



4.3-rasm. Pasternatskiy simptomini o'tkazish (V.X. Vasilenko, 1989).

Samner simptomi. O'tkir qorin belgisi: yonbosh chuqurchasining engil paypaslanishi qorin devori mushaklarining tonusini oshiradi; bu holat buyrak-tosh kasalligida, appenditsida va boshqa bir qator kasalliklarda kuzatiladi.

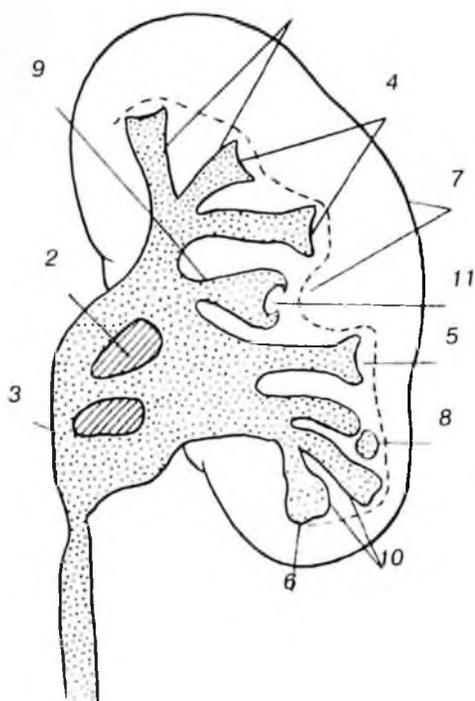
Fronshhteyn simptomi. Bel sohasi kaft bilan tortilganda og'riq bilan birga bel mushaklari ham titrab qisqarsa bungacha mavjud bo'lgan Pasternatskiy simptomi tasdiqlanadi.

Finnerti simptomi. Glomerulonefrit va homiladorlar nefropatiyasining belgisi hisoblanadi: bunda o'ziga hos yaltirash bilan ko'z to'r pardasining shishishi hamda xuddi to'r parda ingichka qoplami bilan qoplangandek tuyuladi.

Fodere simptomi. Nefropatiyaning yoki konstitutsial limfostazning belgisi bo'lishi mumkin: ko'zlarning pastki qovoqlari shishadi.

Xodson simptomi. Surunkali pielonefritning rentgenologik bel-gisi (4.4-rasm): agar pielogrammada normal buyrakning yuqorisidan barcha kosachalarini birlash-tiradigan chiziq tortilsa, bu chiziq buyrak yuzasiga paral-lel bo'lib, ovalsimon-bo'rtgan, cho'kib qolishlarsiz va faqat buyrak qutblarida biroz ko'tarilib turadi: pielonefritda bu chiziqning o'zaro aloqasi (buyrak bujmayishi tufayli) nisbatan buziladi.

Xutter simptomi. Buyrak jomi kengayshining rentgenologik belgisi: kontrast modda bilan to'lgan jomning medial chegarasi o'tkir bo'ladi va bel mushagining qirrasiga distal va lateral ravishda parallel yo'naladi.



4.4-rasm. Surunkali pielonefritning rentgenologik belgilari.

1-yallig'langan infiltrat tufayli kosacha buyinchalari bir-biridan ajralishi; 2-jom tonusining kamayishi; 3-bel mushagi chekka simptomi; 4-buyrak surg'ichlarining silliqanishi; 5-kosachaning blyudseobraz shakli; 6-kosachaning tug'nog'ichsimon uzgarishi; 7-Xodson simptomi; 8-uzilgan so'rg'ich; 9-buyrak parenximasidagi sklerotik jarayon; 10-kosacha buyinchalarining torayishi va yaqinlashishi; 11-surg'ich-lar nekro-zi; (N.A. Lopatkin, 2010).

Shevassyu simptomi. Siydik nayi o'smasi belgisi: makrogematuriyada siydik nayi kateterizatsiyasi paytida kateterni siydik nayiga kiritganda kateterdan qon aralash siydik ajrala boshlaydi. Kateter sekinlik bilan yuqoriga siljita borilib, undan ajralayotgan siydik nazorat qilinib boriladi: agar kateter siydik nayining aniq bir qismidan o'tayotib makrogematuriya yo'qolsa, siydik nayining o'sha qismida o'sma mavjudligi ma'lum bo'ladi. Kateter buyrak bo'shlig'iga yetib borganda ham makrogematuriya davom etaversa, o'sma buyrakda ekanligi tasdiqlanadi.

Yudak simptomi. Tomir ichi urografiya da aniqlanadigan chap buyrak jomining dimlanishi va chap buyrak-ning yonboshga siljishi oshqozon osti bez-tanasi o'smasining tahminiy belgisi bo'lishi mumkin.

4.2. SINDROMLAR

Aberkrombi sindromi. Umumiy amiloidozning buyraklarda kechadigan organizmda modda almashinuvi buzilishi natijasida kanalchalarda o'zgarishlarga olib keladigan ko'rinishi (visseral tipi). Avval nefrit belgilari yuzaga keladi va keyinchalik ich ketish, jigar etishmovchiligi kuzatiladi. Ko'pincha bolalik yoshida osteomieliit, sil kasalliklari zamirida kechadi va 10 yil atrofida davom etib, oxir oqibat uremiyaga va o'limga olib keladi. Umumiy amiloidozning bundan tashqari yana ikki shakli (tipi) ham uchraydi: 1. Portugaliya tipi – kasallikning birinchi belgilari 20 yoshdan keyin paydo bo'lib, asosan asab sistemasini zararlantiradi va oyoqning falajlanishi progressiv kuchayadi; 2. Amerika tipi – bu kasallik 40 yoshlardan so'ng yuzaga kelib, asab sistemasini zararlantirishi qo'llarning falajlanishi tariqasida sekin-asta kechadi, ko'z qorachigini xiralashadi.

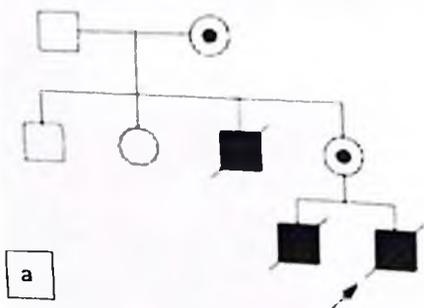
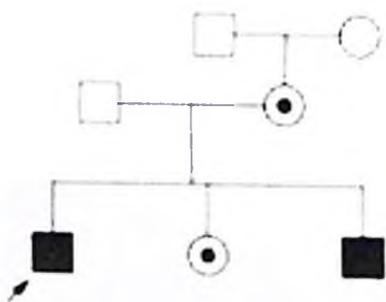
Alleman sindromi. Juda kam uchraydigan autosom-retsessiv tug'ma nogironlik: buyraklar ikkiga ajralishi (ikkilanishi), qo'l va oyoq barmoqlarining do'mbira tayoqchalari ko'rinishida bo'lishi (4.5-rasm).



4.5-rasm. Alleman sindromida yuzning kurinishi va qo'l barmoqlarining do'mbira tayoqchasi shaklida bo'lishi

Alport sindromi. Karlik bilan kechadigan oilaviy glomerulonefrit, oto-okulo-renal sindromi, irsiy nefritning gematuriya shakli, irsiy oilaviy gemorragik nefrit karlik bilan kechadigan nefropatiya. Irsiy nefrit erta buyrak etish-movchiligiga va eshitish hamda ko'rishning pasayishiga olib keladi. Erkaklarda og'irroq kechadi. Kasallikning patogenezi X-xromosomada joylashgan chap bilan belgilanadi (4.6-rasm).

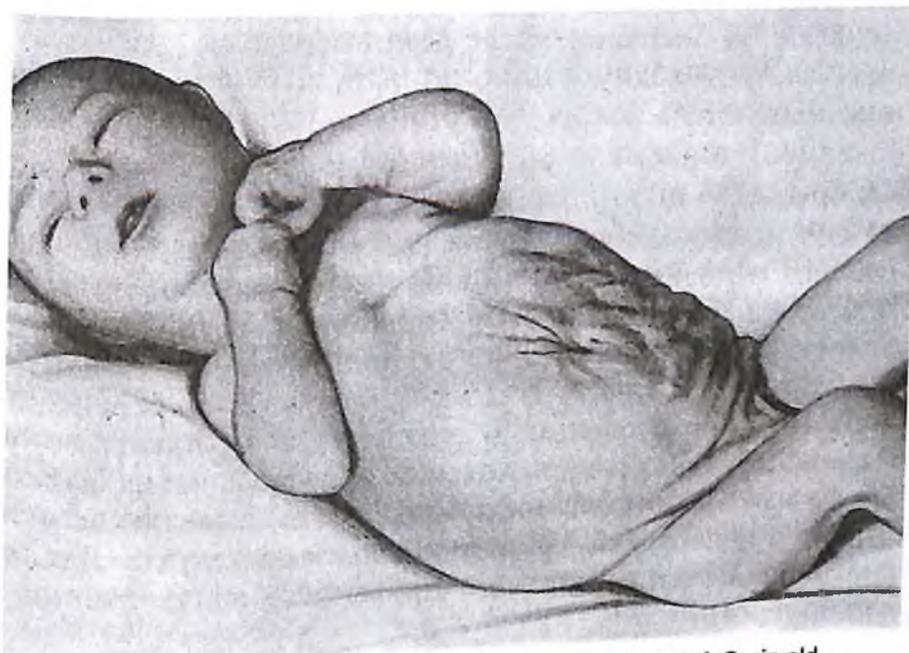
Ammyuza sindromi. Prostata bezi adenomasining anatomik belgisi. Siydik chiqarish kanalining ichki teshigi orqasida qovuq shilliq qobig'ining kattarib turishi. Bu «tanacha» qari yoshdagi erkaklarda prostata bezi o'rtta bo'lagi hajmining kattarganligi natijasida yuzaga keladi.



4.6-rasm. Alport sindromi: a-kasallikning autosom-retsesiv berilish sxemasi; b-bola yuzining oldindan ko'rinishi; v-bola yuzining yonboshdan ko'rinishi

Andrean-Biyirsing-Uilyams sindromi. Bu nuqson prune belly sindromi (ruscha – sindrom “dryablogo jivota”) ham deyiladi. Tugʻma nuqsonlar triadasi (autosom-dominant nasliylik): qorin old devori mushaklarining aplaziyasi (4.7-rasm); ikki tomonlama kriptorxizm; ikki tomonlama megaureter va gidronefroz.

Abderxalden-Fankoni sindromi. Buyrak kanalchalarida (naychalarida) glyukoza, aminokislotalar, fosfor almashinuv jarayonlarining buzilishi bilan bogʻliq irsiy kasallik boʻlib, suyak sistemasidagi raxitsimon oʻzgarishlar bilan xarakterlanadi. Gen mutatsiyasi (autosom-retsessiv yoʻl bilan oʻtadi) natijasida yuzaga keladigan irsiy metabolik etishmovchilikning ayollarga bogʻliq koʻp sonli klinik koʻrinishlar bilan kechadi: nakosoliya, suyaklardagi raxit yoki raxitsimon uzgarishlar, sababsiz suyak sinishlari; nefroskleroz, gipokaliemiya natijasida toksikoz; skelet mushaklarining adinamiyasi, ich qotish (kabziyat); poliuriya; polidipsiya; yorugʻlikdan qoʻrqish (fotofobiya); termolabillik. Taloq, limfa tugunlari va suyak koʻmigida sistin kristallari topiladi. Raxitga xos oʻzgarishlarni vitamin D bilan davolab boʻlmaydi va umuman davolanma-sa 7-8 yil ichida uremiyaga va oʻlimga olib keladi (4.8-rasm).



4.7-rasm. Andrean-Biyirsing-Uilyams (prune belly) sindromi. Qorin old devori mushaklarining aplaziyasi (Yu.F. Isakov, 1998)



4.8-rasm. Abderxalden-Fankoni sindromi

Ask-Unmark sindromi. Boshqacha qilib Ask-Unmark buyragi ham deyiladi. Bolalarda uchraydigan bitta yoki ikkala buyraklarning tugʻma nogironligi boʻlib, xavfli nefrosklerozga olib keladi va ogʻir gipertoniya bilan kechadi, koʻp hollarda oʻlim bilan yakunlanadi.

Bayuoters sindromi. Bosilish sindromi, majaqlanish sindromi, crush-syndrom (ingl.), syndromus tubulovascularis, necrosis tubulorum acuta, syndromus myorenalis, syndromus Blum, syndromus Paxon. Bayuoters sindromi – koʻndalang-targʻil mushaklarning chuqur shikastlanishi (toʻqimalarning majaqlanishi bilan birga) natijasida kelib chiqadigan oʻtkir buyrak etishmovchiligi: anuriya, gipertenziya, azotemiya, shok holati; buyrak va jigarda nekrotik oʻchoqlar; siydik ajralgan sari albuminuriya, kreatinuriya, gemoglobinuriya va mioglobinuriya paydo boʻlishi kuchayib boradi; ikkilamchi anemiya, leykotsitoz, koʻpincha giperkaliemiya.

Bartter sindromi. Giperaldosteronizmning buyrak yukstaglomerulyar aparati giperplaziyasi bilan birga kechadigan shakli (autosom-retsesiv nasliylilik): adinamiya; bosh ogʻrishi; poliuriya; polidipsiya; qusish; giperaldosteronuriya; qonda – gipematriemiya, gipokaliemiya, alkaloz. Klinik namoyon boʻlishining sabablari – kanalchalar devoridagi ferment defekti yoki qayta bogʻlanish (feedback) mexanizmining buzilishi oqibatida mahsulotlari oshib boradigan renin, angiotenzin va aldosteron taʼsiriga “nishon hujayralar” (target cells) turgʻunligi tufayli kaliyning kanalchalar reabsorbsiyasida va natriyning ham ikkilamchi

nasliy buzilishi hisoblanadi. Odatda ilk belgilar xayotning birinchi yillarida paydo bo'ladi; androtropizm (4.9-rasm).

Bayd-Sterne sindromi. Gipoxloremik renal atsidoz va kechki raxit bilan kechadigan buyrak naychalari etishmovchiligi. Kasallik kichik yoshdan boshlanib, bo'y o'smaslik, kechki raxit, poliuriya, intermettik azoturiya, qonda ishqor kamayishi, gipoxloremiya bilan belgilanadi, ba'zan giperfosfaturiya, falajlanish kuzatiladi.

Blyum sindromi. Birlamchi yoki ikkilamchi azotemiya va ekstrarenal uremiya bilan xarakterlanadigan polietiologik kasallik Anuriya kuzatilishi mumkin.

Boyxis sindromi. Buyrak, jigar va ko'z anomaliyalarining nasliy kompleksi (autosom-retsessiv nasliylik); umumiy holsizlik, etarli darajadagi proteinuriya, siydik tutolmaslik; rangparlik, sekin progressiv kechuvchi gepatosplenomegaliya; doimiy rivojlanuvchi surunkali buyrak etishmovchiligi. Buyraklarda - miya qismidagi kistalar bilan interstisial nefrit belgilari, koptokchalar skleroz, periglomelulyar fibroz,



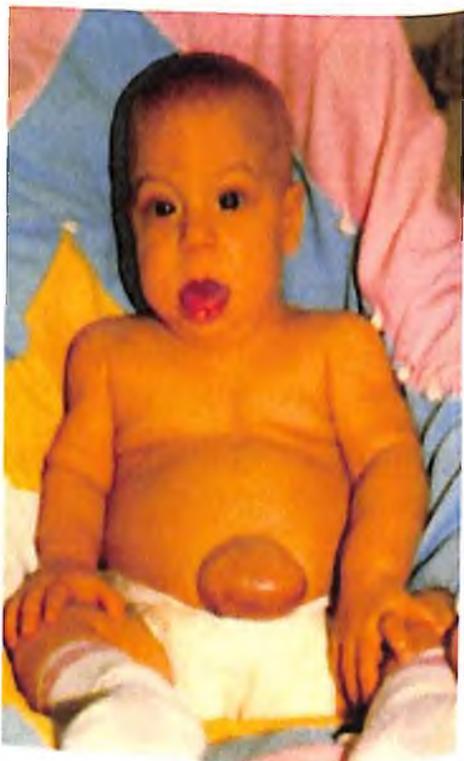
4.9-rasm. Bartter sindromi.

bazal membranalarining o'choqli qalinlashishi, nefronoftiz. Jigarda – perilobulyar fibroz kuzatiladi. Ko'z tubi: to'r parda tomirlarining torayishi, ko'ruv nervi surg'ichlarining xira dog'li pigmentatsiyasi, ko'plab oqish nuqtalar. Oqibati yaxshi emas.

Videman sindromi. Xomiladorlik paytida tarkibida talidomid saqlaydigan preparatlarni (odatda uyqu dorilarni) muntazam qabul qilgan onadan tug'ilgan bolalarda uchraydigan tug'ma defektlar: ameliya yoki dismeliya, katta barmoqlar aplaziyasi, tirsak, katta boldir va son suyagi aplaziyasi, hamda ko'pincha buyrak, yurak, ichak anomaliyalari va gemangiomalarning birga kelishi bilan xarakterlanadi (4.10-rasm).

Vunderlix sindromi. Perirenal (buyrak atrofi) gematomasi bilan namoyon bo'ladi (4.11-rasm): tana titragandan yoki buyraklar sohasiga urilgandan keyin paydo bo'ladigan buyraklar sohasidagi og'riq, qisqa muddatli gematuriya ku-zatiladi; kechroq – har xil darajadagi leykotsituriya, ba'zan retroperitoneal fibroz (Ormond kasalligi) rivojlanishi tufayli siydik oqimining buzilishi paydo bo'ladi.

Gasser sindromi. Nefropatik va gemolitik sptomlar kompleksi: ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi; gastroenterit va so'ngra gemolitik sariqlik sptomlari paydo bo'ladi. Qonda – eritrotsitlar fragmentatsiyasi, rivojlanib boruvchi gemolitik anemiya, eritrotsitlar osmotik rezistentligining pasayishi. Oliguriya yoki anuriya bilan birga buyrak etishmovchiligi, gipostenuriya; qoldiq azot miqdorining oshishi, doimiy albuminuriya, gematuriya, gemoglobinuriya, silindruriya; periorbital (qovoqlardagi) shish, gipertoniya, gipertonik retinit, ba'zan gemorragik diatez; ko'p hollarda trombopenik purpura, petexiyalar. Bosh miya buzilishlari – atrof muhitni farqlolmaslik, xushning karaxtligi, uyquchanlik, EEG dagi o'zgarishlar. Ko'pincha qorinda aniq lokalizatsiyasiz og'riq xurujlar. O'tkir kechadi, oqibati o'lim.



4.10-rasm. Videman sindromi



4.11-rasm. Vunderlix sindromi. Kompyuter tomografiya.

Goyer – Reynolds – Berk – Berxolder sindromi. Irsiy anomaliyalar majmuasi (ehtimol autosom-retsessiv irsiylanadi); buyrakning tug'ma kasalliklari (polikistoz, glomerulonefrit); karlik, ixtioz. Siydikda – gematuriya, proteinuriya, prolin miqdori nisbatan oshishi. Ushbu patologiya Alport sindromini eslatadi, lekin ixtioz, giperprolinuriya va autosom-retsessiv tipda irsiylanishi bilan farq qiladi.

Goldblat sindromi. Bir yoki ikki tomonlama buyrak vazogen ishemiyasi bilan birga yomonsifatli gipertoniya: arterial gipertoniya; ko'pincha urografiya-da bitta buyrak kontrastlanmaydi, bu buyrakning siydik ajratishi va konsentrat-siyalashi bilan bog'liq.

Gordon sindromi. Buyrak va essentsial gipertoniyasi bor ayrim bemorlarda renin-aldosteron sistemasi supressiyasining har xil ko'rinishi: arterial gipertoniya, giperkaliemiya, gipoaldosteronemiya. Natriy iste'mol qilishni chegaralash barcha ko'rsatkichlarning normallasishiga olib keladi.

Gravits sindromi. Gipernefroma (Gravits o'smasi, buyrak saratoni) bor bemorlarda uchta (triada) belgi uchraydi: og'riq; qorinda hosilaning paypaslanishi; gematuriya.

Gruber sindromi. Nasliy anomaliyalar majmuasi (autosom-retsessiv irsiylanadi): polidaktiliya yoki sindaktiliya, burun xansharining keng bo'lishi, ko'z kosasining chuqur bo'lmasligi; ayrim payt – ko'zlarning mayda bo'lishi (pucheglazie – ruscha) gipospadiya, epispadiya, siydik pufagi ektopiyasi, jigar, buyrak, oshqozon osti bezi va tuxumdonlarning kistomalari; meningotselle, meningotsistotsele yoki meningomielotsistotsele.

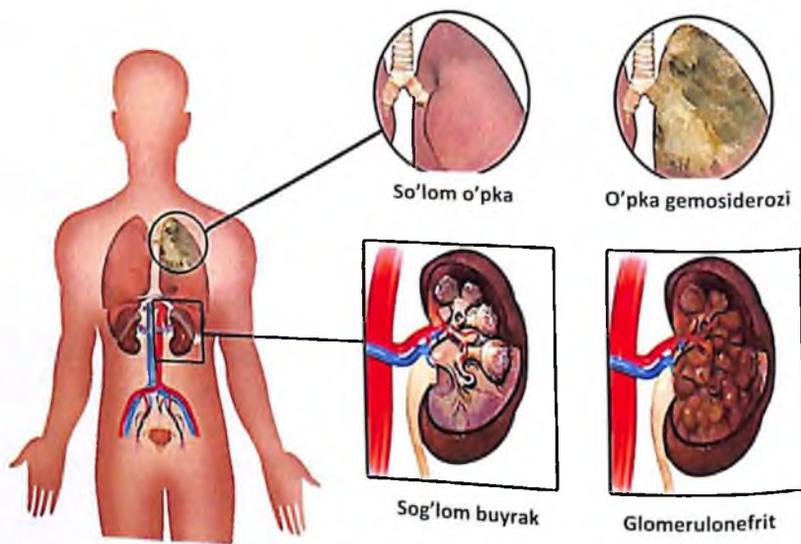
Gudpascher sindromi. O'pka gemosiderozi bilan glomerulonefritning birga kelishi (4.12-rasm). Odatda 40 yoshgacha odamlarda uchraydi: yo'tal, retsivlanuvchi qon tupurish; kechroq – sianoz, taxikardiya, xansirash, albuminuriya, gematuriya, silindruriya; buyrak ko'ptokchalarining bazal membranalarda antitelalar aniqlanadi. Oqibatda giperazotemiya va uremiya qo'shiladi.

Gutman-Freydental sindromi. Amiloidozning teri simptomlari: tizzalarning tashqi yuzalarida kuchli qichiydigan, kattiq konsistensiyali va xafta yoki oylar davomida kamayadigan yoki yo'qolib ketadigan papullalar paydo bo'ladi; qolgan klinik va laborator simptomlar amiloidozga mos keladi.

Guterez sindromi. Taqasimon buyragi bor ayrim bemorlardagi simptomlar majmuasi: kindik yoki oshqozon osti bezi sohasidagi og'riq, surunkali ich qotishlar (qabziyat), dispeptik belgilar, proteinuriya va gematuriya.

Gyunter sindromi. Buyraklarning papillyar nekrozi: klinik ko'rinishi buyrak sanchig'ini yoki buyrak absessini eslatadi. Ustunlik qiladigan belgilari – og'riq va makrogematuriya. Interstitsial bakterial nefriti (pielonefriti) va interstitsial nobakterial (medikamentoz) nefriti bor bemorlarda kuzatiladi.

Delbanko sindromi. Uzoq davom etuvchi surunkali balanitlar natijasida yuzaga keladigan belgilar majmuasi: jinsiy olat boshchasi va kertmagining fibroz sklerozi, atrofiyasi xamda kuchsiz yallig'lanishi.



4.12-rasm. Gudpascher sindromi: O'pka gemosiderozi va glomerulonefrit

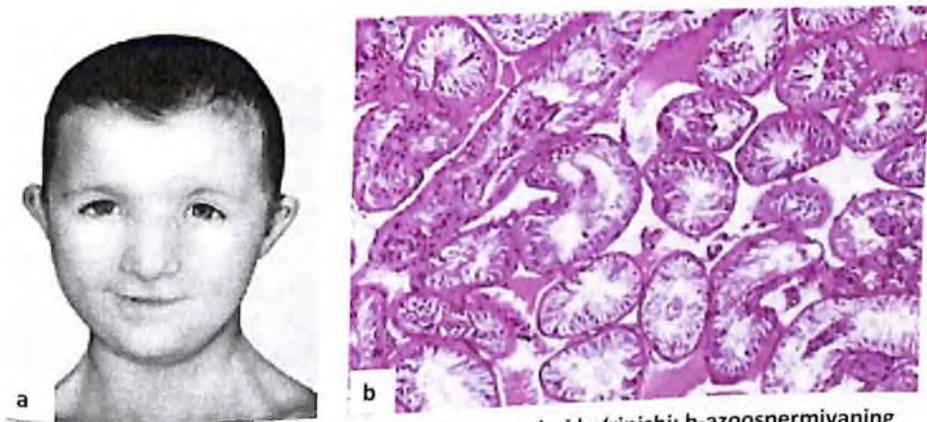
Del Kastilo sindromi. Jinsiy xujayralar (sertoli xujayralari) sindromi (4.13-rasm): ikkilamchi jinsiy belgilar mu'tadil rivojlanishi va bir paytning o'zida azoospermiya kuzatilishi bilan xarakterlanadi. Faqat erkaklarda uchraydi, autosom-retsessiv yo'l bilan beriladi.

Dreyfus (Jilber) sindromi. Erkaklarda nasliy psevdogermafroditizm (dominant yoki retsessiv, X-xromosoma bilan uzviylashgan holda irsiylanadi): fenotipi erkak, gipospadiya, ginekomastiya, qo'ltiq ostida juda kam jun bo'lishi, soqol chiqmasligi, moyaklar qariyb mu'tadil holatda, spermatozoidlar ishlab chiqarilishi buzilmagan.

De Toni sindromi. Autosom-retsessiv irsiy yo'l bilan beriladigan va nefrokalsinoz, kechki raxit, adipozgenital distrofiya bilan birga kechadigan buyrak atsidozi: past bo'yilik, yog bosishi, osteoporoz, kechki raxit, geni valgus, psevdoporoz, gipokaliemiya, polidipsiya, polifagiya, poliuriya, kalsiuriya, buyrak ohaklanishi.

Ditl sindromi. Boshqacha Ditl kasalligi, krizisi ham deb yuritiladi. Hara-katchan buyrakning (nefroptoz) qisilishida kuzatiladigan simptomlar mujmuasi: buyrak sanchigi, qayt qilish, isitma, kollaps, Zaxarin-Gedning taalluqli sohalarida giperesteziya: huruj odatda siydik tutilishi bilan boshlanadi va keyinroq ko'p siyish yuzaga keladi. Bunday holat siydik nayining bukilib kolishi bilan bog'liq bo'lib, yotgan holda buyrak sohasi bosib paypaslansa, buyrak o'z joyiga siljiydi va og'rik to'xtashi hamda so'ngra ko'p miqdorda siydik ajralishi kuzatiladi.

Jilbert (Gilbert) sindromi. Moyak o'smalarining turli xil ko'ri-nishdagi belgilari (odatda xorionepiteliomaning): ginekomastiya; ichki a'zolarida



4.13-rasm. Del Kastilo sindromi: a-bemorning tashqi ko'rinishi; b-azoospermiyaning mikroskopik ko'rinishi.

yoppasiga (massiv) metastazlar aniqlanadi (ayniqsa o'pkalarda); qonda – follikulin ko'payadi, gonadotrop gormonlar miqdori oshib ketadi.

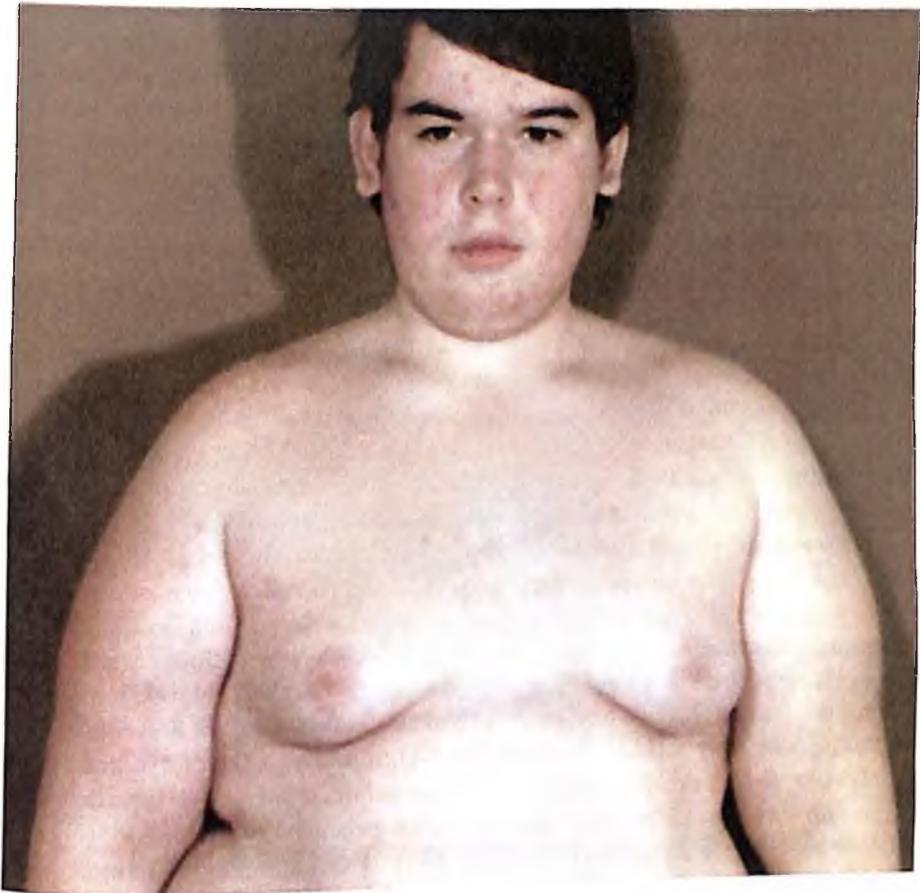
Jyuel-Renua sindromi. Ikki tomonlama buyrak po'stloq qavatining nekrozi: kasallik odatda homiladorlik paytida eklampsiya bilan birga namoyon bo'ladi; kam holatlarda surunkali pielonefriti bor bemorlarda rivojlanishi mumkin; homiladorlik vaqtidagi aytib o'tilgan asoratlar odatda o'lik bola tug'ilishi bilan yakunlanadi; oliguriya, gematuriya, albuminuriya, silinruriya, ko'pincha – to'liq anuriya; ikki tomonlama bel va epigastriy sohalarida og'riq; uncha yuqori bo'lmagan gipertenziya (har doim emas). Tezda azotemiya, giperkaliemiya, gipermagneziemiya, giponatriemiya va gipoxloremiya, qusish va xushning yo'qolishi bilan birga uremiya rivojlanadi. Oqibati og'ir, odatda birinchi belgilari paydo bo'lgandan keyin 10-15-sutkada o'lim bilan yakunlanadi. Buyraklar biopsiyasida – po'stloq qavatning nekrozi bilan koptokchalar gialinozi aniqlanadi.

Kakki-Richchi sindromi. Hali ko'krak yoshida boshlangan surunkali qaytalanuvchi leykotsituriya; ko'pincha boshqa simptomlar bo'lmaydi, buyrak faoliyati me'yorda; patologik o'zgarishlar faqat uroografiyada aniqlanadi. Eng kechki yoshlarda – nefrolitiaz, nefrokalsinoz; ko'pincha buyrak sanchig'i kuzatiladi; patologiya bir tomonlama bo'ladi, qarshi tomondagi buyrak kattalashgan; ba'zan buyrakning nuqsonlari boshqa ichki a'zolari bilan birga keladi.

Keyra sindromi. Jinsiy olat boshchasining eritroplaziyasi: jinsiy olat boshchasida aniq chegaralanagan, ko'psonli, och qizil rangli dog'lar bo'ladi; ko'p hollarda epiteliy qipiqilanishi bilan yuzaki qonamaydigan ohaklanishlar hosil bo'ladi. Ba'zan shunga o'xshash belgi boshqa shilliq qavatlarda (odatda og'iz bo'shlig'ida, hiqildoqda) ham kuzatiladi. Kasallik yillab davom etadi.

Kimmelstil – Uilson sindromi. Uzoq vaqt davomida qandli diabet bilan og'riydigan bemorlarda (ko'pincha erkaklarda) buyrak koptokchalarining zararlanishi: shishlar, gipertenziya, proteinuriya, azotemiya, gipertonik diabetik retinopatiya, gipoalbuminemiya. Kechishi progressiv holda: Insulin bilan davolanadigan bemorlarda kuzatiladi, bunda rivojlanib boruvchi nefropatiya bilan birga parallel ravishda kasallik belgilari ham kuchayib boradi.

Klaynfelter sindromi. Jinsiy etilish davrida moyaklarning kanalcha funksiyasining irsiy anomaliyasi (X-xromosoma bilan bog'lanib irsiylanadi, genotipi XXY): normal rivojlangan o'smirlarda ginekomastiya (har doim ham emas); moyaklar gipoplaziyasi, azoospermiya va oligospermiya; siydikda gonadotropin va 17-ketosteroidlar miqdori oshishi; ikkilamchi jun chiqishi normal rivojlangan. Ayrim payt – qiyofasi (oblik) yevnuoidsimon. Ko'pincha asosiy almashtiruvchi pasaygan. Xromosomal jins ayollarniki. Kasallik jinsiy etilish davrida namoyon bo'ladi (4.14-rasm).



4.14-rasm. Klaynfelter sindromi.

Kolk sindromi. Ayollarda periuretral bezlarning yallig'lanishi bilan siyishning qiyinligi; siydik pufagi ta'sirlanish simptomlari, siydik tutilishi, piuriya; sistoskopiyada o'zgarishlar aniqlanmaydi.

Leydig sindromi. Yosh erkaklarda postpubertat gipogonadizm bilan Leydig hujayralarining displaziyasi; kasallik odatda 17-18 yoshda paydo bo'ladi; Jun o'sishi ayollar tipida sust rivojlangan; moyaklar tashqi ko'rinishidan me'yorda; siydikda gonadotropin miqdori normada, lekin 17-ketosteroidlar miqdoriga sezuvchanlik yuqori. Moddalar almashinuvi me'yorda yoki pasaygan, oqsillarning spetsifik-dinamik ta'siri kamaygan. Katta ehtimol bilan sindrom X-xromosoma bilan uzviylashib retsessiv tipda irsiylanadi.

Liddl sindromi. Irsiy tubulopatiyaning turli xil ko'rinishi (autosom-dominant yoki retsessiv irsiylanishi mumkin): erta bolalik davridayoq sistolik-diastolik gipertoniya paydo bo'ladi: plazmadagi renin, angiotenzin va aldosteron miqdori kamayadi, natriy ushlanib qolishi, gipokaliemiya. Asosida kelib chiqishi genetik bo'lgan distal kanalchalarda kaliy va natriyning membranali tashilishining buzilishi yotadi.

Littl – Slouper – de Vordner sindromi. Buyraklarning periferik arteriyalarida anomaliyalari mavjud bemorlardagi simptomlar majmuasi (ehtimol tug'ma harakterda): beldagi hurujsimon og'riq, gematuriya, intermittirlanuvchi isitma; buyrakning funksional ko'rsatkichlari (konsentratsiyalash xususiyati, qon plazmasida kreatinin va siydikehil miqdori) hamda tomir ichi urografiya va izotopli nefrografiya – normadan chetga chiqmaydi. Buyrak angiografiyasida uncha katta bo'lmagan arteriyalarning qon bilan to'lishining etishmasligi; buyrak to'qimasi morfologik tekshirilganda arteriola intimasining proliferatsiyasi va uncha katta bulmagan interstitsial fibroz sohalari aniqlanadi.

Marion sindromi. Bolalarda qovuq bo'yinchasi stenoz (4.15-rasm): kasallik siydik yo'llari retsidivlanuvchi (qaytalanuvchi) infeksiyasi zahirida poliuriya, pollakiuriya, paradoksal ishuriya va psevdoenurez bilan boshlanadi. Katerizatsiyada doim – retension siydik. Sistoskopiyada – fibroz sistit. Retrograd pielografiyada – gidroureter, egilgan siydik naylari, buyrak jomlarining kengayishi, qovuq-siydik nayi-jom refluksi. Odatda xirurgik aralashuvsiz yomon oqibat bilan tubulyar buyrak etishmovchiligiga olib keladi. Androtropizm.

Miller sindromi. Buyraklarning yomonsifatli o'smalari (Vilms deb nomlanadigan o'sma) ko'p sonli anomaliyalar bilan birga irsiylanib (ehtimol, autosom-retsessiv irsiylanishi) kelishi: aniridiya, katarakta, glaukoma; tana-niing gemigipertrofiyasi; tug'ma pigmentli dog'lar (nor, xol); ko'psonli gemangiomalar, gipospadiya, kriptorxizm; mikrotsefaliya; pakana bo'y; aqliy rivojlanishdan orqada qolish.

Ormond sindromi. Moddalar almashinuvining buzilishi yoki yallig'lanish natijasida atrof to'qimalarning sklerozi va profileratsiyasi bilan bog'liq bitta yoki ikkala siydik naylarining rivojlanib boruvchi chandiqlar bilan qisilib qolishi (4.16-rasm): buyrak jomlarida yoki siydik naylarida siydik ushlanib qolishi: bel sohasida og'riq, asteniya, haroratning oshishi, ich ketish, pieloecktaziya; shish, buyrak etishmovchiligi belgilari, anuriya. Asosan 40-60 yoshdagi erkaklar kasallanadi.

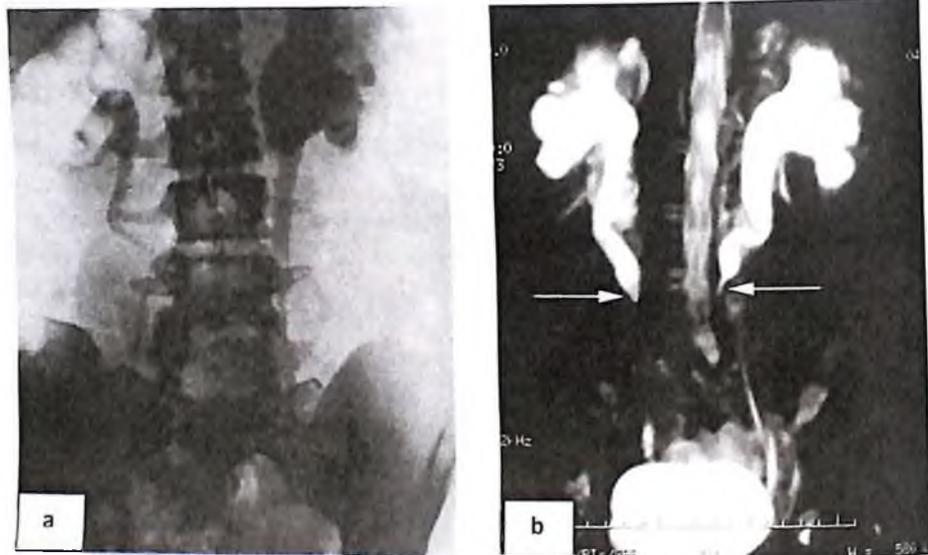
Paskualini sindromi. Moyaklar funksiyasining izolirlangan inkretor buzilishlari: evnuxoidizm (baland bo'y, semizlik, ingichka ovoz, ikkilamchi junchi-qishining sustligi); moyaklar tashqi ko'rinishidan normada Leydig hujayralari miqdorining kamayishi, urug'lantirish qobiliyati saqlangan.



4.15-rasm. Marion sindromidagi qovuq buyinchi stenozi (sxema).

Pozner sindromi. Erkaklar urogenital sistemasining neyrovegetativ regulyator buzilishlari: siyishning funksional buzilishi – sovuqda va hayajonlanganda pollakiuriya, dizuriya, jinsiy faoliyatning buzilishi (kuchsiz ereksiya va vaqtdan oldin urug' to'kish), oraliq va tanosil a'zolari sohalarida diesteziyalar – sovuq sezgisi, gipoesteziya va giperesteziya, qichishish; prostatoreya, ko'pincha defekatsiya va (yoki) siyish vaqtida urug'ning spontan chiqishi kuzatiladi. Rektal tekshiruvda – prostata bezining nisbatan kattalashishi va og'riqli bo'lishi aniqlanadi.

Psevido-Klaynfelter sindromi. Xromosomli anomaliyalarsiz moyaklarning sklerozi va atrofiyasi; kasallik 30-40 yoshlarda paydo bo'ladi; libido va potentsiya susayadi; moyaklar bujmayadi. Siydikda – gonadotropin miqdori oshgan, 17-ketosteroid ajralishi kamaygan, me'yordagi er-kak (XY) kariotipi; eyakulyatda spermatozoidlar bo'lmaydi.



4.16-rasm. Ormond sindromi: a-Ekskretor urografiya. Ikki tomonlama retro-peritoneal fibroz. Siydik nayi ung tomondan L₄ ning ruparasida yuqori qir-rasida keqaygan va qiysheygan, chap tomondan L₅ ning ruparasida bosilgan va medial tomonga siljigan b-Magnit-rezonans urografiya. Ikki tomonlama ureterogidroneroz. Retroperitoneal fibroz. Siydik nayla-rining bel proeksiyasida torayishi

Sederlund sindromi. Noinfeksion interstitsial nefritning (pielonefritning) har xil ko'rinishi: sekin-asta dizuriya, pollakiuriya va nikturiya; ba'zan – stranguriya, ko'p hollarda makrogematuriya paydo bo'ladi. Asosan yosh erkak jinsli odamlar kasallanadi. Ko'pincha ikki tomonlama bel sohasida engil, ayrim payt sanchiqli ko'rinishda og'riq paydo bo'ladi. Tana harorati normada. Siydikda – leykotsituriya, ba'zan eritrotsituriya, kamroq proteinuriya. Bakteriuriya kuzatilmaydi. Sistoskopiyada – shilliq qavatning kuchli shishishi bilan intensivli yiringli-fibrinoz sistit aniqlanadi. Tomir ichi piclografiyada: buyrak kosachalari, jomlari va siydik naylari tonusining buzilishi, spastik qovuq. Ayrim payt uretrit ham kuzatiladi. Oqibati yaxshi emas (davosi yuq), kasallik bir necha oy davom etishi mumkin.

Senior – Loken sindromi. Buyraklar va ko'zlar anomaliyalarining birga irsiylanib kelishi (autosom-retsessiv irsiylanadi): buyraklar konsentratsion funksiyasining pasayishi; proteinuriya; gung elektoretinogramma deb nomlanadigan to'r parda pastki qismining o'ziga xos pigmentatsiyasi, ayrim payt gemianopsiya. Kam hollarda miyacha ataksiyasi va skeletning har xil anomaliyalari kuzatiladi. Gistologik tekshiruvda – buyrak interstitsiyasining infiltra-

tsiyasi, mikrotsitlar bilan birga kanalchalarning kengayishi, pigmentli retinit aniqlanadi.

Skrayver – Shefer – Efron sindromi. Irsiy (autosom-retsessiv irsiylanish) anomaliyalar majmui: buyraklar gipoplaziyasi, intermittirlanuvchi gematuriya va proteinuriya; yorug' rang bilan bog'liq karlik, epilepsiya; siydik bilan ko'p miqdorda glitsin, L-prolin va L-gidroksiprolin ajraladi; giperprolinemiya.

Sorsbi sindromi. Irsiy anomaliyalar majmuasi (ehtimol, autosom-dominant irsiylanadi): ikki tomonlama makulyar koloboma; braxidaktiliya, polidaktiliya, sindaktiliya. Ba'zan bitta buyrakning ageneziyasi.

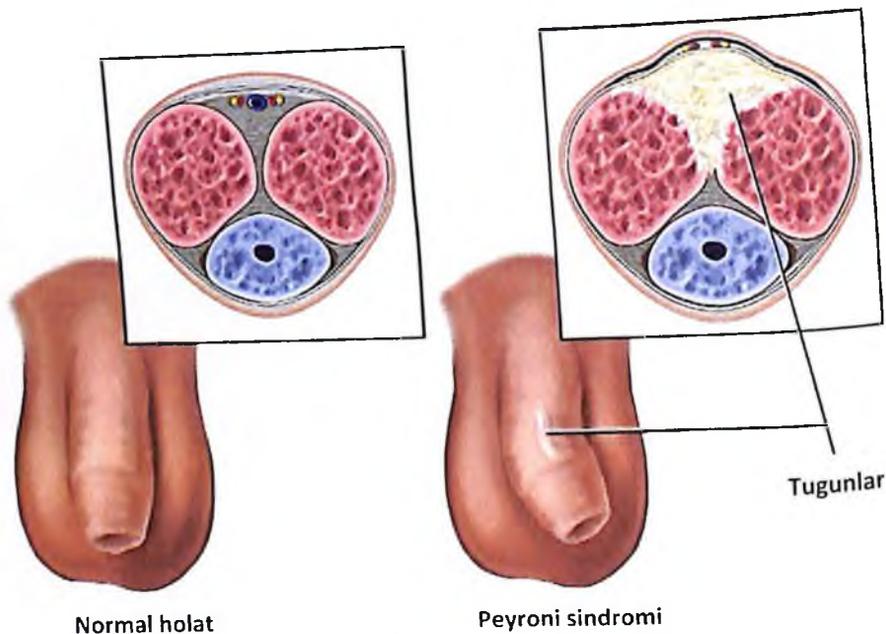
Sousuors sindromi. Sulfanilamid preparatlarni qabul qilgandan so'ng o'tkir rivojlanuvchi belgilar majmusi: gematuriya, qorinda og'riq, giperazotemiya.

Torn sindromi. Buyrak usti bezlarining ikkilamchi etishmovchiligi bilan kelib chiqishi turli xil bo'lgan (masalan, pielonefritda va boshq.) buyrak kanalchalarida natriy reabsorbsiyasining buzilishi: charchoqlik, xolsizlik, bosh aylanishi, qusish, mushaklarda tirishishlar, ruhiy buzilishlar, kollaps, komatoz holatlar. Tomir ichiga natriy xlorid eritmasini yuborgandan so'ng simptomlar yo'qoladi.

De la Peyroni sindromi. Jinsiy olat plastik induratsiyasini bildiradi; odatda kasallik 40-60 yoshlarda boshlanadi; hech qanday sababsiz jinsiy olatning dorzal yuzasida boshchasidan chiqadigan elastik, kechroq tog'aysimon qattiqlashish rivojlanadi (4.17-rasm); tezda erektil disfunktsiya yuzaga keladi, kechroq – jinsiy aloqada ojizlik; to'qima giperplaziyasi doim yaxshisifatli xarakterga ega bo'ladi. Ushbu sindrom irsiy bo'lishi mumkinligiga tahmin qilinadi (ehtimol, autosom-dominant irsiylanish).

Forsel sindromi. Nefrogen politsitemiya (buyrakdagi eritropoetinlar giperfunktsiyasi oqibatida): kasallikning boshlanishida – gematuriya; pletorikli yuz rivojlanadi. Qonda: erirotsitoz, gemoglobin miqdorining oshishi, leykotsitlar va trombositlar soni normada; qonda qoldiq azot miqdori ba'zan oshgan bo'ladi. Buyraklarni tekshirganda gipernefroma, kistalar, gidronefroz, fibromiksomalar va boshqa o'smalar aniqlanadi. Nefrektomiyadan keyin politsitemiya belgilari yo'qoladi.

Freyli sindromi. Buyrak qon tomirlarining turli xil anomaliyalari: buyrak yuqori arteriyasining oldingi va orqa tarmoqlari kesishadi va jomning yuzasini bosadi. Buyrak sohasidagi doimiy, ko'pincha kuchayib boradigan og'riq, ayrim payt ikkilamchi litiaz tufayli buyrak sanchig'i; mikrogematuriya, ba'zan makpaysituriya, leykotsituriya: ayrim vaqt kuchsiz arterial gipertenziya. Rentgenologik – tomir ichi urogrammalarda jomning yuqorisida dimlanish, ko'pincha gidrokalkoz belgilari (4.18-rasm). Buyrak angiografiya-si yordamida tashhis yanada ishonchli tasdiqlanadi.



4.17-rasm. De la Peyroni sindromi (sxema).

Fromeni sindromi. Sindrom bitta oila vakillarida va qarindoshlarida kuzatiladi. Baʼzan ichki aʼzolarda oʻsma mavjud boʻladi. Koʻpincha irsiylanish autosom-dominant (siydik pufagi, yoʻgʻon ichak, tuxumdonlar oʻsmasi, yumshoq toʻqimalar sarkomasi, sut bezi raki), ayrim hollarda autosom-retsessiv (buyrak usti bezlari poʻstlogʻi oʻsmalari) xarakterida beriladi.

Keyd sindromi. Buyraklarning funksional buzilishi bilan sariqliksiz gepatoz: anuriya, kechki oliguriya, izostenuriya, albuminuriya, mikrogematuriya, uremiya belgilari, atsidoz; jigar faoliyatining buzilishi, suv-tuz almashinuvi-ning buzilishi. Sargʻayish kuzatilmaydi.

Xeller – Nelson sindromi. Erkaklarda tez-tez uchrab turadigan birlamchi gipergonadotropi gipogonadizm: moyaklar atrofiyalangan, azoospermiya, siydikda gonadotropin miqdori oshgan boʻladi. Moyaklar biopsiyasida – urugʻ kanalchalarida gialinizatsiya, Leydig hujayralarining degeneratsiyasi. Baʼzan – har xil darajadagi evnuxoidizm va ginekomastiya; tashqi jinsiy aʼzolar meʼyorida yoki gipoplasiya; koʻpincha – ovoz yuqori tembrli. Siydikda: esterogenlar va 17-ketosteroidlar miqdori normal yoki pasaygan. Xromosomal nuqsonlar aniqlanmaydi.

Xerman – Agilar – Zaks sindromi. Nasliy anomaliyalarning birga kelishi (autosom-dominant nasliylik): fotomiokloniya, ichki quloq anomaliyalari bilan bog'liq og'ir quloqlik (eshitishning yomonlashuvi) yoki karlik, periferik neyropatiya bilan qandli diabet; diabetik nefropatiya yoki pielonefrit; qarilikdagi aqliy zaiflikning erta namoyon bo'lishi. Qonda: giperglikoproteidemiya, gipermukoproteidemiya. Siydikda: giperalaninuriya, giperleypsinuriya, gipervalinuriya.

Sollinger sindromi (I). Glomerulonefrit asoratining nefrotik sindrom: gematuriya, proteinuriya, disproteinemiya, shishlar, giperxolesterinemiya. Simptomlar yillar davomida davom etadi; oxirgi bosqichida – gipertoniya va uremiya.

Sollinger sindromi (II). Noinfeksion interstitsial nefrit klinik belgilarining paydo bo'lishi.

Shtofer sindromi. Buyrak karsinomasi (gipernefromasi) bor bemorlarda jigar faoliyatining buzilishi: anoreksiya, quvvatsizlik, ozish; gipotenziya, jigarining, ayrim vaqt taloqning ham kattalashishi. Qonda: ishqorli fosfataza aktivligi oshgan, protrombin vaqtining uzaygan, albumin miqdori pasaygan va α_2 -globulinlar miqlori ko'paygan, bromsulfalein bilan qo'yilgan sinama musbat bo'ladi. O'sma olib tashlangandan keyin xamma simptomlar yo'qoladi, laborator ko'rsatkichlar normallashadi.

Epshteyn sindromi. Kelib chiqishi har xil namoyon bo'ladigan nefrotik sindrom, ko'pincha surunkali glomerulonefritda: generalizatsiyalangan shish; kuchli proteinuriya, silindruriya. Aretrial bosim ko'tarilmaydi; gipoalbuminemiya, disproteinemiya (giper- α_2 va γ -globulin), giperxolesterinemiya.

Yusef sindromi. Pastki Kesarcha kesishdan keyingi qovuq-bachadon yatrogen shikastlanishlar (fistulasi): siydik tutolmaslik, menstrual gematuriya (menouriya), odatda bu holat xirurgning avaylamaganidan kelib chiqadi.



4.18-rasm. O'ng tomonlama Freyli sindromi

5-BOB

UROLOGIYADA EPONIM SINAMALAR

Zimnitskiy sinamasi. Bu buyrakning funksional sinamasi bo'lib, sutka davomida har uch soat oralig'ida 8 portsiyada yig'iladigan siydikning miqdori va nisbiy zichligini aniqlashga asoslanadi. Bemorlarda sun'iy sharoitlarda utkaziladigan Folgard sinamasidan farqli o'laroq, Zimnitskiy sinamasi bemor uchun odatiy ovkatlanish va suv rejimida utkaziladi. Siydik sutka davomida har uch soatda 8 portsiyaga yig'iladi. Har bir portsiyaning hajmi va undagi siydikning nisbiy zichligi aniqlanadi (klassik variantda natriy xlorid va siydikchil miqdori ham aniqlaydi). Natijalar qanchalik har xil olinsa, shunchalik buyrakning moslashish xususiyati aniqroq bo'ladi; qanchalik ko'rsatkichlar monotonli, bir xil bo'lsa, shunchalik buyrakning moslashish xususiyati pastroq bo'ladi. Ko'p hollarda kunduzgi va kechki diurezga ahamiyat beriladi. Normada buyraklar orqali kunduzi siydikning sutkalik miqdorining 70-75% ajralishi kerak. Yurak, buyrak va ayrim boshqa kasalliklarda kechki diurez kunduzgi diurezga teng bo'lib qoladi yoki oshishi ham mumkin. Siydikning nisbiy zichligini va undagi siydikchil va natriy xlorid miqdorini tekshirish buyrakning konsentratsion faoliyatini aniqlash imkonini beradi. Odatda siydikning eng yuqori konsentratsiyasi sinama tugashidan oldin oxirgi portsiyasida, ya'ni ertalab aniqlanadi.

Agar siydikning nisbiy zichligi barcha portsiyalarda 1008-1010 dan oshmasa, bu shubhasiz buyraklarning konsentratsion xususiyatida buzilish, ya'ni ularda funksional etishmovchilik borligidan dalolat beradi. Siydikning nisbiy zichligining kursatkichi 1020 va undan yuqori bo'lsa buyraklar etishmovchiligini inkor qilish imkonini beradi. Zimnitskiy sinamasi klinik sharoitlarda buyrak kasalliklari bilan og'riydigan shaxslarda keng qo'llaniladi. Agar bu sinamada noaniqliklarga duch kelinsa, yanada murakkabroq sinamalar o'tkaziladi.

Kakovskiy-Addis sinamasi. Bu sinama sutkalik siydik miqdorida shaklli elementlar miqdorini aniqlash uchun qo'llaniladi.

Ko'rsatma: Ko'p hollarda buyrak va siydik yo'llari yallig'lanish kasalliklarida (glomerulonefrit, pielonefrit, buyraklar tuberkulyozi) leykotsituriya, eritrotsituriya, silindruriya darajasini aniq bilish zaruriyatida qo'llaniladi.

Bajarilish texnikasi: Siydik 10-12 soat ichida yig'iladi. Bemorlar uchun kechki siydik portsiyasini yig'ish qo'lay bo'ladi (22 dan ertalab 8 gacha). Agar iloji bo'lsa, bemor siydigini 10-12 soat davomida ushlab turadi (ya'ni, shu vaqt davomida siymay turadi) va ertalab qovug'ini bushatadi. Agar bemor shu vaqt ichida siydigini bir necha marta bushatsa, unda shaklli elementlar buzilishining oldini olish uchun kolbaga 4-5 tomchi formaldegid qo'shish kerak bo'ladi.

tunggi vaqtda aniqlanadi (normada 98,3-99,5%). Endogen kreatinin klirensini yanada to'g'ri aniqlash uchun diurezning optimal kursatkichi 1,5-2,5 ml/min inobatga olinadi.

Ko'rsatma: Buyrakning barcha kasalliklarida, uning summar faoliyati buzilishiga shubxa qilinishi.

Bajarish texnikasi: Bemorda Reberg-Tareev sinamasi gorizontaal xolatda o'tkaziladi. Sinama vaqtida ovqatlanish va suv ichish man qilinadi. Bemor erta-lab kovug'ini bushatadi. Bushatish vaqtini belgilaydi. Siyib bulgandan sung 1 soat utib qondagi kreatinin miqdorini aniqlash uchun bemor venasidan qon olinadi, keyin yana 2 soatdan sung bemor qovug'ini bushatadi. 2 soat ichida olingan siydik xajmi ulchanadi va undagi kreatinin miqdori aniqlanadi (1 l ga gr da). Bu kursatkich minutlik diurezga (ml/min) kupaytiriladi va plazmadagi kreatinin konsentratsiyasiga (g/l) bulinib kreatinin klirensi, ya'ni koptokchalar-dagi filtratsiya kursatkichi (ml/min) olinadi.

Suv reabsorbsiyasining foizi koptokchalar filtratsiyasi bilan minutlik diurez orasidagi kursatkichlar farqi koptokchalar filtratsiyasiga bo'linadi va o'zini ko'paytirib 100 ga bo'linmasi orqali hisoblanadi. Bundan tashqari klirens haqidagi olingan natijalariga tekshirilayotgan bemorning tana vazni va buyi nomogrammalar buyicha tuzatishlar kiritiladi. Aytib utilgan tuzatish suvning kanalchalar-dagi reabsorbsiyasiga kirmaydi, bu holatda nisbiy kursatkich (foiz) aniqlanadi. Metodning ustunligi uni bajarishning qulayligi va arzonligidadir. Ayniqsa bu metod surunkali buyraklar etishmovchiligida a'zoning zararlanish darajasini aniqlash uchun dinamikada uning qayta utkazilishi bilan ahamiyatlidir.

Sinama natijalari notug'ri bulishiga sabab bo'ladigan va tez-tez uchrab turadigan xatolariga quyidagilar kiradi: 1) plazma va siydikka ximiyaviy ishlov berish; 2) siydik miqdorini noto'g'ri hisoblash; 3) bemor tomonidan sinamani utkazish sharoitini buzish.

Folgard sinamalari (kontsentratsiyaga va ajratishga). Buyraklarning kontsentratsion va suvajratish faoliyatini xarak-terlaydi.

Kontsentratsiyaga sinama o'zida ayniqsa, diffuz tubulopatiyalarda birlamchi siydikdan kanalchali epiteliy suvning fakultativ reabsorbtsiyasini bajarish xususiyatini yaqqol namoyon qiladi.

Ko'rsatma: har xil urologik kasalliklarda ayniqsa buyrak mag'iz qavati-ning zararlanishlarida (pielonefrit, nefrotuberkulyoz, buyrak so'rg'ichlarining nekrozi va boshq.) buyraklardagi kontsentratsion faoliyatning buzilishiga shubha qilinganda (gipostenuriya, izostenuriya).

Utkazish texnikasi: bemorga 12 soat davomida to'shak rejimi buyuriladi va suv ichish tuliq man qilinadi. Ambyurje (Hamburger) tomonidan taklif qilingan modifikatsion sinamada 500 ml suyuqlik ichishga ruxsat beriladi. Har ikki

soatda ajralgan siydik miqdori va uning nisbiy zichligi tekshirib boriladi. Normal konsentratsion faoliyat kursatkichi tekshirishning oxirida 1030 yoki undan yuqori maksimal nisbiy zichlik (Hamburger 1025 sonini yoki undan yuqorisini ko'rsatadi) hisoblanadi. Agar siydikning nisbiy zichligi 1020 dan oshmasa bu epiteliy kanalchani zararlantirish belgisi hisoblanadi, darhaqiqat nisbiy zichlik qanchalik past bulsa, bu buzilishning juda chuqurligidan dalolat beradi. Sinamani utkazishda siydikni endogen suv bilan aralashishiga yo'l qo'ymaslik kerak (masalan shishlarni qaytarish vaqtida). Agar tekshirish vaqtida sutkalik diurez 800 ml dan oshmasa natijalar aniq hisoblanadi. Shuningdek siydik tarkibidagi qandni ham tekshirilishi kerak, chunki glyukozuriyada siydikning nisbiy zichligi undagi qand hisobiga kutarilgan bo'ladi, buyrakning konsentratsion xolati namoyon qilmaydi. Sinamani qondagi mochevina (siydikchi) oshgan vaqtda hamda qon aylanishning umumiy buzilishlarida o'tkazish maqsadga muvofiq emas.

Ajratish sinamasi buyraklarning epiteliy kanalchalar faoliyatining suvli nagruzkaga tezda fakultativ reabsorbsiya javobini namoyon qiladi. Ko'rsatmalar xuddi o'shalar.

Utkazish texnikasi: bemor tekshirilayotgan vaqtda to'shak rejimiga amal qiladi. Ertalab nahorda qovuq bo'shatgandan so'ng 15-30 daqiqa davomida 1,5 l suvni ichadi. Shundan sung 4 soat davomida har yarim soatda ajralayotgan siydik miqdori va nisbiy zichligi aniqlanadi. Normal sharoitlarda tekshirish vaqtida ajralayotgan siydik miqdori ichilgan suv miqdoriga deyarli to'g'ri kelishi, uning nisbiy zichligi esa oxirgi porsiyalarida 1003 dan past bulishi kerak. Buyrak etishmovchiligida hamda suyuqlikning ekstrarenal genezli ushlanib qolishida suvli nagruzkaga kam natija beradi, nisbiy zichligi esa kam o'zgaradi.

Folgard sinamalari birin-ketin utkaziladi: oldin ajralishga keyin esa konsentratsion faoliyatiga qaratiladi.

1-ILOVA. TEST SAVOLLARI

KIRISH**1. Urologiya fanining tarifi.**

- a) Siydik haqidagi fan.
- b) Siydik, siydik azolari va jinsiy azolari kasalliklari, tog'risidagi fan.
- c) Buyraklar, siydik yo'llari va erkaklarda tanosil azolarining xirurgik kasalliklarini o'rganuvchi fandır.
- d) Urogik azolarning barcha kasalliklarini o'rganuvchi fan.
- e) Jaroxlik faoliyatini bir bo'limi.

2. Urologiyada eponim atamalarining mohiyati nimadan iborat?

- a) Bazi ko'p so'zli atamalarni olimlar nomi bilan lo'nda holiga keltirish.
- b) Ayrim azolarning, tekshirish va davolash usullarini bayon qilgan muallif nomi bilan atalish.
- c) Atamalarni qisqa holda talaffuz qilish.
- d) Buyrak olimlarining nomini abadiylashtirish.
- e) O'quvchilarni yo'llashga fikirlash eponim simptom va sindromlarni tushuntira olish qobiliyatini oshirish.

3. Eponim atamalarni qo'llashda maqsad nima?

- a) O'quvchilarni shu fanga qiziqtirish.
- b) Atamani taklif qilgan muallifni tashviqot qilish
- c) Atamaning nomini ixchanlashtirish va uning muallifini takidlash.
- d) Olimlarning ichki extiyoji.
- e) Ilmiy olimlarning shuxratparasligini taminlash.

4. Rentgen nurlari.....atamami?

- a) Ha
- b) Yo'q
- c) X-nurlari eponim atama.
- d) Rentgen so'zi eponim atama
- e) Rentgen tasviri eponim atamadir.

1-BOB. UROLOGIYADA QO`LANILADIGAN CHOKLAR.

1. Choklarning mifologiyada keltirilishi.

- a) Odissey va Penelopa munosabatlari.
- b) Choklar Payg'ambarlarga xudo tomonidan tushirilgan.
- c) Choklar paydo bo'lishi tarixi ma'lum emas.
- d) Choklar xirurgiyada doim qo'llanilgan.
- e) Penilopa choki.

2. Choklarning xillari.

- a) Xirurgik, urologik, ginekologik choklar.
- b) Umumiy xirurgik va urologik operatsiyalar paytida qo'yiladigan choklar
- c) Xirurgik choklar
- d) Urologik choklar
- e) Teriga, mushaklarga qo'yiladigan choklar.

3. Choklar qaysi to'qimalardan qo'yilish mumkin?

- a) Barcha to'qimalarga.
- b) Mushak va teriga.
- c) Teriga
- d) Aponevroz, mushak, teri osti, teri, ichki kovak va parenximatoz azolar suyak va boshqa to'qimalarga.
- e) Drenajlarni fiksatsiya qilishda.

4. Umumiy xirurgik choklarning xillari.

- a) So'riladigan va so'rilmaydigan iplar bilan qo'yiladigan choklar.
- b) Qonli ip bilan tikish va qonsiz (yopishqoq plastic bilan tikish).
- c) Tomirlarni bog'lash, deminch-tampon.
- d) xirurgiyada, urologiyada, Ginekologiyada. Stomotologiyada, qo'llaniladigan choklar.
- e) Birlamchi, ikilamchi choklar.

5. Tikish (chok qo'yish) turlari.

- a) tugunli va uzluksiz
- b) Donati, Allgover choklari.
- c) Teri, fatsiya, mushaklarga chok qo'yish.
- d) P-shaklidagi, qaytaruvchi tugunli.
- e) Mak-milan usulida. Ko'rpacha tugunli.

2-BOB. UROLOGIK MANIPULYASIYALAR.

1. Urologiya amaliyotida qo'llaniladigan eng asosiy manipulatsiyalar qaysilari?

- a) Siydik chiqarish kanali va siydik nayini kateterlash.
- b) Siydik chiqarish kanalini bujlash, meatotomiya.
- c) Instilatsiya parafimozni ochish.
- d) Siydik pufagini katerizatsiya qilish, mahaliy novokain blokadalari, uretrani bujlash, instillatsiya, parafimozni qo'l bilan to'g'irlash.
- e) Novokain blokadalar. Parental, Lorin-Epshteyn usuli.

2. Siydik chiqarish kanalini bujlashdan maqsad.

- a) Uretrani kengaytirish
- b) Diagnostika va davolash.
- c) Uretraning o'tuvchanligini aniqlash.
- d) Uretra va qovuqqa dori yuborish
- e) Qovuqdagi siydikni taxlil uchun olish.

3. Siydik qopini katerizatsiya qilishdan maqsad.

- a) Siydik qopini siydikdan bo'shatish.
- b) Diagnostika (uretra o'tuvchanligi, undagi siydik miqdori,) davolash, siydik pufagini bo'shatish, instillatsiya doimiy kateter o'rnatish.
- c) Uretrani kengaytirish.
- d) Siydik pufagini drenajlash.
- e) Siydik qopiga pesser naya o'rnatish.

4. Katetrlarning xillari

- a) Rezinali
- b) Elastik

- c) Metall
- d) Rezinali, Elastik, Metall
- d) Nelaton, foley katetr.

5. Katerizatsiyadan keying asoratlar.

- a) Uretral varaja,
- b) Uretroragiya,
- c) Soxta yo`llar
- d) Qovuq tamponadasi.
- e) Uretral varaja, uretroragiya, soxta yo`llar, Fole katetrni pufagini uretra-
da shishirish.

3-BOB. ROBOT-UROLOGIYA ASOSLARI.

1. Robot atamasini kim birinchi taklif qilgan.

- a) Maks Nitshe.
- b) Karl Chapek.
- c) Albaran Ioaxil
- d) Gyuon Fleniks
- e) Lopatkin Nikolay Alekseyevich.

2. Birinchi robot qurilmalar.

- a) Uchar yog`och quch.
- b) Uchar yog`och quch, suv soati, ayol roboti, bola roboti.
- c) AESOP tuzilmasi
- d) PUMA-560
- e) Da vinchi qurilmasi.

3. Qaysi badiy fantastic asarlarda robot haqida so`z yuritilgan?

- a) Odam – amfibiyada. (belyayev) Boshsiz chavandoz
- b) Bahaybat ovchi yoki preriya-dagi Vug (Edvard Elis).
- c) Injener grin uskunasi.
- d) Sariq devni yengib.
- d) Shaytanat.

4. Zamonaviy Robot qurilmalar.

- a) PUMA, AESOP
- b) PUMA-560, AESOP-3000, Robot assistent qurilmalari.
- c) PUMA-560
- d) AESOP
- e) Da-vinchi qurilmalari.

5. Da-Vinchi tuzilma komponentlari.

- a) Stolcha arabachalar
- b) Laporoskopik qismi, datchik monitor
- d) Distansion telemedicina, tele-robot.
- e) Optika kopus, scalpel. Jarrohlik skalpeli, qisqichlar, koagulyator.

6. Urologiya robot operatsiya usullari.

- a) Robot asistent jom-siydik nayi plastikasi
- b) Bergman operatsiyasi.
- c) Buyrak rezeksiyasi.
- d) Fistulostiya, Boari, Uretranastamoz.
- d) Sistoektomiya, kolonoektomiya.

4-BOB. UROLOGIYADA AYRIM EPONIM SIMPTOMLAR VA SI ROMLAR

1. Buyrak kasalliklari epionim simptomlari.

- a) Abramov simptomi, Borisov simptomi, Pasternaski simptomi.
- b) Ivanesevich simptomi, Linxeyshzeyin simptomi, Roshha simptomi.
- c) Iudan simptomi, Xodson simptomi, Shevasyu simptomi.
- d) Xutter simptomi, Volkovich simptomi, Forera simptomi.
- e) Allazov simptomi.

2. Siydik nayi kasalliklarida eponim simptomlar.

- a) Shevasyu simptomi. Finnerti simptomi
- b) Shevasyu simptomi. Jebrovskiy simptomi.
- c) Shevasyu simptomi.

- d) Saner simptomi.
- e) Bershteyn simptomi, Golteg simptomi.

3. Qovuq kasalliklarida eponim simptomlar.

- a) Abramov simptomi, Abraxams simptomi, Vensen simptomi.
- b) Joyish simptomi, Pite simptomi.
- c) Fronteyn simptomi.
- d) Alekseye-Shramm simptomi, Sammer simptomi.
- e) Alekseyev-Shramm simptomi, Zeldovich simptomi.

4. Prostata bezi kasalliklarida eponim simptomlar

- a) Abramovich simptomi, Gyuno simptomi.
- b) Aleksev-Shramm simptomi, Ivanesevich simptomi.
- c) Vensan simptomi.
- d) Roshan simptomi, Sammer simptomi.
- e) Shevasyu simptomi, Xutter simptomi.

5. Tashqi jinsiy azolari kasalliklaridagi eponim simptomlar.

- a) Pren simptomi, Ivanesevich simptomi, Roshan simptomi
- b) Bershtelin simptomi, Finnerti simptomi
- c) Jebrovskij simptomi, Ivanesevich simptomi, Xutter simptomi.
- d) Gren simptomi, Yudak simptomi
- e) Xodson simptomi, Zeldovich simptomi, Xutter simptomi

6. Buyrak kasalliklari sindromlari.

- a) Aberkombi sindromi.
- b) Abderxaden-gankoni sindromi. Ask-unmari Buyragi.
- c) Barter sindromi. Delbanko sindromi.
- d) Del Kastilo sindromi. Dreyfuz sindromi.
- e) Jilber sindromi. Jilbert sindromi. Kakki Richi sindromi.
- f) Keyra sindromi.

7. Siydik nayi kasalliklari sindromlari.

- a) Bartter sindromi, Dreyfus sindromi, Jilbert sindromi.

- b) Andrean-Biyursi-Uliyams sindromi, Ormond sindromi.
- c) Ormond sindromi, Albert sindromi, Barter sindromi.
- d) Vubderliks sindromi, Gasser sindromi.
- e) Gudpascher sindromi.

8. Qovuq kasalliklari sindromi.

- a) Marion sindromi. Yusef sindromi.
- b) Solleger sindromi. (I), sindromi (II)
- c) Epshteyn sindromi. Shtofer sindromi., Xeller -Nelson sindromi.
- d) Sederlayd sindromi. Psevdo-klaynferter sindromi.
- e) Leydik sindromi.

9. Prostata bezi kasalliklari sindromi.

- a) Kolk sindromi, Marion sindromi.
- b) Ammyoza sindromi.
- c) Gromeni sindromi. Xeyd sindromi.
- d) Seniyor Loken sindromi. Sorsbi sindromi.
- e) Gorn sindromi. Freyli sindromi. Forsel sindromi.

10. Tashqi jinsiy azolari kasalliklari sindromi.

- a) Sarsbi sindromi. Miller sindromi. Klaynferter sindromi.
- b) Juel Renua sindromi.
- c) De Gani sindromi. Keyra sindromi.
- d) Gutere sindromi. Gyunter sindromi. Gruber sindromi.
- d) Delbanko sindromi. Del kastilo sindromi. Dreyfus sindromi. Jilbert sindromi. Leydik sindromi.

5-BOB. UROLOGIYADA SINAMALAR.

1. Buyrak kasalliklarida bajariladigan sinamalar.

- a) Zimniski sinamasi, Kakovski-Adison sinamasi, Reber-taraev sinamasi.
- b) Folgard sinamasi,
- c) Konsentrasiya sinamasi,
- d) Addison sinamasi, Tarayev sinamasi.

2-ILOVA: TEST JAVOBLARI

KIRISH.

1) c 2) b 3) c 4) d

1-BOB.

1) a 2) c 3) d 4) b 5) a

2-BOB.

1) d 2) a 3) a 4) d 5) c

3-BOB.

1) b 2) b 3) a 4) c 5) c 6) a

4-BOB.

1) b 2) c 3) c 4) a 5) a 6) c 7) a 8) a 9) b 10) a

5-BOB.

1) a

ADABIYOTLAR

1. Allazov S.A. Ayollar uretrasining rekonstruksiyasi. Toshkent, 1998, 28 b.
2. Allazov S.A. Острые инфекционно-воспалительные заболевания по-чек в условиях воздействия пестицидов. Автореф. diss. ... dokt. med. nauk. Moskva, 1992.; - 28 s.
3. Dishko A.S. Zud (eksperimentalno-klinicheskie issledovanie/. Moskva: Meditsina, 1962, 99 s.
4. Gaybullaev A.A. Diagnostika i xirurgicheskoe lechenie kriptorxiz-ma. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moskva, 1985, 16 s.
5. Lopatkin N.A. (redaktor) Urologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. M., 2011, 1024 s.
6. Lopatkin N.A. (redaktor). Urologiya. Uchebnik. M., 2010.
7. Lopatkin N.A. Patogeneticheskoe obosnovanie novogo spozoba operativnogo lecheniya varikotsela. Urol. i nefrol., 1973; №5: 31-36.
8. Lopatkin N.A., Tiktinskiy O.L. i soavt. Zabolevaniya polovyx or-ganov u mujchin. Leningrad: Meditsina, 1985, 195 s.
9. Lyuko A.V., Murvanidze D.D., Vozianov A.F. Osnovy prakticheskoy urologii detskogo vozrasta. Kiev 1984, 520 s.
10. Mochalova T.P. Tuberkulyoz mochevux putey. T., 1976.-184 s.
11. Operativnaya urologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. N.A. Lopatkina i I.P. Shevsova. L.: Meditsina, 1986, 388 s.
12. Pogorelko I.P. Xirurgicheskoe vmeshatelstvo pri kamnyax pochk i mochetochnikov. Tashkent: Medgiz UzSSR, 1960, 276 s.
13. Pulatov A.T. Urololitiy u detey. M., 1990, 208 s.
14. Rukovodstvo po texnike vrachebnyx manipulyyasiy. G.Chen; Per. s angl. - Vitebsk: 1996; 384 s.

15. Savchenko N.E. Gipospadiya i ee lechenie. Minsk: "Belarus", 1962, 264 s.
16. Savchenko N.E., Derjavin V.M. Epispadiya. Minsk: "Belarus", 1976, 168 s.
17. Semenov G.M., Petrishin V.L., Kovshova M.V. Xirurgicheskiy shov 2-izd. Spb. Piter. 2006; 256 s.
18. SHabad A.L. Tuberkulez pochki. Tashkent: Meditsina, 1978, 205 s.
19. SHaripov N.N. Simptomы. Ufa, 2011; 29 s.
20. Spravochnik po urologii. Pod red. N.A. Lopatkina. M.: «Meditsina», 1978, 328 s.

ADABIYOTLAR

1. Allazov S.A. Ayollar uretrasining rekonstruksiyasi. Toshkent, 1998, 28 b.
2. Allazov S.A. Острые инфекционно-воспалительные заболевания по-чек в условиях воздействия пестицидов. Автореф. diss. ... dokt. med. nauk Moskva, 1992:, - 28 s.
3. Dishko A.S. Zud (eksperimentalno-klinicheskie issledovanie/. Moskva Meditsina, 1962, 99 s.
4. Gaybullaev A.A. Diagnostika i xirurgicheskoe lechenie kriporxiz-ma. Автореф. diss. ... kand. med. nauk. Moskva, 1985, 16 s.
5. Lopatkin N.A. (redaktor) Urologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. M., 2011 1024 s.
6. Lopatkin N.A. (redaktor). Urologiya. Uchebnik. M., 2010.
7. Lopatkin N.A. Patogeneticheskoe obosnovanie novogo sposoba operativnogo lecheniya varikotsele. Urol. i nefrol., 1973; №5: 31-36.
8. Lopatkin N.A., Tiktinskiy O.L. i soavt. Zabolevaniya polovyx or-ganov mujchin. Leningrad: Meditsina, 1985, 195 s.
9. Lyuko A.V., Murvanidze D.D., Vozianov A.F. Osnovy prakticheskoy urologii detskogo vozrasta. Kiev 1984, 520 s.
10. Mochalova T.P. Tuberkulyoz mochevux putey. T., 1976.-184 s.
11. Operativnaya urologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. N.A. Lopatkina i I.P. Shevsova. L.: Meditsina, 1986, 388 s.
12. Pogorelko I.P. Xirurgicheskoe vmeshatelstvo pri kamnyax pochek mochetochnikov. Tashkent: Medgiz UzSSR, 1960, 276 s.
13. Pulatov A.T. Urolitiaz u detey. M., 1990, 208 s.
14. Rukovodstvo po texnike vrachebnyx manipulyasiiy. G.Chen; Per. s angl Vitebsk: 1996; 384 s.

15. Savchenko N.E. Gipospadiya i ee lechenie. Minsk: "Belarus", 1962, 264 s.
16. Savchenko N.E., Derjavin V.M. Epispadiya. Minsk: "Belarus", 1976, 168 s.
17. Semenov G.M., Petrishin V.L., Kovshova M.V. Xirurgicheskiy shov 2-izd. Spb. Piter. 2006: 256 s.
18. SHabad A.L. Tuberkulez pochki. Tashkent: Meditsina, 1978, 205 s.
19. SHaripov N.N. Simptomы. Ufa, 2011; 29 s.
20. Spravochnik po urologii. Pod red. N.A. Lopatkina. M.: «Meditsina».1978, 328 s.

O'quv nashr

Allazov S.A., Allazov H.S.

UROLOGIYA AMALIYOTI (ATLAS)

O'quv qo'llanma

Muharrir:

Hafiza Aslanova

Musahhih:

Zavqiy Meliyev

Sahifalovchi:

Qobiljon Djurayev

“FAN BULOG’I” nashriyoti.

Samarqand shahri, S.Buxoriy ko'chasi, 1³-11 uy.

Nashriyoti litsenziyasi: №4341-5160-642c-944b-ab74-5062-3969

Bosishga 16.02.2023 yilda ruxsat etildi.

Qog'oz bichimi 60x84_{1/32}. Ofset bosma usulda.

Nashr bosma tabog'i 6.25.

Adadi 100 nusxa. Buyurtma raqami № 09/23

ISBN: 978-9943-9263-1-8



ALLAZOV SALOH ALLAZOVICH – tibbiyot fanlari doktori, Samarqand Davlat tibbiyot universiteti professori, “Turon” Fanlar akademiyasining haqiqiy a’zosi. 2 ta darslik, 5 ta o’quv qo’llanma, 7 ta monografiya, 368 ta ilmiy maqolalar, 370 ta tezislar, 29 ta uslubiy qo’llanmalar, 63 ta ratsionalizatorlik takliflar, 111 ta gazeta maqolalari muallifi. 28 ta ilmiy ishlar to’plamlarining muharriri.

Mutaxassisligi: urologiya. 1999 yildan Samarqand viloyati urologlar ilmiy jamiyatining raisi va O’zbekiston urologlari ilmiy jamiyati pravleniyesining a’zosi.



ALLAZOV HASAN SALOHOVICH – urolog, Samarqand shahar tibbiyot birlashmasiga qarashli 1-son shifoxonasi urologiya bo’limi mudiri, 1-toifali bolalar xirurgi. Hasan Allazov o’zining ilmiy izlanishlari natijalari bilan Respublikamizda utkazilgan xalqaro anjumanlarda ma’ruzalar bilan qatnashgan. 1 ta o’quv qo’llanma, 75 ta ilmiy maqolalar, 3 ta ratsionalizatorlik takliflari va 9 ta gazeta maqolalarining hammuallifi. 2020 yildan buyon Samarqand shahar 1-son shifoxonasida bosh vrach o’rinbosari lavozimida faoliyat ko’rsatib kelmoqda.

Mutaxassisligi: urologiya, bolalar xirurgiyasi.

